



**T.C.
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**OFİS ÇALIŞANLARININ TİP 2 DİYABET,
KARDİYOVASKÜLER RİSK VE SAĞLIKLI YAŞAM
FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ
Yüksek Lisans Tezi**

**İclal GÖKBERBER
222501005**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU**

İstanbul, 2025



**T.C.
FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**OFİS ÇALIŞANLARININ TİP 2 DİYABET,
KARDİYOVASKÜLER RİSK VE SAĞLIKLI YAŞAM
FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ
Yüksek Lisans Tezi**

**İclal GÖKBERBER
222501005**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU**

**Jüri Üyeleri
Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ
Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ**

İstanbul, 2025



FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ KABUL VE ONAY

İclal GÖKBERBER tarafından hazırlanan “Ofis Çalışanlarının Tip 2 Diyabet, Kardiyovasküler Risk ve Sağlıklı Yaşam Farkındalıklarının Belirlenmesi” başlıklı bu çalışma, 23.06.2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU (Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi Kadriye Nilay GENÇ (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KOLAÇ (Üye)



FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, çalışmanın kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Fenerbahçe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Dönem Projesi ve Tez Yazım ve Basım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

İclal GÖKBERBER

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimiyle çalışmama önemli katkılarda bulunan, sabrı ve desteğiyle yanımda olan danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nermin Eroğlu'na teşekkür ederim.

Emeklerini ödeyemeyeceğim annem ve rahmetli babama şükranlarımı sunarım.

Ayrıca sevgili kızım Beyza'ya gösterdiği anlayış ve sabır için minnettarım.

Bu çalışmada yer alarak katkı sağlayan tüm katılımcılara da içten teşekkür ederim.



ÖZET

Tezin Başlığı : Ofis Çalışanlarının Tip 2 Diyabet, Kardiyovasküler Risk ve Sağlıklı Yaşam Farkındalıklarının Belirlenmesi

Öğrencinin Adı Soyadı : İclal GÖKBERBER

Danışmanın Unvanı Adı Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Nermin EROĞLU

Program : İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Araştırma, ofis çalışanlarının Tip 2 diyabet, kardiyovasküler risk ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanmıştır. Özel bir şirketin 161 çalışanı ile 04.10.2023-17.01.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler, Hasta Bilgi Formu, Fin Diyabet Risk Skoru, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ölçeği ile elde edilmiş, SPSS 22,0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ofis çalışanlarının, %40,4'ünü 31- 40 yaş arasında, %56,5'inin erkek, %64,0'ünün evli, %53,4'ünün üniversite mezunu, %78,9'unun kronik hastalığının olmadığını, %35,4'ü birinci derece akrabalarında kalp hastalığının olduğu, düzenli ilaç kullananların %22,6'sı tansiyon ilacı kullandığı, %51,6'sının normal kilolu ve altı olarak değerlendirilmiştir. Çalışanların diyabet risk ortalaması $9,87 \pm 4,55$, kardiyovasküler hastalık risk ortalaması $5,44 \pm 1,58$, sağlıklı yaşam farkındalığı ortalaması $58,87 \pm 6,35$ olarak belirlenmiştir. Diyabet risk, kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı arasında sosyalleşme ($r=0,73$), sorumluluk ($r=0,75$), beslenme ile sağlıklı yaşam farkındalığı toplam puanı arasında ($r=0,70$) pozitif yüksek ilişki saptanmıştır. Sağlıklı yaşam farkındalığı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu değerlendirildiğinde, erkeklerin değişim, sorumluluk, beslenme puanlarının kadınların toplam puanlarına göre düşük olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak çalışanların diyabet ve kardiyovasküler hastalık risk farkındalıklarının orta seviyede olduğunu, sağlıklı yaşam farkındalıklarının ise cinsiyete, yaşa göre değişiklik gösterdiği ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının hastalık risklerini azaltmada etkili olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Diyabet riski, kardiyovasküler risk, ofis çalışanları, sağlıklı yaşam farkındalığı, Tip 2 diyabet

ABSTRACT

Title of Thesis: Determination Of Office Worker' Type 2 Diabetes, Cardiovascular Risk and Healthy Life Awareness

Student Name, Surname: İclal GÖKBERBER

Supervisor Title, Name, Surname: Asst. Prof. Dr. Nermin EROGLU

Program : Internal Medicine Nursing Thesis Master's Program

The study was planned as a descriptive, cross-sectional study to determine the type 2 diabetes, cardiovascular risk and healthy living awareness of office workers. It was conducted between 04.10.2023 and 17.01.2024 with 161 employees of a private company. Data were obtained with the Patient Information Form, Finnish Diabetes Risk Score, Cardiovascular Disease Risk Awareness Assessment Scale and Healthy Living Awareness Scale, and evaluated using the SPSS 22.0 statistical program. In our study, it was evaluated that 40.4% of the office workers were between the ages of 31-40, 56.5% were male, 64.0% were married, 53.4% were university graduates, 78.9% did not have a chronic disease, 35.4% had first-degree relatives with heart disease, 22.6% of those who used regular medication used blood pressure medication, and 51.6% were normal weight or below. The average diabetes risk of the workers was determined as 9.87 ± 4.55 , the average cardiovascular disease risk was 5.44 ± 1.58 , and the average healthy life awareness was 58.87 ± 6.35 . A positive high correlation was found between diabetes risk, cardiovascular disease risk awareness and healthy life awareness with socialization ($r=0.73$), responsibility ($r=0.75$), and nutrition with the total score of healthy life awareness ($r=0.70$). When the differentiation status of healthy living awareness scores according to descriptive characteristics was evaluated, it was found that men's change, responsibility, and nutrition scores were lower than women's total scores. As a result, it was seen that employees' diabetes and cardiovascular disease risk awareness was at a moderate level, healthy living awareness varied according to gender and age, and healthy living habits were effective in reducing disease risks.

Keywords: Diabetes risk, cardiovascular risk, office workers, healthy living awareness, type 2 diabetes

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
ÖZET	2
ABSTRACT	3
TABLolar LİSTESİ	8
KISALTMALAR ve SİMGELER	9
GİRİŞ	11
1.GENEL BİLGİLER	14
1.1. ÇALIŞMA HAYATI VE SAĞLIK	14
1.1.1. Sağlık ve Ofis Çalışmasına Genel Bakış.....	14
1.1.2. Ofis Çalışmasının Sağlık Üzerine Etkileri	15
1.2. KRONİK HASTALIKLAR	15
1.2.1. Kronik Hastalıklara Genel Bakış	15
1.2.2. Türkiye’de Kronik Hastalıklar	17
1.2.3. DSÖ’nün Yanıtı	18
1.3. DİYABETUS MELLİTUS	20
1.3.1. Diyabetin Tanımı	20
1.3.2. Dünyada ve Türkiye de Diyabet Epidemiyolojisi	21
1.3.3. Ofis Çalışanlarında Diyabet Riskleri	22
1.3.4. Ulusal Düzeyde Diyabetle Mücadele ve Toplumsal Farkındalığın Geliştirilmesi İçin Stratejik Programlar	23
1.3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanları Diyabet Farkındalığının Geliştirilmesi.....	23
1.3.4.2. Diyabet ve Prediyabette Yaşam Tarzı Değişimleri İçin Stratejik Planlamalar	24
1.3.4.3 Toplumda Yüksek Riskli Bireyleri Saptamaya Yönelik Standartlar	25
1.3.4.4. Diyabeti Önleme Stratejilerine İlişkin Farkındalık	25
1.3.4.5. Her Bireye Hareketli Yaşam Desteklenmelidir.....	26
1.4. KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR	26
1.4.1. Kardiyovasküler Hastalıkları Tanımı	26
1.4.2. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri.....	27
1.4.2.1. Sağlıksız Beslenme	27

1.4.2.2. Fiziksel Aktivite	29
1.4.2.3. Dislipidemi	30
1.4.2.4. Yüksek Tansiyon.....	32
1.4.2.5. Obezite	33
1.5. SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI.....	35
2. GEREÇ VE YÖNTEM	38
2.1.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	38
2.2. ARAŞTIRMA SORULARI	38
2.3.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	38
2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	38
2.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	39
2.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA VE DIŞLANMA ÖLÇÜLERİ	39
2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	39
2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	40
2.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	40
2.9.1. Katılımcı Bilgi Formu	41
2.9.2. Fin Diyabet Risk Skoru (FINDRISK).....	41
2.9.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ)	42
2.9.4. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği (SYFÖ)	43
2.10. ARAŞTIRMADA KULLANILAN CİHAZLARIN GÜVENLİĞİ.....	43
2.11. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	43
2.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	45
2.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	45
3.BULGULAR	46
3.1. OFİS ÇALIŞANLARININTANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ.....	46
3.2. DİYABET RİSK, KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI DÜZEYLERİ ..	48
3.3.DİYABET RİSK, KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	49

3.4. DİYABET RİSK, KARDİOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	52
3.4.1. Diyabet Risk Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	52
3.4.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	55
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	60
3.4.4. Yaş, Sistolik Basınç, Diastolik Basınç, Nabız, Akş, Bki ile Diyabet Risk, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanları Arasında Korelasyon Analizi	66
4.TARTIŞMA	68
4.1. ÇALIŞANLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI	68
4.2. OFİS ÇALIŞANLARININ DİYABET RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	68
4.3. OFİS ÇALIŞANLARININ KARDİOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	73
4.4. OFİS ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	77
4.5. DİYABET RİSK, KARDİOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI PUANLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİ	81
SONUÇ.....	83
KAYNAKÇA	85
EKLER.....	97
EK-1: İNTEHAL RAPORU	97
EK-2: ÖLÇEKLERİN KULLANIM İZNİ	98
EK-3: ETİK KURUL ONAYI.....	99
EK-4: KURUM İZNİ	100
EK- 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMLARI.....	101
EK-6: HASTA TANILAMA FORMU	102
EK-7: FİN TİP 2 DİYABET RİSK ANKETİ (FINDRISK).....	104
EK-8: KARDİOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	105

EK-9: SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (SYFÖ).....	109
ÖZGEÇMİŞ.....	111



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Normal Dağılım	44
Tablo 3.1: Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	46
Tablo 3.2: Diyabet Risk Puan Ortalamaları	48
Tablo 3.3: Diyabet Risk Gruplarına Göre Dağılım	48
Tablo 3.4: Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Puan Ortalamaları	49
Tablo 3.5: Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puan Ortalamaları	49
Tablo 3.6: Diyabet Risk, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanları Arasında Korelasyon Analizi	50
Tablo 3.7: Diyabet Risk Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablosu.....	52
Tablo 3.8: Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablosu	55
Tablo 3.9: Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablosu.....	60
Tablo 3.10: Yaş, Sistolik Basınç, Diastolik Basınç, Nabız, Akş, Bki ile Diyabet Risk, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanları Arasında Korelasyon Analizi Tablosu	66

KISALTMALAR ve SİMGELER

AKŞ: Açlık Kan Şekeri

APG: Açlık Plazma Glukozu

ASPC: Amerikan Önleyici Kardiyoloji Derneği

BGA: Bozulmuş Açlık Glukozu

BGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DHS: Demografi ve Sağlık Araştırması

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FAO: Gıda ve Tarım Örgütü

FINDRİSK: Finlandiya tip-2 DM risk ölçeği

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

HgA1C: Hemoglobin A1C

HT: Hipertansiyon

IDF: Uluslararası Diyabet Federasyonu

KARRİF-BD: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi

KHRFDÖ: Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

Maks: Maksimum

METS: Fiziksel aktivite metabolik eşdeğer birimler

Min: Minumum

N: Evren büyüklüğü

n: Örneklem büyüklüğü

NIH: Ulusal Sağlık Enstitüsü

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

Ort: Ortalama

p: Olasılık

r: Korelasyon

SS: Standart sapma

SYFÖ: Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar
Prevalans Çalışması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



GİRİŞ

Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanoğlunun sağlıklı, üretken ve kaliteli bir yaşam arayışı geçmişten günümüze devam etmektedir. Nüfusun sağlığının, ucuz ve etkin bir yöntemle korunması ve geliştirilmesinin yanında kronik hastalık sıklığının azaltılması önemli bir sağlık yönetimi sorunudur (Yıldırım ve diğ., 2019). Gelişen ve değişen yaşam koşulları, daha iyi korunma yolları sunarken, son dönemde bulaşıcı hastalıkların da yönetilmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Tıbbi teknolojik gelişmeler hızla ilerlerken yaşlanan popülasyon sonucunda kronik hastalıkların arttığı görülmüştür. Kronik hastalıklar progresyonda yavaş olmakla, uzun süre devam etmesi ve tıbbi tedavi gerektiren hastalıklar olması nedeniyle önemlidir (Şen ve Arslan Özkan, 2019).

Diyabetin üst düzey bakımı ile Tip 2 diyabetes mellituslu (DM) hastalarda kardiyovasküler hastalık (KVH) gelişme eğilimi son on yıllarda azaldığı görülmektedir. Buna rağmen, KVH'larda diyabet önemli bir ölüm nedenidir. Ayrıca Tip 2 DM'li hastalarda KVH riskinin DM'siz olanlara göre iki katından fazladır. Bunlar göz önüne alındığında diyabette KVH'ların önlenmesinde hala önemli zorluklar bulunmaktadır (Yun ve Ko, 2021). Yaşam tarzı yönetimi, fizik aktivite, sigara bırakma, psikososyal bakım, diyabet öz bakımı ve bireyin bu konuda eğitimi gibi faktörler daha düşük kardiyovasküler vaka ve mortalitesi ile doğrudan ilişkilidir (Joseph ve diğ., 2022).

Bireylerin iyilik halini koruyan, sürdüren ve geliştiren davranışların farkında olması; sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasına, sağlığını koruyup, geliştirmesine ve daha üst seviyeye çıkarmasına neden olacaktır (Kolaç ve diğ. 2018; Şamdanlı ve Muz, 2022). Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki farkındalıklarını kontrol edip, düzenleyip, bunları uygulayabilmesi sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının temelleri ailede atılır, toplumda büyür (Kolaç ve diğ., 2018). Bireyler farkındalıklarını ve yaşam biçimi davranışlarını; eğitimleri, ekonomik yeterlilikleri, toplumsal ve çevresel desteklerden faydalanarak değiştirebilir ve geliştirebilirler. Sağlık profesyonelleri de bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranış ve farkındalıklarını kazandırabildiklerinde bireyler ve toplumlar sağlıklı olma halini sürdürebilir (Gömleksiz ve diğ., 2020; Soykan ve Şengül, 2021; Şamdanlı ve Muz, 2022).

Ülkenin sahip olduğu nüfus ve onun niteliği beşerî sermayeyi belirler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 raporunda düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler için sağlık harcamalarının ülke gelirlerinden daha fazla arttığını belirtmektedir. Eğer bir ülkede sağlık harcamaları artıyorken sağlık seviyesi yükselmiyorsa bunun temel problemlerinin neler olduğunu ayrıntılı bir şekilde ortaya koymak gerekmektedir. Bu problemlerden bazıları, yeterli şekilde beslenme, sağlık kontrollerini yaptırma ve sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda bireyler ve toplumun eğitilmesi gerekliliğidir (Çalışkan ve Sanisoğlu, 2022; Kayacan, 2022).

DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu “Açığı Bir Kuşakta Kapatmak” raporunda; insanların doğduğu, büyüdüğu, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı, yaşamını sürdürdüğu her ortamda gündelik yaşam koşullarının iyileştirilmesi, konusunda eğitilmiş bir iş gücünün yetiştirilmesi gerektiğini ayrıca sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin toplumsal farkındalık geliştirilmesinin gerekliliğinden bahsetmektedir. Hemşirelik, sadece birey ile değıl, aile ve toplum ile de etkileşim halinde olan ve holistik yaklaşım ile hareket eden bir meslektir. Sağlık yaklaşımlarının merkezinde yer alan ve sağlıklı ya da hasta birey ile en fazla zaman geçiren sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Sağlık eğitimi yoluyla bireylerin sağlıklı yaşam farkındalık ve tarzını kazanmaları için birey ve aileleriyle birlikte çalışarak riskli sağlık davranışlarını önleme stratejileri oluşturmaya çalışılmaktadır. Hemşireler ihtiyaç duyulan değışimi belirlemek ve yeni girişimlerin uygulanmasında liderlik üstlenmektedir (Karatana, 2022).

Hemşire kronik hastalığı olan bireyin risk faktörlerini azaltmaya katkı sağlayacak stratejiler belirlerken ilk ve en önemli adımları kronik hastalıklardan koruma olmalıdır. Bunun için uygulanan politikalar ve bireylerin çalıştıkları sektörlerin koşulları, sağlıklı yaşam sürmelerine uygun hale getirilmesi için çalışılmalıdır. Risk faktörlerinin azaltılması; ancak risk faktörleri doğru yönetildiğinde ve ortadan kaldırıldığında kronik hastalıklardan %80 oranına kadar korunulabilir. Toplumda hemşirelerin eğitici ve öncü lider yönleri, sağlıklı yaşam farkındalığı ve biçimini benimsetme ile sağlıklı toplumlar, sağlıklı çocuklar ve bireyler olarak pozitif dönüt sağlayacaktır (Korkmaz ve Avcı, 2018). Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi adına ilk kez DSÖ

1998’de halk sağlığı hemşirelerinin bakımını genişletmeyi amaçlamıştır. Hemşirelerin hastanelerin yanında birinci basamak hizmetlerde anahtar rol oynayabileceği üzerinde durmuştur (Dellafiore ve diğ., 2022).

Bu nedenle bu çalışma iř ortamları ofis olan bireylerin diyabet ve kardiovasküler risklerine ve sağlıklı yaşam farkındalıklarına katkı sağlayacağı dūřünülererek planmıştır.



1.GENEL BİLGİLER

1.1. ÇALIŞMA HAYATI VE SAĞLIK

1.1.1. Sağlık ve Ofis Çalışmasına Genel Bakış

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımının artışı ile küreselleşme hız kazanmış ve işgücü hizmet sektörü ağırlıklı olmaya başlamıştır. Profesyonel mesleklerin artması yarı zamanlı, esnek zamanlı, uzaktan çalışma seçeneklerine rağmen insanların hala büyük bir çoğunluğu ofis binalarında çalışmakta ve ömürlerinin yaklaşık yarısına denk süresini iş hayatında geçirmektedirler (Kavas ve Develi, 2020; Özkan ve Gürbüz, 2019).

Sağlıktan bahsederken bireylerin sahip olduğu fizyolojik ve psikolojik durumuna aynı zamanda kişisel ve örgütsel kaynakları ile fiziksel ve sosyal çevreleri, iş ve ev yaşamlarının birbiriyle etkileşimini de göz önüne almak doğru olacaktır (Özkan ve Gürbüz, 2019).

Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede, yaşlanan nüfusla birlikte hastalık oranı artarken bu soruna yeterli sağlık hizmeti sistemlerinin bulunamaması eklenmektedir. Son yıllarda buna salgın hastalıkların ortaya çıkması da eklenmiştir. Buna karşılık teknolojik ilerlemeler ile daha akıllı ve otomatik uyarı sistemleri ile ön görücü stratejiler oluşturulabilmektedir. Ayrıca hastaneler; hastalanmadan korumayı hedefleyen, hastaneye başvuranların sağlıklarını bu hedef doğrultusunda arttırmaya yönelik çalışan kurumlar olarak çalışması amaçlanmaktadır (Koştı ve diğ., 2021).

Bireyin sağlıklı yaşam tarzını benimsemesi; kronik hastalıkların oluşumunun engellenmesinde, üretkenliğin artmasında, erken ölümlerin önlenmesinde, sosyal ve ekonomik kaygıların önlenmesinde önemli bir role sahiptir. DSÖ'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık yarısı olan 3,5 milyar kişi aktif olarak çalışmaktadır (DSÖ, 2020). Üretkenlik kaybının sağlıkla ilgili olması, çalışan sağlık harcamalarının en büyük mali kaynağı olabildiğinden, işverenlerin sağlığı koruma için yapacağı uygulamalar ekonomik olarak işveren lehinedir. Danışmanlık, eğitim, fiziksel aktivite ve beslenme önerileri, genel olarak çalışanların davranışında önemli değişiklikler göstermelerine neden olmaktadır. Fiziksel ve zihinsel sağlığı iyileştiren uygulamalar devamsızlığı ve sağlık bakım maliyetlerini de azaltmaktadır (Bal ve Aydemir, 2022).

1.1.2. Ofis Çalışmasının Sağlık Üzerine Etkileri

Ofis çalışanları farkında olmadan duruş hataları, günlük hayatta yapılan hatalı hareketler, uzun oturma, hareket etmeyi unutma ve bu nedenle genellikle işin insan sağlığının önüne geçmesi sonucu en sık bilinen kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına yakalanabilmektedirler. Ofis çalışanlarında bir diğer potansiyel risk, azalmış beden aktivitesi ve aşırı beslenme sonucu yüksek kolesterol, hipertansiyon (HT) bunlara stres faktörleri eklenince kalp ve damar hastalıkları sık görülebilir olmaktadır. Ofis ortamında yüksek stres seviyesinde çalışma mutsuzluk, uyumsuzluk, öfke ve anksiyeteye neden olurken tüm bunlar mide ve bağırsak, mesane ve idrar yolları sorunları olarak yansıyabilmektedir. Hareketsiz yaşam Tip 2 diyabet riskini arttırırken, günde 11 saat ve üstü oturanlarda günde 4 saat ve daha az süre oturanlardan ölüm oranının yüzde 40 fazla olduğu görülmüştür (Akpınar ve diğ., 2018).

Kronik hastalıklar sınıfında başı geçen HT ve diyabetin giderek artması sonucu kronik hastalık yönetiminin de önemi ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de kronik hastalıklarla ilgili koruma, erken tanı, tedavi ve bakım ile ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir. Kronik hastalıkların yönetimi sürecinde hemşirelerin büyük rolü bulunmaktadır ve hemşirelik alanında kronik hastalıkların yönetimini kolaylaştıracak çalışmaların yapılması önemlidir (Arabacı ve diğ., 2018).

1.2. KRONİK HASTALIKLAR

1.2.1. Kronik Hastalıklara Genel Bakış

Kronik hastalıklar; zaman içinde ilerleyebilen, geri dönüşümsüz, uzun dönem takip, koruma, tedavi, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyaç duyulan hastalıklardır. Birden çok organda yapı ve fonksiyon bozukluklarına neden olabilmektedirler. Hastalıkların şiddetini azaltmak için bireylerin sorumluluk alması ve üst düzeyde takibi gerekmektedir. Kronik hastalıklar, düşük ve orta gelirli ülkelerde dahil olmak üzere ölümlerin dörtte üçünden fazlasını oluşturması nedeniyle önemini sürdürmeye devam etmektedir. (Karakuş ve diğ., 2022; Kaymak, 2018; Korkmaz ve Avcı, 2018; Şen ve Arslan Özkan, 2019).

Dört temel bulaşıcı olmayan hastalık; KHV'lar, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarıdır. Ayrıca ölümlerin yüzde 80'inden fazlasının kanser, solunum yolu hastalıkları ve diyabet nedeniyle olduğu bildirilmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkma ve gelişmesinde tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenmenin en önemli risk faktörleri olduğu bilinmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların, sadece sağlık açısından değil ayrıca ekonomik açıdan da ciddi halk sağlığı sonuçları bulunmaktadır (Keçik, 2021). Bulaşıcı olmayan hastalıklar dünyada en yüksek hastalık yükü nedeni iken aynı zamanda etkileri de son yirmi yılda daha da artarak kötüleşmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle 2000 ile 2019 yılları arasında ölüm oranları üçte birden fazla artarak 31 milyondan 41 milyon can kaybına yükselmiştir. Yani dünya da her dört ölümden neredeyse 3'ü bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle olmaktadır (DSÖ, 2023).

Çocuklar, yetişkinler ve yaşlıların tümü, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün dumanına ve hava kirliliğine maruz kalma veya zararlı alkol kullanımı gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara katkıda bulunan risk faktörlerine karşı savunmasız kalabilmektedir. Plansız kentleşme, sağlıksız yaşam tarzlarının giderek yaygınlaşması destekleyici olumsuz koşullardandır. Beslenme ve fiziksel aktivite yetersizlikleri ve düzensizlikleri, yüksek kan basıncı, artan kan şekeri, yüksek kan lipidleri ve obezite olarak ortaya çıkabilmektedir. Tüm bu metabolik risk faktörleri erken ölümler açısından önde gelen bulaşıcı olmayan hastalıklardan olan kardiyovasküler hastalığa yol açabilmektedir (DSÖ, 2022). Yaklaşık her beş yetişkinden biri erken ölmektedir. 2022 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ölüm nedenlerinde ilk sırayı almaktadır. Bu ölüm nedenini %15,2 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler, %13,5 ile solunum sistemi hastalıkları alırken endokrin, beslenme ve metabolizmaya ilgili hastalıklar %4,5 oranındadır (TÜİK, 2022).

1.2.2. Türkiye’de Kronik Hastalıklar

Türk toplumunun tuz tüketimi günde 15 gramdır. Bu düzey DSÖ ve Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agriculture Organization of the United Nations-FAO)’nın önerdiği düzeyin üç katıdır. Sadece yüksek tuz kullanımının sonucu olarak toplumun yaklaşık dörtte birinde HT hastalığı görülmüştür. Erkeklerin %42’si sigara içicisidir. Yıllardır düşüşte olan toplumdaki sigara kullanma oranı tekrar artmaya başlamıştır. Her üç yetişkinden yaklaşık biri, yani toplumda %29 oranında obezite sorunu mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 2017; TÜİK, 2022).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre HT’nin farkında olan ve ilaç tedavisi kullanan kişilerin ancak yüzde 30’unun kan basıncının kontrol altında olduğu bildirilmiştir. ‘Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017’ 15 yaş üzeri erişkinlerde yapılan araştırmada “40-69” yaş arasındaki nüfusun %10,5 ’inin 10 yıllık kalp damar hastalığı riski $\geq$ %30 veya halen kalp damar hastası olduğu tespit edilmiştir. Araştırma da %51,2’sinin risk faktörlerinden en az üçünü taşımakta olduğu ve bu durumun yaşla birlikte arttığı bildirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017; TÜİK, 2022).

Yaşlanmakta olan nüfus ve değişmekte olan yaşam şekli nedeniyle Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalık sıklığının artması beklenmektedir. Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de mücadele konusunda “Türkiye’de Kronik Hastalıklarla Mücadele Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025” yayımlanmış. Araştırmalar bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelenin erken mortalite ve morbiditeyi azaltılabileceği yönünde birleşmiştir. Kronik hastalıklar erken teşhisi ve tanısı için maliyet etkin yöntemler risk faktörlerinin azaltılması için farmakolojik olan veya olmayan yaklaşımları içeren müdahalelerle önlenebilirken ayrıca bu nedenle oluşabilecek ekonomik kayıpların önüne geçilebileceği tespit edilmiştir (Keçik, 2021).

Erken ölüm, uzun süren bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı sakatlıklar yaşamının sosyo-ekonomik kalkınma üzerinde iki katı yük oluşturmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı olarak gelir düzeyinin düşmesi ve erken emeklilik bireyleri ve bireyle yaşayan hane halkını fakirliğe itmektedir (TÜİK, 2022). Savunmasız ve sosyal açıdan dezavantajlı yoksul insanlar, özellikle tütün kullanımı

veya sağlıksız ve yetersiz beslenme riskleri karşı karşıyadırlar. Buna sağlık hizmetlerine daha sınırlı erişime sahip olmalar eklendiğinde daha yüksek sosyal konumdaki insanlara göre daha fazla hastalanıp daha erken ölebilmektedir (DSÖ, 2022). Toplumda sosyal bakım ve refah desteğine ihtiyacın artmasıyla sağlık maliyetleri artmıştır. Okul veya iş devamsızlığı, üretimin azalması ve personel devir hızının artması sağlık maliyetlerinin yüküne etki etmektedir (TÜİK, 2022). Kaynakların düşük olduğu durumlarda sağlık bakım maliyetleri hane kaynaklarını hızla tükenmesine neden olmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların yüksek maliyetlerine bir de uzun süren ve pahalı tedavi giderleri eklendiğinde gelir kayıpları her yıl milyonlarca insanı yoksulluğa sürüklerken, kalkınmayı da olumsuz etkilemektedir (DSÖ, 2022).

