

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

**MALATYA ASKER HASTANESİNDE 2007
YILINDA GÖREV YAPAN PERSONELİN
SAĞLIKLI BESLENME KONUSUNDAKİ
TUTUM VE DAVRANIŞLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİRCAN ULAŞ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Metin Fikret Genç**

MALATYA- 2008

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne

Bu alışma j¼rimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Prof.Dr.Erkan PEHLİVAN İmza
İn¼n¼ Üniversitesi

Danışman: Prof.Dr.M.Fikret GENÇ İmza
İn¼n¼ Üniversitesi

¼ye: Doç.Dr.Saim YOLOğLU İmza
İn¼n¼ Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, İn¼n¼ Üniversitesi Lisans¼st¼ Eğitim-¼ęretim Y¼netmenlięi'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu 29.06.2007 tarih ve 2007/61 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza
Prof.Dr. Tayfun G¼LD¼R
Enstit¼ M¼d¼r¼

ÖZET

MALATYA ASKER HASTANESİNDE 2007 YILINDA GÖREV YAPAN PERSONELİN SAĞLIKLI BESLENME KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI.

Bu çalışma Malatya Asker Hastanesinde görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya 2007 yılında görev yapan tüm personel dâhil edilmiştir (n=268). Araştırma verileri sosyo-demografik özellikler, genel sağlık durumu, beslenme davranışları ve besin tüketim sıklığını içeren bir anket formu ile toplanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları 20-52 arasında olup, yaş ortalaması $28.6 \pm 8,0$ yıldır. Ortalama Beden Kitle İndeksi değerleri 24.2 ± 3.2 'dir. Yaş arttıkça Beden Kitle İndeksi de artmakta olup, erkeklerin BKİ değerleri ortalaması, kadınlardan anlamlı derecede fazladır.

Düzenli egzersiz yapma oranı 20-24 yaş grubunda %35.5 iken, 25-29 yaş grubunda %22.7, 30-34 yaş grubunda %5.4, 35-39 yaş grubunda %18.5, 40 yaş ve üzerinde ise %6.5'tir. Yaş gruplarına göre düzenli egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan 268 bireyin öğün atlama durumuna bakıldığında; 114'ünün (%42.6) öğün atlamadığı, 70'inin (%26.1) öğün atladığı ve 84'ünün (%31.3) bazen öğün atladığı görülmektedir.

Araştırma sonucunda sağlıklı beslenme seçeneklerinden 'yağ oranının düşük olması' ve 'sebze-meyve ağırlıklı beslenme' önemlidir diye belirten kadınların oranı erkeklerden anlamlı derecede fazla bulunmuştur ($p<0,005$). Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe sağlıklı beslenme seçeneklerinden 'yağ oranının düşük olması', 'vitamince zengin beslenme' ve 'sebze-meyve ağırlıklı beslenme' önemlidir diye belirten bireylerin oranı artmaktadır.

Sonuç olarak; yaklaşık yarısı sağlık alanında eğitim almış bireylerden oluşan bir topluluk üzerinde yuruteden çalışma gostermitir ki, kişilerin doğru bilgi sahibi olmaları sağlıklı davranış gostermeleri için yeterli gelmemektedir. Bu nedenle, sağlıklı davranışı kazandırma yontemleri konusunda yeni stratejiler geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler:

- 1- Sağlıklı Beslenme
- 2- Beslenme Davranışları
- 3- Yeme Tutumu
- 4- Asker Hastanesi

ABSTRACT

THE ATTITUDE AND BEHAVIOURS OF THE PERSONNEL ON DUTY AT MALATYA MILITARY HOSPITAL IN 2007 ON HEALTHY DIETING

This survey has been carried out to evaluate the attitude and behaviours of Malatya Military Hospital staff towards 'Healthy Dieting'.

All of the personnel on duty in 2007 are included in this research (n=268). The survey has been gathered through a questionnaire covering 'nutrition consuming frequency', 'nutritional behaviours', 'general health condition' and 'socio-demographic characteristics'.

The age of participants in this research varies from 25 to 52 with an average of 28.6 ± 8.0 years. Average body mass index values are; 24.2 ± 3.2 . As the age grows up, body mass index rises as well, and male body mass index is significantly higher than female.

Whereas doing regular exercise ratio is 35.5% between the age group of 20-24, it is 22.7% between 25-29 age group, 5.4% between 30-34 age group, 18.5% between 35-39 age group, 6.5% for those who are 40 years and over. The difference between those who do regular exercise and those who do not according to the age groups, statistically has been found significant.

In accordance with the situation of 268 individuals in terms of 'meal skipping' the following results have been obtained: 114 of them (42.6%) do not skip meals. 70 (26.1%) skip meals, 84(31.3%) sometimes skip meals.

As a result of the survey, the ratio of the female participants who declared that 'low_fat dieting', and 'vegetable-fruit based dieting' alternatives are important, is significantly higher than male participants ($p < 0.005$). Furthermore, as the level of education rises, the ratio of the participants who declared that 'among the alternatives

of healthy dieting: "rich vitamin-based dieting", "low-fat level" and "vegetable-fruit based dieting" are important' gets higher.

Consequently; this case study which has been implemented through a number of individuals half of whose field of education background is based on 'health' has shown that, obtaining true knowledge will not be sufficient for individuals to perform healthy attitudes. For this reason, developing new strategies in terms of gaining 'healthy attitudes' methods are needed.

Key words:

- 1- Healthy Dieting
- 2- Nutritional Behaviours
- 3- Eating Attitude
- 4- Military Hospital

TEŞEKKÜR

Tez alışmamın planlanması ve yrtlmesinde destek olan ve tezin tm aşamalarında değerli önerileri ile bana yn veren hocam sayın Prof. Dr. Metin Gen'e,

Bugnlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu alışma süresince de desteklerini esirgemeyen sevgili annem ve babam Abide ve Bekir Ulaş'a,

Tez çalışmama değerli katkılarda bulunan sevgili teyzem ve eşi Semiha ve Hüseyin Ulus'a,

Tez çalışmam süresince gösterdikleri sabır ve anlayış için çalışma arkadaşlarıma ve katkılarından dolayı tüm Malatya Asker Hastanesi personeline,

Teőekkürlerimi sunarım.

Dyt. Bircan ULAŞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlıklı Beslenme.....	4
2.1.1. Beslenmenin Önemi.....	4
2.1.2. Sağlık ve Beslenme İlişkisi.....	4
2.1.3. Türkiye’de Beslenme Sorunları	8
2.1.4. Temel Kronik Hastalıklar ve Beslenme	10
2.1.5. Sağlıklı Beslenme Önerileri.....	13
2.1.6. Egzersiz ve Beslenme	16
2.2. Erişkin Dönemde Beslenme Problemleri	20
2.2.1. Obezite	20
2.2.2. Yeme Bozuklukları	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1.Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.2.Kurum Hakkında Bilgi.....	27
3.3.Araştırmanın Evreni ve Araştırmaya Katılım Oranı.....	27
3.4.Veritoplama Aracı.....	28
3.5.Verilerin Toplanması.....	28
3.6.Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi	29
3.7.Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29

4.BULGULAR	30
4.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	30
4.2. Genel Sağlık Durumu.....	32
4.3. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Değerlendirmeler.....	45
4.4. Bireylerin Yeme Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesi.....	55
4.5. Temel Besin Grupları Tüketim Sıklığının Değerlendirilmesi.....	58
5.TARTIŞMA.....	60
5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması.....	60
5.2. Genel Sağlık Durumu İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	61
5.3. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Değerlendirmelerin Tartışılması.....	68
5.4. Bireylerin Yeme Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesinin Tartışılması.....	72
5.5. Temel Besin Grupları Tüketim Sıklığının Değerlendirilmesinin Tartışılması.....	74
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR.....	79
EKLER.....	88
EK. 1: Anket Formu.....	88
ÖZGEÇMİŞ	93

SİMGELER VE KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervoza (Anorexia Nervosa)
BED	Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimiya Nervoza (Bulimia Nervosa)
NHANES	Amerika Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey)
RDA	Önerilen Günlük Tüketim Standartları (Recommended Dietary Allowances)
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
YTT (EAT)	Yeme Tutum Testi (Eating Attitudes Test)

1. GİRİŞ

Beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için besinlerin tüketilmesidir. Sağlıklı beslenme; bireyin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurularak ihtiyacı olan tüm besin öğelerinin yeterli miktarda karşılanmasıdır. Yapılan çalışmalar yetersiz beslenmenin fiziksel büyümeyi ve zekâ gelişimini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (1).

Yeterli ve dengeli beslenme, toplumu ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeylerinin artmasında, huzur ve güvence altında varlıklarını sürdürebilmesinde, temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (2).

Yirminci yüzyılda insan sağlığının korunması, hastalıkların teşhisi ve tedavisi konusunda büyük aşamalar kaydedilmiştir. Bu sayede yaşam kalitesi artmış ve ortalama ömür uzamıştır. Ancak aynı dönem içerisindeki teknolojik gelişmeler, insan hayatına kattığı kolaylıkların yanında, pek çok hastalığa zemin hazırlayan bozukluk ve rahatsızlıkların da artmasına neden olmuştur. Teknolojinin baş döndürücü boyutlarda girdiği alanlardan biri de gıda sektörüdür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ekonomik olarak ortaya çıkan iyileşmeler (kişi başına düşen milli gelirdeki artışlar) yaşamın kolaylaşmasına ve çeşitli isteklere (gıda, ulaşım vb) daha kolay ulaşılmasına neden olmaktadır. Arz-talep mantığına göre çalışan piyasalarda pek çok ürünün uzun süreli etkileri gözardı edilmekte ve büyük oranda görüntü ile lezzete önem verilmekte, dolayısıyla halk sağlığına olan zararlı etkiler gündeme gelmemektedir. Uzun yıllara yayılmış bilimsel araştırmaların ortaya koyduğu sonuçlar ışığında, günümüzde gelişmiş ülkelerde yetişkinlere yapılan iki temel öneri vardır: 'Her fırsatta egzersiz yap' ve 'Beslenme alışkanlıklarını değiştir'. Yeterli ve dengeli beslenen bir kişi, düzenli egzersiz de yaptığında, pek çok sağlık riskini ortadan kaldıracıdır (3).

Ülkemizde, ulusal düzeyde ilk kez yapılan "Türkiye 1974- Beslenme ve Sağlık Araştırması"nda, toplumun risk gruplarının yetersiz beslenmelerine bağlı

sağlık sorunları irdelenmiştir. Son 10–20 yıl içinde Türkiye'nin sosyal, ekonomik ve mutfak kültürü yapısının giderek değiştiği, bu değişimin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarına da yansıdığı ve kronik hastalıkların artışında rolü olduğu üzerinde durulmaktadır (4).

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2003–2004 örneklemindeki bireylerin genel beslenme alışkanlıklarının incelendiği çalışmada önceki yıllara göre beslenme alışkanlıklarının değiştiği söylenebilir. Bireyin ve toplumun beslenme düzeni ve alışkanlıkları iklim, coğrafi konum, nüfus yapısı, eğitim, iç ve dış göçler, kitle iletişim araçları, sanayileşme gibi sosyal, ekonomik ve kültürel durumlardan etkilenmekte ve değişmektedir. Genetik ve çevresel faktörlerle birlikte, bu değişiklikler farklı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve gelişmesine neden olmaktadır (4).

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Halkın beslenmesi tahıl ve tahıl ürünlerine dayalı olup, batıdan doğuya, kentsel alandan kırsal alana gidildikçe ve gelir düzeyi düştükçe tahıl tüketiminde artma, hayvansal besinlerin tüketiminde azalma görülmektedir. Süt ve süt ürünleri tüketimi düşük düzeyde olup, et tüketimi de yıllara bağlı olarak azalma göstermektedir. Gelenek ve görenekler, sosyal ve kültürel yapı, ekonomik durum ve eğitim düzeyinin etkisi davranışlara yansımaktadır. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır (5, 6).

Sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik çağdaş sağlık hizmeti anlayışı içerisinde, başta risk grupları olmak üzere tüm topluma verilmesi gerekli olan yeterli ve dengeli beslenme hizmetlerinin, önemli bir koruyucu sağlık hizmeti olduğu dikkati çekmektedir. Bu yolla, sağlığın korunması ve geliştirilmesi hedefine anlamlı katkılar sağlanabilmekte, toplumun sağlık düzeyi yükseltilebilmektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü, gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkların görülme sıklığının diyet ve yaşam stili değişiklikleriyle azaltılabileceğini belirtmektedir (8). Halk sağlığı yaklaşımlarında kronik hastalıkların önlenmesi amacıyla sağlıklı beslenme uygulamalarına kesinlikle yer verilmelidir (9).

Sağlıklı olmak, hastalıklardan korunmak tüm bireyler için önemli olmasının yanı sıra, askerler için de ayrı bir önem taşımaktadır. Bir ordunun bünyesinde

barındırdığı askerlerin sağlığını koruması ve yükseltmesi gereklidir (10). TSK İç Hizmet Yönetmeliği'nde sağlığın korunması için vazifeler açıkça belirtilmiştir. TSK Beden Kabiliyeti Yönetmeliği'ne göre ordu mensuplarının belirli bir sağlık durumunu muhafaza etmeleri gerekli bulunmaktadır (11).

Yeme bozuklukları hem bedensel hem de psikososyal boyutu olan; kişinin yemek, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışlarında bozuklukla kendini gösteren bir durumdur. Seksenli yıllardan itibaren yeme bozukluklarının insidansında belirgin bir artış gözlenmeye başlanmıştır. Gelişmiş ülkelerde yapılmış pek çok çalışma yeme bozukluklarının toplumlarda oldukça sık görülmekte olduğunu Anoreksiya ve Bulumiya Nervosa insidanslarının giderek artmakta olduğunu ortaya koymuştur. Yeme bozukluğu olarak tanımlanan bu iki hastalık Dünya Sağlık Örgütü tarafından “tıbbi dikkat” gerektiren “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmıştır. Yeme bozuklukları adolesan ve genç erişkinlerdeki yüksek prevalansı, diğer ruhsal ve bedensel sorunlarla komorbidite ve mortalitesi nedeniyle erken tanı ve tedaviyi gereken bir durumdur. Yeme bozukluklarının çeşitli gruplardaki sıklığının saptanması ve eşlik eden faktörlerin belirlenmesi birincil ve ikincil koruma sağlanabilmesi yönünden oldukça önemlidir (12).

Ülkemizde sağlık alanında tedavi edici hizmetlere öncelik verildiği, genel sağlığı koruyucu hizmetlerin ise yetersiz olduğu bilinen bir gerçektir. Özellikle sağlık hizmetleri veren kurumlarda çalışan sağlık personelin, sağlığın korunmasında yeterli ve dengeli beslenmenin önemini biliyor olmasının yanında sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışlarını geliştirmesi ve örnek olması toplum sağlığı açısından atılması gereken önemli bir adımdır.

Bu çalışmanın amacı; Malatya Asker Hastanesi'ne ülkenin farklı bölgelerinden gelen ve hastane hizmetlerinde görev alan tüm personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışlarını saptamaktır. Böylece, sağlıklı beslenme konusunda ileriye yönelik kalıcı davranış değişikliği sağlayacak program geliştirme çalışmalarına yardımcı olmak hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıklı Beslenme

2.1.1. Beslenmenin Önemi

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı; insanın ‘fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması’ şeklinde tanımlar. Yalnızca hastalık ve yaralanma gibi durumların bulunmaması insanın sağlıklı olduğunu göstermez. İnsanın dolayısıyla toplumun sağlığını etkileyen başlıca etmenler, kalıtım ve çevre koşullarıdır. Sağlığı etkileyen çevresel etmenlerin başında; beslenme, barınma, fiziksel çevre, eğitim ve kültürel olanakların durumu gelir. Bu etmenlere karşı koruyucu sağlık önlemlerinin alınması ile pek çok sağlık problemi ortaya çıkmadan önlenmiş olacaktır (13).

Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır. Yapılan çalışmalar yetersiz beslenmenin fiziksel büyümeyi ve zekâ gelişimini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azaltmakta, özellikle büyüme çağındaki çocuklar, gebe ve emzikli kadınlar, ağır işlerde çalışan işçilerde önemli sorunlara neden olmaktadır (1).

Beslenme anne karnından itibaren yaşamın sonlanmasına kadar geçen her süreçte yaşamımızın vazgeçilmezi olarak yer alan bir ihtiyaçtır. Bireylerin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmesi, doğru beslenme alışkanlıkları kazanması, beslenme ile ilgili sağlık sorunlarının en aza indirilmesinde rol oynayan koruyucu etmenlerden biridir (1).