Türkiye’de bulaşıcı olmayan hastalık oranları çok yüksek olduğu dikkate alındığında, ülkenin sosyo ekonomisi üzerindeki yükü daha çok artacağı için önlemler alınması gerekmektedir. Hem bireyler hem de toplum üzerindeki kronik hastalıkların etkisini azaltmak için, sağlık, eğitim, finans, ulaştırma, tarım, planlama ve diğler tüm sektörlerin risklerini de azaltmak için iş birliği yapmasına ihtiyaç vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimine yatırım yapmak kritik öneme sahiptir (TÜİK, 2022).

1.2.3. DSÖ’nün Yanıtı

Bulaşıcı olmayan hastalıkların Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşmak için yönetim müdahaleleri önemli ve gereklidir. 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi, büyük zorlukların olduğunu kabul etmektedir. Erken ölümlerin üçte bir oranında azaltmak için 2030 yılına kadar iddialı ulusal müdahaleler geliştirmeyi kabul etmek ülkelerin görevleri içindedir. Dünya Sağlık Asamblesi 2019 yılında, hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için DSÖ Küresel eylem planını 2013-2020’den 2030’a kadar uzatmıştır ve 2023’ten 2030’a kadar bir uygulama yol haritasının geliştirilmesi çağrısında bulunulmuştur (DSÖ, 2022).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından önleme ve kontrolü yürütölen Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025 faaliyetlerinin sürdürülebilirliğini ve etkili müdahaleyi sağlayan önceliklendirilmiş hedeflere

ulaşmayı içeren, bütüncül ve multidisipliner yaklaşımı benimsemektedir. Plan ulusal hedefler ve planlamaları içermektedir. Stratejik hedefe yönelik; değiştirilebilir ve önlenabilir risk faktörlerinin azaltılması, bulaşıcı olmayan hastalık belirleyicilerinin izlenmesi, önleme, kontrole yönelik ilerlemenin değerlendirilmesi önceliklendirilen hedef girişimler arasındadır. Amaç toplumun sağlık ve iyilik düzeyini yükseltmektir. Ulusal hedeflere ulaşmak amacıyla her düzeyde koordinasyon ve uyum konusunda tüm paydaşlarla ortak çalışma hedeflenmiştir. En çok ölüm ve hastalık yüküne yol açan bulaşıcı olmayan hastalıkların yani KVVH'lar, kanser, kronik kalp hastalıkları ve diyabetin azaltılırken ayrıca ortak davranışsal risk faktörlerinin yani tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımının azaltılması planlanmıştır (THSK, 2017).

Yüksek risk altındaki bireylerin erken tespiti ile toplumsal sağlığın teşvik edilmesi önemlidir. Hastalıkların önlenmesine yönelik programlar geliştirilerek toplumun etkili tedavi ve bakım almasına yönelik sistematik ve entegre politikalar geliştirmek stratejinin önemli unsurlarıdır. Ayrıca ulusal düzeyde çok paydaşlı iş birliklerini güçlendirilmesi stratejik yaklaşımlar içerisindedir (DSÖ, 2020).

Ülke hedefleri içerisinde; kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya kronik akciğer hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 göreceli azaltılması, nüfusun tuz/sodyum tüketim oranında %30 azalma, kan basıncı yüksekliği sıklığının %20 azaltılması, yetersiz fiziksel aktivite sıklığında %10 azalma, diyabet ve obezite artışının durdurulması dikkat çeken hedefler arasındadır (THSK, 2017).

İnsanların içinde büyüdüğü, yaşadığı ve yaşlandığı sosyoekonomik çevre ve ortamların başında gelen okullar ve işyerleri gibi alanlara dikkat edilmesi ortak yaklaşımlara daha da fazla katkıda bulunabilir. Bulaşıcı olmayan hastalık yükünün büyük kısmından çevre ve iş maruziyetleri sorumludur (TÜİK, 2022; Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı, 2017).

1.3. DİYABETUS MELLİTUS

1.3.1. Diyabetin Tanımı

Pankreasın beta hücrelerince; insülin hormonunun, yetersiz ya da hiç salgılanmaması ile karakterize, vücudun karbonhidrat, yağ ve proteinlerden yeterli düzeyde yararlanamadığı, organ ve işlev kayıplarına yol açması nedeniyle de yaşam süresi ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen hem mikrovasküler hem de makrovasküler komplikasyonlarla seyredebilen kronik ciddi sağlık sorunudur (Aytemur ve İnkaaya, 2022; Bayraktar, 2019).

Kapiller membrandan başlayan değişiklikler ateroskleroza kadar gidebilmekte, komplikasyonları önlemek ve azaltmak içinde sürekli destek ve öz bakım eğitimi gerektirmekte ve bu eğitimin belirli aralıklarda hem takip hem de yenilenmesi gerektirmektedir. Morbidite ve mortaliteyi de arttıran kronik metabolik durum, sağlık harcamaları içinde de 10%'luk bir payı oluşturmaktadır (Arabacı ve diğ., 2018; Eroğlu ve Temiz, 2021; Şanlıtürk ve diğ., 2022).

Diyabetin komplikasyonları, ölüm oranının artmasına, körlüğe, böbrek yetmezliğine ve diyabetli bireylerde genel olarak yaşam kalitesinde azalmasına neden olabilmektedir (Cole ve Florez, 2020).

Diyabet; milattan sonra 1. yüzyılda Aretaus "Akut ve Kronik Hastalıklar" adlı çalışmasında et ve kemiğin idrarla sivilaşmasını açıklamak için "sifon" anlamına gelen "diyabet" terimini ilk tanımlayan olmuştur. Bal ile karıştırılmış idrar benzetmesini Thomas Willis tarafından yapılırken Latince' de 'bal gibi tatlı' anlamına gelen "mellitus" terimi ise İngiliz cerrah John Rollo tarafından 1798'de bu diyabet türünü, idrarı tatsız olan diyabetes insipitus'tan ayırmak için kullanılmıştır (Aykanat, 2018; Hayırlıdağ, 2022).

Genellikle anormal derecede yüksek kan şekeri düzeyleriyle teşhis edilen bir endokrin sistem hastalığı olan diyabet aslında tek bir hastalık olmayıp bir grup durumdur demek daha doğru olacaktır. Farklı metabolik bozuklukların birleştiği ortak sonuç hiperglisemi olan hem etki mekanizmaları hem de sağlık sonuçları göz önüne alındığında heterojen bir sağlık sorunu olup dünya da en yaygın ve en hızlı büyüyen hastalıklardan biridir (Cole ve Florez, 2020).

Tip 2 diyabetli bireylerin %90'ından fazlası aşırı kilolu veya obezdir. Bu da göstermektedir ki obezite, Tip 2 diyabet gelişimi için en büyük bağımsız risk faktörüdür. Prediyabet şüphesi ya da tanısı alanların 10 yıl içinde Tip 2 diyabet gelişme şansı %50'dir (Choudhury ve Rajeswari, 2021).

1.3.2. Dünyada ve Türkiye de Diyabet Epidemiyolojisi

Diyabet epidemiyoloji ile ilgili veriler 2000'li yıllardan bu yana DSÖ ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF) gibi kurumlar tarafından toplamakta ve düzenli aralıklarla yayımlamaktadır. Bunun en önemli nedeni; DSÖ tahminlerine göre, her yıl yaklaşık 3,4 milyon, IDF 2021 tahminlerine göre ise 6,7 milyon kişi diyabet ve komplikasyonlarına bağlı nedenlerle kaybedilmektedir. Aynı raporda her 5 saniyede 1 olmak üzere 6,7 milyon ölüm nedeninin diyabet olduğu ve son 15 yılda sağlık harcamalarının %316 oranında artışla 966 milyar doları bulduğu bildirilmiştir (IDF, 2021). Bu durum sadece gelişmiş ülkelerde değil, aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde artan hasta sayıları ile diyabet salgın haline gelmektedir. Dünya genelinde pek çok tanı konulamayan veya tedavi edilemeyen vakaları da düşünüldüğünde sayı daha da artmaktadır. IDF tarafından iki yılda bir yayınlanan “Diyabet Atlas’ının 10. Baskısında 2021 yılı itibariyle 537 milyon erişkin yaşta diyabet hastasının olduğu ve bunların %80’inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı bildirilmiştir. IDF 2030 yılına kadar bu rakamın 643 milyona ve 2045 yılında ise 783 milyona ulaşması beklenmektedir (Dikici ve Eren, 2022; Best, 2021).

DSÖ verilerine göre 2019 yılında 1,5 milyon ölümün doğrudan nedeni DM olduğu bildirilmiştir. DM’ye bağlı tüm ölümlerin %48 gibi neredeyse yarıya yakın oranı 70 yaşından önce meydana gelmiştir (DSÖ, 2022). 2021 yılında her 5 saniyede 1 olmak üzere 6,7 milyon ölümün nedeni diyabet olduğu ve son 15 yılda sağlık harcamalarının %316 oranında artışla 966 milyar doları bulduğu bildirilmiştir (IDF,2021). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP)-II verilerine göre, Türkiye’de diyabet yaygınlığı %13,7’dir. %7,5’si yeni DM tanısı alan, %9 ise bilinen DM tanısı olan kişilerde açlık plazma

glukozu (APG) ve Oral Glukoz Tolerans Testi (OGTT) ile tespit edilen DM yaygınlığı %16,5 olarak belirlenmiştir. Bu, Türkiye'de yaklaşık 6,5 milyon kişinin diyabet hastası olduğu anlamına gelmektedir. İzole bozulmuş açlık glukozu (BAG) yaygınlığı %14,7, izole bozulmuş glukoz toleransı (BGT) %7,9 ve prediyabet yaygınlığı ise %8,2 olarak bulunmuştur (Şenbil, 2023).

Kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin önemli etkenlerinden biri olan DM, toplum sağlığı açısından da önem arz etmesinden Amerikan Kalp Derneği tarafından 14 yıl önce majör risk faktörleri arasına girmiştir. DM tanılı hastaların gelecekteki kardiyovasküler olaylarla karşılaşma olasılığı, yaş ve ırk faktörleri eşitlendiğinde DM olmayan bireylerden 2-8 kat daha yüksektir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında da diyabetin gelecekte koroner kalp hastalığı (KKH) gelişmesini bağımsız biçimde 2,4 kat yükselttiği belirlenmiştir (Eray ve diğ., 2018).

Ülkemiz günümüzde diyabetli birey sayısı bakımından ilk on ülke arasına girmemesine rağmen bu seyrin 2045 yılına kadar ilk on ülke arasında olacağı tahmin edilmektedir (Bayraktar, 2019).

Sürekli bakım ve desteğe ihtiyaç duyulan hastalık seyrinde diyabet hastalığı ve komplikasyonları önlemek için IDF tarafından 2021-2023 teması, 'Diyabet Bakımına Erişim' olarak seçilmiştir. Ortak amaçta diyabetlilere destek ve tedavi sunma bağlamında ilaç, teknoloji, bakım gibi her türlü ihtiyaç duyulan hizmetin sağlanması olmalıdır. Bu doğrultuda hükümetlerin diyabet bakımı ve önleme yatırımlarının artırması gerekmektedir. 2021 yılı IDF raporu verileri incelendiğinde sayıların her geçen yıl beklenenin üzerinde seyrettiği, Avrupa ülkelerinde erkeklerde prevalansın 75 yaşa kadar kadınlara oran daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Best, 2021).

1.3.3. Ofis Çalışanlarında Diyabet Riskleri

Diyabetin komplikasyonları, ölüm oranının artmasına, körlüğe, böbrek yetmezliğine ve diyabetli bireylerde genel olarak yaşam kalitesinde azalmasına neden olabilmektedir. Genellikle anormal derecede yüksek kan şekeri düzeyleriyle teşhis edilen bir endokrin sistem hastalığıdır. Farklı metabolik bozuklukların birleştiği ortak

sonuç hiperglisemi olan hem etki mekanizmaları hem de sağlık sonuçları göz önüne alındığında heterojen bir sağlık sorunu olup dünya da en yaygın ve en hızlı büyüyen hastalıklardan biridir (Cole ve Florez, 2020). Obezite, Tip 2 diyabet gelişimi için en büyük bağımsız risk faktörüdür. Prediyabet şüphesi ya da tanısı alanların 10 yıl içinde Tip 2 diyabet geliştirme şansı %50'dir (Choudhury ve Rajeswari, 2021).

Günün büyük bir kısmını çalışarak iş yerinde geçiren bireylerin tüm riskleri kontrol altına alınamasa da etkili şekilde kontrol altına alınması, çalışanların sağlığının korunmasını sağlayacaktır. Diyabet gelişimi fiziksel ve çevresel birçok faktörden etkilenmektedir. Dolayısıyla iş yerindeki kimyasal risk etmenleri, fiziksel risk etmenleri, vardiyalı çalışma, stres gibi etmenlerin değerlendirilmesi ve kontrol altına alınması son derece önemlidir. Mesleki maruziyetler her iki yönde de bireyi olumsuz etkileyebilmektedir. Maruziyetler diyabet oluşumuna destek olurken ayrıca çalışanın iş yaşamı üzerinde de olumsuz etkiler yapabilmektedir. Çalışanın iş gücünde azalmalara, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlara bağlı olarak iş kazalarına neden olabilmektedir (Ezber ve diğ., 2022). Li ve diğerlerinin 2022'de yaptığı Tip 2 DM'de sedanter yaşamın etkilerini araştırdıkları çalışmalarında hareketsiz sürenin artması ile bireylerdeki hemoglobin A1C (HgA1C) seviyelerinde arttığını göstermişlerdir. Bu nedenle diyabetli çalışanın işe uygunluğunun belirlenmesi, gerekirse çalışma koşullarının düzenlenmesi, belirli zamanlarda da periyodik muayenelerinin yapılarak gözden geçirilmesi büyük önem taşımaktadır (Ezber ve diğ., 2022; Li ve diğ., 2022).

1.3.4. Ulusal Düzeyde Diyabetle Mücadele ve Toplumsal Farkındalığın Geliştirilmesi İçin Stratejik Programlar

1.3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanları Diyabet Farkındalığının Geliştirilmesi

Diyabette koruma, erken tanı ve tedavinin temel olarak birinci basamakta yapılması en doğrusudur. Bu konuda eğitim verilmesi, riskli grupların saptanması, tarama gibi faaliyetlere yeterli zaman ayrılması gerekmektedir. İkinci ve üçüncü basamaklarla da iletişim olanakları yeterli olmadığı bir gerçektir. Türk Diyabet Vakfı diyabet

hemşirelerinin ve diyetisyenlerinin birinci basamaktaki etkin şekilde istihdam edilmesi gerekliliğini vurgularken ayrıca diyabetli bireylerin sağlık okur-yazarlığı ve diyabet komplikasyonları açısından farkındalıkları düşük olduğu bilinmektedir. Kendi bakımları için yeteri kadar aktif çaba gösterememektedirler. Doğru zamanda yapılan etkili müdahale ve yaşam biçimi düzenlemeleri ile diyabetli veya diyabet riski olan bireylerin sağlık sonuçları iyileştirebilir. Hemşirelerin diyabet tanı ve tedavisinin yanında komplikasyonları önleme ve takipte rolleri bulunmaktadır (TDV, 2023; Yıldırım ve diğ., 2020).

1.3.4.2. Diyabet ve Prediyabette Yaşam Tarzı Değişimleri İçin Stratejik Planlamalar

Toplumsal bilinç kazandırmak için eğitim döneminden belirli aralıklarla diyabet, risk faktörleri, beslenme ve egzersiz konularının ders olarak müfredata konulması önerilmektedir. Kamu kurumları ve sivil toplum örgütlerinin diyabetin önlenabilir olduğunun bilincini yaymak üzere yazılı, görsel materyallerle ve eğitim aktiviteleri ile farkındalık etkinliklerinde bulunması yararlı olacaktır. Diyabetli hastaların 1. derece yakınlarına eğitim ve danışmalık yapılmalı diyabet risk belirleme testlerini öğretmek ulaşılabirliği sağlanmalıdır (TDV, 2023).

Toplumun sosyal, siyasal, ekonomik ve kültürel süreç ve bileşenleri bir bütün olarak sağlığın daha iyi seviyeye teşvik edilmesine ve gelişmesine neden olacaktır (Öztürk ve diğ., 2020). Bireysel ve toplumsal olarak yaşam tarzı değişikliği vazgeçilmez bir tedavi bileşenidir ve yerini tutacak hiçbir ilaç bulunmamaktadır. Sadece kan glukozu üzerine değil, tüm risk faktörleri üzerine de olumlu etki etmektedir. Yaşam tarzı değişikliği; beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyinden oluşan iki bileşenden oluşur ve bireyin özelliklerine göre belirlenmelidir. Yaşam tarzı değişikliği ile ortalama (Ort.) 6 ayda %5-10 ağırlık kaybı sağlanması hedeflenmelidir (TDV, 2023). Ülkede kronik hastalıkların hastalık yükü ve sağlık hizmeti kullanımının azaltılması çok değerli olup bu da bireysel öz yönetimin geliştirilmesi ve desteklenmesi ile olabilecektir (Yıldırım ve diğ., 2020).

1.3.4.3 Toplumda Yüksek Riskli Bireyleri Saptamaya Yönelik Standartlar

Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek amacı ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı kurulmuştur. Riskli bireyleri belirlemede toplumun beslenme ve egzersiz alışkanlıklarını araştıran kurumlara ihtiyaç vardır. Bu verilerin uluslararası verilerle karşılaştırılması gerekmektedir. Çocukluk çağı obezitesinin tüm okul çağı çocuklarında okullar tarafından yıllık taramalarla belirlenmesi, işyerlerinde ve devlet kurumlarında çalışan personelin diyabet risk faktörlerinin yıllık olarak belirlenmesi bunlara örnek olabilir. Bireyler risk durumuna göre; prediyabet ve diyabet açısından doğruluğu yüksek testlerle rehberlere uygun olarak taranmalıdır (TDV, 2023). HT veya hiperlipidemisi olan bireyler ile BKİ (Beden kitle endeksi) ≥ 25 kg/m² olan 40 ila 70 yaş arasındaki yetişkinlerde diyabet taraması önerilmektedir (Karan ve Satman, 2021).

Açık ve kapalı spor alanlarından yararlanma olanakları gelişmiş yerleşim birimlerinde ihtiyaç vardır. Ayrıca prediyabetli ya da diyabetli bireyleri düzenli takip etmesi için diyabet ekibi içerisinde aktif egzersiz reçeteleyecek spor hekimi veya egzersiz fizyoloğunun da görev almasını sağlayacak düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç vardır (TDV, 2023).

1.3.4.4. Diyabeti Önleme Stratejilerine İlişkin Farkındalık

Sağlık Bakanlığı 2019 Eylül ayında, TDV ve Dünya Diyabet Vakfı'nın iş birliği ile 20 ilde Aile Sağlığı Çalışanlarına yönelik "Diyabet Eğitim Programı" başlatmıştır. Diyabet risk faktörlerinin ve diyabet önleme stratejilerinin Tıp Fakültelerinde, Sağlık Bilimleri Fakültelerinde başta hemşirelik ve diyetisyenlik olmak üzere ilgili sağlık çalışanı adaylarına diyabet önleme stratejilerinin ders programında zorunlu ders olarak verilmesi önerilmektedir. Diyabet Destek Noktası Eğitim projesi kapsamına prediyabetik hastaların da dahil edilerek yapılandırılması gerekmektedir (Yalçın, 2023).

1.3.4.5. Her Bireye Hareketli Yaşam Desteklenmelidir

Sağlık okuryazarlığı geliştirilirken sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve desteklenmesinde destekleyici bir çevrenin geliştirilmesi gerekmektedir. Açık ve kapalı spor alanlarından yararlanma olanakları gelişmiş yerleşim birimlerinde ihtiyaç vardır. Ayrıca prediyabetli ya da diyabetli bireyleri düzenli takip etmesi için diyabet ekibi içerisinde aktif egzersiz reçeteleyecek spor hekimi veya egzersiz fizyoloğunun da görev almasını sağlayacak düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç vardır (Özcebe ve diğ., 2021; TDV, 2023).

1.4. KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR

1.4.1. Kardiyovasküler Hastalıkları Tanımı

KVH kalp ve dolaşım sisteminin hastalıklarını gösteren ve dünya da sağlık sorunlarının başında gelen hastalıklardır. DSÖ, her yıl dünyadaki tüm ölümlerin büyük bir çoğunluğundan KVH'ların sorumlu olduğunu belirtmektedir. Bu hastalıkların başlıcaları KKH, inme, periferik arter hastalığı ve romatizmal kalp hastalığı yer almaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ölümlerin %75'ten fazlası KVH'lar nedeni ile olmaktadır (Arslan ve Akça, 2020; Doğru ve diğ., 2021). KKH görülme sıklığı TUİK 2019 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri kadınlarda ise %7,7 erkeklerde %6,6 olarak saptanmıştır. Miyokard enfarktüsü geçirme oranları da kadınlarda %1,9, erkeklerde %2,5 olduğu görülmüştür (Tuncer, 2024).

Risk faktörleri içinde en önemli yere sahip olan HT, obezite, diyabet ve dislipidemi, sedanter yaşam konusunda önlem alınarak KVH'ları önemli oranda önlenabilmektedir. Risk altındaki bireyler belirlenerek erken tanınması ve zamanında müdahale edilmesi ile KVH %80 oranında önlenabilmektedir. DSÖ; lipid profilinin düzenlenmesi, sigara ve alkol içimi kontrolü ve önlenmesi, kan basıncı ve obezitenin kontrolü ile KVH görülme sıklığının yarıya indirilebileceğini bildirmektedir (Arslan ve Akça, 2020).

1.4.2. Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri

Amerikan Önleyici Kardiyoloji Derneği (American Society for Preventive Cardiology-ASPC) ilk on KVH Risk Faktörü 2021 Güncellemesi her bir KVH risk faktörü bölümü için koruyucu referanslara (geçerli kılavuzlar ve seçilmiş incelemeler) hızlı erişim içermektedir. Bu koruyucu referanslardan aile hekimliği, kadın doğum ve dahiliye uzmanları, pratisyen hemşireler, doktor asistanları çoklu risk faktörünün tanımlanması ve yönetimi için yararlanabilir. Amaç koruyucu kardiyolojide temel klinik hususlara odaklanmaktır. KVH risk faktörü arasında, fiziksel hareketsizlik, dislipidemi, sağlıklı beslenme, obezite, hiperglisemi, yüksek tansiyon, tromboz/sigara içme, böbrek fonksiyon bozukluğu ve genetik/ailesel hiperkolesterolemi, özel popülasyonlara ilişkin durumlar (ileri yaş, ırk/etnik köken ve cinsiyet farklılıkları) yer alır. KVH hastasının genellikle birden fazla risk faktörü vardır ve bunları çok faktörlü bir yaklaşımla takip gerekmektedir. Hem tanı almış KVH'lı hem de KVH riski taşıyan hastalarda risk faktörlerine temel bir bakış açısı ile özen göstererek takip etmek bireylerde risklerin önlenmesine veya azalmasına, küresel KVH risklerinin azaltılmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca tüm sağlık ekiplerinin genel bir bakışa sahip olmaları açısından da önemlidir (Arslan ve Akça, 2020; Bays ve diğ., 2021).

1.4.2.1. Sağlıklı Beslenme

KVH'ların önlenmesinde; besin miktarı, enerji yoğunluğu, zamanlama, yeme düzeninin kalitesinin planlanmasına kadar her aşamada hasta katılımının olması çok önemlidir. Amerikada beslenme klavuzlarında sıkı beslenme önerileri doğrultusunda sağlığı iyileştirdiği ve hastalık riskini azalttığı bilinmesine rağmen örneğin HT'yi önlemede henüz yeterli düzeye ulaşamamıştır. Beslenme stratejisi belirlenirken, kanıta dayalı beslenme yöntemlerinin seçilmesi önerilmektedir. Besinler içerisinde; sebzeler, meyveler, baklagiller, kuruyemişler, tam tahıllar, tohumlar ve balık yer almalıdır. Yağ olarak tavsiye edilen balık, fındık gibi tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ asitleri açısından zengin gıdalar ile çözünür lif içeriği zengin gıdalar yer almalıdır. Alımını sınırlandırılacak besinler arasında işlenmiş kırmızı etler,

doymuş ve trans yağlar, aşırı sodyum, işlenmiş karbonhidratlar ve etler, şekerle tatlandırılmış içecekler, alkollü içecekler yer alır (Bays ve diğ., 2021; Nicastro ve diğ., 2023).

Sağlıklı beslenmenin bir amacı da sağlıklı bir vücut ağırlığına ulaşmaktır. Bu en iyi şekilde, şekerle tatlandırılmış gıdalar da dahil olmak üzere aşırı işlenmiş, kalori kısıtlaması olan gıdalardan kaçınmakla sağlanabilir. Düşük besin değeri olan, enerji açısından yoğun gıdaların günün belirli saatlerinde beslenme ritmine uygun olarak tüketilmelidir. KVVH'yi önlemeye yönelik en iyi kanıta sahip diyet, Akdeniz diyeti olup, HT'yi önlemek ve kontrol altına almak için planlanan diyetir. Bu beslenme şekli sebzelere, meyvelere, tam tahıllara, yağsız veya az yağlı süt ürünlerine, balıklara, kümes hayvanlarına, yağsız etlere, kuruyemişlere, tohumlara, baklagillere ve liflere öncelik verir. Finicelli ve arkadaşlarının 2022 yılında yapmış olduğu araştırmada son 10 yıldır artan araştırmalarda metabolik hastalıklar, KVVH'lar ve kanser de akdeniz diyeti üzerine odaklandığını göstermektedir. Akdeniz diyetinin de anti oksidan ve antienflamatuvar özellikleri nedeniyle bel çevresine ve obeziteyi kontrol edebilmekte etkin olduğu görüşü üzerinde durulmaktadır (Bays ve diğ., 2021; Finicelli ve diğ., 2022).

Dünya'da sigara nedeni ile yılda 6 milyondan fazla kişi ölürken, beklenen yaşam süresi de 10 yıl azalıyor. Sigara vücutta oksidatif strese, insülin direncine ve sempatik sinir aktivasyonuna sebep olurken bu durumda kalp ve damar hastalıklarının temelini oluşturmaktadır. Normal tansiyona sahip sigara içenlerle içmeyenler kıyaslandığında sigara içenlerin KVVH riskinin daha fazla gösterilmiş, tek bir sigaranın tansiyonu 20 mmHg civarı yükselmesine neden olduğu saptanmıştır. Yüksek tansiyondan dolayı meydana gelen damar harabiyetinin sigara bırakılsa bile gerilemediği görülmüştür. Sigara kullanımına bağlı emboliler sonucu akut koroner sendrom ve inme gelişebilmektedir. Serebral anevrizma ve subaraknoid kanamanın nedenleri arasında sigara kullanımı gösterilmiştir. Tüm olumsuz yönlerine rağmen sigara kullanımını 50 yaşından önce bırakan birinin gelecek 15 yıl içindeki ölüm riskinin yarı yarıya azaldığı gösterilmiştir. Sigara kullanan kişilerde ort. yaşam süresi hiç kullanmamış olan kişilere göre 10 yıldan fazla kısaldığı saptanmıştır. Sigaranın bırakılmasıyla akciğer kanseri

gelişme riski azalırken ort. 1 yıl sonra kalp krizi riskinin de azaldığı saptanmıştır (Türk ve diğ., 2021).

Bireylerin olumlu yaşam tarzının benimsenmesi, yaklaşık olarak %50 oranında koroner arter hastalığı riskini düşürmektedir. Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) beslenme stratejik planı 2020-2030 araştırmasında beslenme biliminin ilerlemesi gerektiği ve ayrıca uygulanabilir ve kişiselleştirilmiş diyet önerilerinin sunulması gerekliliğinden bahsetmiştir. Başka önemli bir sorun sağlıklı gıdaların satın alınması ve hazırlanmasına ilişkin eğitim eksikliğidir. Hastaları kanıta dayalı yemek planları ve diyet uygulama kılavuzları konusunda bilgilendirilmelidir. Risk faktörlerini yönetmek ve tıbbi beslenme tedavisini uygulamak için gerekirse bireyleri beslenme uzmanına yönlendirmek doğru yaklaşım olacaktır (Bays ve diğ., 2021; NIH, 2020).

1.4.2.2. Fiziksel Aktivite

Bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri yaşam biçimleri ve sağlıkları ile doğrudan ilişkilidir. Düzenli fiziksel aktivite fiziksel ve ruhsal iyileşmeyi etkilemektedir. Belirli seviyede fiziksel aktivitenin altında yaşayan birey “sedanter birey” olarak tanımlanır (Özsaydı ve Güngör, 2023).

Fiziksel aktivite metabolik eşdeğer birimler (METS) cinsinden tanımlanır. Bir MET, istirahat halinde tüketilen oksijen olarak miktarıdır. Yavaş yürüme 1,6–2,9 METS, orta hızda yürüme 3,0-5,9 METS ve orta derecede koşu ≥ 6 METS olarak ölçümlenir. Kardiyak stres testinde S-T segmenti depresyonu olmayan bir koşu bandı ≥ 10 METS elde edebilen hastalar genellikle çok düşük KVVH riski altındadır. Kontrendike olmadığı sürece düzenli fiziksel aktivite; bireylerin kondisyon durumlarını, kilo kontrollerinin sağlanmasını destekler, kalp ve damar sistemiyle ilgili riskleri minimum (min) düzeye inmesine yardımcı olmaktadır. Fiziksel hareketsizlik KVVH’lar açısından önemli bir risk faktörüdür. Erken yaş ölümlerinde doğrudan veya dolaylı olarak %10 artışa yol açar. Oysa dünya çapında yeterli fiziksel aktivite ile yılda yaklaşık 3,9 milyon erken ölüm önlenabilir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite hayat kalitesini artırırken, fiziksel ve ruhsal hastalıklara yakalanma ve iyileşmesini etkilediği bilinmektedir (Bays ve diğ., 2021).

ABD'de yılda yaklaşık 117 milyar dolar sağlık harcaması yapılmaktadır. ABD verilerine göre yetişkin erkeklerin yalnızca %26'sı ve yetişkin kadınların %19'u, yeterli aktivite düzeylerine ulaşmaktadır. Sağlıklı yetişkinler için haftalık önerilen fiziksel aktivite, en az 150 dakika orta yoğunlukta veya yine haftada 75 dakika ve üzeri yüksek yoğunlukta fiziksel aktiviteden oluşmaktadır. Araştırma ve kanıtlar, haftada 2-3 kez büyük kas gruplarına yönelik egzersizlerinin faydalarını desteklemektedir. Amaç hareketsiz davranışı engellemek olduğu için önerilen fiziksel aktivite hedeflerini karşılayamayan hastalar için kısa süreli günlük egzersizlerle bile ölüm riskinin azaltılmasına yardımcı olunabilmektedir (Bays ve diğ., 2021).

Artan fiziksel aktivite ile iyileşen metabolik parametreler arasında hiperglisemi, hiperinsülinemi, yüksek kan basıncı, hipertrigliseridemi ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeylerinde düzelmeler görülmüştür. Ayrıca iskelet ve kalp kası kütlesi ve gücü kaybında iyileşme ile miyokard kas fonksiyonunda artış, endotel dokuda iyileşme, miyokardın oksijenlenmesinde artış iskemi ve perfüzyonda hasarlanmalarına karşı kardiyak korunma, kan damarlarında dilatasyon artışı miyokardiyal rejenerasyon artacaktır. Fibronolizin artması sempatik tonusun azalması ile aritmi riski azalmaktadır. Hareketliliğin artması ve gelişmesi ile denge ve yaralanmalar azalırken kemik mineral yoğunluğu artmakta, kırılabilirlik azalmakta beraberinde osteoartrit ağrılarının azaldığı görülmektedir (Bays ve diğ., 2021). Araştırmalar incelendiğinde fiziksel aktivitenin düzenli yapılması, kan yağı ve insülin seviyelerinde ve ayrıca bağışıklık sistemlerinde olumlu iyileşmelerin olduğu belirtilmektedir (Özsaydı ve Güngör, 2023).

1.4.2.3. Dislipidemi

Kronik durumlar arasında dislipidemiler en sık tespit ve tedavi edilen anormal serum kolesterol, trigliserit düzeyleri veya her ikisi ile karakterize durumlardır (Berberich ve Hegele, 2022). Genetik faktörlerin etkisinin yanında küresel boyuttaki olumsuz yaşam biçimi, azalan fizik aktivite ve yüksek kalorili karbonhidrat ağırlıklı beslenme şekli dislipidemi oranlarındaki artışın en önemli nedenlerindendir (Türk Epidemiyoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2021).

Dislipideminin KVVH'lar için majör risk faktörü ve hatta önkoşul olabileceği düşünülmektedir. Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) >130 mg/dL, HDL <40 mg/dL veya trigliserit >200 mg/dL parametrelerinin bir veya birkaçının bir arada olduğu durumlar dislipidemi olarak tanımlanır. KVVH'lar için pek çok risk faktörü mevcuttur. Ancak dislipidemi, sigara, HT ve obezite kardiyovasküler risklerin %80'ini oluşturmaktadır (Kılınçarslan ve Şahin, 2019).

Dünyada Avrupa ve Kuzey Amerika'da her iki yetiştikten birinde dislipidemi tespit edilirken Türkiye'de de obezite ve Tip 2 DM sıklığı giderek artarken bu dislipidemi sıklığını da artırmakta ve eriştin nüfusun yaklaşık %80'inde dislipideminin bulunduğu görülmüştür. nemli bir halk sağlığı sorunu olan dislipidemi son 15 yılda yayınlanmış meta analiz sonuçlarına göre her on kiştiden yaklaşık nde hiperkolesterolemi, her iki kiştiden birinde düşük HDL ve her üç kiştiden birinde yüksek trigliserit düzeyi olduğu bildirilmektedir. Yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık gibi önlenemeyen risk faktörlerine karşı sigara içimi, dislipidemi, HT, obezite gibi önlenebilir risk faktörleri aterosklerotik KVVH geliştirmede kontrol edilebilir durumlar olarak kabul edilmektedir (TEMĐ, 2021).

Dislipidemi yönetiminde ilaç kullansın kullanmasın tüm hastalarda birincil yapılması gereken yaşam tarzı değiştikliğidir (Kılınçarslan ve Şahin, 2019). KVVH'lardan ve dislipidemiden korumada sigara bırakma kuvvetle önerilmektedir. Gerekirse tıbbi destek almaları sağlanmalıdır. Potansiyel zararlı etkileri nedeniyle alkol kullanımı dislipidemi de önerilmez. Dislipidemili bireylerde haftada en az 3 hatta 6 güne kadar 30-60 dk egzersiz önerilmelidir. Buna haftada 2 gün direnç egzersizi de önerilmelidir. nemli olan, sürdürülebilir yaşam tarzı değiştikliğinin hayata geçirilmesidir. Hastanın yaşı, fiziksel becerileri, ek hastalıkları, istek ve beklentilerine göre egzersiz programı özelleştirilmelidir. Genetik dislipidemi potansiyeli olan bireylerin erken yaşıarda KVVH'ların ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu bireyler erken tanı tarama ve gerekirse uygun şekilde tedavi edilirse KVVH riski önemli ölçüde azaltılabilir (TEMĐ, 2021).

1.4.2.4. Yüksek Tansiyon

Günümüzde HT'nin sık görülmekte ve ölüme neden olan risk faktörlerinden olması nedeniyle önemini korumaktadır. Oldukça sessiz seyretmesi tanı ve tespitini geciktirebilmekte tedavinin devamlılığında da gecikme ve sorunlar yaşanabilmektedir. Pek çok hasta yüksek tansiyonu olduğunun farkında olmayabilmekte, farkında olanların büyük çoğunluğunun da tedavi planlarına uymadıklarını görülmüştür (Yıldırım, 2021).

Dünyadaki tüm iskemik kalp hastalığının %47'sini ve inmelerin %54'ünü meydana getiren, kardiyovasküler ve nörovasküler hastalıklar için HT önemli risk faktörüdür. Çalışmalarda; aşırı kontrollü ve uyumlu olma, işte sürekli çaba gösterme, agresif dürtüleri bastırma gibi kişisel özelliklerin HT'ye yatkınlık nedeni olduğu gösterilmiştir (Yıldırım, 2021).

HT günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, kısıtlayabilmekte hatta yaşam sürelerini kısaltabilmektedir. Kronik hastalık duygusu bireyin ve yaşadığı aile bireylerinin de psikolojisini ve yaşam şeklinin değişimini gerektirmektedir (Yıldırım, 2021). DSÖ'nün tanımına göre iki farklı günde yapılan ölçümlerde sistolik kan basıncı değerleri ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı değerleri ≥ 90 mmHg ise HT tanısı konur. Yüksek tansiyon riskini arttıran durumlar arasında yaş, genetik faktörler, yetersiz fizik aktivite, diyetle fazla tuz ve alkol kullanımı, kilolu veya obez olmak, beslenme de doymuş yağ ve trans yağlardan zengin beslenme, düşük meyve ve sebze alımı, tütün kullanımı bulunmaktadır (Albayrak ve Şengezer, 2022).

HT etiyolojisinde rol oynayan obezite, diyet (sodyumun fazla, potasyum, kalsiyum, magnezyum, protein, lif ve balık yağlarının yetersiz alımı), alkol alımı ve fiziksel inaktivitenin her birinin düzeltilmesi kan basıncını ort. 5 mmHg düşürmektedir (Albayrak ve Şengezer, 2022).

Dünya nüfusunun çoğunluğunu etkileyen HT, bireyin belli kurallara uyarak yaşam biçiminde değişiklikler yapmayı gerektirmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları HT'yi önlemede en önemli unsurdur. Risk faktörlerini, komplikasyonlarını bilen bireyler, hastalık ve etkileriyle yaşam tarzını değiştirerek kontrol altına alabileceğindedir.

bilir ve yaşam biçiminde değişiklikler yaparak HT kontrolünü kolaylaştırabilir (Şamdanlı ve Muz, 2022).

Hemşireler HT'yi tespit ve tanılanma aşamasından başlayarak, tedavi planlanmasın da ilaç yönetimi ve danışmanlığına, gerekli ise uygun aralıklarda kontrol edilebilmesi yoluyla tedavi kılavuzlarının uygulanması için hem hasta ile hem de sağlık profesyonelleri ile iletişimde kilit bir role sahiptirler. Ayrıca bu noktada genellikle ilk karşılaşılan sağlık profesyonelleridir. Hemşireler bakımın koordinasyonunu sağlarken bireysel beceri geliştirmeye katkı sağlarken, toplum sağlığı yönetimine ve kalite iyileştirmeye de katkı sağlamış olurlar (Yıldırım, 2021).

1.4.2.5. Obezite

Yetersiz ve dengesiz beslenme, yanlış diyet programları, tek tip beslenme programları, uygun şekilde hazırlanmayan, hazır ve dondurulmuş gıda alımı, sağlığı tehdit eden gıda alımı, aşırı beslenme alışkanlığına bir de fizik yetersiz aktivite eklenmesi sonucu kronik ve metabolik bir hastalık olan obezite meydana gelmektedir. Vücut yağ depolarının artması ile kronikleşmektedir (Büyükipekci, 2022; Ünlü ve Deniz, 2022). Obezite süresi, derecesine göre yaşam kalitesini bozarak tedavi gerektirebilen, pahalı bir hastalıktır (Ünlü ve Deniz, 2022). Obezite diyabet, HT ve KVVH'ların ortaya çıkmasına neden olabilmekte ve ülkelerin sağlık sistemlerine ayrıca yük olmaktadır (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021).

Obezite BKİ değeri ve bel çevresi ile değerlendirilir (Bal ve Aydemir, 2022). Yağ dokusu normalde erkek vücut ağırlığının %15-20'si kadarken kadınlarda %25-30'u kadardır (Berberoğlu ve Hocaoglu, 2021).

Obezite takip ve tedavisi için küresel çapta mücadele gerekmektedir. DSÖ'nün verilerine göre obezite tanısı alan bireylerin sayısı tüm dünyada 400 milyon civarındadır. ABD'de Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi (National Health and Nutrition Examination Survey III) göre 20 yaşın üzerindeki nüfusun %54,9'unun aşırı kilolu ve %22,5'inin obez olduğunu bildirilmiştir. 2030 yılında obezite sıklığının %50'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi (Multinational monitoring of trends and determinants

in cardiovascular disease- MONICA) adlı 12 yıl süren ve DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 farklı bölgesinde yapılan çalışmada obezite yaygınlığında son 10 yılda %10-30 arasında bir artış olduğu gösterilmiştir (Berberoğlu ve Hoccoğlu, 2021; Ünlü ve Deniz, 2022).

Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü'nün (Organisation for Economic Co-operation and Development) yayımladığı "The Heavy Burden of Obesity 2019" başlıklı raporda obezitenin diyabetin %44'ü, kalp hastalıklarının %23'ü, çeşitli kanser türlerinin %7 ila %41'inden sorumlu olduğu belirtilmiştir. Obez bireylerin sağlık harcamalarının normal bireylerden 2,5 kat daha fazla olduğu, Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü'ne üye olan ülkelerinde obezite kaynaklı hastalıklarla mücadeleye yönelik sağlık harcamalarının günümüzdeki tüm sağlık harcamalarının %8,4'ünü oluşturduğu ortaya konulmuş ve 2050'ye kadar Türkiye'de sağlık harcamalarının %12'sinin obeziteye bağlı hastalıklara ayrılacağı öngörülmüştür (Memiş, 2020).

TURDEP-II'ye göre de (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması) Türkiye'de obezite sıklığı %32 olarak bildirilmiştir. Erkekler fazla kilolu olmaya, kadınlar ise obez olmaya daha yatkın olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de 12 yılda obezite sıklığı %44 oranında arttığı TURDEP-II TURDEP-I'e göre kıyaslandığında ortaya konulmuştur (Tunca ve Yılmaz, 2021). Erkeklerde santral bölgede yağlanma gelişirken, kadınların çoğunda periferik obeziteye rastlanmaktadır (Büyükepekci, 2022).

Bel çevresi ölçümü, metabolik komplikasyonların gelişim riskini belirlemek için kullanılabilecek pratik ve ucuz bir parametredir. Bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm üstünde olması obez olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde son beslenme ve sağlık araştırmasına göre bel çevresi ort'sı erkeklerde $93,1 \pm 12,7$, kadınlarda $90,1 \pm 15,2$ cm'dir. Erkeklerde bel çevresi 102 cm'nin üzerinde olanların oranı Doğu Karadeniz de %29,3'tür (Büyükepekci, 2022).

Obezite, KKH, HT, insüline bağlı olmayan DM, serebrovasküler hastalıklar, derin ven trombozu, solunum güçlüğü, bazı kanser türleri, gastrointestinal sistem hastalıkları, yağlı karaciğer ve siroz, dislipidemi, obstrüktif uyku apnesi, polikistik over sendromu, lenfödem, stres inkontinansı ve osteoartrit gibi hastalıklara da neden olmaktadır. Obez

bireylerde depresyon riskinin %30, fazla kilolu bireylerde %40 oranda arttığı saptanmıştır. Obezite tıbbi maliyetler yanında; işgücü ve üretkenlik kaybı, erken ölümler, engellilik, sigorta kurumlarının zararı gibi ekonomiyi etkileyen diğer maliyetlere de yol açmaktadır (Berberoğlu ve Hoccoğlu, 2021). Obezitenin kardiyopulmoner hastalığa nasıl katkıda bulunduğunu gösteren klinik örnek, şiddetli akut solunum sendromu koronavirus (COVID-19) salgını olmuştur. Obezite enfeksiyona yatkınlığı artırırken doğuştan kazanılmış bağışıklığın bozulması ve abartılı enflamatuvar yanıtlara neden olarak daha kötü sonuçlara yol açmıştır. Obezite hastaları Covid-19 salgınından en çok etkilenen grup olmuştur (Bays ve diğ., 2021).

Almanya'da obezite oranı yetişkinlerde dörtte bir oranındadır. Bireyler aşırı kilo nedeniyle ort. 2,6 yıl daha az yaşamaktadırlar. Bu nedenle Almanya'da obezite politikalarının temel stratejinde, sağlıklı beslenme ve aktif yaşam tarzını uygulayıp, sürdürmeyi desteklemek için bireylerin yaşadıkları ortamın düzenlenmesi gerektiğini vurgulamaktır (Ünlü ve Deniz, 2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı ulusal sağlıklı beslenme politikaları ile hareketli hayat politikalarının ve programların geliştirilmesini, uygulanmasını, izlenmesini ve değerlendirilmesini koordine edilmektedir. Obezitenin önlenmesi ve hareketli hayatın teşviki amacıyla yaş, cinsiyet, meslek vb. kriterlere göre ulusal rehberleri hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Sağlık davranışı, birey ve çevre arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Bu nedenle işyerinde fiziksel aktivite ve diyet davranışında bir değişikliği teşvik etmek, aynı zamanda işyerinin fiziksel ortamında ve organizasyon yapısındaki değişiklikleri içermelidir. İşyerinin fiziksel ortamındaki (örneğin, otomatlarda sağlıklı gıdaların mevcudiyeti) ve organizasyon yapısındaki değişikliklere maruz kalmak, ayrıca çalışan nüfusun geniş kesimlerinde davranış değişikliğini kolaylaştırabilir (Bal ve Aydemir, 2022).

1.5. SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI

Toplum temelli hastalıklardan korunmada en ucuz, etkin ve önemli yol sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin bireylere kazandırılmasıdır. Risk gruplarının belirlenmesi,

yüksek riskli olan bireylerin tanımlanması birey/toplumun farkındalığını ve tedaviye uyumu arttırırken sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri bireye kazandırılabilir. Bireyleri bilgilendirme odağındaki programlar, hastalıkların ciddiyetini ve riskleri hakkındaki bilgi ve algıyı, birçok sağlık davranışının temellerine dair farkındalık kazandırmaya neden olmaktadır. Farkındalık, hastalıkların başarılı bir şekilde kontrol altına alınabilmesinde ön koşuldur. Öz bakım yönetimi gerektiren çeşitli kronik hastalıklar için davranışsal adaptasyonda önemli ve gereklidir. Bu nedenle bireylerin farkındalık seviyelerinin değerlendirilmesi etkili müdahalelerin planlanmasında oldukça önemlidir (Doğru ve diğ., 2021).

Ofis çalışanların da sağlıksız beslenme, sedanter yaşam ve stresli çalışma ortamı gibi nedenlerle KVH açısından risk grubunda yer almaktadırlar. Özellikle sağlık ekibi içerisinde yer alan birinci ve ikinci basamakta çalışan hemşireler kronik hastalık risk faktörlerini değerlendirerek kan basıncı, BKİ/bel-kalça oranını, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirerek bu konularda bireylere eğitim planlamalıdır. Ayrıca bireyin risk özellikleri belirlenmeli ve ilgili kliniklere yönlendirmelidir (Arslan ve Akça, 2020).

Farkındalık, bireyin gerçeklikle en yakın ve doğrudan temasıdır. Artan araştırmalar, bilinçli farkındalığın fiziksel, psikolojik ve bireyin yaşamında performans faydaları sağladığını göstermektedir (Turhan ve Kesken, 2023).

2011-2012 Güney Afrika Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması'ndan (South African National Health and Nutrition Examination Survey) elde edilen ulusal veriler tüm hipertansif bireylerin yarısının hipertansif olduklarının farkında olmadıklarını %8,9'luk gibi küçük bir kısmının tansiyonlarının kontrol altında olduğunu göstermiştir. 2015 yılında yapılan ikinci araştırma DSÖ'nün Küresel Sağlık Araştırması Dalgası Yaşlanma (World Health Organization-Study on Global AGEing and Adult Health) göre HT'li bireylerin %58'i durumlarının farkında değilken bunların %18'nin tansiyonu kontrol altında bulundu. Benzer sonuçları elde eden son çalışma ise 2016 yılında yapılmış olan Demografi ve Sağlık Araştırması (Demographic and Health Survey-DHS)'nda hipertansif hastaların %16'sı kontrol altında bulunmuştur (Madelo ve diğ., 2023).

Kronik hastalıklarda farkındalık; dikkatin sürekli o anki yaşantı içinde kalınarak, bireyin deneyimlerine ve çevresinde olup bitene, eleştirmeden, yargılamadan bakabilme becerisine sahip olmaktır. Birey düşüncelerini, duygularını ve hislerini deneyimlerken bunları yargılanmadan gözlemleyebilir. Bireyin sorunlarının farkın da olunması da fiziksel ve duygusal farkındalık önemlidir. Duyma, görme, dokunma, koklama, tatma fiziksel farkındalığı, kendi duygularını ve başkalarının duygularını anlamakta duygusal farkındalığı gösterir. Farkındalıkların tamamı hastalığa ilişkin semptomları, komplikasyonları erken fark edilerek erken tanı ve tedavi şansının artmasına neden olunacaktır. Farkındalık yaratarak da sağlığı korumaya yönelik bilinç kazandırılır. Hastalığın ilerlemesine karşı önlem alınabilecektir. Semptom ve komplikasyonların varlığında ise erken tanı ve tedavi fırsatı ile yaşam kalitesini sürdürülmesi desteklenmiş olacaktır (Çiftçi ve Kutlutürkan, 2021).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma ofis çalışanlarının Tip 2 diyabet, kardiyovasküler risk ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Ofis çalışanlarının Tip 2 diyabet riskleri nasıldır?
2. Ofis çalışanlarının kardiyovasküler riskleri nasıldır?
3. Ofis çalışanlarının sağlıklı yaşam farkındalıkları nasıldır?
4. Ofiste çalışmanın Tip 2 diyabet, kardiyovasküler risk ve sağlıklı yaşam farkındalıklarına etkisi var mıdır?

2.3.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler:

- Tip 2 Diyabet riski
- Kardiyovasküler risk
- Sağlıklı yaşam farkındalıkları

Bağımsız değişken:

- Bireysel ve yaşam tarzı ile ilgili değişkenler.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma özel bir holding bünyesindeki ofis çalışanlarına uygulanmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra kurum izni alınmıştır. Kurum izni alındıktan sonraki 4.10.2023-17.01.2024 tarih aralığında araştırma verileri toplanmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini sağlık ve ilaç sektöründe hizmet veren bir holding bünyesinde çalışanlar oluşturmaktadır. Kurumda çalışan sayısının 230 olduğu bildirilmiştir. Örneklem büyüklüğü (n) Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır. Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, $\pm$ %5 örnekleme hatası ile gerekli $n = 230 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (230-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 144$ olarak hesaplanmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Literatürde benzer bir araştırmaya rastlanılmamaktadır. Etki büyüklüğü Cohen (1988) tarafından belirlenen çoklu regresyon analizine göre orta düzeyde olarak 0.15 alınmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.15 etki büyüklüğünde 107 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=2; F=3,08). Araştırmada 144 ve üzeri kişiye ulaşılması hedeflenmiştir (Cohen, 1988). Araştırmada toplam 161 ofis çalışanına ulaşılmıştır.

2.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA VE DIŞLANMA ÖLÇÜLERİ

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri

- 18 yaşından büyük olma
- Okur yazar olma
- Görme ve işitme problemi olmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar

Araştırmaya dahil edilmeme ölçütleri

- İletişim kurmayı engelleyen algılama bozukluğu ve psikiyatrik rahatsızlığı olanları çalışmaya alınmayacaktır.

2.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmada kullanılan ve geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan ölçek kullanım izni

alınmıştır (EK-2). Fenerbahçe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (01 Şubat 2023 tarihli 88813803-204.01.07.16998) etik kurul izni alınmıştır (EK-3). Çalışma verilerini toplayabilmek için araştırmanın yürütüleceği kurumdan izni alınmıştır (EK-4). Çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK-5).

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara araştırma hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (EK-5). Katılımcıların 12 saat açlıkla sağlık birimine gelebilecekleri gün planlanmış ve araştırmacı tarafından antropometrik ölçümlemeleri yapılarak kayıt alınmıştır. Antropometrik ölçümlerden vücut ağırlığı aralıklı kalibrasyon testleri kurum tarafından yapılan cihazla yapılmıştır. Katılımcı ince ve hafif kıyafetler giyerek davet edilmiş, aç karnına ve ayakkabıları çıkarılarak tartılmıştır. Baş dik pozisyonda olacak şekilde Frankfurt düzlem sağlanmıştır. Orbite çukurunun alt sınırı ile kulak kanalının aynı hizada olması frankfurt düzlemi olarak tanımlanmıştır. Tartı duyarlılığı 100-500 gramdır. Tartı aletinin yerleştirildiği zemin düz ve serttir. Diğer antropometrik ölçüm boydur. Aynı cihazla ölçüm; kişi dik ve başı Frankfurt düzleminde, dizler gergin, ayaklar yan yana, topuk, kalça, omuz aynı düzleme yaslı ve maksimum inspiryumda yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü de genişlemeyen mezura ile, en alt kaburga kemiği ile iliak çıkıntının ortasındaki en düşük çevre ile ölçüm yapılmıştır. Katılımcıya önüne bakması, nefes vermesi söylenerek expiryum sonunda ölçüm yapılmıştır. (Kahve ve Derin, 2022, ss.140-144) Veriler anket formu ile elde edilmiştir (EK-6, EK-7) (Hasta bilgi formu, Fin Diyabet Risk Skoru (FINDRISK), Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ) (EK-8), Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği (SYFÖ) (EK-9). Veriler yüz yüze görüşülerek elde edilmiş ve ort. 15 dk sürmüştür. Ayrıca bireylerin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından ölçülmüştür.

2.9. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri anket doğrultusunda elde edilmiştir. Anket formunu (EK-6);

katılımcı bilgi formu, FINDRISK, KHRFDÖ, SYFÖ oluşturmaktadır.

2.9.1. Katılımcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen toplam 14 sorudan oluşan katılımcı bilgi formunda demografik bilgilerin yanında yaşam alışkanlıkları, kronik hastalıkları ve aile geçmişi ile riskleri sorgulanmıştır. Demirağ “Tip 2 DM’li hastaların birinci derece yakınlarında diyabet riski değerlendirmesi” çalışmada kullandığı katılımcı bilgi formu referans alınarak geliştirilmiştir (Demirağ, 2016).

2.9.2. Fin Diyabet Risk Skoru (FINDRISK)

Bireylerin yaş, BKİ, bel çevresi, egzersiz yapma durumu, sebze-meyve tüketme durumu, HT durumu, daha önce kan şekerinin yüksek veya sınırda olup olmama durumu, ailede diyabet durumunu belirlemek amacıyla 8 sorudan oluşmaktadır. Prof. Jaakko Tuomilehto ve Jaana Lindström tarafından laboratuvar testleri olmadan Tip 2 diyabet yönünden riskli kişileri belirlemek amacı ile 1987 yılında geliştirilmiştir ve geçerlilik-güvenirliliği 1992’de yapılmıştır. Finlandiya Tip 2 DM risk ölçeği (FINDRISK) ölçeği skor puanları ise ölçeğin geçerlik güvenirliğini yapan Lindström’in çalışmasına göre 10 yıllık Tip 2 diyabet riski “düşük=20 puan” risk olarak değerlendirilmiştir ve sözü edilen skor sonucuna göre bireyler Min. puan “0”, maksimum (Maks.) puan “26” almışlardır. Skorun kesme noktası 15 ve üzeri olarak belirlenmiştir. FINDRISK skorunun geçerliliğinin test edildiği ve aynı zamanda Tip 2 diyabet riskinin belirlendiği çok sayıda çalışma birçok ülkede yürütülmüş (Demirağ ve Boyraz, 2021; Gabriel ve diğ., 2021; Janghorbani ve diğ., 2013; Jolle ve diğ., 2019; Karaca ve diğ. 2025; Kutlu ve diğ., 2016; Makrilakis ve diğ., 2011; Soriguer ve diğ., 2011). IDF tarafından toplum tabanlı diyabet riski taramalarında kullanılan anket, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından Türkçeye çevrilerek yetişkinlerdeki diyabet taramalarında kullanılması önerilmektedir (Demirağ, 2016; Doğan ve diğ., 2022).