2.1.2. Sağlık ve Beslenme İlişkisi

Sağlık ve beslenme ilişkisi üzerinde dünyanın birçok yerinde araştırmalar yapılmakta ve değişik veriler ortaya konmaktadır. Beslenme yetersizliği ve

dengesizliği bazı hastalıkların oluşmasında doğrudan, bazılarında ise dolaylı nedendir. Günümüzde, gelişmekte olan ülkelerde protein-enerji yetersizliği hastalıkları, anemi, raşitizm, A ve B vitaminleri yetersizliklerine bağlı sağlık bozuklukları yüksek oranda görölmektedir. Beslenme yetersizliği ve dengesizliğinin dolaylı olarak neden olduğu hastalıkların en önemlileri; enfeksiyon hastalıkları, arteriosklerotik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, diş çürükleri ve karaciğer hastalıklarıdır (13).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, yani besin elementlerinin günlük gereksinimden az alınmaları, besin elementleri arasındaki dengenin bozulması ya da gereksinimden fazla alınması sağlığın aşığıdaki şekillerde bozulmasına yol açar (6).

Primer Beslenme Hastalıkları

- Genel Açlık Hastalıkları
- Protein Enerji Yetersizlikleri
 - Marasmus
 - Marasmik- Kuwashiorokor
 - Kuwashiorokor
- Avitaminozlar
 - A avitaminozu - Keratomalasia
 - D avitaminozu – Raşitizm, osteomalasia
 - C avitaminozu - Skorbüt
 - B1 avitaminozu – Yaş ve kuru beriberi, infantil beriberi
 - B2 avitaminozu – Keylozis, angular lezyon
 - Niasin avitaminozu - Pellagra
 - Folik asit avitaminozu – Megaloblastik anemi
 - B12 avitaminozu – Megaloblastik anemi
 - Diğer vitamin yetersizlikleri
- Mineral Yetersizlikleri
 - Demir yetersizliği anemisi
 - Kalsiyum yetersizlikleri - Osteomalasia, tetani, osteoporoz
 - İyot yetersizliği - Basit Guatr

- Flor yetersizliği - Diş çürükleri
- Aşırı Beslenme
 - Hiper vitaminozlar - A ve D vitamini
 - şişmanlık

Sekonder Beslenme Hastalıkları

- Metabolizma Bozukluğu Hastalıkları – Diyabet, gut v.b.
- Dejeneratif Hastalıklar – Arterioskleroz, hipertansiyon, gastrointestinal ve karaciğer hastalıkları v.b.
- Kanser ve diğer neoplasmlar

Toplumda beslenme yetersizliği sorunlarının oluşmasındaki nedenleri birkaç genel grupta toplayabiliriz (1):

- Besin üretimi, dağıtımı ve teknolojisinde yetersizlik ve düzensizlikler,
- Satın alma gücünün yetersizliği ve dengesizliği,
- Kültürel etmenler ve eğitim yetersizliği,
- Aile kalabalığı,
- Çevre koşullarının sağlık kurallarına uygun olmayışı.

Yetersiz beslenme nedenlerinin başında toplumdaki insanlara yetecek kadar besinin bulunmayışı gelir. Sağlık koşullarının iyileşmesine karşın doğum oranının azaltılamaması dünya nüfusunun hızla artmasına yol açmaktadır. Özellikle iyi kaliteli besin tüketim düzeyi gelir düzeyi ile yakından ilintilidir. Halkın çoğunluğunun gelir düzeyi düşüktür. Ailede birey sayısı arttıka bireye düşen gelir daha da azalmaktadır. Özellikle çocuklarda yetersiz beslenme sorunlarının nedenlerinin başında ailelerin beslenme bilgisinden yoksun oluşları gelir. Besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve saklanmasıdaki temel ilkeler bilinmediği için besin öğelerinde kayıplar çok olmaktadır. Besinlerin uygunsuz koşullarda hazırlanması, saklanması ve işlenmesi zararlı öğelerin vücuda girmesine yol açmaktadır (1).

Sosyo-ekonomik yapı bir toplumdaki bireylerin beslenme durumunda etkilidir. Beslenme bilgisi diyet kalitesinin geliştirilmesini sağlar. Beslenme eğitimi

ile beslenme bilgi düzeyi artırılarak beslenme davranışları değiştirilebilir. Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler beslenmenin sağlık üzerindeki etkileri konusunda daha fazla bilgi sahibidirler (14).

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin doğrudan ya da dolaylı olarak yol açtığı hastalıklar bilinmekte, bazı hastalıkların tedavisi yalnızca diyetle mümkün olmakta, bazı hastalıklarda ise komplikasyonlar diyetle önlenmektedir. Bu nedenlerle de diyet örüntüsünün koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerindeki yeri daha çok önem kazanmaktadır. Diyet örüntüsü, kronik hastalıkların gelişimindeki en önemli etmendir. Son yıllarda diyet ve hastalık riskleri arasındaki ilişkinin tanımlanmasına yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalarda diyet kalitesi irdelenmektedir. Diyet Kalite İndeksi ve Sağlıklı Yeme İndeksi toplam diyet kalitesinin ölçülebilmesi için geliştirilmiş iki araçtır (15).

Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ) diğer diyet kalitesi ölçüm yöntemlerine göre daha basit ve kolay anlaşılabilir olması nedeniyle daha uygulanabilir bir ölçüm aracıdır. Yetişkin bireylerin sağlıklı yeme indekslerinin belirlenmesine yönelik yapılmış bir çalışma, Ziraat Bankası Hastanesinde görevli yaşları 19-70 arasında değişen rasgele seçilmiş 400 personel (230 kadın, 170 erkek) ile gerçekleştirilmiştir. SYİ skorları cinsiyete göre incelendiğinde erkek bireyler için 61.6 ± 10.94 , kadın bireyler için ise 60.9 ± 9.69 olduğu görülmüştür. SYİ skorlarına göre bireylerin %78.8'inin orta seviyede beslenme kalitesine ve bireylerin % 2.7'sinin de yüksek beslenme kalitesine sahip oldukları bulunmuştur. Bireysel ve toplumsal özelliklere göre diyet örüntüsünün oluşturulması, hastalıkların azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır sonucuna varılmıştır (16).

Başka bir çalışma, Ortadoğu Teknik Üniversitesinde görevli akademik personelin diyet örüntüleri çerçevesinde geliştirilmiş diyet kalite indekslerinin ve sağlıklı yeme indekslerinin belirlenmesi amacıyla Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde görev yapmakta olan yaşları 23-65 arasında değişen rasgele seçilen farklı akademik derecelerdeki toplam 281 erkek, 319 kadın birey ile yapılmıştır. Tüm bireylerin Diyet Kalite İndeksi (DKİ) ve Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ) skorlarının artan akademik derece ile arttığı, ancak araştırmaya katılan bireylerin çoğunun DKİ'ne (%66.5) göre orta; SYİ'ne (%62.3) göre düşük kalitede beslendikleri belirlenmiştir. Çalışma

sonucunda da beslenme sorunlarının önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında en önemli ve etkili yöntemin beslenme eğitimi olduğu vurgulanmıştır (17).

Genç erişkin erkeklerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla, bir askeri birlikte görevli 394 katılımcıya bir soru formu uygulanmıştır. Verilen doğru yanıtlar katılımcıların çeşitli sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmiştir. Katılımcıların beslenme konusundaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında; yaşanan yerleşim birimine, eğitim durumuna ve medeni durumuna göre beslenme konusundaki bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). İlk ve orta öğretim sırasında öğrencilere beslenme konusunda daha fazla eğitim vermenin yerinde olacağı vurgulanmıştır. Topluma bu konuda eğitim vermek için TV, radyo, gazete ve dergi gibi yayın organlarını daha yoğun ve iyi bir şekilde kullanmak gerektiği üzerinde durulmuştur. Askerlik görevi sırasında beslenme konusunda eğitim verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (18).

Ege Ordu Komutanlığında, askerliğini yapan erlerin sağlık eğitim programlarına yol gösterecek verileri elde etmek üzere sağlık alışkanlıkları ve bunları etkileyen etmenleri belirlemek, kendi algıladıkları eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla bir çalışma yapılmıştır. 1996 yılında örnekleme alınan 300 ere anket formu uygulanmıştır. Erlerin sağlık alışkanlıklarını geliştirecek bir eğitim programında öncelik sırasına göre aile planlaması, ideal kilo, dengeli ve sağlıklı beslenme, stres ve kötü alışkanlıklar, bireysel temizlik istedikleri belirlenmiştir. Sonuçta, sağlık davranışlarını etkileyen tek değişkenin sağlık konusunda bilgi alma durumu olduğu saptanmıştır (19).

2.1.3. Türkiye’de Beslenme Sorunları

Ülkemizde toplumun bütün kesimlerini kapsayan ilk beslenme araştırması 1974’te yapılmıştır. Türkiye 1974 Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması günümüze kadar yapılmış en kapsamlı araştırmadır (Köksal, 1974). 1984- Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması ise, Türkiye geneline gösterge olmak kaydıyla 3 ilde sağlık taraması yapılmadan mevsimsel olarak gerçekleştirilmiştir (Tönük ve ark, 1984). Kaynak yetersizliği nedeniyle ülke çapında çalışmayı yenilemek mümkün

olmamıştır. Görüldüğü gibi son yıllardaki sağlık ve beslenme koşullarındaki değişimler saptanamamıştır (20). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (TNSA) anne ve çocuk beslenmesine ilişkin sınırlı bazı bilgiler edinilmiştir. Bu nedenle Türk halkının şu andaki beslenme durumunu belirleyen bilimsel veriler yetersizdir. Buna karşın ulusal düzeyde önceden yapılan araştırmalar, değişik grup ve bireylerin belirli yöre ve topluluklar üzerinde yaptıkları araştırma sonuçları, Türk halkının beslenme sorunları hakkında bazı bilgiler vermektedir. Bu sorunlar şöyle özetlenebilir (6):

Risk gruplarında önemli beslenme sorunları:

1. 5 yaş altı çocuklar

- PEM
- Raşitizm
- Anemi
- Basit guatr
- Diş çürükleri

2. Okul çağı çocuklar

- Zayıflık veya şişmanlık
- Anemi
- A vitaminozlar (riboflavin)
- Basit guatr
- Diş çürükleri

3. Gebe ve emzikli kadınlar

- Anemi
- Zayıflık veya şişmanlık
- A vitaminozlar (riboflavin ve A vitamini yetersizliği)
- Basit guatr

4. Erişkinler

- Kadın (Anemi, şişmanlık, basit guatr, A vitaminozlar)
- Erkek (Zayıflık veya şişmanlık, A vitaminozlar (alkoliklerde))

5. Yaşlılar

- Şişmanlık veya zayıflık
- Yaşa bağlı kronik hastalıklar
- Osteoporoz

Türkiye’de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 29’dur. Çocukların hayatta kalma olasılıkları ile annelerinin eğitimi arasındaki güçlü bir ilişki vardır. Bebek ölümlerinin yüzde 59’u neonatal dönemde (doğumdan sonraki ilk dört hafta) meydana gelmiştir. Bütün yaşlardaki ölüm hızları, eğitimi daha fazla olan annelerin çocukları arasında daha düşüktür. Örneğin, hiç eğitimi olmayan ya da ilköğretim birinci kademeyi tamamlamayan annelerin çocukları arasında bebek ölüm hızı binde 51 iken, anneleri ilköğretim ikinci kademe ve üstü eğitime sahip olan çocuklar arasında binde 18’dir. TNSA–2003 sonuçları, ulusal ve uluslar arası kuruluşların devam eden yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarını yaygınlaştırma konusundaki desteklerinin daha da artırılması gerekliliğini vurgulamaktadır (21).

Türkiye’de, enerji ve besin öğeleri yönünden beslenme durumu incelendiğinde, enerjiyi yetersiz düzeyde tüketen aile oranı düşüktür. Toplam protein tüketimi kişi başına yeterli düzeydedir. Proteinin çoğu bitkisel kaynaklıdır. Hayvansal protein tüketimi ise yetersizdir. Kalsiyum (%13–26), A vitamini (%3–31) ve riboflavini (%34–40) yetersiz tüketenlerin oranı oldukça yüksektir. Özellikle süt ve süt ürünlerinin yetersiz düzeyde tüketilmesi, kalsiyum ve riboflavin yetersizliğinin temel nedenidir. Demiri yetersiz düzeyde tüketenlerin oranı düşük olmasına karşın, demir yetersizliği anemisi görülme oranı çok yüksektir (Pekcan, Karaağaoğlu, 2000; Pekcan 2001b)(5).

2.1.4. Temel Kronik Hastalıklar ve Beslenme

Dünyadaki birçok ülkede yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı hastalıkların görülme oranı artmaktadır. Diyetle ilişkili kronik hastalıkların başında, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanser türleri (özafagus, mide, kolon, meme, akciğer, prostat), diyabet, obezite, hipertansiyon ve osteoporoz gelmektedir (8, 22).

Günümüzde birçok kronik hastalığın beslenme ve yaşam biçimi etmenleri ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Beslenme etmenleri ve yaşam biçiminin, kanserlerin %30-40’ında, kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin en az üçte birinde, şişman ve kilolu olmanın diyabet hastalığının oluşumunda, kardiyovasküler hastalıkların ve bazı kanser türlerinde artan riskte, ölümlerde, osteoporoz ve yaşlılarda osteoporoz

sonucu görülen kalça kırıkları gibi sonuçların oluşumunda etkileri bilinmektedir. Birçok ülkede tüm ölümlerin ve hastalıkların önemli bir bölümü belirli sayıda risk etmenine bağlı olarak görülmektedir. Birçok hastalığın temel nedeni yanlış diyet uygulamaları ve fiziksel aktivite azlığıdır (9).

Yetişkin bireylerde görülen kronik hastalıklar için, en önemli risk etmenleri; sigara içmek, şişmanlık, fiziksel aktivite azlığı, yüksek kolesterol, kan basıncı yüksekliği ve alkol tüketimidir (8).

Beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (Kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) ve dengesiz beslenmeye bağlı şişmanlığın görülme sıklığı artmaktadır (20). 2001 yılında dünyadaki ölümlerin %60'ının kronik hastalıklardan kaynaklandığı rapor edilmiştir. Bu hastalıklara sahip olan kişilerin sayısı da %46'dır. 2020 yılında bu oranın %57'lere yükselmesi beklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin %79'unun kronik hastalıklardan kaynaklandığı ve çoğunluğu orta yaşlı erkeklerin oluştuğu bildirilmiştir (8).

Ülkemizde tüm ölümlerin ilk sırasında %43 oranında kalp damar hastalıkları yer almaktadır. Bireylerin %9'unun kolesterol (>250 mg/dL), %17'sinin trigliserit değerleri (>200 mg/dL) yüksek bulunmuştur. Yüksek olması istenen HDL değerleri ise genellikle düşüktür (2, 20).

Ateroskleroza bağlı kardiyovasküler hastalıklar ölümlerin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerine göre 2001 yılında tüm dünyadaki ölümlerin üçte biri kalp ve damar hastalıkları nedeniyle meydana gelmiştir. Bu hastalıkların sıklığı, ortalama yaşın uzaması ve sağlıksız yaşam tarzının artmasına paralel olarak her geçen yıl artmaya devam etmektedir. Aterosklerotik damar hastalıkları, genetik olarak eğilimli kişilerde çevresel risk faktörlerinin etkisiyle oluşmaktadır. Özellikle üç esas risk faktörü (yüksek kolesterol, sigara içme ve hipertansiyon) dünyadaki kardiyovasküler hastalıkların dörtte üçünden sorumludur. Bununla birlikte, ateroskleroz açısından tanımlanan risk faktörlerinin oranı ve sayısı toplumdan topluma ciddi değişiklikler gösterebilmektedir. Türk toplumunda kardiyovasküler risk faktörlerinin durumunu ve bunların koroner arter hastalıkları üzerindeki rolünü saptamak amacıyla, 1990 yılında Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri çalışması başlatılmıştır. Bu çalışma ile Türk toplumu

için tanımlayıcı veriler elde edilmiş, toplumumuzu kardiyovasküler risk faktörleri açısından diğer toplumlardan ayıran belirli özellikler ortaya konmuştur (23, 24, 25).