2.9.3. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ)

Avrupa Kardioloji Derneği tarafından geliştirilen KVH risk değerlendirme formunun ilk hali 65 maddeden oluşmaktadır. Bu form kişilerin 10 yıl içerisinde KVH ve inmeye bağlı gelişebilecek ölüm riskini düşük, orta, yüksek ve çok yüksek risk düzeyi şeklinde belirtmektedir. Woringer ve arkadaşları tarafından İngiliz toplumuna uyarlayarak elde edilen KHRFDÖ (26 madde) Türk toplumuna uyarlanmış ve çalışmada bu form kullanılmıştır. Doğru ve arkadaşları tarafından (2021) KHRFDÖ'nün Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri değerlendirilmiştir. Türk toplumuna uyarlanan bu ölçekte 4 madde (madde 9, 22, 23, 26) çıkarılmış ve ölçek toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ilk 8 madde bilgi sorusudur ve ifadeler doğru, yanlış ya da bilmiyorum şeklinde yanıtlanmaktadır. Her doğru yanıtın değeri 1 puan olup, yanlış ya da bilmiyorum yanıtının değeri 0 puandır. İlk 7 sorunun doğru cevabı “doğru”, 8. sorunun doğru cevabı ise “yanlış”tır (Daha yüksek toplam puan =kalp krizi ya da inme hakkında daha bilgili olduğunu gösterir).

Ölçek algılanan kalp krizi/inme riski (7 madde), sağlıklı beslenme niyetleri (5 madde) ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler (2 madde) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 15. ve 16. maddeleri ters puanlanmaktadır. Algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutundan daha yüksek ort. puan alınması, kalp krizi veya inme riski hakkında algının daha yüksek olduğunu gösterir. Sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutundan daha yüksek ort. puan alınması sağlıklı beslenme davranışıyla ilgili değişime daha hazır olunduğunu gösterir. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutundan daha yüksek ort. puan alınması diyet ve egzersizin yararlarının daha iyi algılandığını ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olunduğunu gösterir. Algılanan kalp krizi/inme riski için cronbach alfa değeri $\alpha=0,91$, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler için cronbach alfa değeri $\alpha=0,79$ ve sağlıklı beslenme niyetleri cronbach alfa değeri $\alpha=0,68$ 'dir. Ölçek 4'lü likert tipinde olup, 1 (kesinlikle katılmıyorum), 4 (kesinlikle katılıyorum) arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte ve alt boyutlarında puanın yükselmesi KVH'lara yönelik farkındalığın arttığını göstermektedir (Doğru ve diğ., 2021).

2.9.4. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği (SYFÖ)

Özer ve Yılmaz (2019) tarafından bireylerin sağlıklı yaşam farkındalığı düzeylerini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmek amacıyla geliştirilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %55,50'sini açıklayan, 15 madde ve dört faktörden oluşan bir yapı elde edilmiştir. Güvenirlilik aşaması Cronbach alfa katsayısı ve test tekrar test tekniği ile incelenmiştir. SYFÖ'nün tamamı için Cronbach alfa değeri 0,81 ve test tekrar test güvenirlilik katsayısı 0,84 olarak tespit edilmiş ve ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. SYFÖ 15 madde ve 4 alt boyuttan oluşan 5'li likert tipli bir ölçektir. Ölçeğin 4 alt boyutu, "Değişim" (5 madde), "Sosyalleşme" (4 madde), "Beslenme" (3 madde) ve "Sorumluluk" (3 madde) şeklindedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Ölçekten yüksek puan alınması sağlıklı yaşam farkındalığı düzeyinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Özer ve Yılmaz, 2020).

2.10. ARAŞTIRMADA KULLANILAN CİHAZLARIN GÜVENLİĞİ

Ölçüler için kullanılan tansiyon aleti, tartı ve glucometrenin kalibrasyonları kurum tarafından düzenli olarak yapılmaktadır.

2.11. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızın verileri SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde, ort. ve standart sapma (SS) kullanılmıştır. Araştırma verilerini normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov Smirnov Testi kullanılacaktır. Kolmogorov Smirnov Testine göre $p > 0,05$ ise dağılımın normal olduğu belirlenmiştir. Ancak $p < 0,05$ ise dağılımın normal olmadığı belirlenmiştir ve verilerin Çarpıklık ve Basıklık değerlerine bakılmıştır. Çarpıklık ve Basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olması halinde değişkenin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (George ve Mallery, 2010). Bağımsız iki değişken ortalaması arasındaki fark için veriler normal dağılıyor ise t-testi, veriler normal dağılmıyor ise Mann-Whitney U testi, İki den fazla değişkenin ort'ları arasındaki fark

için veriler normal dağılıyor ise Tek Yönlü Anova Testi, Normal dağılıma uymayan veriler için Kruskal-wallis Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık derecesi $P < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Fark yaratan grup var ise, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için normal dağılıyor ise Scheffe, LSD testi, veriler normal dağılmıyor ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında veriler normal dağılıyor ise pearson korelasyon ve regresyon, normal dağılmıyor ise spearman korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır (George ve Mallery, 2010).

Tablo 2.1: Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Diyabet Risk	0,07	0,61
KVH bilgi toplam	0,63	-0,74
Algılanan Kalp Krizi İnme Riski	1,13	0,03
Sağlıklı Beslenme Niyetleri	-0,24	-0,05
Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	0,75	-0,87
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Toplam	0,44	0,26
Değişim	0,74	0,05
Sosyalleşme	0,72	-0,64
Sorumluluk	0,42	0,42
Beslenme	0,43	-0,69

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1,5 ile -1,5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2,0 ile -2,0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Çalışanların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006). Çalışanların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup

olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0,2: küçük; 0,5: orta; 0,8: büyük olarak, eta kare değeri 0,01: küçük; 0,06: orta; 0,14: büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2018).

2.12. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma için Fenerbahçe Üniversitesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan etik kurul izni alınmıştır (16.08.2023). Araştırmanın yürütüleceği kurumdan kurum izni alınmıştır (03.10.2023). Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

2.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma bir holdingin çalışanları üzerinde sağlık biriminde gerçekleştirilmiştir ve tek merkez olduğu için genellenebilirliği sınırlıdır.

3.BULGULAR

3.1. OFİS ÇALIŞANLARININTANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Çalışanların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular Tablo 3.1’de yer almaktadır.

Tablo 3.1: Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş		
30 ve Altı	36	22,4
31-40	65	40,4
41 ve Üzeri	60	37,3
Cinsiyet		
Erkek	91	56,5
Kadın	70	43,5
Medeni Durum		
Evli	103	64,0
Bekar	58	36,0
Çocuk Sahipliği		
Var	77	47,8
Yok	84	52,2
Eğitim Durumu		
Lise ve Altı	32	19,9
Üniversite	86	53,4
Lisansüstü	43	26,7
Ekonomik Durum		
Gelir Giderden Az	20	12,4
Gelir Gidere Denk	89	55,3
Gelir Giderden Fazla	52	32,3
Çalışma Yılı		
5 Yıldan Az	26	16,1
11-15 Yıl Arası	36	22,4
16-20 Yıl Arası	25	15,5
21 Yıl ve Üzeri	43	26,7
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	34	21,1
Hayır	127	78,9
Birinci Derece Akrabalarda Tip2 Diyabet Tanısı Varlığı		
Yok	122	75,8
Var	39	24,2
Sadece Anne		
Evet	11	28,2
Hayır	28	71,8
Sadece Baba		
Evet	20	51,3
Hayır	19	48,7
Anne ve Baba		
Evet	5	12,8
Hayır	34	87,2
Kız Kardeş/abla		
Evet	1	2,6
Hayır	38	97,4
Erkek Kardeş/abi		
Evet	4	10,3
Hayır	35	89,7
Birinci Derece Akrabalarda Kalp Hastalığı Tanısı Varlığı		
Yok	104	64,6

Var	57	35,4
Sadece Anne		
Evet	11	28,2
Hayır	28	71,8
Sadece Baba		
Evet	20	51,3
Hayır	19	48,7
Anne ve Baba		
Evet	5	12,8
Hayır	34	87,2
Kız Kardeş/abla		
Evet	1	2,6
Hayır	38	97,4
Erkek Kardeş/abi		
Evet	4	10,3
Hayır	35	89,7
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	53	32,9
Hayır	86	53,4
Bırakmış	22	13,7
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	40	24,8
Hayır	121	75,2
Ailede İnme Geçiren Biri Varlığı		
Evet	16	9,9
Hayır	145	90,1
Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı		
Evet	53	32,9
Hayır	108	67,1
Düzenli Kullanılan İlaçlar		
Tansiyon İlacı	12	22,6
Tiroid İlacı	9	17,0
Nörolojik İlaçlar	1	1,9
Oral Antidiyabetik	3	5,7
İnsülin	1	1,9
Diğer	27	50,9
BKİ		
Normal Kilolu ve Altı	83	51,6
Fazla Kilolu	52	32,3
I.derece Obez ve Üzeri	26	16,1

BKİ: Beden Kitle Endeksi; n: Örneklem büyüklüğü

Çalışmamızda ofis çalışanlarının, %40,4'ünü 31-40 yaş arasında, %56,5'inin erkek, %64,0'ünün evli, %53,4'ünün üniversite mezunu, %52,2'sinin çocuk sahibi olmadığı, %26,7'sinin çalışma sürelerinin 21 yıl ve üzeri olduğu ve %55,32'sinin gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık varlığına göre %78,9'u hayır, %75,8'i birinci derece akrabalarında da Tip 2 diyabet tanısının olmadığını yanıtını verdi, %71,8'i annesin de Tip 2 diyabet varlığına hayır, %51,3 babasında Tip 2 diyabet varlığına evet, %87,2'sinin hem anne hem de babada Tip 2 diyabet varlığına hayır, kız kardeş/ablaya göre %97,4'ü hayır ve erkek kardeş/abiye göre %89,7'sinin Tip 2 diyabet varlığına hayır olarak yanıt verdiği belirlenmiştir (Tablo 3.1).

Çalışmaya katılanların %35,4'ü birinci derece akrabalarının kalp hastalığının var olduğunu, %71,8'i annesinde kalp hastalığı var olma durumuna hayır, %51,3 babasında var olma durumuna evet, %87,2 hem anne hem de babada görülme durumuna hayır, %97,4'ü kız kardeş/ablada var olma durumuna hayır ve %89,7'si erkek kardeş/abide var olma durumuna hayır yanıtını vermiştir. Çalışmaya katılanların %53,4'ü sigara ve %75,2'si alkol kullanmadığını belirtti. Çalışanların %90,1'i ailede inme geçiren birinin olmadığını bildirmiştir (Tablo 3.1).

Çalışanlar düzenli kullanılan ilaç varlığına göre %67,1 hayır olarak ve düzenli ilaç kullananların %22,6'sı tansiyon ilacı, %17,0 tiroid ilacı, %1,9'u nörolojik ilaçlar, %5,7 oral antidiyabetik, %1,9 insülin, %50,9 diğer ilaçlar olarak belirttiği saptanmıştır. Çalışanlar BKİ'lerinin %51,6'sının normal kilolu ve altı olarak değerlendirilmiştir (Tablo 3.1).

3.2. DİYABET RİSK, KARDİOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI DÜZEYLERİ

Tablo 3.2: Diyabet Risk Puan Ortalamaları

	N	Ort	SS	Min	Maks	Alpha
Diyabet Risk	161	9,87	4,55	2,00	22,00	0,78

N: Evren büyüklüğü; Maks: Maksimum; Min: Minimum; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Çalışanların “diyabet risk” ort. $9,87 \pm 4,55$ (Min=2; Maks=22) olarak saptanmıştır (Tablo 3.2).

Tablo 3.3: Diyabet Risk Gruplarına Göre Dağılım

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Diyabet Risk		
Düşük	39	24,2
Hafif	73	45,3
Orta	28	17,4
Yüksek	16	9,9
Çok Yüksek	5	3,1

n: Örneklem büyüklüğü

Çalışanlar diyabet riskine göre %24,2'si düşük, %45,3'ü hafif, %17,4'ü orta, %9,9'u yüksek, %3,1'i çok yüksek olarak belirlenmiştir (Tablo 3.3).

Çalışanların kardiyovasküler hastalığına yönelik; aritmetik ort., SS ve Min-Maks düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.4: Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Puan Ortalamaları

	N	Ort	SS	Min	Maks	Alpha
KVH bilgi toplam	161	5,44	1,58	0,00	8,00	0,80
Algılanan Kalp Krizi İnme Riski	161	15,70	2,60	6,00	25,00	0,86
Sağlıklı Beslenme Niyetleri	161	10,90	2,42	4,00	16,00	0,82
Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	161	6,03	1,56	2,00	8,00	0,84

KVH: Kardiyovasküler Hastalık; Maks: Makimum; Min: Minimum; N: Evren büyüklüğü; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Çalışanların “KVH bilgi toplam” ort. $5,44 \pm 1,58$ (Min=0; Maks=8), “algılanan kalp krizi inme riski” ort. $15,70 \pm 2,60$ (Min=6; Maks=25), “sağlıklı beslenme niyetleri” ort. $10,90 \pm 2,42$ (Min=4; Maks=16), “algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler” ort. $6,03 \pm 1,56$ (Min=2; Maks=8) olarak belirlenmiştir (Tablo 3.4).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığına yönelik; aritmetik ort., SS ve Min-Maks düzeyleri aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.5: Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puan Ortalamaları

	N	Ort	SS	Min	Maks	Alpha
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Toplam	161	58,87	6,35	43,00	75,00	0,85
Değişim	161	20,99	2,16	11,00	25,00	0,86
Sosyalleşme	161	14,54	2,77	6,00	20,00	0,79
Sorumluluk	161	12,24	1,44	9,00	15,00	0,84
Beslenme	161	11,09	2,40	3,00	15,00	0,79

Maks: Makimum; Min: Minimum; N: Evren büyüklüğü; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma

Çalışanların “sağlıklı yaşam farkındalığı toplam” ort. $58,87 \pm 6,35$ (Min=43; Maks=75), “değişim” ort. $20,99 \pm 2,16$ (Min=11; Maks=25), “sosyalleşme” ort. $14,54 \pm 2,77$ (Min=6; Maks=20), “sorumluluk” ort. $12,24 \pm 1,44$ (Min=9; Maks=15), “beslenme” ort. $11,09 \pm 2,40$ (Min=3; Maks=15) olarak belirlenmiştir (Tablo 3.5).

3.3.DİYABET RİSK, KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Çalışanların diyabet risk, KVH risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelendi.

Tablo 3.6: Diyabet Risk, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanları Arasında Korelasyon Analizi

		Diyabet Risk	KVH bilgi toplam	Algılanan Kalp Krizi İnme Riski	Sağlıklı Beslenme Niyetleri	Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Toplam	Değişim	Sosyalleşme	Sorumluluk	Beslenme
Diyabet Risk	r	1,00									
	p	0,00									
KVH bilgi toplam	r	-0,01	1,00								
	p	0,88	0,00								
Algılanan Kalp Krizi İnme Riski	r	0,07	-0,14	1,00							
	p	0,34	0,07	0,00							
Sağlıklı Beslenme Niyetleri	r	-0,09	0,06	0,32**	1,00						
	p	0,24	0,39	0,00	0,00						
Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	r	-0,04	0,04	0,06	0,27**	1,00					
	p	0,61	0,53	0,43	0,00	0,00					
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Toplam	r	-0,08	0,21**	-0,05	0,16*	0,23**	1,00				
	p	0,29	0,007	0,49	0,03	0,003	0,00				
Değişim	r	-0,09	0,22**	-0,12	0,13	0,22**	0,69**	1,00			
	p	0,25	0,005	0,12	0,08	0,004	0,00	0,00			
Sosyalleşme	r	0,10	0,08	0,008	0,11	0,14	0,73**	0,27**	1,00		
	p	0,19	0,30	0,91	0,15	0,06	0,00	0,00	0,00		
Sorumluluk	r	-0,05	0,26**	-0,07	0,01	0,14	0,75**	0,62**	0,36**	1,00	
	p	0,48	0,001	0,34	0,85	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	
Beslenme	r	-0,22**	0,11	0,001	0,18*	0,15*	0,70**	0,25**	0,33**	0,42**	1,00
	p	0,005	0,15	0,99	0,02	0,04	0,00	0,001	0,00	0,00	0,00

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi; KVH: Kardiyovasküler Hastalık; p: Olasılık; r: Korelasyon

Diyabet risk, KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler, sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; sağlıklı beslenme niyetleri ile algılanan kalp krizi inme riski arasında $r=0,32$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler ile sağlıklı beslenme niyetleri arasında $r=0,27$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), sağlıklı yaşam farkındalığı toplam ile KVH bilgi toplam arasında $r=0,21$ pozitif çok zayıf ($p=0,00<0,05$), sağlıklı yaşam farkındalığı toplam ile sağlıklı beslenme niyetleri arasında $r=0,16$ pozitif çok zayıf ($p=0,03<0,05$), sağlıklı yaşam farkındalığı toplam ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler arasında $r=0,23$ pozitif çok zayıf ($p=0,00<0,05$), değişim ile KVH bilgi toplam arasında $r=0,22$ pozitif çok zayıf ($p=0,00<0,05$), değişim ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler arasında $r=0,22$ pozitif çok zayıf ($p=0,00<0,05$), değişim ile sağlıklı yaşam farkındalığı toplam arasında $r=0,69$ pozitif orta ($p=0,00<0,05$), sosyalleşme ile sağlıklı yaşam farkındalığı toplam arasında $r=0,73$ pozitif yüksek ($p=0,00<0,05$), sosyalleşme ile değişim arasında $r=0,27$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), sorumluluk ile KVH bilgi toplam arasında $r=0,26$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), sorumluluk ile sağlıklı yaşam farkındalığı toplam arasında $r=0,75$ pozitif yüksek ($p=0,00<0,05$), sorumluluk ile değişim arasında $r=0,62$ pozitif orta ($p=0,00<0,05$), sorumluluk ile sosyalleşme arasında $r=0,36$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), beslenme ile diyabet risk arasında $r=-0,22$ negatif çok zayıf ($p=0,00<0,05$), beslenme ile sağlıklı beslenme niyetleri arasında $r=0,18$ pozitif çok zayıf ($p=0,02<0,05$), beslenme ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler arasında $r=0,15$ pozitif çok zayıf ($p=0,04<0,05$), beslenme ile sağlıklı yaşam farkındalığı toplam arasında $r=0,70$ pozitif yüksek ($p=0,00<0,05$), beslenme ile değişim arasında $r=0,25$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), beslenme ile sosyalleşme arasında $r=0,33$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), beslenme ile sorumluluk arasında $r=0,42$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 3.6).

3.4. DİYABET RİSK, KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

3.4.1. Diyabet Risk Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Diyabet risk puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.7: Diyabet Risk Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablosu

Demografik Özellikler	n	Diyabet Risk
Yaş		Ort±SS
30 ve Altı	36	8,41±3,85
31-40	65	8,89±4,45
41 ve Üzeri	60	11,81±4,44
F=		9,76
p=		0,00
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0.05)
Cinsiyet		Ort±SS
Erkek	91	10,52±4,82
Kadın	70	9,02±4,06
t=		2,09
p=		0,03
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	103	10,36±4,54
Bekar	58	9,00±4,48
t=		1,84
p=		0,06
Çocuk Sahipliği		Ort±SS
Var	77	10,74±4,52
Yok	84	9,08±4,46
t=		2,33
p=		0,02
Eğitim Durumu		Ort±SS
Lise ve Altı	32	12,46±4,99
Üniversite	86	9,18±3,86
Lisansüstü	43	9,32±4,91
F=		6,96
p=		0,001
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)
Ekonomik Durum		Ort±SS
Gelir Giderden Az	20	8,85±4,35
Gelir Gidere Denk	89	10,15±4,46
Gelir Giderden Fazla	52	9,78±4,80
F=		0,68
p=		0,50
Çalışma Yılı		Ort±SS

5 Yıldan Az	26	8,69±3,90
5-10 Yıl Arası	31	8,22±3,75
11-15 Yıl Arası	36	9,08±4,82
16-20 Yıl Arası	25	9,12±4,04
21 Yıl ve Üzeri	43	12,88±4,26
F=		7,68
p=		0,00
PostHoc=		5>1, 5>2, 5>3, 5>4 (p<0.05)
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS
Evet	34	10,64±5,32
Hayır	127	9,66±4,32
t=		1,11
p=		0,26
Birinci Derece Akrabalarda Tip2 Diyabet Tanısı Varlığı		Ort±SS
Yok	122	9,03±4,18
Var	39	12,51±4,71
t=		-4,38
p=		0,00
Birinci Derece Akrabalarda Kalp Hastalığı Tanısı Varlığı		Ort±SS
Yok	104	9,60±4,37
Var	57	10,36±4,87
t=		-1,01
p=		0,31
Sigara Kullanma Durumu		Ort±SS
Evet	53	9,66±3,98
Hayır	86	9,51±4,49
Bırakmış	22	11,8±5,69
F=		2,37
p=		0,09
Alkol Kullanma Durumu		Ort±SS
Evet	40	9,65±4,38
Hayır	121	9,95±4,62
t=		-0,36
p=		0,71
Ailede İnme Geçiren Biri Varlığı		Ort±SS
Evet	16	11,31±5,31
Hayır	145	9,71±4,45
t=		1,33
p=		0,18
Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı		Ort±SS
Evet	53	10,05±4,97
Hayır	108	9,78±4,36
t=		0,35
p=		0,72
BKİ		Ort±SS
Normal Kilolu ve Altı	83	7,86±3,62
Fazla Kilolu	52	10,73±4,12
I.derece Obez ve Üzeri	26	14,57±4,14
F=		31,52
p=		0,00
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0,05)

F: Anova Testi; n: Örneklem büyüklüğü; Ort: Ortalama; p: Olasılık; PostHoc: Tukey, LSD;
r: Korelasyon; SS: Standart sapma; t: Bağımsız Gruplar T-Testi

Çalışanların diyabet risk puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=9,76; p=0<0,05; $\eta^2=0,11$). Farkın nedeni 41 ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının 30 yaş ve altı olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır (p<0,05). 41 ve üzeri

olanların diyabet risk puanlarının 31-40 yaş olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Erkeklerin diyabet risk puanları ($x=10,52$), kadınların diyabet risk puanlarından ($x=9,02$) yüksek bulunmuştur ($t=2,09$; $p=0,03<0,05$; $d=0,33$; $\eta^2=0,02$). Çalışanların diyabet risk puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışanların diyabet risk puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=6,96$; $p=0,001<0,05$; $\eta^2=0,08$). Farkın nedeni lise ve altı olanların diyabet risk puanlarının üniversite mezunlarının diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Lise ve altı olanların diyabet risk puanlarının lisansüstü mezunlarının diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.7).

Çocuk sahibi olanların diyabet risk puanları ($x=10,74$), çocuk sahibi olmayanların diyabet risk puanlarından ($x=9,08$) yüksek bulunmuştur ($t=2,33$; $p=0,02<0,05$; $d=0,36$; $\eta^2=0,03$). Çalışanların diyabet risk puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.7).

Çalışanların diyabet risk puanları çalışma yılına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=7,68$; $p=0<0,05$; $\eta^2=0,16$). Farkın nedeni çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının çalışma yılı 5 yıldan az olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının çalışma yılı 5-10 yıl arası olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının çalışma yılı 11-15 yıl arası olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının çalışma yılı 16-20 yıl arası olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.7).

Çalışanların diyabet risk puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.7). Birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı olmayanların diyabet risk puanları ($x=9,03$), birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı olanların diyabet risk puanlarından ($x=12,51$) düşük bulunmuştur ($t=-4,38$; $p=0<0,05$; $d=0,80$; $\eta^2=0,10$). Çalışanların diyabet risk puanları birinci derece

akrabalarda kalp hastalığı tanısı varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışanların diyabet risk puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışanların diyabet risk puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışanların diyabet risk puanları ailede inme geçiren biri varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Çalışanların diyabet risk puanları düzenli kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.7).

Çalışanların diyabet risk puanları BKİ değerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=31,52$; $p=0<0,05$; $\eta^2=0,28$). Farkın nedeni fazla kilolu olanların diyabet risk puanlarının normal kilolu ve altı olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). 1.derece obez ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının normal kilolu ve altı olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). 1.derece obez ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının fazla kilolu olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.7).

3.4.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

KVH risk farkındalığı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir (Tablo 3.8).

Tablo 3.8: Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablosu

Demografik Özellikler	n	KVH bilgi toplam	Algılanan Kalp Krizi İnme Riski	Sağlıklı Beslenme Niyetleri	Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 ve Altı	36	5,22±1,55	15,36±2,03	10,72±2,33	6,22±1,67
31-40	65	5,36±1,30	15,49±2,51	10,63±2,24	6,13±1,43
41 ve Üzeri	60	5,65±1,84	16,15±2,94	11,30±2,63	5,81±1,64
F=		0,93	1,41	1,32	0,97
p=		0,39	0,24	0,26	0,37

Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Erkek	91	5,37±1,58	15,71±2,71	10,73±2,63	5,95±1,46
Kadın	70	5,52±1,57	15,70±2,46	11,11±2,11	6,14±1,69
t=		-0,61	0,03	-0,98	-0,74
p=		0,53	0,97	0,31	0,45
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	103	5,68±1,45	15,57±2,83	10,88±2,61	5,98±1,50
Bekar	58	5,00±1,70	15,94±2,11	10,93±2,06	6,13±1,69
t=		2,70	-0,87	-0,11	-0,61
p=		0,00	0,38	0,90	0,54
Çocuk Sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	77	5,74±1,55	15,77±2,74	10,88±2,51	5,77±1,58
Yok	84	5,16±1,55	15,64±2,47	10,91±2,35	6,27±1,52
t=		2,33	0,33	-0,08	-2,01
p=		0,02	0,74	0,93	0,04
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Lise ve Altı	32	5,09±2,08	16,40±2,35	11,00±2,25	5,56±1,39
Üniversite	86	5,40±1,40	15,34±2,75	10,73±2,53	5,94±1,72
Lisansüstü	43	5,76±1,44	15,90±2,37	11,16±2,32	6,58±1,20
F=		1,72	2,13	0,48	4,38
p=		0,18	0,12	0,61	0,01
PostHoc=					3>1, 3>2 (p<0.05)
Ekonomik Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Giderden Az	20	5,00±2,22	15,60±2,16	11,00±1,80	5,30±1,52
Gelir Gidere Denk	89	5,43±1,58	15,80±2,55	10,95±2,49	6,13±1,47
Gelir Giderden Fazla	52	5,61±1,239	15,57±2,85	10,76±2,54	6,15±1,69
F=		1,09	0,14	0,11	2,57
p=		0,33	0,86	0,89	0,07
Çalışma Yılı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
5 Yıldan Az	26	5,46±1,24	15,26±2,16	10,84±2,24	6,15±1,82
5-10 Yıl Arası	31	4,83±1,59	15,22±2,52	10,54±2,87	6,32±1,13
11-15 Yıl Arası	36	5,52±1,34	15,25±2,41	10,50±2,11	6,13±1,69
16-20 Yıl Arası	25	5,08±1,75	16,68±2,89	11,60±2,10	6,08±1,22
21 Yıl ve Üzeri	43	6,00±1,69	16,14±2,73	11,11±2,57	5,65±1,73
F=		2,96	1,94	1,02	0,98
p=		0,02	0,10	0,39	0,41
PostHoc=		5>2, 5>4 (p<0.05)			
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	34	5,64±1,80	16,02±2,55	11,26±2,49	5,91±1,52
Hayır	127	5,38±1,51	15,62±2,61	10,80±2,40	6,07±1,58
t=		0,85	0,81	0,98	-0,52
p=		0,39	0,41	0,32	0,60
Birinci Derece Akrabalarda Tip2 Diyabet Tanısı Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	122	5,43±1,52	15,43±2,63	10,80±2,50	5,93±1,58
Var	39	5,46±1,77	16,56±2,32	11,20±2,13	6,35±1,49
t=		-0,09	-2,39	-0,90	-1,47
p=		0,92	0,01	0,36	0,142
Birinci Derece Akrabalarda Kalp Hastalığı Tanısı Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	104	5,32±1,59	15,14±2,52	11,02±2,47	5,95±1,62
Var	57	5,64±1,55	16,73±2,43	10,66±2,32	6,19±1,46
t=		-1,23	-3,87	0,90	-0,93
p=		0,21	0,00	0,36	0,35
Sigara Kullanma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	53	5,05±1,74	16,26±2,66	10,71±2,24	5,96±1,53

Hayır	86	5,80±1,32	15,33±2,36	11,12±2,42	6,08±1,61
Bırakmış	22	4,95±1,78	15,81±3,14	10,45±2,80	6,04±1,52
F=		5,10	2,13	0,90	0,09
p=		0,00	0,12	0,40	0,91
PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0.05)			
Alkol Kullanma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	40	5,12±1,55	15,92±1,99	10,90±2,13	6,20±1,34
Hayır	121	5,54±1,58	15,63±2,77	10,90±2,51	5,98±1,63
t=		-1,46	0,60	-0,00	0,75
p=		0,14	0,54	0,99	0,45
Ailede İnme Geçiren Biri Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	16	5,93±1,43	16,31±2,79	11,5±2,53	6,12±1,58
Hayır	145	5,38±1,59	15,64±2,57	10,83±2,41	6,02±1,57
t=		1,32	0,98	1,04	0,23
p=		0,18	0,32	0,29	0,81
Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	53	5,28±1,82	15,75±2,74	11,17±2,43	5,90±1,56
Hayır	108	5,51±1,45	15,68±2,53	10,76±2,41	6,10±1,57
t=		-0,88	0,15	0,98	-0,74
p=		0,37	0,87	0,32	0,45
BKİ		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Normal Kilolu ve Altı	83	5,49±1,48	15,43±2,17	10,95±2,39	6,25±1,58
Fazla Kilolu	52	5,61±1,48	16,19±3,04	10,76±2,59	5,90±1,49
1. Derece Obez ve Üzeri	26	4,92±1,97	15,61±2,83	11,00±2,22	5,61±1,60
F=		1,77	1,38	0,11	1,93
p=		0,17	0,25	0,89	0,14

BKİ: Beden kitle; F: Anova Testi; n: Örneklem büyüklüğü; Ort: Ortalama; p: Olasılık; PostHoc: Tukey, LSD, indeksi; SS: Standart sapma; t: Bağımsız Gruplar T-Testi

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplamı, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Evlilerin KVH bilgi toplam puanları ($x=5,68$), bekarların KVH bilgi toplam puanlarından ($x=5,00$) yüksek bulunmuştur ($t=2,70$; $p=0,00<0,05$; $d=0,44$; $\eta^2=0,04$) (Tablo 3.8).

Çalışanların algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çocuk sahibi olanların KVH bilgi toplam puanları ($x=5,74$), çocuk sahibi olmayanların KVH bilgi toplam puanlarından ($x=5,16$) yüksek bulunmuştur ($t=2,33$; $p=0,02<0,05$; $d=0,36$; $\eta^2=0,03$) (Tablo 3.8).

Çocuk sahibi olanların algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları ($x=5,77$), çocuk sahibi olmayanların algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanlarından ($x=6,274$) düşük bulunmuştur ($t=-2,01$; $p=0,04<0,05$; $d=0,31$; $\eta^2=0,02$) (Tablo 3.8).

Çalışanların algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri puanları çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,38$; $p=0,01<0,05$; $\eta^2=0,05$). Farkın nedeni lisansüstü mezunlarının algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanlarının lise ve altı olanların algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Lisansüstü mezunlarının algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanlarının üniversite mezunlarının algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam puanları çalışma yılına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,96$; $p=0,02<0,05$; $\eta^2=0,07$). Farkın nedeni çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların KVH bilgi toplam puanlarının çalışma yılı 5-10 yıl arası olanların KVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların KVH bilgi toplam puanlarının çalışma yılı 16-20 yıl arası olanların KVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları çalışma yılına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Birinci derece akrabalarda Tip 2 diyabet tanısı olmayanların algılanan kalp krizi inme riski puanları ($x=15,43$), birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı olanların algılanan kalp krizi inme riski puanlarından ($x=16,56$) düşük bulunmuştur ($t=-2,39$; $p=0,01<0,05$; $d=0,44$; $\eta^2=0,03$). Çalışanların KVH bilgi toplam, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Birinci derece akrabalarda kalp hastalığı tanısı olmayanların algılanan kalp krizi inme riski puanları ($x=15,14$), birinci derece akrabalarda kalp hastalığı tanısı olanların algılanan kalp krizi inme riski puanlarından ($x=16,73$) düşük bulunmuştur ($t=-3,87$; $p=0<0,05$; $d=0,63$; $\eta^2=0,08$). Çalışanların KVH bilgi toplam, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları birinci derece akrabalarda kalp hastalığı tanısı varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,10$; $p=0,00<0,05$; $\eta^2=0,06$). Farkın nedeni sigara kullanmayanların KVH bilgi toplam puanlarının sigara kullananların KVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Sigara kullanmayanların KVH bilgi toplam puanlarının bırakanların KVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları ailede inme geçiren biri varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları düzenli kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Çalışanların KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları bki değerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

3.4.3. Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Sağlıklı yaşam farkındalığı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir (Tablo 3.9).

Tablo 3.9: Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Tablosu

Demografik Özellikler	n	Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Toplam	Değişim	Sosyalleşme	Sorumluluk	Beslenme
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30 ve Altı	36	58,27±5,42	20,94±1,65	14,30±2,27	12,27±1,38	10,75±2,35
31-40	65	59,44±6,72	21,49±2,11	14,00±3,27	12,38±1,49	11,56±1,89
41 ve Üzeri	60	58,61±6,49	20,48±2,37	15,26±2,28	12,06±1,42	10,80±2,85
F=		0,46	3,52	3,53	0,76	2,10
p=		0,62	0,03	0,03	0,46	0,12
PostHoc=			2>3 ($p<0,05$)	3>2 ($p<0,05$)		
Cinsiyet		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Erkek	91	58,00±5,81	20,65±1,75	14,79±2,45	11,90±1,27	10,64±2,52
Kadın	70	60,01±6,86	21,42±2,54	14,21±3,12	12,68±1,53	11,68±2,12
t=		-2,01	-2,26	1,31	-3,53	-2,76
p=		0,04	0,03	0,20	0,00	0,00

Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	103	59,02±6,79	20,97±2,34	14,73±2,90	12,17±1,51	11,14±2,43
Bekar	58	58,60±5,51	21,03±1,80	14,19±2,50	12,36±1,32	11,01±2,38
t=		0,40	-0,17	1,20	-0,78	0,32
p=		0,68	0,85	0,23	0,43	0,74
Çocuk Sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Var	77	58,53±6,48	20,64±2,29	14,75±2,93	12,09±1,40	11,03±2,55
Yok	84	59,19±6,25	21,31±1,99	14,34±2,61	12,38±1,47	11,15±2,27
t=		-0,65	-1,95	0,93	-1,27	-0,30
p=		0,51	0,05	0,35	0,20	0,76
Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Lise ve Altı	32	56,90±5,99	20,09±1,61	15,28±2,06	11,59±1,36	9,93±3,10
Üniversite	86	58,97±6,05	21,17±1,96	14,25±2,89	12,34±1,30	11,19±2,23
Lisansüstü	43	60,14±6,94	21,30±2,70	14,55±2,92	12,51±1,63	11,76±1,83
F=		2,44	3,63	1,60	4,38	5,77
p=		0,09	0,02	0,20	0,01	0,00
PostHoc=			2>1, 3>1 (p<0.05)		2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)
Ekonomik Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Giderden Az	20	56,50±5,48	20,35±0,93	13,40±3,37	11,85±1,13	10,90±2,22
Gelir Gidere Denk	89	58,84±6,68	21,11±2,22	14,68±2,69	12,30±1,53	10,74±2,62
Gelir Giderden Fazla	52	59,84±5,91	21,03±2,35	14,73±2,59	12,28±1,39	11,78±1,93
F=		2,03	1,03	1,95	0,84	3,26
p=		0,13	0,35	0,14	0,43	0,04
PostHoc=						3>2 (p<0.05)
Çalışma Yılı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
5 Yıldan Az	26	59,15±5,83	21,30±1,78	14,15±2,58	12,53±1,44	11,15±2,27
5-10 Yıl Arası	31	57,38±5,60	20,64±1,66	14,35±2,60	11,77±1,25	10,61±2,20
11-15 Yıl Arası	36	59,88±7,27	21,72±2,17	14,16±3,31	12,50±1,54	11,50±2,18
16-20 Yıl Arası	25	59,64±5,90	21,08±2,37	14,36±2,76	12,48±1,38	11,72±2,01
21 Yıl ve Üzeri	43	58,48±6,62	20,39±2,40	15,32±2,45	12,04±1,46	10,72±2,93
F=		0,79	2,26	1,22	1,77	1,25
p=		0,53	0,06	0,30	0,13	0,29
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	34	58,08±6,99	21,05±2,10	14,38±2,81	12,20±1,68	10,44±2,52
Hayır	127	59,08±6,17	20,97±2,18	14,58±2,77	12,25±1,38	11,27±2,35
t=		-0,81	0,19	-0,37	-0,16	-1,80
p=		0,41	0,84	0,71	0,86	0,07
Birinci Derece Akrabalarda Tip2 Diyabet Tanısı Varlığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS

Yok	122	58,58±6,22	20,91±2,06	14,45±2,88	12,18±1,28	11,02±2,45
Var	39	59,79±6,73	21,23±2,45	14,82±2,41	12,41±1,87	11,33±2,28
t=		-1,03	-0,78	-0,72	-0,83	-0,69
p=		0,30	0,47	0,47	0,49	0,48
Birinci Derece Akrabalarda Kalp Hastalığı Tanısı Varlığı						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yok	104	58,51±6,21	20,88±2,09	14,39±2,83	12,09±1,31	11,14±2,46
Var	57	59,52±6,59	21,19±2,28	14,80±2,65	12,50±1,63	11,01±2,31
t=		-0,96	-0,86	-0,90	-1,74	0,31
p=		0,33	0,38	0,36	0,10	0,75
Sigara Kullanma Durumu						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	53	57,47±6,43	20,90±2,16	14,28±2,61	11,94±1,56	10,34±2,54
Hayır	86	59,79±6,55	21,17±1,98	14,50±3,04	12,48±1,38	11,62±2,13
Bırakmış	22	58,68±4,73	20,50±2,75	15,31±1,83	12,00±1,23	10,86±2,64
F=		2,23	0,91	1,10	2,75	5,05
p=		0,11	0,40	0,33	0,06	0,00
PostHoc=						2>1 (p<0.05)
Alkol Kullanma Durumu						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	40	57,50±7,08	20,90±2,04	13,70±2,84	12,07±1,55	10,82±2,52
Hayır	121	59,33±6,04	21,02±2,20	14,81±2,70	12,29±1,40	11,19±2,37
t=		-1,58	-0,31	-2,23	-0,84	-0,83
p=		0,11	0,75	0,02	0,40	0,40
Ailede İnme Geçiren Biri Varlığı						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	16	60,00±8,04	20,81±3,35	14,31±3,19	12,56±1,89	12,31±2,35
Hayır	145	58,75±6,15	21,01±2,00	14,56±2,73	12,20±1,38	10,96±2,38
t=		0,74	-0,35	-0,34	0,93	2,14
p=		0,45	0,72	0,73	0,47	0,03
Düzenli Kullanılan İlaç Varlığı						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	53	59,09±6,36	21,03±2,18	14,92±2,42	12,13±1,42	11,00±2,24
Hayır	108	58,76±6,36	20,97±2,15	14,35±2,92	12,29±1,45	11,14±2,49
t=		0,30	0,18	1,23	-0,67	-0,36
p=		0,76	0,85	0,21	0,49	0,71
BKİ						
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Normal Kilolu ve Altı	83	59,43±6,14	21,04±2,29	14,45±2,79	12,30±1,46	11,62±2,19
Fazla Kilolu	52	58,94±6,50	21,15±1,98	14,63±2,91	12,30±1,47	10,84±2,28
I.derece Obez ve Üzeri	26	56,96±6,56	20,50±2,06	14,61±2,48	11,92±1,32	9,92±2,85
F=		1,51	0,84	0,07	0,75	5,69
p=		0,22	0,43	0,92	0,47	0,00
PostHoc=						1>3 (p<0.05)

F: Anova Testi; p: Olasılık; PostHoc: Tukey, LSD; t: Bağımsız Gruplar T-Testi

Çalışanların değişim puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,52$; $p=0,03<0,05$; $\eta^2=0,04$). Farkın nedeni 31-40 yaş olanların değişim puanlarının 41 ve üzeri olanların değişim puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sosyalleşme puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,53$; $p=0,03<0,05$; $\eta^2=0,04$). Farkın nedeni 41 ve üzeri olanların sosyalleşme puanlarının 31-40 yaş olanların sosyalleşme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, sorumluluk, beslenme puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Erkeklerin sağlıklı yaşam farkındalığı toplam puanları ($x=58,00$), kadınların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam puanlarından ($x=60,01$) düşük bulunmuştur ($t=-2,01$; $p=0,04<0,05$; $d=0,32$; $\eta^2=0,02$). Erkeklerin değişim puanları ($x=20,65$), kadınların değişim puanlarından ($x=21,42$) düşük bulunmuştur ($t=-2,26$; $p=0,03<0,05$; $d=0,36$; $\eta^2=0,03$). Erkeklerin sorumluluk puanları ($x=11,90$), kadınların sorumluluk puanlarından ($x=12,68$) düşük bulunmuştur ($t=-3,53$; $p=0,00<0,05$; $d=0,56$; $\eta^2=0,07$). Erkeklerin beslenme puanları ($x=10,64$), kadınların beslenme puanlarından ($x=11,68$) düşük bulunmuştur ($t=-2,76$; $p=0,00<0,05$; $d=0,43$; $\eta^2=0,04$). Çalışanların sosyalleşme puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme puanları çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların değişim puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,63$; $p=0,02<0,05$; $\eta^2=0,04$). Farkın nedeni üniversite mezunlarının değişim puanlarının lise ve altı olanların değişim puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Lisansüstü mezunlarının değişim puanlarının lise ve altı olanların değişim puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışanların sorumluluk puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4,38$; $p=0,01<0,05$; $\eta^2=0,05$). Farkın nedeni üniversite mezunlarının sorumluluk puanlarının lise ve altı olanların

sorumluluk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Lisansüstü mezunlarının sorumluluk puanlarının lise ve altı olanların sorumluluk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışanların beslenme puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,77$; $p=0,004<0,05$; $\eta^2=0,06$). Farkın nedeni üniversite mezunlarının beslenme puanlarının lise ve altı olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Lisansüstü mezunlarının beslenme puanlarının lise ve altı olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, sosyalleşme puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların beslenme puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,26$; $p=0,04<0,05$; $\eta^2=0,04$). Farkın nedeni geliri giderden fazla olanların beslenme puanlarının gelir gidere denk olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme puanları çalışma yılına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme puanları kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme puanları birinci derece akrabalarda Tip 2 diyabet tanısı varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme puanları birinci derece akrabalarda kalp hastalığı tanısı varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların beslenme puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,05$; $p=0,00<0,05$; $\eta^2=0,06$). Farkın nedeni sigara

kullanmayanların beslenme puanlarının sigara kullananların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Alkol kullananların sosyalleşme puanları ($x=13,7$), alkol kullanmayanların sosyalleşme puanlarından ($x=14,81$) düşük bulunmuştur ($t=-2,23$; $p=0,02 <0,05$; $d=0,40$; $\eta^2=0,03$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sorumluluk, beslenme puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Ailede inme geçiren biri olanların beslenme puanları ($x=12,31$), ailede inme geçiren biri olmayanların beslenme puanlarından ($x=10,96$) yüksek bulunmuştur ($t=2,14$; $p=0,03<0,05$; $d=0,56$; $\eta^2=0,02$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk puanları ailede inme geçiren biri varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme puanları düzenli kullanılan ilaç varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların beslenme puanları bki değerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,69$; $p=0,00<0,05$; $\eta^2=0,06$). Farkın nedeni normal kilolu ve altı olanların beslenme puanlarının 1.derece obez ve üzeri olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$) (Tablo 3.9).

Çalışanların sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk puanları BKİ değerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 3.9).

3.4.4. Yaş, Sistolik Basınç, Diastolik Basınç, Nabız, Akş, Bki ile Diyabet Risk, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Yaş, sistolik basınç, diastolik basınç, nabız, akş, BKİ ile diyabet risk, KVH risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı puanları arasında korelasyon analizini incelemek için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir (Tablo 3.10).

Tablo 3.10: Yaş, Sistolik Basınç, Diastolik Basınç, Nabız, Akş, Bki ile Diyabet Risk, Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Puanları Arasında Korelasyon Analizi Tablosu

		Yaş	Sistolik Basınç	Diastolik Basınç	Nabız	AKŞ	BKİ
Diyabet Risk	r	0,34**	0,30**	0,15	-0,00	0,34**	0,51**
	p	0,00	0,00	0,05	0,93	0,00	0,00
KVH bilgi toplam	r	0,16*	-0,01	0,04	-0,00	-0,03	-0,10
	p	0,03	0,82	0,57	0,92	0,66	0,18
Algılanan Kalp Krizi İnme Riski	r	0,12	0,14	0,05	-0,02	0,00	0,09
	p	0,10	0,06	0,47	0,77	0,92	0,25
Sağlıklı Beslenme Niyetleri	r	0,06	-0,02	0,07	0,03	0,02	0,02
	p	0,40	0,74	0,35	0,62	0,74	0,78
Algılanan Faydalar ve Değişime Yönelik Niyetler	r	-0,18*	-0,13	-0,10	-0,12	-0,01	-0,10
	p	0,01	0,08	0,18	0,11	0,87	0,17
Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Toplam	r	0,00	-0,12	0,00	-0,12	-0,25**	-0,14
	p	0,96	0,11	0,93	0,11	0,00	0,06
Değişim	r	-0,12	-0,11	-0,04	-0,08	-0,13	-0,03
	p	0,12	0,15	0,61	0,28	0,07	0,62
Sosyalleşme	r	0,17*	0,05	0,09	-0,08	-0,14	0,00
	p	0,02	0,49	0,21	0,26	0,06	0,91
Sorumluluk	r	-0,05	-0,17*	-0,07	-0,02	-0,19*	-0,13
	p	0,50	0,02	0,32	0,71	0,01	0,09
Beslenme	r	-0,05	-0,18*	-0,01	-0,13	-0,25**	-0,28**
	p	0,53	0,02	0,86	0,08	0,00	0,00

AKŞ: Açlık kan şekeri BKİ: Beden kitle indeksi KVH: Kardiyovasküler hastalık; p: Olasılık; r: Korelasyon; *<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Yaş, sistolik basınç, diastolik basınç, nabız, akş, bki , diyabet risk, KVH bilgi toplam, algılanan kalp krizi inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler, sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, değişim, sosyalleşme, sorumluluk, beslenme, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; diyabet risk ile yaş arasında $r=0,34$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), diyabet risk ile sistolik basınç arasında $r=0,30$ pozitif zayıf ($p=0,00<0,05$), diyabet risk ile akş arasında $r=0,34$ pozitif

zayıf ($p=0,00<0,05$), diyabet risk ile bki arasında $r=0,51$ pozitif orta ($p=0,00<0,05$), KVH bilgi toplam ile yaş arasında $r=0,163$ pozitif çok zayıf ($p=0,03<0,05$), algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler ile yaş arasında $r=-0,18$ negatif çok zayıf ($p=0,01<0,05$), sağlıklı yaşam farkındalığı toplam ile akş arasında $r=-0,25$ negatif çok zayıf ($p=0,00<0,05$), sosyalleşme ile yaş arasında $r=0,17$ pozitif çok zayıf ($p=0,02<0,05$), sorumluluk ile sistolik basınç arasında $r=-0,17$ negatif çok zayıf ($p=0,02<0,05$), sorumluluk ile akş arasında $r=-0,19$ negatif çok zayıf ($p=0,01<0,05$), beslenme ile sistolik basınç arasında $r=-0,18$ negatif çok zayıf ($p=0,02<0,05$), beslenme ile akş arasında $r=-0,25$ negatif çok zayıf ($p=0,001<0,05$), beslenme ile bki arasında $r=-0,28$ negatif zayıf ($p=0,00<0,05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 3.10).

4.TARTIŞMA

Ofis çalışanlarının Tip 2 diyabet, kardiyovasküler risk ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

4.1. ÇALIŞANLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE DAĞILIMI

Çalışanların %40,4'ü 31-40 yaş arasında, %56,5'i erkek, %53,4 üniversite, %64,0'ü evli, %52,2'si çocuğu olmadığını ve %26,7'si 21 yıl ve üzeri çalıştığını belirtmiştir. Çalışanlar %78,9'u kronik hastalığı bulunmamakta, %64,6'sı birinci derece akrabalarda kalp hastalığı tanısı olmadığı, %53,4'ü sigara kullanmadığını ve %75,2'sinin de alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Çalışanlar düzenli kullanılan ilaçlara göre %22,6'sı tansiyon ilacı, %50,9 diğer olarak ifade etmiştir. Çalışanlar BKİ değerine göre %51,6'sı normal kilolu ve altı olarak belirlenmiştir.

4.2. OFİS ÇALIŞANLARININ DİYABET RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Bireyler yaşlandıkça bir veya iki kronik sağlık sorunu görülmektedir. Bunun yanında ölümlerin %71'inden fazlasına KHV'lar, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıklarını içeren dört kronik hastalıktan biri neden olmaktadır. Bu süreçlere yetersiz sağlık okuryazarlığının olumsuz etkileri eklenince kronik hastalıklar daha belirgin hale gelmektedir (Akdeniz ve diğ., 2019; Yılmazel ve Ahcıoğlu, 2021).

Araştırmaya katılan 161 gönüllüde önümüzdeki 10 sene içerisindeki diyabet gelişme riski hesaplanmıştır. Bu oranların %3,1 'i çok yüksek, %9,9'u yüksek, %17,4'ü orta, %45,3'ü hafif, %24,2'si düşük riskli bulunmuştur. Çalışanların “diyabet risk” ort $9,87 \pm 4,55$ (Min=2; Maks=22) olarak saptanmıştır.

2019 yılındaki bir araştırma sonucunda kentsel alanda diyabet prevalansının %10,8 olduğunu bildirmiştir (Saeedi ve diğ., 2019). Üniversite çalışanlarında yapılan benzer bir çalışmada diyabet gelişme riskinin %2,4'ünde çok yüksek, %7,7'sinde yüksek risk, %18,1'inde orta risk, %33,5'inde hafif risk, %38,3'ünde düşük riske sahip olduğu saptanmıştır (Berna ve Bozkurt, 2023). Ünal (2019) 133 kişi üzerinde yaptığı Tip 2

diyabet farkındalığı, uyum ölçümü ve vücut kitle indeksinin yerine kas/yağ oranının kullanılabilirliğinin araştırılmasında da %5,3'ünde çok yüksek, %30,1'inde yüksek, %33,8'inde orta, %24,1'inde hafif, %6,8'inde düşük bulunmuştur (Ünal, 2019). Erdoğan ve Coşansu (2021) da yaş ort. $48,23 \pm 15,54$ olan bireylerin FINDRISC puan ort. $10,44 \pm 5,23$ olarak hesaplamışlar, %78,7 sinin yüksek, %21,3' ünün düşük risk grubunda olduğu saptanmıştır. (FINDRISC puanına göre düşük riskli (<15) ve yüksek riskli (>15) olarak kategorize edilmiş) (Erdoğan ve Coşansu, 2021).

Çalışanlar yaşa göre 36'sı (%22,4) 30 ve altı, 65'i (%40,4) 31-40, 60'ı (%37,3) 41 ve üzeri olarak dağılmaktadır. Çalışmamız da yaş ile diyabet riski arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sonuçlar yaşlanmanın diyabet riskini artırabileceğini işaret etmektedir. 41 yaş ve üzerindeki bireylerin (%37,3'ünün) diyabet risk puanlarının 30 yaş ve altındaki (%22,4'ünün) ve 31-40 yaş arasındaki (%40,4'ünün) bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, yaşın artmasıyla birlikte diyabet riskinin arttığını göstermektedir. Yaş ilerledikçe, HT, diyabet ve obezite gibi risk faktörlerinin prevalansı artar. Bu nedenle, yaşa göre kardiyovasküler risk profillerini belirlemek ve yaşlanma sürecinde ortaya çıkabilecek sorunları önlemek için önleyici sağlık hizmetleri ve danışmanlık önemlidir.

Özdoğan Lafçı (2020), "Edirne il merkezindeki yetişkinlerde 10 yıllık Tip 2 DM riski ve etkileyen faktörler" araştırmasında Edirne il merkezinde yaşayan 20-64 yaş arası 744 yetişkinde yaptığı benzer araştırmada yaş ort. $40,31 \pm 13,03$ 'tür. FINDRISK puanı yaş grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Fark yaratan grup için post-hoc testinde 50-64 yaş arası grubun diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek risk puanı olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada diyabet risk düzeyi FINSRISK puanlarına göre sınıflandırıldığında %37,9'unun düşük risk grubunda, %31,4'ünün hafif risk grubunda, %16,7'sinin orta risk grubunda, %13,2'sinin yüksek risk grubunda ve %0,8'inin çok yüksek risk grubunda yer aldığı saptanmıştır. Yine "diyabet risk" puan ort. $8,72 \pm 4,95$ ile bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde etmişlerdir (Özdoğan Lafçı, 2020). Karakaş (2019) yapmış olduğu çalışmada, yaş arttıkça diyabet hastalığı görülme riski anlamlı şekilde artmaktadır (Karakaş, 2019).

Çalışanlar cinsiyete göre 91'i (%56,5) erkek, 70'i (%43,5) kadın olarak dağılmaktadır. Erkeklerin diyabet risk puanları, kadınların diyabet risk puanlarından yüksek bulunmuştur. Benzer sonucu Yıldız ve diğerleri (2021)'de kadınlarda erkeklere kıyasla diyabet sıklığının daha düşük olduğunu öne sürmektedir (Yıldız ve diğ., 2021). Başka bir çalışmaya göre de bozulmuş AKŞ grubun %7,9'unda bulunmaktadır ve bozulmuş açlık kan şekeri sıklığı erkeklerde (%8,1), kadınlardan (%7,7) daha yüksektir (Aydemir ve Çetin, 2019; Karakaş, 2019). Kadın katılımcıların ölçek toplam puanları, erkek katılımcıların ölçek toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Göktan, 2020; Karakaş, 2019). Otel çalışanlarında Findrisk ölçeği ile değerlendirme yapmış; yaş ort. $35,03 \pm 8,42$ ve %73,42' sinin erkek olduğu ort. FINDRISK puanı düşük düzeyde (3,47) bulunmuştur (Göktan, 2020). Bunun yanında cinsiyetle ilgili literatüre bakıldığında benzer ve farklı sonuçlara erişildiği görülmüştür. Bazı çalışmalar diyabet riski ile cinsiyet ilişkisinde anlamlı bir ilişki bulunmazken, (Koç, 2018; Yağmur ve diğ., 2023) 398 kişi ile yapmış başka bir çalışmada kadınlarda diyabet sıklığının erkeklerden fazla olduğu görülmüştür (Koç, 2018).

Çocuk sahibi olanların diyabet risk puanları ($x=10,74$), çocuk sahibi olmayanların diyabet risk puanlarından ($x=9,08$) yüksek bulunmuştur. Literatür de çalışma yılına dair bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışanlar eğitim durumuna göre 32'si (%19,9) lise ve altı, 86'sı (%53,4) üniversite, 43'ü (%26,7) lisansüstü olarak dağılmaktadır. Çalışanların diyabet risk puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni lise ve altı olanların diyabet risk puanlarının üniversite mezunlarının diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Lise ve altı olanların diyabet risk puanlarının lisansüstü mezunlarının diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Bireylerin eğitim durumunun hastalık yönetiminde etkili olduğu literatürde yer almaktadır. Düşük eğitim seviyesi kötü glisemik kontrol ile ilişkili olduğu kabul görmektedir. İlaslan ve diğerleri (2021) çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan diyabetli bireylerde hastalığı kabullenme düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (İlaslan ve diğ., 2021). Kutlu ve diğerleri (2016) çalışmalarında da diyabet riski ile

eğitim seviyesi arasındaki ilişki incelenmiş; ortaokul ve altı eğitimlilerde lise ve üstü eğitimlilere göre diyabet riski yüksek/çok yüksek olarak tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1999-2010 yılları arasında 20.633 erişkin bireyin katıldığı NHANES çalışmasında da aynı ilişki incelenmiş ve eğitim seviyesi yükseldikçe diyabet riskinin anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir (Kutlu ve diğ., 2016). Benzer araştırma orta ve düşük eğitim seviyesine sahip kişilerle yüksek eğitim düzeyine sahip kişiler kıyaslanmış ve diyabet riskinin daha yüksek olduğu sonucuna erişilmiştir (Awad ve Alsaleh, 2015).