Acemi askerlerde üç aylık eğitim dönemindeki beslenme ve askeri eğitimin kan lipid değerleri üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, askerliğe yeni başlayan acemi erlerin, askerlik öncesi kan lipid değerleri ile üç aylık askerliği boyunca yapılan beslenme ve eğitimin kan lipid değerleri üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Personel Okulu ve Eğitim Merkezi Komutanlığı'na bağlı Askeri İnzibat ve Trafik Eğitim Tabur Komutanlığı'na gelen 50 acemi asker üzerinde yapılan çalışmada, son gün ölçülen serum lipid değerlerinin, ilk gün değerlerine göre belirgin olarak düştüğü gözlemlenmiştir ($p < 0,05$). Beslenme ve askeri eğitimin serum lipid düzeylerine azaltıcı etkileri olduğu kanısına varılmıştır (26).

Kanser, Türkiye de ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir. Tüm ölümlerin %11'ini kanser türleri oluşturmaktadır. Beslenme alışkanlıklarına bağlı nedenlerle meme, kolon, mide kanserleri sık görülmektedir (20).

Diyabet toplumun %3,5'inde görülmekte ve son 5 yılda erkeklerde %25, kadınlarda %14 oranında artış göstermektedir. Sedanter yaşam, obezite, stres, kentleşme, sosyo-ekonomik durum risk etmenleridir. Osteoporoz prevalansı Türkiye de kadınlarda %9, erkeklerde %0,6 olup, menapozda kırık oranı ise %16,7 olarak belirlenmiştir (20).

Yüksek yağ, doymuş yağ ve sodyum tüketimi yanında düşük kalsiyum ve düşük posa (yetersiz meyve-sebze ve tam tahıl tüketimi) alımı bazı kronik hastalıkların riskini arttırmaktadır. Koroner kalp hastalığı, bazı kanserler ve felç gibi ölümle sonuçlanabilecek hastalık risk etmenlerinin başında yanlış diyet uygulamaları gelmektedir. Yetersiz ve dengesiz bir diyet ve sedanter yaşam Amerika'daki toplam ölümlerin %14'ünü oluşturmaktadır. Ayrıca, ölümlerin %20'sinin koroner kalp hastalıkları, %30'unun da kanser nedeniyle olduğu belirtilmektedir (27) .

Diyet ayrıca, diyabet ve hipertansiyonun gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. Yeterli ve dengeli bir diyet ve obezitenin kontrol altına alınması ile diyabet %30 oranında kontrol altına alınabilir. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, meyve ve sebze tüketiminin artırılmasının yüksek kan basıncının düşürülmesinde etkili olacağını belirtmektedir. Fazla kilolu olma, koroner kalp hastalığı, felç, diyabet, kanser ve hipertansiyon oluşumundaki başlıca diyetle ilişkili risk faktörüdür.

Son 15 yılda fazla kilolu olanların sayısı %10 oranında artmıştır. Obezite prevalansı arttıkça kronik hastalıkların görülme oranı da artmaktadır. Osteoporoz gelişiminde de diyet bir risk faktörüdür. Diyetin geliştirilmesi özellikle kalsiyum alımının artırılması osteoporozla bağlı oluşan kırıkların %40–60 oranında önlenmesini sağlamaktadır (27).

Epidemiyolojik çalışmaların daha fazla sayıda yapılması, toplumumuzun sağlık durumu ve riskini daha iyi anlamamızı ve sağlık politikalarının bunlara göre şekillendirilmesini sağlayacaktır.

2.1.5. Sağlıklı Beslenme Önerileri

Ölüm nedenleri arasında ilk sıraları paylaşan veya yaşam kalitesini düşüren dejeneratif hastalıklardan korunmak için sağlıklı beslenme önerileri geliştirilmiştir. Beslenme dejeneratif hastalık ilişkisinin önemi anlaşıldığından beri sağlıklı diyetle ilgili pek çok öneri geliştirilmiştir. Sadece 1977–1989 yılları arasında sekiz farklı organizasyon bu tür önerilerde bulunmuştur. Küçük farklar dışında çoğunlukla benzer olan bu öneriler şöyle özetlenebilir (28).

Genel sağlık için:

1. Enerji alımı ile enerji harcamasını dengede tutarak vücut ağırlığını uygun sınırlar içinde tutmaya özen gösterin.
2. Daha az yağ ve daha az doymuş yağ tüketin.
3. Diyetin karbonhidratının kompleks karbonhidrat ağırlıklı olmasına özen gösterin.
4. Daha az kolesterol alın.
5. Rafine şeker tüketimini azaltın.
6. Tuz tüketimini azaltın.
7. Daha çok posa tüketin.
8. Daha çok meyve ve sebze tüketin.
9. Diyetinizdeki besinlerin çeşitliliğini artırın.
10. Hiç alkol almayın veya az alkol tüketin.

11. Özellikle kansere karşı korunmak için A ve C vitamininden zengin meyve ve sebzelerden daha çok tüketin.
12. Tuzlanmış, tütülenmiş, kömürde pişirilmiş besinlerden kaçının.
13. Çay ve kahve alımını sınırlayın.
14. Florlanmış su için (0,7–1,2 mg/L).
15. Kalsiyumdan zengin besinleri yeterli miktarda almaya çalışın (Özellikle kadın ve adolesanlar için).
16. Demiri besinlerle yeterli miktarda almaya çalışın (Özellikle çocuk, adolesan ve doğurganlık dönemi kadınlar için).
17. Doğal besinler dışında takviye almamaya özen gösterin (28).

Dünya Sağlık Örgütü, gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkların görülme sıklığının diyet ve yaşam stili değişiklikleriyle azaltılabileceğini belirtmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için beslenme eğitimi çok önemlidir. Topluma yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgi vermek ve diyetle ilgili tüm koşulları açıklamak amacıyla oluşturulan bir dizi öneriyi içeren beslenme rehberleri oluşturulmuştur (8) .

Epidemiyolojik ve deneysel araştırmalar besin öğeleri ve uygun diyet bileşimi (enerjinin yüzdesi olarak) önerileri için temel oluşturmaktadır. Besin öğesi önerilerinin yararı hedeflere ulaşabilmek üzere diyet örüntülerinin belirlenmesine yardımcı olabilmektir. Bu tür beslenme önerilerinin toplum sağlığında beslenme programlarında kullanılabilmesi ve toplum bireylerine anlam ifade edebilmesi için geçerli ve özel besin seçimini sağlayabilecek rehberlere dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle, ülkeler kendi beslenme sorunlarına ve beslenme alışkanlıklarına ve sosyo-ekonomik koşullarına uygun, kendine özgü, besine-dayalı beslenme rehberleri geliştirmektedir (9).

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü tarafından hazırlanmıştır. Bu rehber, Türk halkının beslenme alışkanlıklarına ve diyet örüntüsüne dayalı olarak, beslenme açısından dikkat edilmesi gereken ilkeleri içermektedir. Bireylerin besin gereksinimlerine temel olacak alım düzeylerinin belirlenmesinde kullanılabilecek bazı temel besin öğesi değerlerinin

sunulması amacıyla hazırlanmıştır. Rehber içerisinde yeterli ve dengeli beslenme, besin öğeleri, besin grupları, besinlerin önerilen tüketim miktarları ve vücut ağırlığının denetimi, fiziksel aktivite gibi genel sağlığı koruyucu ve geliştirici öneriler yer almaktadır (29).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), diyetle bağlantılı tüm hastalıkların önlenmesi amacıyla besin öğesi alımlarını düzenleyen bir grup evrensel ilkeler geliştirmiştir. Ana besin öğesi grupları için alt ve üst sınırlar belirlenmiştir. Total enerji alımının yüzdesi olarak tanımlanan bu önerilerde; alt sınır, besin öğesi yetersizliği hastalıkları oluşturmayacak minimum alım miktarlarını, üst sınır ise kronik hastalıkların önlenmesinde aşılmaması gereken maksimum alım miktarlarını ifade etmektedir. DSÖ önerilerine göre total yağ alımı; enerjinin %15-30'unu karşılayacak şekilde sınırlandırılmalıdır. Total yağ alımındaki kısıtlama obezite, koroner kalp hastalıkları ve çeşitli kanser türlerinin önlenmesine katkıda bulunmaktadır. Yağ alımı sınırlandırıldığında ve alkol kullanımı azaltıldığında diyet enerjisinin %55-75'lik kısmı karbonhidratlardan gelmektedir. Bu enerjinin büyük kısmı (%50-70) kompleks karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Kompleks karbonhidrat içeriği yüksek bir diyetin çeşitli kanser türleri insidansını azalttığı, hiperlipidemi oluşumunu sınırlandırdığı, diyabet ve diğer metabolik hastalıkların yönetimine katkıda bulunduğunu gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Rafine şekerler için geliştirilen öneriler temelde dış çürükleri oluşumu riskine dayanmaktadır. Rafine şeker alımı enerjinin %0-10'u arasında bulunmalıdır. Rafine şekerler elzem bir besin öğesi değildir. Diyet posası için önerilen alt ve üst sınırlar posanın gastrointestinal fonksiyonlar üzerindeki olumlu etkilerini temel almaktadır. DSÖ günlük olarak 16-24 g diyet posası alımını önermektedir. Üst sınır posa içeriği yüksek bir diyetle özellikle kalsiyum, çinko ve demir emilimini engelleyen fitatlar ile ilgili şüphelere bağlı olarak geliştirilmiştir. Toplumsal düzeyde 6 g'dan fazla tuz alımı hipertansiyon insidansı ile önemli derecede ilişkili olması nedeniyle DSÖ, günlük tuz alımının 6g'dan fazla olmamasını önermektedir. Aşırı tuz alımı mide kanseri gelişiminde rol oynamaktadır. Diyetle alınan kolesterol, total serum kolesterolü ve koroner kalp hastalıkları gelişiminde doğrudan etkiye sahiptir. Ancak bu etki, doymuş yağ tarafından oluşturulan etkiden daha zayıftır. DSÖ, diyetle alınan kolesterol için 0-300 mg/gün değerini belirlemiştir. Günde en az 400g sebze ve meyve tüketilmesi önerilmektedir (8).

Dünyadaki birçok ülke kendi toplumunun sağlıklı beslenmesine yönelik besine dayalı beslenme rehberi geliştirerek tüketicilerin bilinçlendirilmesine çalışmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Tarım Bakanlığı'nın hazırladığı Beslenme Rehberi'nin diyetle ilişkili kronik hastalıklardan korunmaya yönelik önerilerini dikkate almak gerekmektedir. Bu önerilerden bazılarını aşağıda değinilmiştir (8, 30):

- Enerji alımı dengelenmeli ve kilo alımı kontrol altına alınmalıdır.
- Yiyecek çeşitliliği sağlanmalı; sağlığı geliştirmek için gerekli olan besin öğelerinin her birinden alınmalıdır.
- Total yağlardan gelen enerji alımı azaltılmalı % 15-30 arasında tutulmalıdır.
- Sebze, meyve, tam tahıl, fındık, fıstık, kuru baklagiller gibi ürünlerin tüketimi arttırılmalıdır.
- Karbonhidrat alımı sınırlanmalı ve basit şeker tüketimi azaltılmalıdır.
- Daha az rafine edilmiş tahıl ürünleri tüketilerek posa alımı arttırılmalıdır.
- Günlük kolesterol alımı 300 mg'ın altında tutulmalıdır.
- Yağı azaltılmış veya yağsız süt ve süt ürünleri kullanılmalıdır
- Alkol alımı sınırlandırılmalıdır. Günlük 28 mg'ın üzerinde alınan alkol sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Alkol alımı günlük 2 kutu bira veya 1 su bardağı şarap veya 1 duble sert içkiyi (rakı, viski vb.) geçmemelidir.
- İçme sularının florid içeriği 0.7-1.2 mg/litre düzeyinde olmalıdır.
- Tuz tüketimi azaltılmalı ve günde 5-6 g civarında alınmalıdır.
- Fiziksel aktivite arttırılmalıdır.

Diyet, sağlık ve hastalıklar arasındaki ilişkinin kanıtlanmasıyla beslenme programlarına ve eğitimlerine olan ihtiyaç artmaktadır. Beslenmenin, sağlık problemlerinin önlenmesinde ve düzeltilmesindeki rolü giderek artmaktadır.

2.1.6. Egzersiz ve Beslenme

Fiziksel yönden sağlıklı olmanın ön koşulu kabul edilen uygunluk düzeyi, düzenli olarak egzersizlere katılmakla elde edilebilmektedir. Sağlıklı beslenme

alışkanlığı ve egzersiz sağlığın korunması ve geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır (20).

Tanım olarak egzersiz, belirli bir oranda soluk alıp vermemizi sıklaştırıp derinleştiren, kalp atışlarımızı hızlandıran ve bir süre yapıldıktan sonra az da olsa terlemeye neden olan, kollarımız ve bacaklarımız gibi, büyük kas gruplarıyla yaptığımız bedensel hareketlerdir. Oturduğumuz yerde yapılan bazı faaliyetler (elle bir şeyleri sıkmak, bir müzik aleti çalmak vb), ev işleri (yemek, bulaşık, temizlik vb) egzersiz olarak kabul edilmemektedir. Egzersiz sırasında kalp ve damarların, akciğerlerin ve iskelet kaslarının belirli bir süre için istirahat düzeyinin üzerinde bir performans göstermeleri beklenir (3).

Uygun egzersiz yapıldığında, yaşlıların elde ettiği kazançların gençlere göre daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Bu dönemde yapılan egzersizin yararlarını iki temel başlık altında toplamak mümkündür (3).

Düzenli Egzersiz İle Azalanlar

- Kalp yetmezliği riski
- Damar tıkanması (ateroskleroz) riski
- Tip II diyabet görülme sıklığı
- Açlık kan şekeri düzeyleri
- Kan basıncı (tansiyon)
- Yağlanma
 - o Gövdede yağ birikimi
 - o Toplam yağ kitlesi
- Kötü huylu kolesterol (LDL-C) seviyeleri
- Kas, kemik ve eklem yaralanmaları
 - o Kas ağrıları
 - o İncinmeler
 - o Kemik kırılmaları
 - o Eklem ağrıları vb.

Düzenli Egzersiz İle Artanlar

- Kemik mineral yoğunluğu
- Kas kitlesi (özellikle bacaklarda)
- Atardamar esnekliği (damar sertliğinde azalma ya da sertleşme hızında düşme)
- Yağların enerji amaçlı kullanımı
- Kas gücü ve kitlesi
- İyi huylu kolesterol (HDL-C) seviyeleri

Fiziksel aktivitenin sağlık için önemi herkes tarafından bilinmektedir. Düzenli fiziksel aktivite; tip II diyabet, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve kolon kanseri gelişmesini ve bunlardan ölüm riskini azaltmaktadır. Ayrıca düzenli egzersiz yapanlar sedanterlerden daha sağlıklı olmanın keyfini de yaşamaktadır. Fiziksel aktivitenin tüm yaşlardaki yetişkinler için yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir. Egzersizin sağlıkla ilgili yararını görebilmek için, yetişkinlere haftada 5 veya daha fazla, orta şiddette, 30 dakika (gün boyunca birkaç kez tekrarlanabilir ve gün içine dağıtılabilir) egzersiz yapmaları önerilmektedir. Batılı ülkelerde yetişkinlerin %60'ı bu önerilere uymamakta, %25'i ise tamamen sedanter bir yaşam sürmektedir (31).

Sağlık Bakanlığı tarafından 7 coğrafi bölgede, 7 ilde 30 yaş üstü 15.468 bireyde yapılan ve "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" çalışmasına göre Türkiye'de bireylerin sadece %3,5'inin düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı tespit edilmiştir. Ulusal Hane halkı Araştırmasına göre ise ülkemizde nüfusun %20.32'sinin hareketsiz yaşadığı, %15.99'unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. 18 yaş ve yukarısında fiziksel hareketliliği haftada 150 dakika ve üzerinde olan birey oranı erkeklerde %71.12, kadınlarda %58.12 ve toplamda %63.69'dur (32).

Şişmanlık, diyabet, hiperlipoproteinemi, hipertansiyon, kalp krizi, osteoporoz, kanser gibi hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bilişsel yeteneklerin geliştirilmesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Araştırma verilerine göre, 20-29 yaş kadınların %50.0'sinin aktivitesi çok hafif ve hafif, %45.0'inin orta ve ancak %5'inin aktivite düzeyi orta üzerinde bulunmuştur. Çok hafif ve hafif, orta ve orta üzeri aktivitesi olan 40-49 yaş kadınlar sırasıyla %65.0, %30.0 ve %2.0, 60-

69 yaş kadınlar sırasıyla %90.0, %10.0 olup orta üzeri aktivitesi olana rastlanmamıştır. Erkeklerin fiziksel aktivitesi daha fazla ise de aktivite düzeyi yaş ilerledikçe azalmaktadır (Onat ve ark 1992; 1996a; 1996b). Toplumun çeşitli yaş gruplarında yapılan araştırmalarda da benzeri sonuçlar görülmektedir (Arslan, 1999) (20).