Çalışanların diyabet risk puanları çalışma yılına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların diyabet risk puanlarının çalışma yılı 5 yıldan az olanlar, 5-10 yıl arası olanlar, 11-15 yıl arası olanlar ile 16-20 yıl arası olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır. Araştırmamızda çalışma yılı arttıkça riskin artması yaş kriteri ile doğru orantılı yüksek olması gerçeğini doğrulamaktadır (Awad ve Alsaleh, 2015).

Çalışanlar birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı varlığına göre 122'si (%75,8) yok, 39'u (%24,2) var olarak dağılmaktadır. Birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı olmayanların diyabet risk puanları ($x=9,03$), birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı olanların diyabet risk puanlarından ($x=12,51$) düşük bulunmuştur.

Anne veya babasında Tip 2 diyabetis mellitusu olan bireylerin, DM'a yakalanma olasılıkları %20 olarak bildirilmiştir. Birinci derece akrabasında Tip 2 DM olan kişilerin, hiç aile öyküsü olmayanlara göre Tip 2 DM'ye yakalanma olasılığı 2-3 kat daha fazladır. Bu oran hem anne hem baba da Tip 2 DM olan kişilerde bu oran 5-6 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Demirağ (2016) araştırmasında bizim araştırmamızı destekler şekilde ailevi risklerin FINDRİSK skoru puanına göre yüksek riskli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Etkilenen ebeveyn sayısı arttıkça diyabet riskinde bireyde arttığından bahsedilmektedir (Demirağ, 2016).

Ülkemizdeki diyabet prevalansı artarken toplumlarda bu artışın ailedeki diyabet öyküsü ile çok yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Erdoğan ve Coşansu (2021) araştırmalarında taramaya katılan bireylerin %37,9 'unun birinci derece yakınlarında,

%17,4' ünün ise ikinci derece yakınlarında diyabet öyküsü olduğu saptanmıştır (Erdoğan ve Coşansu, 2021). 1.derece yakınlarında diyabet hastalığı olan kişilerin diyabet olma riskinin %75'e kadar yükseldiği bilinmektedir. Özellikle Tip 2 diyabette genetik geçişin olması başka bir araştırma sonuçlarında da hastaların %37,5'inin birinci derecede akrabalarında diyabet hastalığı olduğunu göstermiştir (Rashidi ve Genç, 2020).

Birinci derece akrabalarda Tip 2 diyabet tanısı olanların diyabet risk puanları ($x=12,51$) birinci derece akrabalarda tip2 diyabet tanısı olmayanların diyabet risk puanlarından ($x=9,03$), yüksek bulunmuştur. Benzer sonuçlara göre de %33,3'ünün birinci derece, %22,2'sinin ikinci derece akrabalarında toplam %55,5'inin ailesi öyküsü diyabet tanısı bulunmaktadır. Yüksek ve çok yüksek riskli çıkan kesim birinci derece akrabalar da diyabet öyküsünün olmasıdır (Kulak ve diğ., 2019). 490 kişi ile yapılan araştırmada birinci derece akrabasında diyabet bulunan 245 kişi ve birinci derece akrabasında diyabet bulunmayan 245 kişi değerlendirmiştir. Çalışmada birinci derece akrabasında diyabet olan grupta yüksek riskli olan kişi oranı %24,64, birinci derece akrabasında diyabet olmayan grupta ise %23,96 oran ile daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (Karakaş, 2019).

Çalışanların diyabet risk puanları BKİ değerine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni fazla kilolu olanların diyabet risk puanlarının normal kilolu ve altı olanların diyabet risk puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

TURDEP-II'ye göre Türkiye'de obezite sıklığı %32'dir. Türk toplumunun üçte ikisi hafif kilolu veya obezdir. Obezite özellikle vücut şeklinin elma gibi olması ve hareketsiz yaşam tarzı sonucu diyabet gelişmesi için güçlü risk faktörleridir. Biçer ve arkadaşları (2024) yaptıkları araştırmada değiştirilebilir risk faktörlerinden en fazla bel çevresi ve BKİ yüksekliğinin ön planda olduğunu göstermişlerdir (Biçer ve diğ., 2024). Benzer sonuçlara Meijnikman ve arkadaşları (2016) aşırı kilolu ve obez kişilerden oluşan bir grupta %50,4'ünün prediyabetli olduğu ve %11,1'ine yeni Tip 2 diyabet tanısı konduğu tespit edilirken FINDRISK skorlarının glukoz tolerans durumunun kötüleşmesiyle birlikte arttığı sonucuna ulaşmışlardır (Meijnikman ve diğ., 2016). Demirbaş ve Kutlu çalışmalarında (2020) BKİ yüksekliğinin aynı

zamanda fizik aktivite ve beslenme düzenindeki eksiklikler nedeniyle bel çevresini arttırdığından bahsetmiştir. Tüm bunlarda DM riskini arttırmaktadır (Demirbaş ve Kutlu, 2020). Benzer sonuç BKİ artışı ve fizik aktivite azalması ile DM arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Evcimen ve diğ., 2023). Obezite ve bel çevresinin artışının diyabet risk skorunun artmasına neden olduğuna dikkat çeken araştırmalar diyabetin en önemli önlenabilir sebeplerinden birinin obezite olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca çalışmalarda kilo verme ile diyabetin önlenebileceği veya geciktirilebileceğinden bahsedilmektedir (Kulak ve diğ., 2019).

4.3. OFİS ÇALIŞANLARININ KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda katılımcıların kardiyovasküler risk farkındalığını değerlendirmek için Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Doğru ve diğerleri (2021) tarafından yapılan KHRFDÖ kullanılmıştır. (Doğru ve diğ., 2021).

Çalışanların “KVH bilgi toplam” ort. $5,44 \pm 1,58$ (Min=0; Maks=8), “algılanan kalp krizi inme riski” ort. $15,70 \pm 2,60$ (Min=6; Maks=25), “sağlıklı beslenme niyetleri” ort. $10,90 \pm 2,42$ (Min=4; Maks=16), “algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler” ort. $6,03 \pm 1,56$ (Min=2; Maks=8) olarak saptanmıştır. Farkındalığın artışının göstergesi ölçek ile alt boyutlarında alınan puanın artmasıdır. Bizim çalışmamıza bakıldığında bu seviyenin orta düzey olduğu kabul edilebilir. Literatüde Karakuş (2023) kalp krizi/inme hakkında bilgi formu puan ort. $5,66 \pm 1,73$ algılanan kalp krizi riski/inme riski puan ort. ise $16,61 \pm 4,71$, sağlıklı beslenme niyetleri puan ort. $16,74 \pm 3,17$ ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puan ort. ise $5,34 \pm 1,21$ olarak benzer sonuçlara erişmiştir (Karakuş, 2023). KARRİF-BD (Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi) ölçeğini kullanarak masa başı çalışanların sedanter yaşam koşullarında KHH risk faktörleri bilgi düzeylerini orta düzeyde bulmuşlardır (Yılmaz ve Boylu, 2016).

Evlilerin KVH bilgi toplam puanları ($x=5,68$), bekarların KVH bilgi toplam puanlarından ($x=5,00$) yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda sosyo-demografik özelliklerden medeni durumun etkili bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Kırağ, 2020).

Baş ve Topuz (2019) yaptığı araştırmalarda medeni durumlarına göre KARRİF-BD ölçek ort. arasında bir korelasyon saptamamıştır. Ancak Baş (2021) başka bir çalışmada geniş ailede yaşayanların, KARRİF-BD ölçek ortalamalarının yalnız yaşayanlara göre yüksek olduğunu saptamıştır (Baş, 2021; Topuz, 2019).

Çalışanların algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni lisansüstü mezunlarının lisans, lise ve altı mezunlarına göre algılanan faydalar ve değişime yönelik niyet puanlarının yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Benzer sonuçlara ulaşılan başka bir çalışmada; kalp krizi/inme hakkında bilgi formuna göre; okuryazar olanların puan ortalamaları okuryazar olmayanlardan daha fazla, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların puan ortalamalarında ilkökul eğitim durumuna sahip olanlardan daha fazla olduğu olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmanın KHRFDÖ toplam puanı, algılanan kalp krizi/inme riski ve sağlıklı beslenme niyeti alt boyutlarına göre eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunsa da kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında bizim çalışmamıza benzer istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir. Üniversite ve üstü mezunların algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunda; diğer tüm gruplardan puan ort'sının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Karakuş, 2023). Diğer iki çalışma sonuçlarında da KVVH'lara yönelik bilgi düzeyi ve farkındalığın katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça arttığı sonucuna varılmıştır (Andersson ve diğ., 2001; Hassen, 2022).

Çalışanların KVVH bilgi toplam puanları çalışma yılına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2,96$; $p=0,02<0,05$; $\eta^2=0,07$). Farkın nedeni çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların KVVH bilgi toplam puanlarının çalışma yılı 5-10 yıl arası olanların KVVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Çalışma yılı 21 yıl ve üzeri olanların KVVH bilgi toplam puanlarının çalışma yılı 16-20 yıl arası olanların KVVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Literatürde çalışma yılına dair bir çalışma bulunamamıştır. Yaş aralığı ve bilgi düzeyini karşılaştıran benzer bir çalışma da 35-75 yaş arası 300 Filipinli Amerikalının kalp hastalığına ilişkin temel bilgilerini ve yaygın olan risk faktörlerini incelenmiştir. Kalp hastalığı Filipinli Amerikalılar arasında önde gelen ölüm nedeni olması rağmen bu çalışmada Filipinli Amerikalılar kalp hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları ancak birçoğu

risk faktörlerine sahip olduğunu bildirmiş. Ort. %82,81 bilgi puanına sahip grupta yaygın olan risk faktörleri arasında %47,7 oranla HT, %14 diyabet, %27,7 dislipidemi, %36,7 aşırı kilo, %80,6 abdominal obezite %11,7 sigara ve %48 egzersiz eksikliği yer almaktadır (Angosta ve Speck., 2014).

Kalp hastalığının spesifik risk faktörlerini anlamak ve bu bilginin davranışsal belirleyicilerini anlamak etkili sağlık önleme stratejileri tasarlamada yardımcı olacaktır. Özellikle erken taramalarda genç neslin hedef alınması, risk faktörlerinin erken evrelerde tespit edilmesine yardımcı olacak ve tarama sonuçları bireyleri harekete geçmeye de teşvik edebilecektir (Angosta ve Speck., 2014).

Birinci derece akrabalarda Tip 2 DM tanısı olanların algılanan kalp krizi inme riski puanlarından birinci derece akrabalarda Tip 2 diyabet tanısı olmayanların algılanan kalp krizi inme riski puanları yüksek bulunmuştur. Ulusal Kolesterol Eğitim Programı-Yetişkin Tedavi Paneli (Natal Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel) kılavuzları, 2001 yılından bu yana diyabeti KKH'na eşdeğer bir risk olarak kabul etmektedir. 13 çalışmanın sistematik olarak incelendiği bir araştırmada diyabeti olan veya olmayan 45.108 kişiyi değerlendirilmiş. Daha önce KKH geçirmemiş diyabetik hastalarda KKH riskinin, önceden miyokard enfarktüsü geçirmiş Tip 2 DM olmayan hastalara kıyasla %43 daha düşük olduğunu göstermiştir. ADA, Tip 2 DM hastalarında kardiyovasküler risk faktörlerinin yıllık olarak değerlendirilmesini önerirken son araştırmalar, diyabeti olmayanlarla Tip 2 DM hastaları karşılaştırıldığında kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye kaldırılma oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu risk faktörleri arasında sigara kullanımı, obezite, HT, kronik böbrek hastalığı, albüminüri varlığı, hiperlipidemi ve ailede erken koroner hastalık öyküsü yer aldığı görülmektedir (Quattrocchi ve diğ., 2020).

Demirağ (2016) araştırmasında, katılımcıların yarısının anne veya babasında Tip-2 diyabet tanısı konulmuş, %18 kısımda sadece kardeşinde tip-2 diyabet olduğu saptamıştır (Demirağ, 2016). Bizim çalışmamızda birinci derece akrabalarda kalp hastalığı tanısı olmayanların algılanan kalp krizi inme riski puanları, birinci derece akrabalarda kalp hastalığı tanısı olanların algılanan kalp krizi inme riski puanlarından düşük bulunmuştur.

Bireyin hastalık ve genetiğinin potansiyeli konusunda bir ebeveyninde KVVH tanısı konması, daha bilinçli olmasını sağlayarak yaşam boyu kendilerini KVVH açısından yüksek risk altında algılama olasılığını arttırdığı gösterilmişken Topuz ve Gözüm (2019) aile öyküsünde KVVH olan bireylerin kendilerini daha riskli görmediklerini saptamıştır. Çalışmalar ailede KVVH öyküsünün varlığı hastaların bilgi düzeyini yükseltmiştir (Boo ve diğ., 2016; Petr ve diğ., 2014; Topuz ve Gözüm, 2019).

Çalışanlar sigara kullanma durumuna göre 53'ü (%32,9) evet, 86'sı (%53,4) hayır, 22'si (%13,7) bırakmış olarak dağılmaktadır. Çalışanların KVVH bilgi toplam puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Farkın nedeni sigara kullanmayanların KVVH bilgi toplam puanlarının sigara kullananların KVVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Sigara kullanmayanların KVVH bilgi toplam puanlarının bırakanların KVVH bilgi toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$).

Framingham ve Sistemik Koroner Risk Değerlendirmesi (Systematic Coronary Risk Evaluation) kullanarak bireysel KVVH risk faktörlerinin değerlendirilmesini yapmışlar. Halen sigara içen bireylerde çoklu risk faktörlerinin toplamından ziyade sigara içmenin kendisinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Yani sigara içmenin tek başına önemli bireysel risk faktörü olduğu varsayımını desteklenmişlerdir (Keto ve diğ., 2016). Dünyada kalp sağlığı açısından en riskli alışkanlık sigara tiryakiliğidir. Bir araştırmada miyokard infarktüsü insidansı hiç sigara içmemiş olanlarla günde en az 20 adet sigara içen kadınlarda altı kat ve erkeklerde üç kat fazla bulunmuştur. Eray ve arkadaşları (2018) çalışmalarında sigara kullanma oranları bizim çalışmamıza benzer şekilde, erkeklerde %18,8, kadınlarda %16,3 olarak saptanmıştır (Eray ve diğ., 2018). TEKHARF çalışmasının 2004 yılına ait kesit taramasında erişkin erkeklerin %45,8'inin, kadınların %17,6'sının sigara kullandığı saptanmıştır. TÜİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması bülteninde yayınlanan 2012 verilerine göre erkeklerin %37,3'ünün, kadınların %10,7'sinin sigara kullandığı bildirilmiştir (Eray ve diğ., 2018). Başarır ve Pakyüz (2015) çalışmalarında, sigara kullanmayan hastalara göre sigara kullananların fiziksel aktivitelerinin daha az olduğu bulmuşlar bu da sağlıklı yaşam alışkanlıkları bilgi düzeyi olarak bizim çalışmamızı destekleyen bir bulgudur (Başarır ve Pakyüz., 2015). Bizim çalışmamızı destekler bir araştırmada sigara

kullanımının KVH bilgi düzeyleri üzerinde bir etkisi saptanırken sigara kullanan bireylerde KVH risk skoru daha yüksek bulunmuştur (Baş, 2021). Balcı ve diğerleri (2018) Ofis çalışanlarında kardiyovasküler risk ve bilgi düzeyi belirlenmesinde risk faktörü olarak sigarayı saptarken Shivaramakrishna ve diğerleri (2010) banka çalışanları ile yaptıkları çalışma da sigara içme üzerinde durmuşlar ve deneklerin yaklaşık beşte birinin yetersiz bilgiye sahip olması oranı üzerinde durmuşlardır. Hemşirelik ve Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde KVH ve risk faktörleri saptama için Uysal ve diğerler (2013) sigara içmeyenlerin bilgi düzeyinin daha yüksek bulmuşlardır. Benzer bir çalışmayı Gürel (2023) KARRİF-BD ölçeği ile sigara kullanmayan öğrencilerin KARRİF-BD puan ort'larının kullanan öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Başka benzer bir çalışma sonuçlarına göre, Türker ve Tanrikulu (2022) sigara kullanmayan öğrencilerin KVH bilgi düzeylerinin daha yüksek olarak erişmiştir (Balcı ve diğ., 2018; Gürel, 2023; Shivaramakrishna ve diğ., 2010; Türker ve Tanrikulu, 2022; Uysal ve diğ., 2013).

4.4. OFİS ÇALIŞANLARININ SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışanların “sağlıklı yaşam farkındalığı toplam” ort. $58,87 \pm 6,35$ (Min=43; Maks=75), “değişim” ort. $20,99 \pm 2,16$ (Min=11; Maks=25), “sosyalleşme” ort. $14,54 \pm 2,77$ (Min=6; Maks=20), “sorumluluk” ort. $12,24 \pm 1,44$ (Min=9; Maks=15), “beslenme” ort. $11,09 \pm 2,40$ (Min=3; Maks=15) olarak saptanmıştır.

Çalışanların değişim puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,52$; $p=0,03 < 0,05$; $\eta^2=0,04$); sosyalleşme puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,53$; $p=0,03 < 0,05$; $\eta^2=0,04$). Benzer araştırmada Demirel (2021) yaş ile SYFÖ ve sosyalleşme arasında anlamlı bir fark bulmuştur. SYFÖ'deki farkın 36-45 yaş aralığındaki bireylere ait ort'ların 18-25 yaş aralığındaki bireylere ait ort'lardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Sosyalleşme alt boyutundaki farkın 36-45 yaş aralığındaki bireylere ait ort'ların 18-25 yaş ve 26-35 yaş aralığındaki bireylere ait ortalamalar anlamlı düzeyde

daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır (Demirel, 2021). Ramachandran ve arkadaşları (2016) sağlıklı yaşam davranışının yaşa göre farklılıklar gösterdiğini vurgulamıştır (Ramachandran ve diğ., 2016). Sağlık haber algısının sağlıklı yaşam farkındalığı üzerindeki etkisinin incelenmesi çalışmasın da sağlıklı yaşam farkındalığı yaş ve eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Farkın nedeni 35-43 yaş aralığındaki katılımcıların 26-34 yaş aralığındakilere göre sağlıklı yaşama daha duyarlı oldukları tespit edilmiştir (Karaca, 2021).

Hemşireler üzerinde yaptıkları araştırmada beslenme ve genel ölçek puan ort. ise 39 ve üstü yaş grubunun daha yüksektir olarak bulmuşlardır (Bostan ve Beşer, 2017). 40-65 yaş aralığındaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi araştırmasın da diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek ort'ya sahip olduğu sonucuna varmışlardır. Yaşla, bireylerin sağlık konusunda daha fazla bilgi ve deneyime kavuşmaları sonucu, daha dengeli ve düzenli yaşadıklarına, kronik hastalıkları ve fonksiyonel yetersizliklerin en aza indirebilmek için sağlıklı yaşam farkındalığının yaşla birlikte artacağı öngörülmektedir (Songur ve diğ., 2019). Bireylerin sağlıklı yaşam farkındalığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi' adlı araştırma da sosyalleşme, değişim, beslenme sorumluluk ve sağlıklı yaşam farkındalığı ile bireylerin yaşları arasında anlamlı bir ilişki tanımlamış ve bireylerin yaşları arttıkça değişim, sorumluluk, beslenme ve sağlıklı yaşam farkındalıkları arttığı saptanırken sosyalleşme düzeylerinin ise azaldığı bulunmuştur (Uludağ ve Öztürk, 2024).

Çalışmamızda erkeklerin sağlıklı yaşam farkındalığı toplam puanları, değişim puanları, sorumluluk puanları, beslenme puanları kadınların sağlıklı yaşam farkındalığı, değişim puanları, sorumluluk ve beslenme toplam puanlarından düşük bulunmuştur. Çalışanların sosyalleşme puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Gökbulut ve Bal (2021) 36 yaş ve üzeri, kadın ve evli katılımcılarda sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Bostan ve Beşer, 2017; Gökbulut ve Bal, 2021). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri incelediği çalışmada kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının erkeklerden yüksek bulurken özellikle beslenme alt grubu puan ort'larının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bostan ve Beşer, 2017). Benzer başka bir çalışmada da kadınların değişim ve sorumluluk alt boyut puanları erkeklere

göre daha yüksek olarak saptarken erkeklerin beslenme alt boyut puanları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur (Demirel, 2021; Patrão ve diğ., 2017). Özellikle kadınlarda, ilerleyen yaşla birlikte daha sağlıklı bir yaşam tarzı sürme eğiliminin olduğu bulunmuştur (Patrão ve diğ., 2017).

Çalışanların değişim puanları, sorumluluk puanları, beslenme puanları eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Farkın nedeni üniversite mezunlarının beslenme puanlarının lise ve altı olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Lisansüstü mezunlarının beslenme puanlarının lise ve altı olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Kolaç ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam farkındalığını etkilediği bildirilmiştir (Kolaç ve diğ., 2018). Bir çalışmada öğrenim durumu ile sağlıklı yaşam farkındalığı sosyalleşme ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunurken lise mezunlarında sosyalleşme alt boyutundaki farkın lisansüstü mezunu bireylere ait ort'lardan anlamlı düzeyde daha yüksek saptarken, lisansüstü mezunlarında beslenme alt boyutundaki ort'ların ön lisans mezunu bireylere ait ort'lardan anlamlı düzeyde daha yüksek olmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır (Demirel, 2021). Daha yüksek eğitim seviyelerinin, sağlıklı bir yaşam tarzı sürme eğiliminin artmasıyla ilişkili olduğunu ileri süren başka bir çalışmada Patrão ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmadır (Patrão ve diğ., 2017). Uludağ ve Öztürk'te (2024) bireylerin öğrenim durumları arttıkça sağlıklı yaşam farkındalıklarının da arttığını söyleyen bir başka çalışmadır (Uludağ ve Öztürk, 2024).

Çalışanların beslenme puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,26$; $p=0,04<0,05$; $\eta^2=0,04$). Farkın nedeni geliri giderden fazla olanların beslenme puanlarının gelir gidere denk olanların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Yılmaz ve Özer (2021) ve Uludağ ve Öztürk (2024) yaptıkları araştırmalarda sağlıklı yaşam farkındalığı düzeylerinin gelir düzeyi daha yüksek olanlarda daha yüksek olarak saptamışlardır (Uludağ ve Öztürk, 2024; Yılmaz ve Özer, 2021). Benzer araştırma yapan Gökbulut ve Bal (2021) gelir durumu arttıkça bireylerin mental iyilik hallerinin ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının yükseldiği saptanmıştır (Gökbulut ve Bal, 2021). Başka bir araştırmada sağlık sigortasına sahip olmak ve daha yüksek gelir düzeyi öncelikle sağlık hakkındaki bilgileri derinlemesine

anlamak için gereken bilişsel kapasiteyi desteklerken yaşam tarzıyla ilgili sağlıklı davranışların sergilenmesine neden olduğu bildirilmiştir (Patrão ve diğ., 2017).

Çalışanların beslenme puanları sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5,05$; $p=0,00<0,05$; $\eta^2=0,06$). Farkın nedeni sigara kullanmayanların beslenme puanlarının sigara kullananların beslenme puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0,05$). Üç ayrı araştırmada sigara içmeyenlerin beslenme puanlarını daha yüksek bulurken Yılmaz ve Özer (2021) beslenme şeklinin sağlık üzerinde oluşturduğu etkiyi daha fazla fark edildiğini saptamıştır (Bostan ve Beşer, 2017; Uludağ ve Öztürk, 2024; Yalçinkaya ve diğ., 2007; Yılmaz ve Özer, 2021). Beslenme, sağlıklı yaşam farkındalığı ve değişim alt boyutlarında incelemesinde; sigara/alkol kullanan bireylerin sigara/alkol kullanmayan ve kullanmayı bırakan bireylerden daha düşük olduğunu bulunmuştur (Uludağ ve Öztürk, 2024).

Çalışmamızda alkol kullananların sosyalleşme puanları ($x=13,70$), alkol kullanmayanların sosyalleşme puanlarından ($x=14,81$) düşük bulunmuştur ($t=-2,23$; $p=0,02<0,05$; $d=0,40$; $\eta^2=0,03$). Kara ve Ayverdi (2018) çalışma bulgularında alkol aracılığı ile sorunlarla başa çıkma, sosyal ortamlara uyum sağlama ve eğlenceli zaman geçirme ile bu vakitlerini değerlendirdikleri sonucuna vararak bizim çalışmamızdaki sonucu görece desteklememekten Gusinac ve Aral (2022) çalışmasında alkol kullanan ergenlerin alkol kullanma sıklıkları arttıkça toplumsal dışlanma yaşayabildiklerini aynı zamanda alkol kullanmayan ergenlerin sosyal desteği daha fazla algıladıkları saptayarak bizim çalışmamızı destekler nitelikte sonuç elde etmişlerdir. Yılmaz (2023) alkol kullanmayanların alkol kullananlara göre fiziksel aktivite düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (Gusinac ve Aral, 2022; Kara ve Ayverdi, 2018; Yılmaz, 2023). Bizim çalışmamızda sağlıklı yaşam farkındalığı toplam, beslenme puanları alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemekten Yalçinkaya ve diğ. (2007), çalışmasında alkol kullanmayanların beslenme alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Yalçinkaya ve diğ., 2007).

Çalışmamızda ailede inme geçiren biri olanların beslenme puanları ($x=12,31$), ailede inme geçiren biri olmayanların beslenme puanlarından ($x=10,96$) yüksek bulunmuştur

($t=2,14$; $p=0,03<0,05$; $d=0,56$; $\eta^2=0,02$). Özer ve Yılmaz (2020); sağlıklı yaşam farkındalığı ile beslenme düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bularak beslenme düzeyi iyi olan bireylerin sağlıklı yaşam farkındalıklarının daha yüksek olduğu saptamıştır (Özer ve Yılmaz, 2020).

Çalışanların beslenme puanları BKİ değerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Benzer sonuç BKİ düzeyleri arttıkça öğünlerini dengeleme, hazırlanma, bulundurma, planlama, düzenli şekilde tüketmede önem verme düzeylerinin azaldığını saptamıştır (Hamurcu ve Taş, 2022). Kadınlar üzerinde yapılan araştırmada “farkındalık” ile BKİ arasında negatif bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır (Abbaspoor ve diğ., 2018). Yine benzer başka bir çalışma olan obez kadınlarda bilinçli beslenmenin normal kilolu kadınlara göre daha düşük olduğunu göstermişlerdir (Demirbas ve diğ., 2021). Karaca ve Rakıcıoğlu (2024) yaptığı araştırmada BKİ’si yüksek olan bireylerin sağlıklı beslenme ve bu konuda bilgi sahibi olma, yeme hızını ayarlama, açlık-tokluk farkındalığında gibi konularda sıkıntılı olabileceklerini düşündüren sonuçlar elde etmişlerdir (Karaca ve Rakıcıoğlu, 2024).

4.5. DİYABET RİSK, KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI PUANLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİ

Her alanda yaşam boyu sağlıklı olabilmek ve bunu en üst düzeyde sürdürebilmek zor olsa da bireylerin sağlıklı yaşam davranışları pek çok hastalığı önleyebilmektedir. Bulgular bireyin mental sağlığı olumlu yönde arttıkça sağlık farkındalığında; değişim, sosyalleşme, sorumluluk ve beslenme gibi alanlarda farkındalığın arttığını göstermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi, her bireyin sağlıklı davranışlar, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz vb. konularda sorumluluk almasını içermektedir.

Sosyalleşme ile sağlıklı yaşam farkındalığı toplam arasında pozitif yüksek bulmuşlardır. Yılmaz ve Özer (2021) Y kuşağındaki bireylerinin sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada; yaş grupları, kronik hastalık varlığı ve beslenme ile sosyalleşme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki görmüşlerdir (Yılmaz ve Özer, 2021).

Sorumluluk ile sağlıklı yaşam farkındalığı pozitif yüksek, sorumluluk ile değişim arasında pozitif orta bulunmuştur. Mental iyi oluşluğun sağlıklı yaşam farkındalığına ilişkisi çalışmasında mental sağlık bulguları iyileştikçe sağlık farkındalığında sosyalleşme, değişim, sorumluluk ve beslenme alanlarında farkındalığın arttığını göstermişlerdir (Gökbulut ve Bal, 2021).

Beslenme ile sağlıklı yaşam farkındalığı pozitif yüksek bulunmuştur. Benzer çalışma sağlıklı beslenme davranışlarının daha yüksek psikolojik refah ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Balcı ve diğ., 2012). Hong ve Peltzer (2017) yüksek meyve ve sebze tüketenlerin uyku kalitesinin daha iyi olduğunu saptarken, sağlıksız beslenme davranışları ile sağlıklı beslenme davranışı olan kahvaltı tüketiminin sıklığı ve depresyon arasında bir doz-tepki ilişkisi gözlemlemişlerdir (Hong ve Peltzer, 2017).

SONUÇ

Bu çalışma, ofis çalışanlarının Tip 2 diyabet riski, KVH farkındalığı ve sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bulgular, çalışanların sağlık risklerine karşı farklı düzeylerde farkındalık ve bilgiye sahip olduklarını ortaya koymuştur.

Katılımcıların diyabet risk puanı ort. $9,87 \pm 4,55$ olarak saptanmış, %24,2'si düşük, %45,3'ü hafif, %17,4'ü orta, %9,9'u yüksek ve %3,1'i çok yüksek risk grubunda yer almıştır.

KVH bilgi puanı ort. $5,44 \pm 1,58$, algılanan kalp krizi ve inme riski puanı ise $15,708 \pm 2,600$ olarak belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam farkındalığı toplam puanı $58,876 \pm 6,350$ olup, alt boyutlarda en yüksek ort. “değişim” puanına aittir.

Korelasyon analizleri sonucunda; diyabet riski, KVH farkındalığı ve sağlıklı yaşam farkındalığı arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler saptanmıştır. Sağlıklı yaşam farkındalığı ile “sosyalleşme”, “sorumluluk” ve “beslenme” alt boyutları arasında da yüksek düzeyde pozitif ilişki bulunmuştur.

Diyabet risk puanları; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, çalışma yılı, birinci derece akrabada Tip 2 diyabet tanısı varlığı ve BKİ gibi değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermiştir. Özellikle 41 yaş ve üzerindeki, erkekler, fazla kilolu bireyler ve ailesinde diyabet öyküsü olanların risk düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

KVH bilgi puanları; medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma yılı, ailede kalp hastalığı varlığı ve sigara kullanımı gibi etkenlere göre anlamlı farklılık göstermekte; bilgi düzeyinin, evli, çocuk sahibi, sigara kullanmayan ve ailesinde kalp hastalığı olan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlıklı yaşam farkındalığı düzeyi ise yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, ailede inme öyküsü ve BKİ gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Kadınların, üniversite ve lisansüstü mezunlarının, sigara kullanmayanların ve normal kilolu bireylerin sağlıklı yaşam farkındalığı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, ofis çalışanlarının bir kısmının diyabet ve KVVH açısından önemli riskler taşıdığı, ancak sağlıklı yaşam farkındalıklarının bazı gruplarda yetersiz olduğu anlaşılmıştır.

Bu Sonuçlar Doğrultusunda neriler:

- Riskli gruplara yönelik sağlık eğitimi programları düzenlenmeli; özellikle diyabet ve KVVH riski yüksek olan bireylerde yaşam tarzı değişikliklerini destekleyecek müdahalelere öncelik verilebilir.
- Kurumsal sağlık taramaları kapsamında, ofis çalışanlarının diyabet ve kalp-damar hastalıkları risk düzeyleri düzenli aralıklarla izlenmeli; farkındalık düzeylerinin artırılması amacıyla bilgilendirici seminer ve atölye çalışmaları yapılabilir.
- Sağlıklı yaşam farkındalığını artırmaya yönelik davranış değişikliği modelleri (rneğin transtheoretical model gibi) temel alınarak yapılandırılmış programlar uygulanmalı; bireylerin “değişim” ve “sorumluluk” düzeylerini geliştirecek destekleyici stratejiler geliştirilebilir.
- Beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı, özellikle BKİ’si yüksek çalışanlara sunulmalı; sağlıklı beslenme niyeti ve davranışlarını güçlendirecek kurum içi uygulamalar (sağlıklı menüler, yürüyüş grupları vb.) teşvik edilmelidir.
- Kadın alışanlarda sağlıklı yaşam farkındalığı erkeklere göre daha yüksek bulunduğundan, erkek çalışanlara yönelik özel kampanya ve farkındalık artırma çalışmaları planlanabilir.
- Sigara içmeyen bireylerde daha yüksek farkındalık ve bilgi düzeyleri gözlemlendiğinden, sigara bırakma programlarının etkinliği artırılmalı ve çalışanlara yönelik destek mekanizmaları güçlendirilebilir.
- Gelecek çalışmaların, daha geniş örneklem gruplarıyla ve farklı sektörlerde yapılması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini artırabilir. Ayrıca nitel veri toplama yöntemlerinin eklenmesiyle bireysel algı ve motivasyonlar daha derinlemesine analiz edilebilir. Benzer sektörde yapılacak çalışmada sürekli ofiste çalışan ile daha hareketli sahada çalışan iki grup karşılaştırması yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Abbaspoor, Z., Javadifar, N., Miryan, M. ve Abedi, P. (2018). Psychometric properties of the Iranian version of mindful eating questionnaire in women who seeking weight reduction. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0220-4>
- Akdeniz, M., Kavukcu, E. ve Teksan, A. (2019). Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 10(3), 1-15.
- Akpınar, T., Çakmakkaya, B. Y. ve Batur, N. (2018). Ofis çalışanlarının sağlığının korunmasında çözüm önerisi olarak ergonomi bilimi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 76-98.
- Albayrak, Z. ve Şengezer, T. (2022). Ailelerinde hipertansiyon hastası olan kişilerde hipertansiyon gelişiminin önlenmesiyle ilgili tutumlar: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Turkish Journal of Family Practice*, 26(2), 53-65.
- Andersson, P. ve Leppert, J. (2001). Men of low socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 8(6), 371-377. <https://doi.org/10.1177/174182670100800606>
- Angosta, A. D. ve Speck, K. E. (2014). Assessment of heart disease knowledge and risk factors among first-generation Filipino Americans residing in Southern Nevada: A cross-sectional survey. *Clinical Nursing Studies*, 2(2), 123. <https://doi.org/10.5430/cns.v2n2p123>
- Arabacı, Z., Doğru, A. ve Yıldırım, J. G. (2018). Kronik hastalıklarda Transteoretik Modele dayandırılarak Motivasyone Görüşme Tekniğinin kullanılması. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 3(2), 136-147. <https://doi.org/10.25279/sak.337571>
- Arslan, D. E. ve Akça, N. K. (2020). Akademik personelin kardiyovasküler risk farkındalıkları. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(2), 31-38.
- Awad, A. I. ve Alsaleh, F. M. (2015). 10-year risk estimation for type 2 diabetes mellitus and coronary heart disease in Kuwait: a cross-sectional population-based study. *PLoS One*, 10(1), e0116742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116742>
- Aydemir, T. ve Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/867753>
- Aykanat, K. (2018). *Diyabet tedavisine hasta uyumunda insülin iğneleri ve iğne uçları* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Aytemur, M. ve İnkaya, B. (2022). Diyabetes mellituslu bireylerde diyabet komplikasyon risk algısının ve diyabet öz yönetim becerilerinin incelenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 6(2), 121-130. <https://doi.org/10.25048/tudod.1099172>

- Bal E. ve Aydemir, E. (2022). İşyerinde verimli çalışmada fiziksel aktivite ve beslenmenin yeri. *Sporda Araştırma ve Değerlendirmeler*, 37-46.
- Balcı, A. S., Kolaç, N., Şahinkaya, D., Yılmaz, E. ve Nirgiz, C. (2018). Ofis çalışanlarında kardiyovasküler hastalık riski ve bilgi düzeyi. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(18),1-6.<https://khd.tkd.org.tr/jvi.aspx?un=KVHD-84756> DOI: 10.5543/khd.2018.84756
- Başarır, S. ve Pakyüz, S. Ç. (2015). Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 19-31. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemsire/issue/28579/304871>
- Bayraktar, A. K. (2019). *Tip 2 diyabetli bireylere mobil telefonları aracılığı ile uzaktan verilen video eğitiminin etkinliğinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.825045>
- Bays, H. E., Taub, P. R., Epstein, E., Michos, E. D., Ferraro, R. A., Bailey, A. L., Heval M. K., Keith C. F., Melvin R. E., Howard W., John B., Heather M. J., Kara K. H., Michael D. S., Charles A. G., Salim S. V., Aliza H., Christie M. B., Ali M. A., Peter P. T. ve Toth, P. P. (2021). Ten things to know about ten cardiovascular disease risk factors. *American Journal of Preventive Cardiology*, 5, 100149. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2021.100149>
- Berberich, A. J. ve Hegele, R. A. (2022). A modern approach to dyslipidemia. *Endocrine Reviews*, 43(4), <https://doi.org/10.1210/endrev/bnab037>
- Berberoğlu, Z. ve Hocaoglu, C. (2021). Küresel sağlık sorunu ‘obezite’: Güncel bir gözden geçirme. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.886473>
- Berna, A. ve Bozkurt, C. (2023). Üniversite çalışanlarında diyabet riskine etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 257-263. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1390102>
- Best, A. C. (2021). Dünya diyabet günü. *Biomedical Journal*, 9(5), 14–18.
- Biçer, E. K., Çekiç, M. ve Ayvazoğlu, G. (2024) Üniversite çalışanlarında Tip 2 diyabet riskinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (22), 253-272. <https://doi.org/10.38079/igusabder.1241694>
- Boo, S., Froelicher, E. S., Yun, J. H., Kim, Y. W., Jung, J. Y. ve Suh, C. H. (2016). Perceived and actual risk of cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis in Korea: a cross-sectional study. *Medicine*, 95(40), e5117. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000005117>
- Boo, S., Oh, H., Froelicher, E. S. ve Suh, C. H. (2017). Knowledge ve perception of cardiovascular disease risk among patients with rheumatoid arthritis. *PloS One*, 12(4), e0176291. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176291>
- Bostan, N. ve Beşer, A. (2017). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 38-44.

- Büyükipekci, S. (2022). *Sporda Araştırma ve Değerlendirmeler*. Obezite ve Egzersiz Yayınları
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. ve Köklü, N. (2018). *Sosyal bilimler için istatistik*, Ankara, Pegem Akademi.
- Choudhury, A. A. ve Rajeswari, V. D. (2021). Gestational diabetes mellitus-a metabolic and reproductive disorder. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 143, 112183. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112183>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cole, J. B. ve Florez, J. C. (2020). Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nature Reviews Nephrology*, 16(7), 377-390. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0278-5>
- Çalışkan, G. ve Sanisoğlu, Y. (2022). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin dinamik panel veri analizi ile incelenmesi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (35), 1-16. <https://doi.org/10.18092/ulikidince.935147>
- Çiftçi, S. ve Kutlutürkan, S. (2021). Tip 2 diyabetli hastalara bakım verenlerin diyabetle ilgili bilgi ve farkındalık düzeyleri. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 5(3), 256-265. <https://doi.org/10.25048/tudod.884502>
- Dellafiore, F., Caruso, R., Cossu, M., Russo, S., Baroni, I., Barello, S., Vangone, I., Acampora, M., Conte, G., Magon, A., Stievano, A. ve Arrigoni, C. (2022). The state of the evidence about the family and community nurse: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074382>
- Demirağ, H. (2016). *Tip-2 diabetes mellituslu hastaların birinci derece yakınlarında diyabet risk değerlendirmesi*. (Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Demirag H. ve Boyraz S. (2021). Diabetes Risk Assessment with Blood Parameters of The First Degree Relatives of Patients with Type-2 Diabetes Mellitus. *Clin Exp Health Sciences*, 11(2), 151-157. DOI: 10.33808/clinexphealthsci.655688
- Demirbas, N., Kutlu, R. ve Kurnaz, A. (2021). The relationship between mindful eating and body mass index and body compositions in adults. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 77(5), 262-270. <https://doi.org/10.1159/000518675>
- Demirbas, N. ve Kutlu, R. (2020). Comparison of Triglyceride/Glucose Index with the FINDRISC Diabetes Risk Questionnaire in Determining Diabetes Risk in Individuals Attending Periodic Health Examinations. *Medical Journal of Bakirkoy*, 16(2). DOI: 10.5222/BMJ.2020.32032
- Demirel, G. (2021). *Sağlıklı yaşam farkındalığı ve sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Konya örneği*. (Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü) <https://hdl.handle.net/20.500.12395/42942>

- Dikici, İ. C., Olgun, N. ve Eren, İ. A. (2022). Tip 2 diyabetli hastalarda pedigr genetik risk analizi ile yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Turkish Journal of Diabetes Nursing*, 1(2), 1-5. DOI: [10.29228/tjdn.52470](https://doi.org/10.29228/tjdn.52470)
- Doğan, E. S., Şahin, C. K., Akan, D. D., Pakyüz, S. Ç., Kübra, I. ve Mıngır, K. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin diyabet risklerinin belirlenmesi. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 5(2), 607-619. <https://doi.org/10.52538/iduhs.1107704>
- Doğru, B. V., Utli, H. ve Karaman, E. (2021). Kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı değerlendirme ölçeği: Türkçe versiyonun psikometrik özellikleri. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 12(27), 18-25. DOI: [10.5543/khd.2021.05914](https://doi.org/10.5543/khd.2021.05914)
- Eray, A., Set, T. ve Ateş, E. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Practice*, 22(1), 12-19. DOI: [10.15511/tahd.18.00112](https://doi.org/10.15511/tahd.18.00112)
- Erdoğan, G. ve Coşansu, G. (2021). Diyabet risk farkındalığı: Bir metropol örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(5), 307-316. <https://doi.org/10.17942/sted.876596>
- Eroğlu, N. ve Temiz, G. (2021). Kronik hastalıklarda hemşirelik süreci. Diyabet ve hemşirelik süreci. Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul. S:115-133
- Evcimen, H., Ayyıldız, N. İ. ve Doğan, U. (2023). Diabetes risk score of adult applications to primary health care center: a cross-sectional study. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 53-59. <https://doi.org/10.52976/vansaglik.1162785>
- Ezber, R., Şimşek, C., Koyuncu, A. ve Gülseven, M. E. (2022). Diabetes mellitus ve iş yaşamı: Geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine*, 7(1). DOI: [10.5336/intermed.2021-87237](https://doi.org/10.5336/intermed.2021-87237)
- Finicelli, M., Di Salle, A., Galderisi, U. ve Peluso, G. (2022). The Mediterranean diet: An update of the clinical trials. *Nutrients*, 14(14), 2956. DOI: [10.3390/nu14142956](https://doi.org/10.3390/nu14142956)
- Gabriel, R., Acosta, T., Florez, K., Anillo, L., Navarro, E., Boukichou, N., Acosta-Reyes, J., Barengo, N.C., Lindstrom, J., Tuomilehto, J. O. ve Aschner, P (2021). Validation of the Finnish type 2 diabetes risk score (FINDRISC) with the OGTT in health care practices in Europe. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 178, 108976. DOI: [10.1016/j.diabres.2021.108976](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108976)
- Gökbulut, N. ve Bal, Z. (2021). Mental iyi oluşluğun sağlıklı yaşam farkındalığıyla ilişkisi. *Anatolian Journal of Health Research*, 2(2), 51-56. <https://doi.org/10.29228/anatoljhr.52199>
- Gökten, N. (2020). *Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve fiziksel aktivitenin diyabet riskine etkisi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Gömlüksiz, M., Yakar, B. ve Pirinçci, E. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(2), 347-358. <https://doi.org/10.5798/dicletip.755736>

- Gusinac, M. ve Aral, N. (2022). Madde kullanan ergenlerde sosyal dışlanma ve sosyal ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Academic Social Science Studies*, 15(91). DOI: 10.29228/JASSS.62097
- Gürel, T. Y. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 103-112. <https://doi.org/10.47115/jshs.1102010>
- Hamurcu, P. ve Taş, D. (2022). Sağlık çalışanlarında yeme farkındalığı düzeyinin belirlenmesi: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi örneği. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 6(1), 96-105. <https://doi.org/10.29058/mjwbs.1030982>
- Hassen, H. Y., Bowyer, M., Gibson, L., Abrams, S. and Bastiaens, H. (2022). Level of cardiovascular disease knowledge, risk perception ve intention towards healthy lifestyle and socioeconomic disparities among adults in vulnerable communities of Belgium and England. *BMC Public Health*, 22(1), 197. DOI: 10.1186/s12889-022-12608-z
- Hayırlıdağ, M. (2022). Tıp Tarihinde Her Dönem Merak Edilen Hastalık: Şeker. *Academic Social Resources Journal*, 7(40), 917-920.
- Holden, M. K. (2005). Virtual environments for motor rehabilitation: Review, *Cyberpsychology Behavior*, 8(3), 187-211. DOI: 10.1089/cpb.2005.8.187
- Hong, S. A. ve Peltzer, K. (2017). Dietary behaviour, psychological well-being and mental distress among adolescents in Korea. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 1-12. doi: 10.1186/s13034-017-0194-z
- International Diabetes Federation. (2021). *Diabetes Atlas*. (10.baskı)
- International Diabetes Federation. (2023). *IDF annual report 2023*. <https://idf.org/media/uploads/2024/06/IDF-Annual-Report-2023.pdf>
- İlaslan, E., Dalkıran, Ş., Özer, Z. C. ve Balcı, M. K. (2021). Tip 2 diyabetli bireylerin hastalığı kabul düzeyi ve bakım verenlerin bakım verme yükü. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(2), 84-95. <https://doi.org/10.17942/sted.803667>
- Janghorbani, M., Adineh, H. ve Amini, M. (2013). Finnish Diabetes Risk Score to predict type 2 diabetes in the Isfahan diabetes prevention study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 102(3), 202-209.
- Jølle, A., Midthjell, K., Holmen, J., Carlsen, S. M., Tuomilehto, J., Bjørngaard, J. H., ve Åsvold, B. O. (2019). Validity of the FINDRISC as a prediction tool for diabetes in a contemporary Norwegian population: a 10-year follow-up of the HUNT study. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, 7(1), e000769.
- Joseph, J. J., Deedwania, P., Acharya, T., Aguilar, D., Bhatt, D. L., Chyun, D. A., Di Palo, K. E., Golden, S. H., Sperling, L. S. and on behalf of the American Heart Association Diabetes Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis ve Vascular Biology; Council on Clinical Cardiology; and Council on Hypertension. (2022). Comprehensive management of cardiovascular risk factors for adults with type 2 diabetes: A

- scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 145(9), e722-e759. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001040>
- Kahve, A. N., ve Derin, D. Ö. (2022). Yetişkinlerde antropometrik ölçümler. In D. Ö. Derin (Ed.), *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar X* (s. 137). Eğitim Yayınevi
- Kalaycı, Şeref (2006) *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (s 166). Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- Kara, F. M., ve Ayverdi, B. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Serbest Zamanda Sıkılma Algısı Alkol Kullanma Nedenlerinin Belirleyicisi Midir? *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 23(1), 35-42.
- Karaca, Ş. (2021). Sağlık haber algısının sağlıklı yaşam farkındalığı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *İstanbul University Journal of Sociology*, 41(2), 289-318. DOI: <https://doi.org/10.26650/SJ.2021.41.2.0001>
- Karaca, V., ve Rakıcıoğlu, N. Yetişkinlerde Yeme Farkındalığı, Beslenme Bilgi Düzeyi ve Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 11(3), 671-689. <https://doi.org/10.21020/husbfd.1443850>
- Karaca-Çelik, K. E., Toprak, D., Baş, M., Tevfikoğlu, L., Kahrıman, M., İnce-Palamutoglu, M., Doğan, N., ve Baş, D. (2025). Evaluation of sociodemographic and nutrition-related factors for type 2 diabetes risk: a sample from Türkiye. *BMC Public Health*, 25(1), 858. <https://hdl.handle.net/20.500.12900/676>
- Karakaş, G. (2019). *İstanbul Zeytinburnu İlçesi'nde yaşayan insanlarda Türk Diyabet Cemiyeti tarafından hazırlanan Risk Anketi'yle tip 2 diyabet hastalığı riskini belirlemek* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Karakuş, G., Yörüşün, T.Ö., ve Ağagündüz, D. (2022). Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklarda Fetal Programlama. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 120-134. <https://doi.org/10.52881/gsbdergi.1139953>
- Karakuş, Ü. N. (2023). *Hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi* (Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). <https://hdl.handle.net/20.500.12451/11384>
- Karan, M. A., ve Satman, İ. (2021). *Türkiye yaşlı sağlığı raporu: Güncel durum, sorunlar ve kısa-orta vadeli çözümler* (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayını No. 48569). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı.
- Karatana, Ö. (2022). Sağlığın sosyal belirleyicileri ve halk sağlığı hemşireliği. E. Akbaş (Ed.), *Sağlık ve Bilim 2022: Hemşirelik-III* (s.1-158). Efe Akademi Yayınları
- Kavas, B. N., ve Develi, A. (2020). Çalışma Yaşamındaki Sorunlar Bağlamında Covid-19 Pandemisinin Kadın Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 84-112.

- Kayacan, E. (2022). Türkiye'nin Nüfus Politikalarındaki Değişimin Kalkınma Planları Üzerinden Değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(54), 107-139. <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.1081252>
- Kaymak, G. Ö. (2018). Yaygın Görülen Kronik Hastalıklarda Kültürel Farkındalık. *Journal Of Awareness (Joa)*, 3(Special), 715-722. <https://doi.org/10.26809/joa.2018548682>
- Keçik, M. (2021). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tedavisinde İlaç Uyuncu ve Sağlık Okur Yazarlığının Etkisi. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(1), 01-11.
- Keto, J., Ventola, H., Jokelainen, J., Linden, K., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Timonen, M., Ylisaukko-oja, T. ve Auvinen, J. (2016). Cardiovascular disease risk factors in relation to smoking behaviour and history: a population-based cohort study. *Open Heart*, 3(2), e000358. <https://openheart.bmj.com/content/3/2/e000358>
- Kılınçarslan, M. G., ve Şahin, E. M. (2019). Güncel kılavuzlar ışığında dislipidemi yönetiminin ilk basamağı: Yaşam tarzı değişiklikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(1), 31-40.
- Kırağ, N., ve Çalışkan, G. (2020). Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. *Medical Sciences*, 15(1), 1-11.
- Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E. ve Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 267-274.
- Korkmaz, M., ve Avcı, İ. A. (2018) Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Olduğu Ailelerde Risk Yaklaşımlı Hemşirelik.
- Koştı, G., Burmaoğlu, S., ve Kıdak, L. B. (2021). Sağlık 4.0: Sanayide Öngörülen Gelişimin Sağlık Sektörüne Yansımaları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3), 483-506.
- Kul, Y., Çarıkçı, F., Aktaş, E. ve Girgin, B. A. (2023). Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve psikopatolojik semptomların tip 2 diyabet riski ile ilişkisi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 7(3), 240-248. <https://doi.org/10.25048/tudod.1382669>
- Kulak, E., Berber, B., Temel, H., Kutluay, S. N., Yıldırım, M., Dedeoğlu, F. N., Çifçili, S., ve Save, D. (2019). Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 23(1), 20-30. DOI: [10.15511/tahd.19.00120](https://doi.org/10.15511/tahd.19.00120)
- Kutlu, R., Sayın, S., ve Koçak, A. (2016). Tanı Almamış Tip 2 Diyabet İçin Bir Tarama Metodu Olarak Fin Diyabet Risk Anketi (FINDRISK) Uygulanabilir mi? <https://doi.org/10.18521/ktd.287466>
- Li, D. D., Yang, Y., Gao, Z. Y., Zhao, L. H., Yang, X., Xu, F., Yu, C., Zhang, X. L., Wang, X. Q., Wang, L. H. ve Su, J. B. (2022). Sedentary lifestyle and body composition in type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 14(1), Article 8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35033170/>

- Madela, S. L. M., Harriman, N. W., Sewpaul, R., Mbewu, A. D., Williams, D. R., Sifunda, S., ve Reddy, S. P. (2023). Individual and area-level socioeconomic correlates of hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in uMgungundlovu, KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Public Health*, 23(1), 417. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36864433/>
- Makrilakis, K., Liatis, S., Grammatikou, S., Perrea, D., Stathi, C., Tsiligros, P., ve Katsilambros, N. (2011). Validation of the Finnish diabetes risk score (FINDRISK) questionnaire for screening for undiagnosed type 2 diabetes, dysglycaemia and the metabolic syndrome in Greece. *Diabetes & Metabolism*, 37(2), 144–151. doi: 10.1016/j.diabet.2010.09.006 <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2010.09.006>
- Meijnikman, A. S., De Block, C. E. M., Verrijken, A., Mertens, I., Corthouts, B. ve Van Gaal, L. F. (2016). Screening for type 2 diabetes mellitus in overweight and obese subjects made easy by the FINDRISK score. *Journal of diabetes and its complications*, 30(6), 1043-1049. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.05.004>
- Memiş, K. (2020). Sağlık Dışı Sağlık Belirleyicileri ve Buna Bağlı Kronik Hastalıklar. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 42-50.
- National Institutes of Health. (2020). *2020–2030 Strategic plan for NIH nutrition research*. https://dpcpsi.nih.gov/sites/default/files/2020NutritionStrategicPlan_508.pdf
- Nicastro, H. L., Vorkoper, S., Sterling, R., Korn, A. R., Brown, A. G., Maruvada, P. ve Oh, A. Y. (2023). Opportunities to advance implementation science and nutrition research: a commentary on the Strategic Plan for NIH Nutrition Research. *Translational Behavioral Medicine*, 13(1), 1-6. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibac066>
- Özcebe, L. H., Üner, S., ve Yardım, N. (2021). Sağlıklı kent bileşenleri ve halk sağlığı. In Ö. Karakayacı, Ç. Fındıklar Ülkü, K. Karkın, E. Gündüz, S. Levend, H. Öncel, M. A. Sağ, N. Aydın, B. Çakır, M. Gürçay, N. O. Memlük Çobanoğlu, B. Özdemir Sarı, B. H. Özuduru, E. Polat, Z. K. Ülkenli, ve G. Yıldırım (Eds.), *Yeni gelecekte kentler ve bölgeler: Değişen dinamikler, yeni sorunlar, değişim ve dönüşümün sunduğu fırsatlar – 8. Kentsel ve Bölgesel Araştırmalar Sempozyumu bildiriler kitabı* (s. 347). KBAM.
- Özdoğan Lafçı, N. (2020). *Edirne il merkezindeki yetişkinlerde 10 yıllık Tip 2 Diabetes Mellitus riski ve etkileyen faktörler* (Uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- Özer, E. ve Yılmaz, N. (2020). Sağlıklı Yaşam Farkındalığı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 3(1), 47-60. doi: 10.5336/jtracom.2019-72138
- Özkan, G., ve Gürbüz, İ. B. (2019). Bina Ortamlarının Çalışan Refahı ve Performansı Üzerine Etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(70), 616-632 <https://doi.org/10.17755/esosder.428684>

- Özsaydı, Ş. ve Güngör, H. (2023). Sedanter ergenlerde fiziksel aktivite ve uykunun yaşam kalitelerine etkisi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(Kongre Özel), 126-137. <https://doi.org/10.17755/esosder.428684>
- Öztürk, C., ve Vardarlier, P. (2020). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık iletişimi: Sağlık kurumlarının sosyal medya mecra kullanımının incelenmesi. *Modern Leisure Studies*, 2(1), 33-56.
- Patrão, A. L., da Conceição Almeida, M., Matos, S. M. A., Chor, D. ve Aquino, E. M. (2017). Gender and psychosocial factors associated with healthy lifestyle in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(8), e015705. <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015705.full>
- Petr, E. J., Ayers, C. R., Pandey, A., De Lemos, J. A., Powell-Wiley, T. M., Khera, A., Lloyd-Jones, M.D. ve Berry, J. D. (2014). Perceived lifetime risk for cardiovascular disease (from the Dallas Heart Study). *The American journal of cardiology*, 114(1), 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2014.04.006>
- Quattrocchi, E., Goldberg, T. ve Marzella, N. (2020). Management of type 2 diabetes: Consensus of diabetes organizations. *Drugs in Context*, 9, 212607. DOI: 10.7573/dic.212607
- Ramachandran, H. J., Wu, V. X., He, H. G., Jiang, Y. ve Wang, W. (2016). Awareness, knowledge, healthy lifestyle behaviors, and their correlates to coronary heart disease among working women in Singapore. *Heart & Lung*, 45(4), 341-349. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2016.05.034
- Rashidi, M. ve Genç, A. (2020). Tip 1 ve tip 2 diyabetli hastaların diyabet tutumlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (10), 34-49. <https://doi.org/10.38079/igusabder.674852>
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., Williams, R., ve IdF Diabetes Atlas Committee (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: results from the international diabetes federation diabetes atlas, 9th edition. *Diabetes Research And Clinical Practice*, 157, 107843. DOI: 10.1016/j.diabres.2019.107843
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Türkiye bölgeler arası sağlık hizmetleri kalite standartları 2017–2025: Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017–2025* https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/Turkiye_BOH_cok_paydasli_eylem_plani_2017-2025.pdf
- Salant, P. ve Dillman, D. A. (1994). How to Conduct Your Own Survey. John Wiley and Sons. *Journal of Service Science and Management*, 15(5), 55
- Shivaramakrishna, H. R., Wantamutte, A. S., Sangolli, H. N. ve Mallapur, M. D. (2010). Risk factors of coronary heart disease among bank employees of Belgaum city-Cross-sectional study. *Al Ameen J Med Sci*, 3(2), 152-9.