Fizik aktivitenin koroner kalp hastalığından (KKH) koruyabileceği düşüncesi yarım yüzyıl önce geliştirilmiş ve bunun doğruluğu, korumanın sağlanabildiği batılı toplumlarda çeşitli ileriye dönük çalışmalarla ortaya konmuştur. Önceleri sadece yoğun fiziksel etkinliğin elle tutulur yarara yol açtığı kanısı yaygınken, son on yılda, düzenli yapılan, yürüyüş, bahçe faaliyeti veya bisiklete binme gibi hafif veya orta dereceli egzersizin de kardiyovasküler riski azalttığına ilişkin kanıtlar birikmiştir. Yarar sadece KKH açısından değil, inme ve hipertansiyon açısından da gözlenmiştir. Fiziksel etkinliğin diyabet gelişmesi riskini de anlamlı biçimde azalttığı, ileriye dönük epidemiyolojik ve randomize çalışmalarda ve nihayet geniş bir meta-analizde kanıtlanmıştır. Fiziksel etkinliğin, en önemli hedef noktası olan tüm-nedenli ölümden de koruduğuna dair kanıtlar ortaya konmuştur. TEKHARF çalışması 1997/98 ve 2002/03 taramalarında izlenen ve başlangıçta KKH tanısı bulunmayan, 28 yaş ve üzerindeki 3248 katılımcı (1601 erkek, 1647 kadın; ort. yaş 48±12) sekiz yıl süresince ileriye dönük olarak incelendi. Fizik aktivite derecesi aktif ve oturgan biçiminde sınıflandırıldı. Bu çalışmada, Türk yetişkinlerini temsil eden 3248 kişi incelendi. Cinsiyet ve yaş için ayarlanan fizik aktivite, Türk yetişkinlerini yeni gelişen hipertansiyon, diyabet ve metabolik sendromdan korumaktadır sonucuna varıldı. Bu korumanın, abdominal obezite ve inflamasyon sürecinin dışında esas olarak kan basıncındaki iyileşme üzerinden gerçekleştiği düşünüldü (33).

Türkiye’de sağlıklı genç erişkin erkeklerde koroner risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla askeri okulda okuyan 1173 erkek (ort. yaş 21.4±1.5) üzerinde bir çalışma yapıldı. Olgular en az altı aydan beri aynı diyetle (yaklaşık 4000-4500 kcal/gün) beslenmekte ve düzenli olarak günde yaklaşık bir saat egzersiz yapmaktaydı. Çalışma sonucunda düzenli egzersiz yapan, obezite ve hipertansiyonu olmayan sağlıklı genç erişkin Türk erkeklerinin erişkin hayata oldukça iyi bir lipid profili ile başladığı görüldü (34).

2.2. Erişkin Dönemde Beslenme Problemleri

2.2.1. Obezite

Obezite, depo yağların yağsız vücut kitlesine oranla artması ve normal kabul edilen değerlerin üzerine çıkmasıdır (28).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite “Sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı yağ birikmesi“ olarak tanımlanmıştır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranının %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması durumunda obezite gelişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması esas alınarak obeziteyi ölçmek için yaygın olarak Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. “BKİ vücut toplam yağ miktarının tahmin edilmesinde kullanılmakla, vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir” (32).

Obezite enerji alımı ve enerji harcanması arasındaki kronik dengesizlik sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Genetik yatkınlık, obezite için önemli bir neden olmakla birlikte tek başına yeterli değildir. Yüksek kalorili gıdalar, fiziksel aktivitenin azalması gibi çevresel faktörler genetik yatkınlığı olan kişilerde kilo artışına daha kolay yol açar. Obezitenin artışında çevresel (fiziksel, sosyo-kültürel, ekonomik) faktörlerin önemli olduğu anlaşılmaktadır (35, 36, 37).

Obezite; vücut sistemleri (endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitoüriner sistem, kas iskelet sistemi) ve psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı pek çok sağlık problemlerine neden olmaktadır. Obezitenin, çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte olup morbidite ve mortaliteyi artırıcı etkisi ortaya konmuştur. Aşırı kiloluluğun Avrupada yılda yaklaşık 300.000 kişinin ölümünden sorumlu olduğu rapor edilmiştir (32).

Obezitenin neden olduğu sağlık problemleri:

- İnsülin direnci – Hiperinsülinemi
- Tip 2 Diabetes Mellitus

- Hipertansiyon
- Koroner arter hastalığı
- Hiperlipidemi – Trigliseridemi
- Safra kesesi hastalıkları
- Bazı kanser türleri (kadınlarda safra kesesi, endometriyum, yumurtalık ve meme kanserleri, erkeklerde ise kolon ve prostat kanserleri)
- Osteoartrit
- Felç
- Uyku apnesi
- Karaciğer yağlanması
- Astım
- Solunum zorluğu
- Gebelik komplikasyonları
- Menstruasyon düzensizlikleri
- Aşırı kılınma
- Ameliyat risklerinin artması
- Psikolojik bozukluklar (Anoreksiya Nervoza veya Bulimia Nervoza)
- Mikroalbüminüri
- Toplumsal uyumsuzluklar
- Özellikle sık aralıklarla ağırlık kaybetme ve kazanma sonucunda deri altı yağ dokusunun fazla olması nedeniyle deri enfeksiyonları, kasıklarda ve ayaklarda mantar enfeksiyonları
- Kas-iskelet sistemi problemleri (32).

Beden kitle indeksinin yüksek olması mortalite ile ilişkilidir. Özellikle kalp-damar hastalıkları, diyabet ve safra kesesi hastalıkları bu yönden önem taşır. Beden kitle indeksi ile kan kolesterol düzeyi arasında pozitif bir ilişki mevcuttur. BKİ > 35 olanlarda BKİ = 20-25 olanlara oranla diyabetin görülme sıklığı 5 kat daha fazladır. Menopoz sonrası kadınlarda BKİ arttıkça göğüs kanseri riskine yakalanma riski de artmaktadır. BKİ < 20 olanlarda sindirim sistemi ve akciğer hastalıkları nedeniyle yaşam süresi daha kısadır. Diyetel faktörler, sigara kullanma alışkanlığı ve fiziksel aktivite düzeyleri beden kitle indeksi ile mortalite riski arasındaki ilişkiyi

etkilemektedir. BKİ = 20-25 ideal indeks aralığını ve en düşük hastalık riskini gösterir (28).

Birçok ülkede insanların ortalama vücut ağırlığı ve obezite prevalansı giderek artmaktadır. Amerika'da obezite prevalansı NHANES çalışmasına göre, yaş gruplarına göre değişmekle birlikte ortalama %20-40 oranındadır (36). Beden kitle indeksinin 25 ile 29,9 arasında olması kilo fazlalığı (overweight), 30 ve üzerinde olması obezite olarak tanımlanmıştır. 1960'tan bu yana kadın ve erkek bireylerde kilo fazlalığı ve obezite oranları artmaktadır. 1960 ile 1994 yılları arasında 20-74 yaş bireylerde obezite %12.8'den %22.5'e yükselmiştir. Amerika'da 20 yaş üzeri bireylerin yaklaşık üçte ikisi (%66.0) hafif şişman (BKİ = 25,0-29,9) ya da obezdir (BKİ \geq 30). Yetişkin bireylerin yaklaşık üçte biri obezdir (%31.4). Kadınların %33.2'si, erkeklerin %29.5'i obezdir (38, 39).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, aşırı kiloluluk ve obezite Avrupa'daki yetişkinlerde Tip 2 Diyabetin %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden ve hipertansiyonun %55'inden sorumludur ve her yıl 1 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır. Hiç bir önlem alınmadığı takdirde ve obezite prevalansındaki artışın 1990'lardaki hızıyla devam ettiği düşünüldüğünde, Avrupa'da 2010 yılına kadar 150 milyon yetişkin, 15 milyon çocuk ve adolesanın obez olacağı tahmin edilmektedir. Avrupa'da yetişkinlerde aşırı kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında değişmektedir. Aşırı kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere (İskoçyada)'dir. Türkmenistan ve Özbekistan ise prevalansın en düşük olduğu ülkelerdir. Obezite prevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir (32).

Ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansını geniş çapta araştıran üç büyük çalışma tamamlanmıştır. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri çalışması (TEKHARF), Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) ve Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) çalışmasıdır (32).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEKHARF çalışmasında beden kitle indeksinin otuz ve üzerinde olması (BKİ \geq 30 kg/m²) obezite olarak tanımlanmış ve 1990 yılı kohortunda obezite prevalansı %16,4

(kadın ve erkeklerde sırası ile %24.0 ve %9.0) bulunmuştur. Aynı çalışmanın 1997/98 kohortunda bu rakam %28.6'ya (kadın ve erkeklerde sırasıyla %38.8 ve %18.7'ye) yükselmiştir. Buna göre geçen 8 yıl içinde obezite prevalansı kadınlarda %50 ve erkeklerde %65 artmıştır. 2000 yılı değerlendirmesinde ise obezite sıklığının kadınlarda %43.0, erkeklerde %21.1'e yükseldiği bildirilmiştir (32).

1999–2000 yılları arasında 23.888 erişkin üzerinde yapılan TOHTA çalışmasının kohortunda kadınların %50'si, erkeklerin %40'ı ve genel erişkin toplumun %44.4'ünün normal kilonun üzerinde olduğu saptanmıştır (32).

Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURTEP) araştırmasına göre; BKİ referans alındığında obezite sıklığı ülkemizde %22.3 olarak bulunmuştur. Bel çevresi (kadında 88 cm, erkekte 102 cm) temel alındığında ise bu sıklık %34.9'a çıkmaktadır (40).

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde, obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre, 15-49 yaş grubu kadınlarda kilo fazlalığı oranı 1998 yılında %33.4, 2003 yılında %34.2 ve obezite oranı ise 1998 yılında %18.8 ve 2003 yılında %22.7 olarak bulunmuştur (32).

Obezite ve fazla kilolu olma dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu önemli sorunun askerler arasındaki sıklığını ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla Mamak MEBS okulundaki 706 asker ile gerçekleştirilmiş bir çalışmada katılımcıların BKİ'lerine göre fazla kilolu olma sıklığı %19.3, obezite sıklığı ise %2.7 olarak bulunmuştur. %19.3'lük fazla kiloluluk ve %2.7'lik obezite sıklığı ileriye yönelik düşünüldüğünde, obezitenin bizim ülkemiz için önemli bir sağlık sorunu olabileceğini göstermektedir sonucuna varılmıştır (41).

Obezite, en kolay görülebilen fakat aynı zamanda en kolay gözden kaçan bir halk sağlığı problemidir. Şu anki obezite prevalansı ve gözlenen artış bir salgın olarak değerlendirilmektedir. Sosyal, ekonomik ve kültürel nedenleri vardır. Artmış enerji tüketimi ve sedanter yaşam önemli nedenlerdir. Bir diğer neden ise yüksek yağ içerikli gıdaların alınmasıdır. Obezitenin giderek artması "obezite salgını" olarak adlandırılmaktadır. Dünyada en yüksek obezite sıklığı Amerika Birleşik Devletleri'ndedir. Nüfusun yaklaşık olarak yarısının beden kitle indeksi (BKİ) 25'in

üzerindedir. Halk sağlığı girişimlerine ve toplumların "diyet uygulama" konusundaki titizliğine rağmen, obezite prevalansı pek çok Avrupa ülkesinde de hızlı bir artış göstermektedir. Avrupa ülkelerinde obezite prevalansı, erkekler için %10-20, kadınlar için ise %10-25 arasında değişmektedir (42).

Türk Silahlı Kuvvetlerinde yapılan bir çalışmada, subay ve astsubaylar arasında kilo fazlalığı (BKİ 25.00-29.99 arasında) %42.6, obezite (BKİ 30.00 ve üzeri) %6.3 olarak saptanmıştır (43). Kanada'da silahlı kuvvetler personeli arasında yapılan çalışmada da kilo fazlalığı sıklığı %42.0, obezite sıklığı %6.5'tir (44). Yine Türk Silahlı Kuvvetlerinde yapılan bir başka çalışmada, erlerden, astsubay sınıf okulu öğrencilerinden ve yedek subay adaylarından oluşan çalışma grubunda kilo fazlalığı sıklığı %15.4 iken obezite sıklığı %2.7 olarak bulunmuştur (45).

Ülkemizde obezite prevalansına yönelik yapılan bu çalışmalar Türkiye'de obezite prevalansının dünyadaki eğilime paralel biçimde önemli ölçüde artış kaydettiğini göstermektedir.

2.2.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları; beslenme yetersizliği, aşırı beslenme, depresyon, madde bağımlılığı, anksiyete gibi ciddi sorunlara neden olabilen, yeme alışkanlıklarındaki sapmalardır. Yeme bozuklukları psikiyatrik problemler arasında çok yaygın olarak görülmektedir ve çoğunlukla genç kadınları etkilemektedir. Bu durum mortalite ve morbidite açısından yüksek riske sahiptir. Yeme bozuklukları adolesanlarda ve genç erişkinlerde oldukça yaygındır (46).

Yeme bozuklukları yeme davranışında ciddi bozukluklarla karakterizedir. İki spesifik tanıyı kapsar: Anoreksiya Nevroza ve Bulimiya Nevroza. Anoreksiya Nevroza ortalama beden ağırlığına karşı red ile karakterizedir. Bulimiya Nevroza ise tekrarlanan aşırı yeme nöbetleri ile karakterizedir. Bu yeme nöbetlerini aşırı egzersiz, oruç tutma, kendini kusturma, laktasiflerin kötüye kullanımı, diüretiklerin kullanımı gibi uygunsuz davranışlar izler. Her iki hastalığın esas çehresi beden ağırlığını ve beden imajını algılamadaki bozukluktur (47).

Son yıllarda modernleşmekte olan toplumları tehdit eden bir durum olan yeme bozuklukları; geçtiğimiz yıllara kadar, sadece üst ve orta sosyo-ekonomik

düzye de bulunan ergen ve genç kadınlarda görüldüğü düşünölen bir sağlık sorunu olarak bilinmekteydi. Ancak günümüzde, toplumun daha geniş bir kesimini etkilediğı gözlemlenmektedir. Tarihsel gelişim sürecine bakıldığında yaklaşık 400 yıl önce tanımlanmış olan yeme bozuklukları, özellikle Avrupa ve ABD’de son yıllarda klinisyen ve araştırmacıların ilgi odağı olmuştur. Yeme davranış bozuklukları (eating disorders-ED) veya iştah ve enerji dengesi bozuklukları arasında Anoreksiya Nevroza (AN), Bulimiya Nevroza (BN) ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorders) sayılabilir. Normal beslenme ve yeme bozukluğu arasındaki fark hastanın bozulmuş bir vücut imajı olup olmasına bağlıdır (46, 47, 48).

Yeme bozukluklarının gelişimi çok etkenli (aile işlevselliğı, ailede yeme bozukluğu öyküsü, düşük benlik saygısı, duyu durum bozuklukları, madde kötüye kullanımı, obezite, kilo ve yemek uğraşları, Obsesif- Kompulsif Bozukluk-OKB, kötü olaylara maruz kalma öyküsü, cinselliğın kabulü ve ergenlik problemleri .. gibi) yaklaşımlarla açıklanmaktadır (Fairburn ve ark. 1999) (48).

12-26 yaşlarında farklı sosyo-kültürel yapıları sahip kadınlarda yeme bozukluğu riskini saptamaya yönelik yapılan çalışmada yeme bozukluğu gelişme riski taşıyan bireylerin prevalansı %7.4 bulunmuştur. Etnik yapının ve sosyo-demografik faktörlerin yeme bozukluğu gelişmesinde etkili olduğı sonucuna varılmıştır (49).

Günümüzde dünyada; sırasıyla % 0.2–0.7 adolesan ve genç yetişkin kadın anoreksiya nervoza (AN), % 1.0–2.5 adolesan ve genç yetişkin kadın ise bulimiya nervoza (BN) gibi yeme bozukluklarına yakalanmıştır (48). AN’nın Türkiye’deki prevalansı ve insidansı hakkında elimizde bilgi yoktur. Ancak 12–18 yaşlarındaki genç kızlarda ve kadınlarda sık görüldüğü bilinmektedir. BN bütün toplumlarda yaklaşık %1 oranında görülür. Genç kadınlarda erkeklerden 10 kat daha sıktır (47).

Anoreksiya nervozanın belirtileri; ağırlık kaybı, amenore ve iştah kaybı olarak tanımlandığı gibi, bir inkar triadı (açlık, zayıflık ve yorgunluğun inkarı) olarak da tanımlanmaktadır. Bulimiya nervoza tekrarlayan aşırı yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kilo almayı durdurma çabaları ile belirtilen bir bozukluktur. Bu nöbetler esnasında hastaların tüm çabalarına, korkularına rağmen yemek yemeyi durduramadığı görülür. Tıkanırcasına yeme bozukluğu ise kontrol hissinin kaybolması ile birlikte aşırı miktarda yiyecek alımı ve bunu takiben psikolojik baskı

hissi ile karakterizedir. Bulimiya nervozadan farklı olarak, kilo almayı sınırlayacak davranışlara (zorla kusma, diüretik veya laksatif kullanımı gibi) rastlanmaz (48, 49, 50).

Günümüzde hem erkekler hem de kadınlar kilo vermek, formda olmak, topluma kendilerini kabul ettirmek amacıyla dış görünüşlerine çok önem vermektedirler. Bu ise bazı kişilerin bir takım yeme bozuklukları geliştirmesine ve bu bozukluklara bağlı olarak ciddi sağlık sorunları yaşamalarına neden olmaktadır. Bazı yeme bozuklukları oranı erkeklerde ve özellikle kadınlarda artmaktadır. Vücut imajı, medya ve yeme bozuklukları üzerine yapılan bir çalışma televizyon, filmler, dergiler ve internet gibi yaygın kitle iletişim araçları, yeme bozukluklarına yol açan obezite ve olumsuz vücut imajı ile ilişkiyi ortaya koymaktadır (51).

Yeme bozukluklarının değerlendirilebilmesi için çeşitli testler bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi de Yeme Tutum Testi (YTT)'dir. Yeme Tutum Testi AN'lı hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları olduğu kadar normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları da ölçmektir. YTT'nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir. Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir. Toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Yani YTT klinik düzeyde 'hasta' kabul edilebilecek bireyleri saptayabileceği gibi, kişinin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunun da bir göstergesi olabilmektedir. Likert tipi altı basamaklı yanıt formu doldurulmaktadır ve kırk madde içermektedir. YTT'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır (48). Yeme davranış bozukluklarını saptamada yaygın olarak kullanılan yirmi altı maddeli testte, yirmi puan ve üzeri alanlar yeme bozukluğu riski taşımaktadır sonucuna varılır ancak kesin tanı için test sonuçları yeterli değildir. Son olarak egzersiz yapan bireylerde geçerliliğine bakılan test yirmi bir maddeli hale getirilmiştir (52, 53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu tanımlayıcı özellikleri olan kesitsel araştırma, Malatya ilinde TSK Sağlık Komutanlığına bağlı Malatya Asker Hastanesi'nde 01-09-2007 ile 10-05-2008 tarihleri arasında yapıldı.

3.2. Kurum Hakkında Bilgi

Malatya Asker Hastanesi 1990 yılında kurulmuştur. Dâhiliye, cildiye, nöroloji, ortopedi, kadın doğum, psikiyatri, üroloji, intaniye, fizik tedavi, çocuk, göz, kulak burun boğaz ve genel cerrahi klinikleri ve poliklinikleri ile diş servisi, acil servis, radyoloji, ameliyathane, laboratuvarlarla birlikte idari kısım ve hizmet kısımlarından oluşan hastanede ayrıca emniyet ve hizmet birimleri yer almaktadır. Hastane mutfak hizmetleri diyetisyen kontrolünde yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Araştırmaya Katılım Oranı

Araştırmanın evrenini Malatya Asker Hastanesi'nde 2007 yılında görev yapan tüm personel oluşturmaktadır. Personel 33'ü subay, 25'i astsubay, 135'i asker ve 87'si sivil memur olmak üzere 280 kişiden oluşmaktadır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde geçici görevle hastane dışına gönderilen iki astsubay, yine aynı tarihlerde doğum izninde olan altı bayan personel (biri subay, dördü hemşire, biri memur) çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma kapsamına alınan 55 kadın ve 217 erkekten oluşan toplam 272 kişi üzerinde anket çalışması yapılmıştır. Güvenilir bulunmadığından dört anketin verileri değerlendirilmemiştir. Bu durumda örneklem alınmadan tüm evrene ulaşılmış, araştırmaya katılma oranı % 95,7 olmuştur.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri Ek-1’de verilen anket formu ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan ve uygulanan anket formunda sosyo-demografik özelliklerin, genel sağlık durumunun ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesine yönelik sorular bulunmaktadır. Anket formu ile katılımcıların sağlıklı beslenme davranışı, diyet uygulama durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, yemek yeme tutumları ve temel besin tüketim sıklıkları sorgulanmıştır. Olası yeme bozukluğunu saptamaya yönelik YTT (Yeme Tutum Testi-Kısa Form, Eating Attitude Test-EAT- Short Form)-21 uygulanmıştır. YTT’nin ilk versiyonu 40 cümleli olarak Garfinkel ve Garner tarafından 1979’da kullanılmıştır. Daha sonra 1982’de Garner 26 cümlelik formunu oluşturmuş, nihayet 2004 yılında Lane ve ark. tarafından 21 soruluk formunun validitesi gösterilmiştir. EAT 21 testinin Türk kültürüne uyarlaması yapılmadığından ifadelerin Türkçeye tercümesi İngilizce okutmanları tarafından yapılmıştır.

Anket formları araştırma grubuna uygulanmadan önce evren dışından bir örneklem grubu üzerinde denenerek, uygun olup olmadığı değerlendirilmiş, saptanan hatalar düzeltilmiştir. Örneklem grubunu askeri lojmanlar bölgesinde bulunan revir personeli oluşturmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veri toplama aşamasında araştırmacı tarafından Ek-1’de sunulan anket formu hastanede görev yapan tüm personele gözlem altında uygulandı. Araştırmacı tarafından açıklayıcı bilgiler verildikten sonra personelden anketleri doldurmaları istendi. Uygulanan anketlere isim yazıp yazmamaları personelin isteğine bırakılmıştır.

3.6. Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi

Anket formu uygulandıktan sonra verilerin analizi araştırmacı tarafından SPSS 10.0 istatistik paket program kullanılarak yapıldı. Bireylerden elde edilen verilerin aritmetik ortalama (AO), standart sapma (S) ve alt-üst değerleri saptanmıştır. Sayı-yüzde tabloları, çapraz tablolar ve ki-kare testleri kullanılmıştır. P değerinin 0.05'ten küçük olması "istatistiksel olarak anlamlı" olarak değerlendirilmiştir.

Yeme Tutum Testinin (YTT -21) değerlendirilmesinde puanlama yapılırken verilen yanıtlarda asla/hiç, nadiren ve bazen seçenekleri sıfır puan, sıklıkla seçeneği bir puan, çok sık seçeneği iki puan ve sürekli/daima seçeneği üç puan olarak kodlanmıştır. Yirmi puan ve üzeri olanlar yeme bozukluğu belirtileri gösteriyor olarak değerlendirilmiştir.

3.7.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri; yaş, cinsiyet, memleketi/coğrafi köken, meslek ve eğitim durumudur.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri; sağlıklı beslenme davranışları ve beden kitle indeksidir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Malatya Asker Hastanesi personeli üzerinde yapıldığı için, sonuçlar Türkiye genelindeki diğer asker hastanelere genellenemez. Ayrıca, asker olmayan ve/veya sağlıklı olmayan diğer sağlık çalışanlarından/ bireylerden bir kontrol grubu oluşturulmamış olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan 268 bireyin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, araştırmaya katılanların 55’i (%20.5) kadın, 213’ü (%79.5) erkektir. Yaşları 20–52 arasında olup, yaş ortalaması 28.66 ± 8.02 ’dir. Yaş gruplarının dağılımına bakıldığında çoğunluğun 20-24 yaş grubunda (%41.0) olduğu belirlenmiştir. Kişilerin 131’i (%48.9) evli, 137’si (%51.1) bekaardır.

Eğitim durumlarına bakıldığında; bireylerin %1.8’inin (n=5) okuma-yazma bildiği, %7.5’inin (n=20) ilköğretim, %39.2’sinin (n=105) ortaöğretim, %43.7’sinin (n=117) yüksekokul veya üniversite, %7.8’inin (n=21) lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Memleketlerin bölgelere göre dağılımlarına bakıldığında; bireylerin %13.8’i (n=37) Marmara Bölgesinden, %19’u (n=51) Ege Bölgesinden, %3.7’si (n=10) Akdeniz Bölgesinden, %9.7’si (n=26) Karadeniz Bölgesinden, %23.5’i (n=63) İç Anadolu Bölgesinden, %22.8’i (n=61) Doğu Anadolu Bölgesinden, %7.1’i (n=19) Güney Doğu Anadolu Bölgesinden olup, 1 kişi (%0.4) Bulgaristan göçmenidir.

Araştırmaya katılan bireylerin meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında; nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar %13.4 (n=36), büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar %10.1 (n=27), sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar %6.7 (n=18), profesyonel meslek gruplarına dâhil olanlar %26.9 (n=72) ve işsiz olanlar %3.4’tür (n=9). Çalışma 32 (%11.9) subay, 23 (%8.6) astsubay, 131 (%48.9) erbaş/er ve 82 (% 30.6) sivil memur üzerinde yapılmıştır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	n	%		n	%
Cinsiyet			Medeni Durum		
Erkek	213	79,5	Evli	131	48,9
Kadın	55	20,5	Bekâr, dul, vb.	137	51,1
Yaş			Memleket		
20–24	110	41,0	İç Anadolu Bölgesi	63	23,5
25–29	44	16,4	Doğu Anadolu Bölgesi	61	22,8
30–34	56	20,9	Ege Bölgesi	51	19,0
35–39	27	10,1	Marmara Bölgesi	37	13,8
40 ve üzeri	31	11,6	Karadeniz Bölgesi	26	9,7
Eğitim			Güneydoğu Anadolu B.	19	7,1
Okur-yazar	5	1,8	Akdeniz Bölgesi	10	3,7
İlköğretim	20	7,5	Göçmen (Bulgaristan)	1	0,4
Ortaöğretim	105	39,2	Meslek		
Yüksekokul- Üniversite	117	43,7	Yardımcı profesyonel meslek mensupları	79	29,5
Lisansüstü	21	7,8	Profesyonel meslek grupları	72	26,9
TSK Statüsü			Nitelik gerektirmeyen işler	36	13,4
Subay	32	11,9	Büro ve müşteri hizmetleri elemanları	27	10,1
Astsubay	23	8,6	Hizmet ve satış elemanları	27	10,1
Er-erbaş	131	48,9	Sanatkârlar	18	6,7
Sivil memur	82	30,6	İşsiz, çalışmıyor	9	3,4

4.2. Genel Sağlık Durumu

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumları ve hastalıklara göre dağılımları Tablo 2’de gösterilmektedir. Bireylerin 56’sı (%20.9) bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir. Sürekli devam eden bir sağlık sorunu olmayanların oranı %79.1’dir (n=212). Sağlık sorunu olduğunu belirten bireylerden 29’u (%10.8) sürekli ilaç kullanmaktadır. Ayrıca 24 kişi (%9.0) vitamin-mineral hâpı kullanmaktadır. Bu kişilerden 14’ü, doktor önerisiyle vitamin-mineral hâpı kullandığını belirtmiştir.

Hastalıkların görülme sıklığına bakıldığında, bireylerin sekizinde (%3.0) hepatit, beşinde (%1.8) hipertansiyon, yine beşinde (%1.8) bel fıtığı, dördünde (%1.5) alerjik astım ve yine dördünde (%1.5) kronik sinüzit saptanmıştır. Gastrit ve hiperkolesterolemi görülme sıklığı %1.1’dir (n=3). Araştırmaya katılan bireylerde epilepsi, hipotiroidi, obsesif kompulsif bozukluk ve diyabet görülme oranları %0.7’dir (n=2). Tabloda görüldüğü üzere; guatr, migren, enuresis, sedef hastalığı, egzama, miyopi, depo hastalık (antifosfolipit sendromu), metabolik sendrom ile birlikte KOAH, servikal diskopati, bademcik iltihabı, akut romatizmal ateş, HT ile birlikte hiperkolesterolemi ve depresyonun görülme oranı %4.0 (n=1) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Hastalıklarının Dağılımı

Hastalıklar	n	%
Hepatit	8	3,0
Hipertansiyon (HT)	5	1,8
Bel Fıtığı	5	1,8
Alerjik Astım – Bronşit	4	1,5
Kronik Sinüzit	4	1,5
Gastrit	3	1,1
Hiperkolesterolemi	3	1,1
Epilepsi	2	0,7
Diabetes Mellitus	2	0,7
Hipotiroidi	2	0,7
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	0,7
Guatr	1	0,4
Migren	1	0,4
Enuresis	1	0,4
Sedef hastalığı	1	0,4
Egzama	1	0,4
Miyopi	1	0,4
Depo Hastalık (Antifosfolipit Sendromu)	1	0,4
Metabolik Sendrom + KOAH*	1	0,4
Servikal Diskopati	1	0,4
Bademcik İltihabı	1	0,4
Akut Romatizmal Ateş	1	0,4
HT + Hiperkolesterolemi	1	0,4
Depresyon	1	0,4
Hastalık adı belirtilmemiş	3	1,1
Hastalık yok	212	79,1
TOPLAM	268	100,0

*KOAH: Kronik Obştüktif Akciğer Hastalığı

Araştırmaya katılan bireylerin yaş, boy, kilo ve beden kitle indeksi (BKİ) değerlerinin minimum (Min.), maksimum (Mak.) değerleri, aritmetik ortalama (AO) ve standart sapması (S) Tablo 3'te gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 28.6 ± 8.0 yıl, boy ortalaması 172.6 ± 8.3 cm, kilo ortalaması 72.4 ± 12.4 ve ortalama BKİ değerleri 24.2 ± 3.2 'dir.

Tablo 3. Bireylerin Yaş, Boy, Kilo ve BKİ Ortalama, Min-Mak Değerleri Dağılımı

	Min	Mak	AO	S
Yaş	20,00	52,00	28,6	8,0
Boy	155,00	196,00	172,6	8,3
Kilo	41,00	120,00	72,4	12,4
BKİ	16,63	32,87	24,2	3,2

Araştırmaya katılan 268 bireyin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre BKİ dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre araştırmamıza katılan bireylerden beşi (%1.8) zayıf, 154'ü (%57.5) normal, 93'ü (%34.7) fazla kilolu ve 16'sı (%6.0) şişman grubuna girmektedir.

Tablo 4. Bireylerin BKİ (Beden Kitle İndeksi) dağılımı (DSÖ sınıflamasına göre)

	BKİ	n	%
Zayıf	< 18,5	5	1,8
Normal	18,5–24,9	154	57,5
Fazla Kilolu	25–29,9	93	34,7
Şişman	≥ 30	16	6,0
	TOPLAM	268	100,0

Araştırmaya katılan 268 bireyin BKİ değerleri yüksek olanlarla olmayanların yaşlarının karşılaştırması Tablo 5'te gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere BKİ değeri 25 ve üzeri olanların yaşı, BKİ değeri 25'ten küçük olanlardan anlamlı derecede fazladır.

Tablo 5. BKİ Yüksek Olanlarla Olmayanların Yaşlarının Karşılaştırılması

BKİ	n	Yaş AO	Sd
BKİ < 25	159	25,96	6,32
BKİ ≥ 25	109	32,60	8,61

t: -6,88 SD:185,3 p:0,001

Araştırmaya katılan 268 bireyin cinsiyete göre BKİ yüksekliği Tablo 6’da gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere erkeklerin BKİ değerleri kadınlardan anlamlı derecede fazladır.

Tablo 6. Cinsiyete Göre BKİ Yüksekliği

	BKİ < 25		BKİ ≥ 25		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kadın	43	78,2	12	21,8	55	20,5
Erkek	116	54,5	97	45,5	213	79,5
Toplam	159	59,3	109	40,7	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

X²:10,19 SD:1 p:0,001

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ değerleri ile çalışma statülerinin karşılaştırması yapılmıştır. Tablo 7’de görüldüğü üzere subay ve astsubayların BKİ değerleri, askerliğini yapmakta olan erbaş/erlerden ve diğer sivil personelden anlamlı derecede farklı bulunmuştur.