- Songur, C., Kar, A., Kıran, Ş. ve Macit, M. (2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Klinik sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde bir araştırma. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 43-52.
- Soriguer, F., Valdés, S., Tapia, M. J., Esteva, I., Ruiz de Adana, M. S., Almaraz, M. C., Morsillo, S., Garcia Fuents, E., Rodriguez, F. ve Rojo-Martinez, G. (2011). Validation of the FINDRISC (FINnish Diabetes RiSk SCore) for prediction of the risk of type 2 diabetes in a population of southern Spain. Pizarra Study. *Medicina Clinica*, 138(9), 371-376. DOI: 10.1016/j.medcli.2011.05.025
- Soykan, H. ve Şengül, H. (2021). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 691-704. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.905512>
- Şamdanlı, Ş., ve Muz, G. (2022). *Hipertansiyon tanısı almış bireylerin hastalıkları ile ilgili internet kullanım durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi* (Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi).
- Şanlıtürk, D., Haylı, Ç. M., Kösem, D., Uyanık, A., Kaplan, N. ve Sadıç, E. (2022). *Her yaşta diyabet*. İKSAD Yayınevi.
- Şen, S. ve Arslan Özkan, H. (2019). Kronik hastalıklarda kadın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması. *Türkiye Klinikleri*, 1, 27-33.
- Şenbil Alp, S. (2023). *Tip 2 diyabetli bireylerde glisemik kontrol, diyabet sıkıntısı ve kadercilik anlayışı arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi). <https://hdl.handle.net/20.500.12436/5535>
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Türk Epidemiyoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). (2021). *Diyabetik dislipidemi ve tedavisi. Tanı ve tedavi kılavuzu*, 108.
- Topuz, İ. (2019). *Amasya il merkezinde yaşayan 40-65 yaş arası erkeklerin gerçek ve algıladıkları kardiyovasküler hastalık risklerinin karşılaştırılması*. (Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Akdeniz Üniversitesi Açık Erişim Arşivi. <http://acikerisim.akdeniz.edu.tr/xmlui/handle/123456789/4858>
- Topuz, İ. ve Gözüm, S. (2019). Toplum tabanlı kardiyovasküler risk değerlendirmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 158-170.
- Tunca, A. ve Yılmaz, H. Ö. (2021). Yetişkin bireylerde beden kütle indeksi ve hemoglobin a1c düzeyleri ile beslenme arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(6), 414-421. <https://doi.org/10.17942/sted.700520>
- Tuncer, A. (2024). *Koroner arter hastalığı olanlarda sağlık algısı ve sigara bırakma yorgunluğunun değerlendirilmesi* (Uzmanlık tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. <https://hdl.handle.net/20.500.12452/18311>
- Turhan, Ö. Ü. Ö. ve Kesken, S. C. (2023). Çalışma yaşamında bilinçli farkındalığın örgütsel sağlığa etkisi üzerine bir araştırma. *Journal of Social Research and Behavioral Sciences*, 9(20). DOI:10.52096/jsrbs.9.20.01

- Türk Diyabet Vakfı, (2023). *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*. (1-198) https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/2023_diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi.pdf (Erişim 12 Ekim 2023)
- Türk, H., Karaca, M. ve Akı, M. (2021). Sigaraya Bağlı Artan Kardiyovasküler Hastalık Riskini Düşürme. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 111-118.
- Türker, E. ve Tanrıkulu, G. (2022). Bir vakıf üniversitesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin kardiyovasküler hastalıklarına ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ve yaşam biçimi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(1), 16-26. <https://doi.org/10.54862/pashid.956002>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2023, 28 Temmuz). *Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü- Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/baskanligimiz-8/g%C3%B6revtan%C4%B1m%C4%B1.html>
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2023). *Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi*. https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/2023_diyabet_tani_ve_tedavi_rehberi.pdf
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025*.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2023). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2022*.
- Uludağ, Ş. ve Öztürk, Y. E. (2024). Bireylerin Sağlıklı Yaşam Farkındalığı ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 15(42), 674-691. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1391432>
- Uysal, H., Enç, N., Cenal, Y., Karaman, A. ve Topuz, C. (2013). Awareness about preventable cardiovascular risk factors of students attending Faculties of Nursing and Literature/Hemsirelik ve Edebiyat Fakültesi öğrencilerinin önlenabilir kardiyovasküler risk faktörleri ile ilgili farkındalıkları. *The Anatolian Journal of Cardiology*, 13(7), 728. DOI: 10.5152/akd.2013.249
- Ünal, G. (2019). *Tip 2 diyabet farkındalığı, uyunç ölçümü ve vücut kitle indeksinin yerine kas/yağ oranının kullanılabilirliğinin araştırılması* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). <https://acikerisim.medipol.edu.tr/items/902bae3b-a446-49a1-871f-734d35e84383>
- Ünlü, T. N. ve Deniz, D. (2022). Türkiye’de uygulanan obezite politikaları; Almanya uygulama karşılaştırılması. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(1), 62-78. DOI:10.13140/RG.2.2.28707.26400
- World Health Organization. (2022, October). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2023). Hypertension. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. (2023). World health statistics 2023: A visual summary.

- Yalçın, M. (2023). Ulusal Diyabet Stratejisi 10. Yıl Sonuç Dökümanı 2023. Türkiye Diyabet Vakfı.
https://www.turkdiab.org/admin/PICS/webfiles/TDV_UDS_2023_112454.pdf
- Yalçınkaya, M., Özer, F. G., ve Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 98–103 <https://hdl.handle.net/11499/41205>
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, A. B., Bozdemir, N., ve Aşılar, R. H. (2020). Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 479-491. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.698927>
- Yıldırım, D. İ., Yıldırım, A., ve Eryılmaz, M. A. (2019). Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 325-333. <https://doi.org/10.17826/cumj.451087>
- Yıldırım, N. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
- Yılmaz, B. (2023). *Banka sektöründe çalışan bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Biruni Üniversitesi). <https://hdl.handle.net/20.500.12445/3260>
- Yılmaz, M. ve Boylu, M. (2016). Masa Başı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları. *Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi*, 13(1), 27-34 https://jag.journalagent.com/jern/pdfs/JERN_13_1_27_34.pdf%20%20
- Yılmaz, N. ve Özer, E. (2021). Y kuşağı bireylerin sağlıklı yaşam farkındalık düzeylerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 955-963. <http://dx.doi.org/10.37989/gumussagbil.889608>
- Yılmazel, G., ve Ahcıoğlu, A. (2021). Halk sağlığı gözüyle koroner arter hastalığı ve sağlık okuryazarlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 81-88. DOI:10.54247/SOYD.2021.28
- Yildiz, T., Zuhur, S., ve Zuhur, S. S. (2021). Diabetes Risk Assessment and Awareness in a University Academics and Employees. *Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 55(4). DOI: 10.14744/SEMB.2021.84770
- Yun, J. S., ve Ko, S. H. (2021). Current trends in epidemiology of cardiovascular disease and cardiovascular risk management in type 2 diabetes. *Metabolism*, 123, 154838. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2021.154838>

EKLER

EK-1: İNTEHAL RAPORU

Kabul.docx			
ORJİNALLİK RAPORU			
%9	%9	%3	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2	
2	www.euro.who.int İnternet Kaynağı	%1	
3	saglikokuryazarligidergisi.com İnternet Kaynağı	%1	
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1	
5	acikerisim.aksaray.edu.tr İnternet Kaynağı	%1	
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1	
7	www.turkailehekderg.org İnternet Kaynağı	<%1	
8	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1	
9	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1	
10	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1	
11	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1	
12	www.set-science.com İnternet Kaynağı	<%1	

EK-2: ÖLÇEKLERİN KULLANIM İZNİ

Gönderen: [Redacted]

Gönderildi: 6 Mart 2023 Pazartesi 09:11

Kime: [Redacted]

Konu: Ynt: Yüksek Lisans Tez / FINDRISK Ölçek

Merhaba İclal Hanım,

Öncelikle çalışmanızda şimdiden başarılar diliyorum. FINDRISK ölçeği ADA ve birçok uluslararası kuruluş tarafından kabul edilmiş bir ölçek olduğu için herhangi bir yerden izin almadık. Sizde almanıza gerek yok. Fakat birçok yazar benim tezimde geçerlilik yaptığım için bana izin maili gönderebiliyor. Bende onlara veriyorum. Tezinizde tam olarak ne düşünüyorsunuz bilmiyorum ama o dönem klinikte çalıştığım halde kan alma süreci beni yordu. Dolayısıyla veri toplama süreci uzamıştı. Onun dışında zorlayan hiçbir unsur olmadı. Aşağıda verdiğim linkte de tezinin makalesi bulunuyor ondan da yararlanabilirsiniz.
<https://dx.doi.org/10.33808/clinexphealthsci.655688>.

<http://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11607/2898/1/Hatice%20Tez%20Taslak%20-17.12.2015.pdf>

Re: Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği

By: [Redacted]

You forwarded this message on 5.05.2023, 16:57:

KARDİYOVASKÜLER RİSK ÖLÇEK GEÇERLİLİK SONU RAPORU (16.10.2021, 07:11) dosyası 19 KB

[EXTERNAL- TOPLULUK DIŞI]

Merhabalar
Ölçeği aratı yapıp kullanabilirsiniz. Ölçeğin son halini ve nasıl değerlendirildiğini ekte gönderiyorum. İyi çalışmalar.

[EXTERNAL- TOPLULUK DIŞI]

25 Nis 2023 Sal, 11:10 tarihinde şunu yazdı:

[EXTERNAL- TOPLULUK DIŞI]

Birgöt Hanım merhaba;

Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği; Türkçe Versiyonun Psikometrik Özellikleri çalışmamızda; KHRFDÖ uyarıtan **ölçeği ve skorlamasını** paylaşmanızı rica ederim.

Araştırmamda kullanmam için onayınızı rica ederim.

EO: [Redacted]

To: İclal Gökberber

Internal

SVFÖ.doc 48 KB

[EXTERNAL- TOPLULUK DIŞI]

Merhaba İclal Hanım,

Ölçeği elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ve ilgili bilgiler ektedir. Kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar.

[Redacted]

Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi
Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü

[Redacted]

Gönderen: İclal Gökberber
Gönderildi: Wednesday, April 19, 2023 2:19:30 PM
Kime: [Redacted]
Konu: Sağlıklı yaşam farkındalığı

[EXTERNAL- TOPLULUK DIŞI]

Elif Hanım merhaba;

Sağlıklı yaşam farkındalığı ölçeğinizi çalışmam da **kullanabilmem ölçeği ve skorlamasını** paylaşmanızı rica ederim. Kullanımım içinde **onayınızı** rica ederim.

Saygılarımla,

İclal Gökberber

EK-3: ETİK KURUL ONAYI




FENERBAHÇE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ONAY FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL NO	94.2023fbu		
	ARAŞTIRMANIN ADI Türkçe / İngilizce	Ofis Çalışanlarının Tip 2 Diyabet, Kardiyovasküler Risk ve Sağlıklı Yaşam Farkındalıklarının Belirlenmesi Determination of Type 2 Diabetes, Cardiovascular Risk and Healthy Life Awareness among Office Workers		
	YÜRÜTÜCÜ UNVANI/ ADI			
	ARAŞTIRMACILAR			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Fenerbahçe Üniversitesi		
	TARİH	16.08.2023		
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için kurulumuzca onaylanmasına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir. Onay sonrasında çalışmada yapılacak her türlü (katılımcı, sağlık, protokol vb.) değişikliklerin Etik Kurula bildirilmesi ve çalışmanın onayının yenilenmesi gerekmektedir.			
KURUL ÇALIŞMA ESASI	Bilimsel araştırmalarda kullanılan yöntem ve materyaller ile ilgili etik standartları gözetmek, etik ilkeler doğrultusunda görüş bildirmek, araştırma önerilerini incelemektir.			
ÜYELER				
Unvanı/ Adı/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu/EK Üyeliği	Onaylanan Araştırma ile İlişkisi	İmza
	Farmakoloji	FBÜ Sağlık Hizmetleri MYO (Başkan)	Yok	
	Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği	FBÜ Spor Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Hemşirelik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi (Başkan Yardımcısı)	Yok	
	Fizyoterapi	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Hemşirelik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi (Başkan Yardımcısı)	Yok	
	Histoloji ve Embriyoloji	FBÜ Sağlık Hizmetleri MYO (Raportör)	Yok	
	Ebelik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Beslenme ve Diyetetik	FBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	Yok	
	Hukuk	Serbest Avukat	Yok	

EK-4: KURUM İZNİ

03.10.2023

Konu: Yüksek Lisans Tez Araştırması

Kurumumuz çalışanı yüksek lisans öğrencisi İclal Gökberber'in Fenerbahçe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan almış olduğu onay ile "Ofis Çalışanlarının Tip2 Diyabet ve Kardiyovasküler Risk ve Sağlıklı Yaşam Farkındalıklarının Belirlenmesi" konulu çalışmanın yapılması uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

İnsan Kaynakları Müdürü

EK- 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMLARI

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: 'Ofis çalışanlarının Tip 2 diyabetes mellitus, kardiovasküler risk ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının belirlenmesi'

Sayın Katılımcı,

Yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve bu bilgilendirme sonucunda kararınızı vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırma ile “Ofis çalışanlarının Tip 2 diyabetes mellitus, kardiovasküler risk ve sağlıklı yaşam farkındalıklarının belirlenmesi” amaçlanmıştır. Bu araştırma, iş ortamları ofis olan bireylerin diyabet ve kardiovasküler risklerine ve sağlıklı yaşam farkındalıklarına yarar sağlayacaktır. Araştırma için etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Gönüllü katılımcı tarafından soru formu, Fin Diyabet Risk Skoru (FINDRISK), Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Ölçeği (SYFÖ), Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ) doldurmanız istenecek, tansiyon, nabız ve diğer antropometrik ölçümler izniniz alınarak araştırmacı tarafından yapılacaktır. Bu çalışmada Araştırmaya sizin dışınızda 143 kişi katılacaktır. Bu işlem 15-20 dakikanızı alacaktır. Bunun size ve yakınlarınıza hiçbir zararı olmayacaktır. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Gerek duyduğunuz tüm bilgileri istemeye ve doğru, açık, anlaşılır bilgi almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılmayı istemezseniz burada size verilen hizmet olumlu veya olumsuz şekilde etkilenmeyecektir. Gerekli gördüğü takdirde araştırmanın herhangi bir kısmında katılımcı araştırmadan çıkabilir, araştırmacı çalışmayı sonlandırabilir. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılabilir gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulabilir ve yayınlanabilir.

Araştırma ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya elefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce katılımcılara verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza/Tarih

İmza/Tarih

Katılımcının Adı Soyadı

Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı

EK-6: HASTA TANILAMA FORMU

Adınız -Soyadınız

Telefon numaranız- e-mail:

Doğum Yılı

Cinsiyet

Medeni Durumunuz?

Çocuğunuz var mı?

Eğitim Durumunuz?

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek
- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Var
- ☐ Yok
- ☐ İlkokul-ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek Lisans
- ☐ Doktora ve üstü

Ekonomik Durumunuz?

Toplam çalışma yılınız?

Tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Birinci derece akrabalarınızda Tip-2 diyabet tanısı konulmuş olan/olanları işaretleyiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Birinci derece akrabalarınızda kalp hastalığı tanısı konulmuş olan/olanları işaretleyiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Sigara içme durumu?

Düzenli alkol kullanıyor musunuz?

Ailenizde inme geçiren var mı?

Düzenli kullandığınız ilaç var mı?

- ☐ Gelir giderden az
- ☐ Gelir gidere denk
- ☐ Gelir giderden fazla
- ☐ 5 yıldan az
- ☐ 5-10 yıl arası
- ☐ 11-15 yıl arası
- ☐ 16-20 yıl arası
- ☐ 21 yıl ve üzeri
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Sadece anne
- ☐ Sadece baba
- ☐ Anne ve baba
- ☐ Kız kardeş/abla
- ☐ Erkek kardeş/abi
- ☐ İkiz kardeş
- ☐ Çocuk/çocuklar
- ☐ Sadece anne
- ☐ Sadece baba
- ☐ Anne ve baba
- ☐ Kız kardeş/abla
- ☐ Erkek kardeş/abi
- ☐ İkiz kardeş
- ☐ Çocuk/çocuklar
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Bırakmış
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Tansiyon ilacı
- ☐ Tiroid ilacı
- ☐ Nörolojik ilaçlar (Epilepsi vb grup)
- ☐ Oral antidiyabetik
- ☐ İnsülin
- ☐ Diğer

KATILIMCILARIN TANSİYON VE NABİZ ÖLÇÜMLERİ (Araştırmacı tarafından ölçülecektir.)

Tansiyon

Nabız

AKŞ

KATILIMCILARIN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ (Araştırmacı tarafından ölçülecektir.)

Boy

Kilo

Beden kitle indeksi

Bel çevresi ölçümü



EK-7: FİN TİP 2 DİYABET RİSK ANKETİ (FINDRISK)

Yaş	☐ <45 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ >64	☐ 0 puan ☐ 2 puan ☐ 3 puan ☐ 4 puan
BKİ	☐ 25 kg/m2 ☐ 25-30 kg/m2 ☐ >30 kg/m2	☐ 0 puan ☐ 1 puan ☐ 3 puan
Bel Çevresi	Erkek ☐ <94 cm ☐ 94-102 cm ☐ >102 cm	☐ 0 puan ☐ 3 puan ☐ 4 puan
Bel Çevresi	Kadın ☐ <80 cm ☐ 80-88 cm ☐ >88 cm	☐ 0 puan ☐ 3 puan ☐ 4 puan
Ekseri günlerde işte veya boş zamanlarınızda çoğunlukla günde en az 30 dakika egzersiz yapıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ 0 puan ☐ 2 puan
Hangi sıklıkta meyve sebze tüketiyorsunuz	☐ Her gün ☐ Her gün değil	☐ 0 puan ☐ 2 puan
Kan basıncı yüksekliği için hiç ilaç kullandınız mı veya sizde yüksek tansiyon bulundu mu?	☐ Evet ☐ Hayır	☐ 0 puan ☐ 2 puan
Hekim veya herhangi bir sağlık personeli tarafından (check-up,hastalık veya gebelik sırasında) kan şekerinizin yüksek veya sınırda olduğu söylendi mi?	☐ Hayır ☐ Evet	☐ 0 puan ☐ 5 puan
Aile bireylerinizden herhangi birinde diyabet tanısı konulmuş muydu?	☐ Hayır ☐ Evet,amca, hala,dayı, teyze,kuzen ya da yeğen (2. derece yakınlarda) ☐ Evet, biyolojik baba ya da anne,kardeşler ya da çocuğunuzda (1.derece yakınlarda)	☐ 0 puan ☐ 3 puan ☐ 5 puan

DİYABET RİSK PUANI		
TOPLAM SKOR	RİSK DERECEŚİ	10 YILLIK RİSK
< 7	Düşük	% 1 (1 / 100)
7-11	Hafif	% 4 (1 / 25)
12-14	Orta	% 16 (1 / 6)
15-20	Yüksek	% 33 (1 / 3)
> 20	Çok Yüksek	% 50 (1 / 2)

EK-8: KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ölçek	Maddeler	Doğru	Yanlış	Bilmiyor
Bilgi	1. Kalp krizi ve inmenin ana nedenlerinden biri strestir.	1	0	0
Daha yüksek toplam puan=kalp krizi ya da inme hakkında daha bilgili olduğunu/ daha fazla doğru yanıt verildiğini gösterir.	2. Yürüyüş ve bahçe işleri kalp krizi veya inme riskini azaltabilecek egzersiz türleri olarak kabul edilir.	1	0	0
	3. Haftada 2,5 saat orta yoğunlukta aktivite kalp krizi veya inme geçirme riskinizi azaltacaktır.	1	0	0
	4. Diyabet hastası olan kişilerde kalp krizi veya inme riski yüksektir.	1	0	0
	5. Stres seviyenizi yönetmek kan basıncınızı yönetmenize yardımcı olacaktır.	1	0	0
	6. Fazla miktarda alkol kullanmak, kolesterol ve trigliserid seviyenizi artırabilir.	1	0	0

	7. HDL 'iyi' kolesterol, LDL ise 'kötü' kolesterolü ifade eder.	1	0	0		
	8. Ailede kalp hastalığı öyküsü olması yüksek tansiyon için bir risk faktörü değildir.	0	1	0		
		Uygulanamaz (0)	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Katılıyorum (3)	Kesinlikle Katılıyorum (4)
Algılanan kalp krizi riski/inme riski	9. Gelecekte bir kalp krizi veya inme geçirmem muhtemeldir.					
	10. Hayatımda bir zaman bir kalp krizi veya inme geçirmem olasıdır.					
	11. Gelecek 10 yıl içinde bir kalp krizi ya da inme geçirmem büyük bir olasılıktır.					
	12. Gelecek 10 yıl içinde kalp krizi veya inme geçirme olasılığım çok yüksektir.					
	13. Geçmiş ve/veya mevcut davranışlarım yüzünden bir kalp krizi ya da inme geçirmem olasıdır.					

Sağlıklı
beslenme
niyetleri

14. Gelecek iki
ay içinde
haftada en az
2,5 saat egzersiz
yaparak sağlıklı
kilomu
koruyabileceğim
e eminim.

15. Haftada 2,5
saat egzersiz
yapmayı
düşünmüyorum.

16. Kalp krizi
veya inme
geçireceğimden
endişelenmiyoru
m.

17. Yakın
gelecekte kalp
krizi ya da inme
geçirme
olasılığım
hakkında
endişeliyim.

18. Haftada en
az 2,5 saat
egzersiz
yapmayı
düşünüyorum.

19. Gelecek iki
ay içinde günde
en az beş
porsiyon meyve
ve sebze
tüketebileceğim
den eminim.

20. Günde en az
beş porsiyon
meyve ve sebze
yemeyi
düşünüyorum.

Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	21. Haftada en az 2,5 saat egzersiz yapmak niyetindeyim veya istiyorum
	22. Haftada en az 2,5 saat egzersiz yaptığımda, kalp sağlığım için iyi bir şey yapıyorum.

Kardiyovasküler risk farkındalığı Skoru

- Ölçekte yer alan ilk 8 madde bilgi sorusudur ve ifadeler doğru, yanlış ya da bilmiyorum şeklinde yanıtlanmaktadır. Her doğru yanıtın değeri 1 puan olup, yanlış ya da bilmiyorum yanıtının değeri 0 puandır. İlk 7 sorunun doğru cevabı “doğru”, 8. sorunun doğru cevabı ise “yanlış”tır (Daha yüksek toplam puan =kalp krizi ya da inme hakkında daha bilgili olduğunu gösterir).
- Ölçek 3 adet alt boyuttan oluşmaktadır.
 - 1.Algılanan kalp krizi/inme riski (7 madde),
 - 2.Sağlıklı beslenme niyetleri (5 madde)
 - 3.Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler (2 madde)
- Ölçeğin 15. ve 16. maddeleri ters puanlanmaktadır.
- Algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutundan daha yüksek ortalama puan alınması, kalp krizi veya inme riski hakkında algının daha yüksek olduğunu gösterir.
- Sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutundan daha yüksek ortalama puan alınması sağlıklı beslenme davranışıyla ilgili değişime daha hazır olduğunu gösterir.
- Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutundan daha yüksek ortalama puan alınması diyet ve egzersizin yararlarının daha iyi algılandığını ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olduğunu gösterir.

EK-9: SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (SYFÖ)

No	İfadeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Vücudumdaki fiziksel değişiklikleri fark ederim.	1	2	3	4	5
2	Sağlığımda bir değişiklik yaşadığımda, bu durumu tarif edebilirim.	1	2	3	4	5
3	Bana sıkıntı veren duygu ve düşüncelere sahip olduğumda, onları hemen fark ederim.	1	2	3	4	5
4	Stresin bedenim üzerindeki etkisini fark ederim.	1	2	3	4	5
5	Vücudumda ortaya çıkan hastalık belirtilerini fark ederim.	1	2	3	4	5
6	Sosyal medyada sağlıklı ilgili paylaşımlar gördüğümde okumaya ya da izlemeye dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7	Televizyonda sağlıklı ilgili programlar veya haberler gördüğümde izlemeye dikkat ederim.	1	2	3	4	5
8	Sağlıkla ilgili konuların konuşulduğu ortamlara dikkatimi veririm.	1	2	3	4	5
9	Yakın çevremın sağlığım hakkında verdiği tavsiyeleri dikkatlice dinlerim	1	2	3	4	5
10	Olumsuz sağlık davranışlarımın bedenimde nasıl bir etki yarattığını fark ederim.	1	2	3	4	5
11	Duygu ve düşüncelerimin sağlığımı nasıl etkilediğine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
12	Sağlığıma zarar veren davranışlarda bulunduğumda, onları hemen fark ederim.	1	2	3	4	5
13	Yemeğimin miktarına dikkat ederek yerim.	1	2	3	4	5
14	Beslenme şeklimin sağlığım üzerindeki etkisine dikkat ederim.	1	2	3	4	5
15	Kendi kendime sağlıklı ve dengeli beslenmem gerektiğini söylerim.	1	2	3	4	5

Toplam Sağlıklı Yaşam Farkındalığı Skoru:**Boyutlar:**

Değişim: 1-5

Sosyalleşme: 6-9

Sorumluluk: 10-12

Beslenme: 13-15

Değerlendirme:

Beşli likert tipinde oluşturulmuş ve kişilerin maddelere katılma dereceleri;

1 “Hiç Katılmıyorum”,

2 “Katılmıyorum”,

3 “Kararsızım”,

4 “Katılıyorum”,

5 “Tamamen Katılıyorum”, biçiminde sınıflandırılmıştır.

Ölçekten alınacak en düşük puan 15, en yüksek puan 75’tir. Ölçekten yüksek puan alınması sağlıklı yaşam farkındalığı düzeyinin yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : İclal Gökberber

Eğitim Durumu

Lisans : İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik

Dil	Sınav Adı	Sınav Notu ve Yılı (Son 5 yıl içinde alınan en yüksek sınav notu)	
		Sınav Notu	Sınav Yılı

İş Deneyimi

1. Amerikan Hastanesi Genel Yoğun Bakım Servisi (1996-2001)
2. Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri Evde Bakım Şirketi Bakım Hizmetleri Uzmanı (2001-2002)
3. Eczacıbaşı Holding A.Ş. Uzman İş Sağlığı Hemşiresi (2002-Halen devam)

Bilimsel / Sanatsal Çalışmalar

1. 5. Avrupa Birliği İş Sağlığı Hemşireleri Federasyonu kongre kapsamında İspanya'nın Tarragona şehrinde 2012 yılında 'Determination Of Health Problems And Nursing Interventions Using The Omaha System In A Group Company, Turkey' adlı çalışmamı sundum. Omaha sistemin dünyada iş sağlığı hemşireliğinde, dijital ortamda yazılan ve 3 yıllık verilerinin analiz edildiği ilk çalışmadır.