Tablo 7. Çalışma Statüsüne Göre BKİ Yüksekliği

	BKİ < 25		BKİ ≥ 25		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Subay+astsubay	16	29,1	39	70,9	55	20,5
Asker	97	74,0	34	26,0	131	48,8
Sivil memur	46	56,1	36	43,9	82	30,7
Toplam	159	59,3	109	40,7	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

X²:32,95 SD:2 p:0,001

Araştırmaya katılan bireylerin diyet uygulama durumlarına göre dağılımı, uygulanan diyetler ve diyet uygulama süresi Tablo 8’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, bireylerin %90.7’si (n=243) ‘Uyguladığınız bir diyet var mı?’ sorusuna “hayır” yanıtını vermiştir. Diyet uyguladığını belirten 25 (%9.3) kişiden dokuzu (%3.4) zayıflama diyeti, yedisi (%2.6) az yağlı diyet, dördü (%1.5) kalp koruyucu diyet, ikisi (%0.7) kilo alma diyeti, ikisi (%0.7) diyabetik diyet ve bir kişi de (%0.4) tuzsuz diyet uyguladığını belirtmiştir. Diyet uygulama süreleri ortalama 60 gün (3-6205gün) olarak saptanmıştır.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Bireylerin Diyet Uygulama Durumlarının Dağılımı

	n	%
Diyet uygulama		
Hayır	243	90,7
Evet	25	9,3
Toplam	268	100
Uygulanan diyet		
Zayıflama diyeti	9	3,4
Az yağlı diyet	7	2,6
Kalp koruyucu diyet ^{*/}	4	1,5
Kilo alma diyeti	2	0,7
Diyabetik diyet	2	0,7
Tuzsuz diyet	1	0,4
Toplam	25	9,3

* Az yağlı ve tuzsuz diyet

Araştırmaya katılan bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarının dağılımları Tablo 9’da verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %47.4’ünün (n=127) hiç sigara kullanmadığı, %52.6’sının (n=141) hiç alkol kullanmadığı saptanmıştır. Günde 1-5 adet sigara kullananların oranı %8.2 (n=22), 6-10 adet sigara kullananların oranı %13.8 (n=37), 11-20 adet sigara kullananların oranı %25.4 (n=68) ve günde 20’den fazla sigara kullananların oranı %5.2’dir (n=14). Alkol kullandığını belirten 127 (%47.4) bireyin %9.7’si (n=26) haftada bir kez, %15.3’ü (n=41) ayda 1-2 kez, %20.9’u (n=56) yılda birkaç kez en az 10 ml alkol içeren bir iki tükettmektedir.

Tablo 9. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarının Dağılımı

	n	%
Sigara tüketme durumu (adet/ gün)		
Hiç sigara tüketmiyor	127	47,4
1-5 adet	22	8,2
6-10 adet	37	13,8
11-20 adet	68	25,4
20'den fazla	14	5,2
Alkol tüketme durumu		
Hiç alkol tüketmiyor	141	52,6
Haftada 1 kez	26	9,7
Ayda 1-2 kez	41	15,3
Yılda birkaç kez	56	20,9
Diğer (değişken)	4	1,5

Araştırmaya katılan 268 bireyin cinsiyete göre sigara kullanma durumu incelenmiştir. Tablo 10'da görüldüğü üzere erkeklerin sigara kullanma oranları kadınlardan anlamlı derecede fazladır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyete Göre Sigara Kullanma Durumu

	Sigara Kullanma Durumu					
	Hayır		Evet		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kadın	37	67,3	18	32,7	55	20,5
Erkek	90	42,3	123	57,7	213	79,5
Toplam	127	47,4	141	52,6	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

X²:10,975 SD:1 p:0,001

Araştırmaya katılan 268 bireyin eğitim durumuna göre sigara kullanma durumu incelenmiştir. Tablo 11’de görüldüğü üzere eğitim durumlarına göre sigara kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,005$).

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Sigara Kullanma Durumu

	Sigara kullanma durumu					
	Hayır		Evet		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Okur-yazar ve						
İlköğretim	12	48,0	13	52,0	25	9,3
Ortaöğretim	35	33,3	70	66,7	105	39,2
Yüksekokul ve üstü	80	58,0	58	42,0	138	51,5
Toplam	127	47,4	141	52,6	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi
 $X^2:14,522$ SD:2 p:0,001

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete ve eğitim durumuna göre alkol kullanma durumları incelenmiştir. Analizler yapılırken askerliğini yaptığı sürece alkol alması yasak olan 131 erbaş ve er hariç tutulmuştur. Kalan 137 bireyin cinsiyete ve eğitim durumuna göre alkol kullanma durumları tabloda verilmiştir.

Tablo 12’ görüldüğü üzere erkeklerin alkol kullanma oranları kadınlardan anlamlı derecede fazladır ($p<0,005$).

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Cinsiyete Göre Alkol Kullanma Durumu

	Alkol Kullanma Durumu					
	Hayır		Evet		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kadın	38	69,1	17	30,9	55	40,1
Erkek	34	41,5	48	58,5	82	59,9
Toplam	72	52,6	65	47,4	137	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi
X²: 10,077 SD:1 p:0,001

Tabloda 13'te görüldüğü üzere bireylerin eğitim durumları ile alkol kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Eğitim Durumuna Göre Alkol Kullanma Durumu

	Alkol kullanma durumu					
	Hayır		Evet		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Yüksekokul mezunu olmayanlar	74	56,9	56	43,1	130	48,5
Yüksekokul ve üstü	67	48,6	71	51,4	138	51,5
Toplam	72	52,6	65	47,4	137	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi
X²:1,882 SD:1 p:0,170

Araştırmaya katılan bireylerin çay- kahve tüketme durumlarına göre dağılımı, tüketilen çay ve kahve miktarları Tablo 14’te verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %8.2’sinin (n=22) hiç çay tüketmediği, %55.6’sının (n=149) hiç kahve tüketmediği saptanmıştır. Çay tükettiğini belirten 246 (%91.8) kişiden 85’i günde 1-3 bardak, 90’ı günde 4-6 bardak, 23’ü 7-9 bardak ve 18’si on bardaktan daha fazla çay tüketmektedir. Kahve tükettiğini belirten 119 (%44.4) kişiden 71’i günde bir fincan, 31’i günde iki fincan, 12’si günde üç fincan ve beşi günde dört veya beş fincan kahve tükettiğini belirtmiştir.

Tablo 14. Bireylerin Çay-Kahve Tüketme Durumlarının Dağılımı

	n	%		n	%
Çay İçme Durumu			Kahve İçme Durumu		
Evet	246	91,8	Evet	119	44,4
Hayır	22	8,2	Hayır	149	55,6
Çay Miktarı (bardak/gün)			Kahve Miktarı (fincan/gün)		
Hiç çay içmeyen	22	8,2	Hiç kahve tüketmeyen	149	55,6
1-3 bardak	85	31,8	1 fincan	71	26,5
4-6 bardak	90	33,5	2 fincan	31	11,6
7-9 bardak	23	8,6	3 fincan	12	4,5
10 bardak ve üstü	48	17,9	4-5 fincan	5	1,8

Araştırmaya katılan 268 bireyin düzenli egzersiz yapma durumlarının dağılımı Tablo 15’de verilmiştir. Düzenli egzersiz yapmadığını belirtenlerin oranı %78.0’dır (n=209).

Tablo 15. Bireylerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarının Dağılımı

	n	%
Düzenli egzersiz yapmıyor	209	78,0
Düzenli egzersiz yapıyor*	59	22,0
Toplam	268	100,0

* Haftanın en az 5 günü ve günde en az yarım saat orta şiddette egzersiz yapanlar.

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ yüksekliğine göre düzenli egzersiz yapma durumu Tablo 16’da gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere bireylerin BKİ yüksekliği ile düzenli egzersiz yapma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 16. BKİ Yüksekliğine Göre Düzenli Egzersiz Yapma Durumu.

	Düzenli egzersiz					
	Yapmayanlar		Yapanlar		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
BKİ<25	120	75,5	39	24,5	159	59,3
BKİ ≥25	89	81,7	20	18,3	109	40,7
Toplam	209	78,0	59	22,0	268	100,0

* Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

X²: 1,438 SD:1 p:0,227

Araştırmaya katılan bireylerin genel özelliklerine göre düzenli egzersiz yapma durumlarının dağılımlı Tablo 17’de verilmiştir.

Tabloda görüldüğü üzere düzenli egzersiz yapma oranı 20-24 yaş grubunda %35.5 iken, 25-29 yaş grubunda %22.7, 30-34 yaş grubunda %5.4, 35-39 yaş grubunda %18.5, 40 yaş ve üzerinde ise %6.5’tir. Yaş gruplarına göre düzenli egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Cinsiyetlere göre egzersiz yapma durumuna bakıldığında kadınlarda düzenli egzersiz yapanların oranı % 12.7 iken erkeklerde %24.4’tür. Anlamlı bir fark yoktur.

Medeni durumlara bakıldığında bekrlarda düzenli egzersiz yapma oranı %31.4 iken evlilerde 12.2’dir. Medeni duruma göre düzenli egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Çalışma statüsüne göre düzenli egzersiz yapma durumuna bakıldığında, tüm subay ve astsubayda düzenli egzersiz yapma oranı % 10.9 iken, erbaş ve erlerde bu oran %32.1’dir. Tabloda görüldüğü üzere çalışma statüsüne göre düzenli egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Eğitim durumuna göre ise egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarının Dağılımı

Özellikler	Düzenli egzersiz					
	Yapmayanlar		Yapanlar		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yaş*						
20–24	71	64,5	39	35,5	110	41,0
25–29	34	77,3	10	22,7	44	16,4
30–34 [■]	53	94,6	3	5,4	56	20,9
35–39	22	81,5	5	18,5	27	10,1
40 ve üzeri [■]	29	93,5	2	6,5	31	11,6
Cinsiyet**						
Kadın	48	87,3	7	12,7	55	20,5
Erkek	161	75,6	52	24,4	213	79,5
Medeni durum***						
Evli	115	87,8	16	12,2	131	48,9
Bekar	94	68,6	43	31,4	137	51,1
Çalışma statüsü****						
Subay+Astsubay	49	89,1	6	10,9	55	20,5
Er/erbaş [■]	89	67,9	42	32,1	131	48,9
Sivil Memur	71	86,6	11	13,4	82	30,6
Eğitim durumu*****						
Okur-yazar ve İlköğretim	16	64,0	9	36,0	25	9,3
Ortaöğretim	80	76,2	25	23,8	105	39,2
Yüksekokul ve üstü	113	81,9	25	18,1	138	51,5

■ Farkı yaratan gruplar

* $X^2: 25,203$ SD:4 p:0,000 ** $X^2: 3,477$ SD:1 p:0,050
 *** $X^2: 14,339$ SD:1 p:0,000 **** $X^2: 15,185$ SD:2 p:0,000
 ***** $X^2: 4,267$ SD:2 p:0,135

4.3. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Değerlendirmeler

Araştırmaya katılan bireylerin ana ve ara öğün tüketme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, öğün atlama durumları, hangi öğünü atladıkları ve öğün atlama sebeplerinin dağılımı Tablo 18'de verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin %85.1'i (n=228) günde üç ana öğün, %13.1'i (n=35) günde iki ana öğün ve % 1.8'i (n=5) tek ana öğün tüketmektedir. Bireylerin ara öğün tüketme durumlarına bakıldığında günde bir kez ara öğün tüketenlerin oranı %21.3 (n=57), üç kez ara öğün tüketenlerin oranı %16.4 (n=44), üç kez ara öğün tüketenlerin oranı %7.8 (n=21) ve hiç ara öğün yapmadığını belirtenlerin oranı %54.5'tir (n=146).

Araştırmaya katılan 268 bireyin öğün atlama durumuna bakıldığında 114'ünün (%42.6) öğün atlamadığı, 70'inin (%26.1) öğün atladığı ve 84'ünün (%31.3) bazen öğün atladığı görülmektedir. Öğün atladığı saptanan 153 kişiden (%57.4) 36'sı sabah, 66'sı öğle, 13'ü akşam öğününü atladığını belirtmiştir.

Ayrıca sabah ve öğle öğünlerini atlayan 21 kişi (%7.8), öğle ve akşam öğününü atlayan 9 kişi (%3.4), sabah ve akşam öğününü atlayanlar altı kişi (%2.2), her üç öğünü de atlayan 3 (%1.1) kişidir. Öğün atlama nedenlerine bakıldığında 81 kişinin (%30.2) canı istemediği için, 51 kişinin (%19.0) vakit bulamadığı için, 12 kişinin ise (%4.5) zayıflamak veya kilosunu korumak için öğün atladığı saptanmıştır.

Tablo 18. Bireylerin Ana ve Ara Öğün Tüketme Alışkanlığının Değerlendirilmesi

	n	%		n	%
Ana öğün sayısı			Ara öğün sayısı		
Bir ana öğün	5	1,8	Yok	146	54,5
İki ana öğün	35	13,1	Bir ara öğün	57	21,3
Üç ana öğün	228	85,1	İki ara öğün	44	16,4
Öğün atlama			Üç ara öğün	21	7,8
Hayır	114	42,6	Atlanan öğün		
Evet	70	26,1	Öğün atlamayanlar	114	42,6
Bazen	84	31,3	Sabah	36	13,4
Öğün atlama nedeni			Öğle	66	24,6
Öğün atlamayanlar	114	42,6	Akşam	13	4,9
Canım istemiyor	81	30,2	Sabah+öğle	21	7,8
Zayıflamak için	12	4,5	Öğle+akşam	9	3,4
yemiyorum					
Vakit bulamıyorum	51	19,0	Sabah+akşam	6	2,2
Diğer (nöbet vb.)	10	3,7	Sabah+öğle+akşam	3	1,1

Araştırmaya katılan bireylerin TSK statülerine göre öğün atlama durumlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Tablo 19’da görüldüğü üzere çalışma statülerine göre öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Bireylerin TSK Statülerine Göre Öğün Atlama Durumları.

TSK Statü	Öğün Atlama Durumu							
	Hayır*		Evet *		Bazen*		Toplam**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Subay+Astsubay	18	32,7	18	32,7	19	34,6	55	20,5
Er/Erbaş	59	45,0	34	26,0	38	29,0	131	48,9
Sivil Memur	38	46,3	18	22,0	26	31,7	82	30,6
Toplam	115	42,9	70	26,1	83	31,0	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi
X²:3,563 SD:4 p:0,458

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ değerlerine göre öğün atlama durumlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Tablo 20’de görüldüğü üzere BKİ yüksekliğine göre öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05).

Tablo 20. Beden Kitle İndeksine Göre Öğün Atlama Durumunun Değerlendirilmesi.

Öğün atlama durumu								
	Hayır*		Evet *		Bazen*		Toplam**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BKİ<25	76	47,8	34	21,4	49	30,8	159	59,3
BKİ ≥25	39	35,8	36	33,0	34	31,2	109	40,7
Toplam	115	42,9	70	26,1	83	31,0	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi
X²: 5,537 SD:2 p:0,063

Araştırmaya katılan bireylerin yemek yeme hızının ve yeme şekillerinin psikolojik durumlarına göre dağılımı Tablo 21’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %46.7’si (n=125) yemek yeme şeklinin normal olduğunu belirtmiştir. Yemek yeme şeklinin yavaş olduğunu belirtenlerin oranı %17.5 (n=47), hızlı olduğunu belirtenlerin oranı ise %35.8’dir (n=96).

Tabloda görüldüğü üzere, bireylerin %75.0’ı (n=28) yemek yeme şekillerinin psikolojik durumlarına göre değişmediğini ifade ederken, %52.2’si (n=140) üzüntülü veya sevinçli iken daha az yemek yediğini, %14.9’u (n=40) daha fazla yemek yediğini ve %4.9’u (n=13) duruma göre bazen az bazen çok yediğini belirtmiştir.

Tablo 21. Bireylerin Yemek Yeme Hızının ve Yeme Şekillerinin Psikolojik Durumlarına Göre (Üzüntülü veya Sevinçli Olma) Değerlendirilmesi (N=268)

	n	%
Yeme hızı		
Normal	125	46,7
Hızlı	96	35,8
Yavaş	47	17,5
Yeme şekli		
Değişmez	75	28,0
Daha az yerim	140	52,2
Daha fazla yerim	40	14,9
Duruma göre değişir	13	4,9

Araştırmaya katılan bireylerin öğün aralarında besin tüketim durumunun dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılan bireylerin %5.6’sı (n=15) öğün aralarında hiç besin tüketmezken, bireylerin %43.7’si (n=117) öğün aralarında besin tüketmektedir. Öğün aralarında bazen besin tüketenlerin oranı ise %50.7’dir (n=136).

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Bireylerin Öğün Aralarında Besin Tüketme Durumunun Dağılımı

	n	%
Öğün arası besin tüketme		
Evet	117	43,7
Bazen	136	50,7
Hayır	15	5,6
Toplam	268	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin öğün aralarında hangi besinleri tükettiklerinin değerlendirilmesi Tablo 23'te gösterilmiştir. Burada ara öğünle beraber atıştırmalar da kastedilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere bireylerin %58.2'si (n=156) çay ve/veya kahve, %59.0'ı (n=158) kek, bisküvi yada cips tükettiğini belirtmiştir. Meyve ve/veya çiğ sebze tüketenlerin oranı %36.2 (n=97), kuruyemiş tüketenlerin oranı %23.5'tir (n=63). Öğün aralarında süt, yoğurt ve/veya ayran tüketenlerin oranı %13.8 (n=37), meşrubat ve/veya meyve suyu tüketenlerin oranı %25.0 (n=67), kola-gazoz-fanta gibi asitli içecekleri tüketenlerin oranı %28.0'dır (n=75). Ayrıca 8 kişi (%3.0) öğün aralarında tatlı tükettiğini belirtmiştir.

Tablo 23. Öğün Aralarında Hangi Besinlerin Tüketildiğinin Değerlendirilmesi

Tüketilen besinler	Evet+Bazen		Hayır	
	n	%*	n	%*
Çay-kahve	156	58,2	112	41,8
Kek-bisküvi-cips..	158	59,0	110	41,0
Meyve- çiğ sebze	97	36,2	171	63,8
Kuruyemiş	63	23,5	205	76,5
Süt-yoğurt-ayran	37	13,8	231	86,2
Meşrubat-meyve suyu	67	25,0	201	75,0
Kola-gazoz-fanta ..	75	28,0	193	72,0
Tatlı	8	3,0	260	97,0

* Satır yüzdesi

“Sizce aşağıdaki sağlıklı beslenme seçeneklerinden hangisi/hangileri önemlidir?” sorusuna verilen yanıtların dağılımı Tablo 24'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan 268 bireyin sağlıklı beslenme seçeneklerine verdikleri “çok önemli” ve “önemli” ile “önemli değil” ve “hiç önemli değil” yanıtları birlikte değerlendirilmiştir. Genel beslenmelerinde yağ oranının düşük olmasının önemli olmadığını belirtenlerin oranı %36.9 (n=99) iken önemli olduğunu belirtenlerin oranı %63.1'dir (n=169). Tuz oranının düşük olmasının önemli olmadığını belirtenlerin oranı %49.6 (n=133) iken, vitamince zengin beslenme önemli değildir diyenlerin

oranı %28.0 (n=75) ve özellikle posadan zengin sebze ve meyve ağırlıklı beslenme önemli değildir diye belirtenlerin oranı %31.3'tür (n=84).

Tablo 24. Sağlıklı Beslenme Seçeneklerinin Değerlendirilmesi^A

	Önemli Değil+ Hiç Önemli Değil		Çok önemli +Önemli	
	n	%*	n	%*
Tuz oranı düşük	133	49,6	135	%50,4
Yağ oranı düşük	99	36,9	169	%63,1
Sebze-meyve ağırlıklı	84	31,3	184	%68,7
Vitamince zengin	75	28,0	193	%72,0

* Satır yüzdesi ^A: Birden fazla işaretleme olmuştur.

Araştırmaya katılan 268 bireyin cinsiyete göre sağlıklı beslenme seçeneklerinin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 25'te görüldüğü üzere sağlıklı beslenme ile ilgili 'yağ oranı düşük' seçeneğinin önemli olduğunu belirten kadın bireylerin oranı erkek bireylerden anlamlı derecede fazladır (p<0,005).

Tablo 25. Cinsiyete Göre Yağ Oranı Düşük Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

	Yağ Oranı Düşük					
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kadın	10	18,2	45	81,8	55	20,5
Erkek	89	41,8	124	58,2	213	79,5
	99	36,9	169	63,1	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi

X²:10,453 SD:1 p:0,001

Tablo 26’da görüldüğü üzere sağlıklı beslenme seçeneklerinden ‘tuz oranının düşük olması önemlidir’ diye belirten kadın ve erkek bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Cinsiyete Göre Tuz Oranı Düşük Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

Tuz Oranı Düşük						
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kadın	23	41,8	32	58,2	55	20,5
Erkek	110	51,6	103	48,4	213	79,5
	133	49,6	135	50,4	268	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi
 $X^2:1,688$ SD:1 $p:0,195$

Tablo 27’de görüldüğü üzere ‘vitamince zengin beslenme önemlidir’ diye belirten kadın ve erkek bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Cinsiyete Göre Vitamince Zengin Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

Vitamince Zengin						
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kadın	10	18,2	45	81,8	55	20,5
Erkek	65	30,5	148	69,5	213	79,5
	75	28,0	193	72,0	268	100,0

*sıra yüzdesi **sütun yüzdesi
 $X^2:3,300$ SD:1 $p:0,060$

Tablo 28’de görüldüğü üzere sebze-meyve ağırlıklı beslenme önemlidir diye belirten kadın bireylerin oranı erkek bireylerden anlamlı derecede fazladır ($p<0,005$).

Tablo 28. Cinsiyete Göre Sebze-Meyve Ağırlıklı Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

Sebze-Meyve Ağırlıklı Beslenme						
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Kadın	7	12,7	48	87,3	55	20,5
Erkek	77	36,2	136	63,8	213	79,5
	84	31,3	184	68,7	268	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi
 $X^2:11,145$ SD:1 p:0,000

Araştırmaya katılan 268 bireyin eğitim durumlarına göre sağlıklı beslenme seçeneklerinin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 29’da görüldüğü üzere eğitim seviyesi yükseldikçe yağ oranı düşük beslenmenin önemli olduğunu belirten bireylerin oranı artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$).

Tablo 29. Eğitim Durumuna Göre Yağ Oranı Düşük Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

Yağ Oranı Düşük						
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Okur-yazar ve İlköğretim	16	64,0	9	36,0	25	9,3
Ortaöğretim	52	49,5	53	50,5	105	39,2
Yüksekokul ve Üniversite	31	22,5	107	77,5	138	51,5
Toplam	99	36,9	169	63,1	268	100,0

*sadır yüzdesi **sütun yüzdesi
 $X^2: 27,411$ SD:2 p:0,000

Tablo 30’da görüldüğü üzere eğitim durumuna göre sağlıklı beslenme seçeneklerinden tuz oranının düşük olmasının önemli olduğunu belirten bireyler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 30. Eğitim Durumuna Göre Tuz Oranı Düşük Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

	Tuz Oranı Düşük					
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Okur-yazar ve İlköğretim	14	56,0	11	44,0	25	9,3
Ortaöğretim	57	54,3	48	45,7	105	39,2
Yüksekokul ve Üniversite	62	44,9	76	55,1	138	51,5
Toplam	133	49,6	135	50,4	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi
 $X^2:2,537$ SD:2 $p:0,281$

Tablo 31’de görüldüğü üzere eğitim seviyesine göre vitamince zengin beslenmenin önemli olduğunu belirten bireyler arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,005$).

Tablo 31. Eğitim Durumuna Göre Vitamince Zengin Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

	Vitamince Zengin					
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Okur-yazar ve İlköğretim	14	56,0	11	44,0	25	9,3
Ortaöğretim	36	34,3	69	65,7	105	39,2
Yüksekokul ve Üniversite	25	18,1	113	81,9	138	51,5
Toplam	75	28,0	193	72,0	268	100,0

*satur yüzdesi **sütun yüzdesi
 $X^2:18,473$ SD:2 $p:0,000$

Tablo 32’de görüldüğü üzere eğitim durumlarına göre sebze-meyve ağırlıklı beslenmeyi önemli değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,005$).

Tablo 32. Eğitim Durumuna Göre Sebze-Meyve Ağırlıklı Beslenme Seçeneğinin Değerlendirilmesi

	Sebze-Meyve Ağırlıklı					
	Önemli Değil		Önemli		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%**
Okur-yazar ve İlköğretim	11	44,0	14	56,0	25	9,3
Ortaöğretim	43	41,0	62	59,0	105	39,2
Yüksekokul ve Üniversite	30	21,7	108	78,3	138	51,5
Toplam	84	31,3	184	68,7	268	100,0

■ Farkı yaratan grup

*sıtr yüzdesi **sütun yüzdesi

$X^2:12,282$ SD:2 $p:0,002$

4.4. Bireylerin Yeme Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin yeme bozukluğu açısından değerlendirilmesi yapılmıştır. Uygulanan yeme tutum testine (YTT) verilen yanıtların dağılımı Tablo 33'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin yeme tutum testine verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında '*Kilolu almaktan korkarım*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %7.8 (n=21), 'çok sık' diyenlerin oranı %4.5 (n=12) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %17.2'dir (n=46). '*Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %2.6 (n=7) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %8.6'dır (n=23). '*Yedikten sonra kendimi oldukça suçlu hissederim*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %0.7 (n=2), 'çok sık' diyenlerin oranı %1.5 (n=4) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %5.6'dır (n=15). '*Sürekli olarak daha zayıf olma isteği duyarım*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %5.6 (n=15), 'çok sık' diyenlerin oranı %4.9 (n=13) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %11.6'dır (n=31). '*Egzersiz yaparken kalori yakmayı düşünürüm*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %9.7 (n=26), 'çok sık' diyenlerin oranı %3.7 (n=10) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %15.7'dir (n=42). '*Aklımda sürekli şişman olduğum düşüncesi var*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %3.4 (n=9), 'çok sık' diyenlerin oranı %3.7 (n=10) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %9.3'tür (n=25). '*İçerisinde şeker olan gıdalardan kaçınırım*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %1.9 (n=5), 'çok sık' diyenlerin oranı %1.1 (n=3) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %9.0'dır (n=24). '*Yiyecekler hayatımı kontrol eder*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %6.7 (n=18), 'çok sık' diyenlerin oranı %1.9 (n=5) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %11.2'dir (n=30). '*Midemin boş olmasından hoşlanırım*' ifadesine 'sürekli/daima' yanıtını verenlerin oranı %1.1 (n=3), 'çok sık' diyenlerin oranı %0.7 (n=2) ve 'sıklıkla' diyenlerin oranı %5.2'dir (n=14).

Tablo 33. Bireylerin Yeme Tutum Testi Yanıtlarının Dağılımı

İfadeler	Hiç-nadiren- bazen	Sıklıkla	Çok sık	Sürekli- daima
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kilolu almaktan korkarım.	189(70,5)	46(17,2)	12(4,5)	21(7,8)
Aç olduğumda yemekten kaçınırım.	256 (95,5)	10(3,7)	1(0,4)	1(0,4)
Sürekli yemek düşünürüm.	226 (84,3)	35(13,1)	3(1,1)	4(1,5)
Yemek yemeği durduramadığım zamanlar olur.	234 (87,5)	30(11,2)	4(1,5)	-
Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.	238 (88,8)	23(8,6)	-	7(2,6)
Başkalarının benim daha çok yemem gerektiğini düşündüklerini hissediyorum.	225(84,0)	20(7,5)	6(2,2)	17(6,3)
Yemek yedikten sonra kusarım.	266(99,3)	1(0,4)	-	1(0,4)
Yedikten sonra kendimi oldukça suçlu hissedirim.	247(92,2)	15(5,6)	4(1,5)	2(0,7)
Sürekli olarak daha zayıf olma isteği duyarım.	209(78,0)	31(11,6)	13(4,9)	15(5,6)
Egzersiz yaparken kalori yakmayı düşünürüm.	190(70,9)	42(15,7)	10(3,7)	26(9,7)
Başkaları benim çok zayıf olduğumu düşünür.	222(82,8)	19(7,1)	8(3,0)	19(7,1)
Aklımda sürekli şişman olduğum düşüncesi var.	224(83,6)	25(9,3)	10(3,7)	9(3,4)
İçerisinde şeker olan gıdalardan kaçınırım.	236(88,1)	24(9,0)	3(1,1)	5(1,9)
Diyet gıdalar tüketirim.	254(94,8)	9(3,4)	3(1,1)	2(0,7)
Yiyecekler hayatımı kontrol eder.	215(80,2)	30(11,2)	5(1,9)	18(6,7)
Başkalarının bana yemek yemem konusunda baskı yaptığını hissediyorum.	242(90,3)	17(6,3)	5(1,9)	4(1,5)
Yiyecekler zihnimi çok meşgul ediyor. (Aklım fikrim yemekte.)	236(88,1)	18(6,7)	10(3,7)	4(1,5)
Tatlı yedikten sonra kendimi huzursuz hissediyorum.	242(90,3)	20(7,5)	4(1,5)	2(0,7)
Sıkça diyet yaparım.	247(92,2)	15(5,6)	2(0,7)	4(1,5)
Midemin boş olmasından hoşlanırım.	249(92,9)	14(5,2)	2(0,7)	3(1,1)
Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	261(97,4)	5(1,9)	-	2(0,7)

Bireylerin Yeme Tutum Testi (YTT) puanlarının dağılımı Tablo 34'te gösterilmiştir. YTT uygulanan 268 bireyin 77'si (%28.6) yapılan değerlendirmede sıfır puan almamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin YTT puanlarının önemlilik değerlendirmesinde 20 ve üstü puan alan dört kişinin (%1.5) yeme bozukluğu belirtilerine sahip olduğu belirlenmiştir. Yeme bozukluğu riski taşıdığı tespit edilen dört bireyin üçü erkek, biri kadındır.

Tablo 34. Bireylerin Yeme Tutum Testi Puanlarının Dağılımı

YTT Puanı	n	%
0 puan	77	28,7
1-9 puan	155	57,9
10-19 puan	32	11,9
20 puan ve üstü	4	1,5
Toplam	268	100,0

4.5. Temel Besin Grupları Tüketim Sıklığının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin besin tüketim sıklığı Tablo 35'te verilmiştir. Katılımcıların temel besin tüketim sıklıklarına göre dağılımlarına bakıldığında sütü seyrek tükettiğini bildirenlerin oranı; yağlı süt için %67.5 iken yarım yağlı süt için %80.2 ve yağsız süt için %94.4'tür. Her gün veya günde bir tüketim oranları; yağlı süt için %10.1, yağlı yoğurt için %29.1 ve yağlı ayran için %20.9'dur. Yağlı peynirin sık ve orta sıklıkta tüketim oranı %59.7, yarım yağlı peynirin ise %27.6'dır. Yumurta'yı her gün ve günde bir (sıkça) tüketenlerin oranı %14.6, haftada bir veya iki kez tüketenlerin oranı %42.9 ve seyrek tüketenlerin oranı %42.5'tir.

Kırmızı et tüketim sıklığına bakıldığında her gün veya günde bir tüketenlerin oranı %22.4, haftada bir veya iki kez tüketenlerin oranı %43.3 ve haftada birden az tüketenlerin oranı % 34.3 olarak saptanmıştır. Tavuğu sık ve orta sıklıkta tükettiğini bildirenlerin oranı derisiyle birlikte %33.6 ve derisiz %55.3'tür. Balığın tüketim sıklığına bakıldığında, seyrek (haftada birden az) tüketim oranı yaz aylarında %80.2, kış aylarında %54.4'tür. Kuru baklagillerin sık ve orta sıklıkta tüketim oranları yaz aylarında %44.4 ve kış aylarında % 64.9 iken seyrek tüketim oranları yaz aylarında %55.6 ve kış aylarında %35.1'dir.

Sebze ve meyve tüketimine bakıldığında araştırmaya katılan 268 bireyin %42.2'si her gün veya günde bir sebze, %53.4'ü meyve tüketmektedir. Her gün veya günde bir beyaz ekmek tüketim oranı %81.3 iken kepekli ekmek tüketim oranı %13.1'dir. Bulgur, makarna ve pirinç tüketim sıklıklarına bakıldığında, haftada bir veya iki kez bulgur tüketenlerin oranı %42.5, haftada bir veya iki kez makarna tüketenlerin oranı %48.1 ve haftada bir veya iki kez pirinç tüketenlerin oranı %54.1 olarak saptanmıştır. Her gün veya günde bir (sık) şeker, bal, reçel tüketim oranı %42.2 iken seyrek tüketim oranı %25.7'dir.

Yağ türlerinin tüketim sıklığına bakıldığında; her gün veya günde bir tüketilen katı yağlardan tereyağı oranı %11.9 ve margarin oranı %10.8'dir. Sıvı yağların her gün veya günde bir tüketim oranlarına bakıldığında zeytinyağı oranı %28.4 ayçiçeği yağı oranı %56.0 ve mısırözü yağı oranı %14.2 olarak saptanmıştır. Yağ türlerinin seyrek tüketim oranlarına bakıldığında; bireylerin %64.2'sinin tereyağını, bireylerin %95.9'unun kuyrukyağını, bireylerin %69.8'inin margarini, bireylerin %49.6'sının zeytinyağını, bireylerin %95.1'inin fındık yağını, bireylerin %26.5'inin ayçiçeği

yağını ve bireylerin %73.5'inin de mısırözü yağını haftada birden az tükettiği saptanmıştır.

Tablo 35. Besin Grupları Tüketim Sıklığı (%)

		Her gün/ Günaşırı (sık)	Haftada 1–2 (orta)	Haftada 1'den az (seyrek)
BESİNLER				
Süt	Yağlı	10,1	22,4	67,5
	Yarım yağlı	8,6	11,2	80,2
	Yağsız	3,0	2,6	94,4
Yoğurt	Yağlı	29,1	32,5	38,4
	Yarım yağlı	11,6	15,7	72,7
	Yağsız	3,0	5,6	91,4
Ayran	Yağlı	20,9	35,8	43,3
Peynir	Yağlı	41,0	18,7	40,3
	Yarım yağlı	16,4	11,2	72,4
	Yağsız	1,5	3,4	95,1
Yumurta		14,6	42,9	42,5
Kırmızı et		22,4	43,3	34,3
Tavuk	Derili	10,4	23,2	66,4
	Derisiz	14,6	40,7	44,7
Balık	Yaz	3,0	16,8	80,2
	Kış	6,0	39,6	54,4
Kurubaklagil	Yaz	8,6	35,8	55,6
	Kış	11,6	53,3	35,1
Taze sebze		42,2	33,2	24,6
Taze meyve		53,3	28,4	18,3
Ekmek	Beyaz	81,3	8,6	10,1
	Kepekli	13,1	8,6	78,3
Bulgur		18,7	42,5	38,8
Makarna		13,1	48,1	38,8
Pirinç		16,0	54,1	29,9
Şeker, bal, reçel		42,2	32,1	25,7
Yağlar	Ayçiçek yağı	56,0	17,5	26,5
	Zeytinyağı	28,4	22,0	49,6
	Mısırözü yağı	14,2	12,3	73,5
	Tereyağı	11,9	23,9	64,2
	Margarin	10,8	19,4	69,8
	Fındık yağı	1,5	3,4	95,1
	Kuyruk yağı	1,1	3,0	95,9
	Soya yağı	0,7	6,0	93,3

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Malatya Asker Hastanesinde 2007 yılında görev yapan 268 personele uygulanan anket formundan elde edilen sonuçlar tartışılmıştır. Araştırmanın tartışma bölümü, bulgular bölümüne uygun olarak 5 bölümde incelenmiştir.

5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması

Malatya Asker Hastanesinde görev yapan 268 personelin çoğunluğunu erkek bireyler oluşturmaktadır (%20.5 kadın, %79.5 erkek). Yaşları 20-52 arasında olup, yaş ortalaması 28.66 ± 8.02 'dir. Bireylerin çoğunluğu 20-24 yaş grubundadır (%41.0) ve yarıdan fazlası (%51.1) bekârdır. Eğitim durumlarına göre bireylerin çoğunluğu (%43.7) yüksekokul veya üniversite mezunudur.

Araştırma kapsamındaki personelin yaş ortalamasının düşük olması askerliğini yapan genç erişkin erkeklerden (%48.9) kaynaklanmaktadır. Ayrıca eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir (21).

Araştırmaya katılan bireylerin bölgelere göre dağılımına bakıldığında tüm bölgelere dengeli bir dağılım gösterdiği söylenemez. Çoğunluğu İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgeleri oluşturmaktadır. (İç Anadolu Bölgesi %23.5, Doğu Anadolu Bölgesi %22.8). Ülkenin farklı bölgelerinden gelen askeri personelin yanı sıra çoğunluğu aynı yerde görev yapan sivil personelin varlığı (%30.6) etkili olmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunu doktor, diş hekimi, veteriner hekim, eczacı, psikolog, biyolog, kimyager gibi profesyonel meslek gruplarına mensup bireyler (%26.9) ile hemşire, teknisyen, laborant, sağlık memuru gibi yardımcı profesyonel meslek gruplarına mensup bireyler (%29.5) oluşturmaktadır. Çoğunluğu 20-24 yaş arasında olan ve hastanede farklı birimlerde görev yapan erbaş

ve erlerin sivil hayattaki meslekleri sorulduğunda işsiz olduğunu belirtenlerin oranı (%3.4) oldukça düşük bulunmuştur.

5.2. Genel Sağlık Durumu İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin %20.9'u sürekli bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir. Sağlık sorunu olduğunu belirten bireylerin %10.8'i sürekli ilaç kullanmaktadır. Sağlık sorunları içinde en fazla görülen hepatit daha sonra hipertansiyon ve bel fıtığıdır (%3.0 - %1.8- %1.8).

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 28.6 ± 8.0 yıl, boy ortalaması 172.6 ± 8.3 cm, kilo ortalaması 72.4 ± 12.4 ve ortalama BKİ değerleri 24.2 ± 3.2 'dir.

DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre araştırmamıza katılanların %57.5'i normal (BKİ<25), %34.7'si fazla kilolu (BKİ ≥ 25) grubuna girmektedir. Çok zayıf (%1.8) ve obez (%6.0) olan bireylerin oranı oldukça düşüktür.

20 yaş üzeri 24.788 birey üzerinde yapılan TURDEP (Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi) çalışmasına göre, obezite prevalansı %22.3 (BKİ ≥ 30 kg/ m²), kadınlarda %29.9, erkeklerde %12.9 olarak belirlenmiştir (40). Genel popülasyona göre şişmanlık oranının bizim çalışmamızda düşük olması çalışmanın askeri bir kurumda yapılmış olmasından ileri gelmektedir. Çok zayıf ve aşırı kilolu bireyler (Boya Göre Standart Ağırlık Çizelgesinde belirtilmiş alt ve üst sınırlara bakılarak) TSK Sağlık Yeteneği Yönetmeliğine göre değerlendirilmektedir (11).

Mamak MEBS okulundaki 706 asker ile gerçekleştirilmiş bir çalışmada katılımcıların BKİ'lerine göre fazla kilolu olma ve obezite sıklığı %22.0 olarak bulunmuştur (41). Bizim çalışmamızda da fazla kilolu olma ve obezite sıklığı askerlerde %26.0'dır. Bu sonuçların birbirine yakın olduğu söylenebilir.

Araştırmamıza katılan erkeklerin BKİ değerleri ortalaması, kadınlardan anlamlı derecede fazladır. Kadınlarda fazla kilolu ve obez bireylerin oranı (BKİ ≥ 25) %21,8 iken erkeklerde %45,5 tespit edilmiştir. Bu durum genel popülasyonun tersidir. Normal kilonun üzerinde olan tüm bireylerin oranı ise %40,7'dir. 1999–2000 yılları arasında 23.888 erişkin üzerinde yapılan TOHTA (Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması) çalışmasının kohortunda kadınların %50'si, erkeklerin

%40'ı ve genel erişkin toplumun %44,4'ünün normal kilonun üzerinde olduğu saptanmıştır (32). Amerikan toplumunda beden kitle indeksine göre de bireylerin %35'i kilolu, %26'sı obezdir (38).

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi tarafından yapılan beyana dayalı Ulusal Hanehalkı Araştırması sonuçları incelendiğinde ülkemizde aşırı kilolu olanların oranı %31.35, obezite oranı ise %12.02 bulunmuştur. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınların %28.93'ü aşırı kilolu, %14.49'u obez, erkeklerin ise %33.64'ü aşırı kilolu ve %9.70'i obezdir (32).

Eker'in (54) Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerden oluşan örneklemdaki erkeklerin yarısı (%53.6) fazla kilolu ($BKİ \geq 25$) bulunmuştur. Öner'in (55) Edirne ilini örneklediği tezinde ise kilolu erkeklerin oranı %42.8'dir. Bizim araştırmamızdaki kilolu erkeklerin oranı (%45.5) ile benzerlik göstermektedir.

Sigara içmeyen 18-94 yaşlarında 8750 kadınla yapılan bir çalışmada; BKİ ve bel/kalça oranları hesaplanarak, bunların mortalite ve kronik hastalıklarla (glikoz intoleransı, hiperinsülinemi, trigliserit- HDL kolesterol yüksekliği) bağlantısı belirlenmiştir. Sonuçta vücuttaki yağ kitlesi, kilo ve BKİ arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşa ve cinsiyete bağlı olarak sağlık riskleri değişmektedir (56).

Araştırmamıza katılan bireylerin çalışma statülerine göre yaptığımız değerlendirmede subay ve astsubayların BKİ değerleri askerliğini yapmakta olan erbaş/erlerden ve diğer sivil personelden anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Bu durum subay ve astsubaylardaki düzenli egzersiz yapma oranının erbaş ve erlerden daha düşük olması ile beraber yapılan çalışmaların BKİ'nin yaşla beraber arttığını göstermesiyle açıklanabilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %9.3'ü anketlerin uygulandığı dönemde diyet yapmakta olduğunu belirtmiştir. En çok uygulanan diyet zayıflama diyetidir. Zayıflama diyetleri davranış değişikliğine yol açmadığı sürece sık sık tekrarlanmaktadır. Vücut ağırlığının denetiminde davranış değişikliği tedavisi, fazla kiloya neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir (32).

Sanayileşmekte olan ülkelerde kilo vermeyi isteyen bireylerin oranı oldukça yüksektir. Kanada'da yapılan bir çalışmada kadınların %53'ü, erkeklerin %34'ü kilo

vermeyi istemektedir. Ayrıca kilo vermek isteyen kadınların oranı erkeklerden fazladır. Pek çok birey kilo vermek hedeflerinde başarılı olamamaktadır. Yapılan çalışmalar düşük kalorili diyetlerin uzun vadede kalıcı sonuçlar elde edilmesinde yeterince etkili olmadığını göstermektedir. Kilolu yada obez bireylerin ancak %20-30'unun verdikleri kiloları bir ile üç yıllık bir süre koruyabildikleri, daha azının ise üç ile beş yıl sonra yine eski kilolarına döndükleri tespit edilmiştir. Kanada'da kadın ve erkeklerin diyet öyküleri alınarak yapılan bir çalışmada tüm bireylerde diyet yapanların oranı %8.2 bulunmuştur. Ayrıca son 10 yıl içerisinde diyet yapanların oranı %25.7'dir. Bu oran kadınlarda (%31.8), erkeklerden (%16.8) fazla bulunmuştur (57).

Diyet yapma, gittikçe artan yaygınlığı nedeniyle sağlık alanında dikkati çeken konulardan biri olmuştur. Genç kızlar arasında yaygınlığı oldukça yüksektir ve %14 ile %77 arasında değişen oranlar bildirilmektedir. Diyet yapanlar, yapmayanlara göre genel olarak daha kilolu olmalarına karşın medikal standartlara göre obez, hatta fazla kilolu ölçütlerini karşılamamaktadır. Diyetle ilişkili sağlık sorunları arasında, yeme bozuklukları, kilo alma ve verme döngüsüne bağlı olarak kendilik saygısında azalma, kardiyovasküler risk artışı ve ölüm sayılmaktadır. Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılmasının yapıldığı bir çalışmada kız ergenlerin %43'ü daha zayıf olmayı istediğini belirtirken, erkek ergenlerde bu oran %18.3'tür. Bu konuda yapılan birçok çalışmada, kızların erkeklere oranla, bedenlerinden daha az hoşnut olduğu ve daha zayıf beden ideali taşıdıkları bildirilmektedir. Aynı araştırma da kızların %29.8'i, erkeklerin ise %8.3'ü sık diyet yapan grupta yer almaktadır. Diyet yapma ve beden hoşnutsuzluğu arasındaki güçlü bağlantı literatürdeki birçok çalışmada yer almaktadır (58).

Yetişkinlerde kilo artışı ve obezitenin yeme davranışları ile ilişkisini saptamaya yönelik İngiltere'de yaşayan 55-65 yaşlarında 638 sağlıklı kadınla yapılan bir çalışma sonucunda yeme davranışlarının obezitenin önlenmesinde önemli bir role sahip olduğu saptanmıştır (59).

Araştırmamıza katılan bireylerin yarıya yakını (%47.4) hiç sigara kullanmamaktadır. Erkeklerin sigara kullanma oranları kadınlardan anlamlı derecede fazladır. Eğitim durumlarına göre yaptığımız değerlendirmede eğitim seviyesi

yükseldikçe hiç sigara kullanmayanların oranı da azalmaktadır, ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğretim elemanlarında yapılan bir çalışmada sigara içmenin yaygın olduğu bulunmuştur. Öğretim elemanlarının sigaranın zararları ile ilgili eğitim alma oranları ise yüksektir. Öğretim elemanlarının sigaranın zararları ile ilgili eğitim almalarının 'onların' sigara içiciliklerini etkilememesi ise en çarpıcı bulgudur. Eğitimlerin Sağlık Bakanlığı'na ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı kurumlardan verilme oranları oldukça yetersizdir. Muğla Sağlık Yüksekokulu'nda sigaranın zararları ile ilgili gerçekleştirilmiş sektörler arası eğitim çalışmalarının yetersiz olduğu saptanmıştır. Öğretim elemanlarının bildirdiği eğitim dışında sigaraya karşı alınması gereken başlıca önlemler, toplumsal eğitim ve bilinçlendirme (%38.7), yasak ve cezaların uygulanması (%32.2), medyanın etkin kullanımıdır (%29.1). Öğretim elemanlarının cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, sigaraya başlama yaşı, ailesinde sigara içenlerin olması, sigaranın zararları ile ilgili eğitim alması sigara içicilikleri üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (60).

1995 yılında yapılan TEKHARF çalışmasında, 2160 sağlıklı erişkinde koroner risk faktörü olarak sigara içimi değerlendirilmiş ve sigara içme oranı %37.6 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışma 300 erkek bakanlık personeli ile yapılmış ve çalışmada sigara içme oranı %50.3 olarak bulunmuştur (56). Bizim çalışmamızda sigara içme oranı %52.6'dır. Amerikan toplumunda ise yetişkin bireylerin %21'i sigara içiyor ve %21'i daha önce sigara içmiş (39).

Türkiye'de sağlıklı genç erişkin erkeklerde koroner risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada sigara içme oranı %39.8 bulunmuştur. TEKHARF çalışmasının benzer alt grubu ile karşılaştırıldığında, tümü yüksek okul öğrencisi olan bu kişilerde bile sigara, önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Günlük içilen sigara miktarı nispeten düşük olmasına rağmen, HDL-kolesterol düşüklüğü ile sigara içimi ve miktarı arasında bağımsız bir ilişki vardır. Toplumumuzun bir yarısı olan sigara içiminin azaltılması ile yukarıda bahsedilen olumlu yaşam şeklinin özendirilmesini hedefleyen sağlık politikaları halkımızın kalp ve damar hastalıkları açısından daha sağlıklı olmasını sağlayacak, buna paralel olarak sağlık harcamaları azalacaktır (34).

Araştırmamıza katılan 268 bireyin yarısından fazlasının (%52.6) hiç alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Ancak çalışma grubumuzda yer alan erbaş ve erlerin askerlik süresince alkol kullanmaları ilgili yönetmelik gereği yasaklanmıştır. Askerliğini yapan erbaş veya erler hariç tutularak yapılan analizde alkol kullanma oranı %47.4 bulunmuştur.

Aşırı alkol tüketimi fiziksel ve zihinsel sağlığı, işi, sosyal ve kişisel ilişkileri etkileyebilir. Aşırı alkol tüketimi ile ilişkili sağlık riskleri; karaciğer hastalığı (karaciğer sirozu), alkol bağıntılı anemi ve beslenme hastalığı, kronik pankreas kireçlenmesi, kalp kası zedelenmesi (kardiyomiyopati), ve alkolden kaynaklanan bunamadır. Aşırı alkol tüketimi ayrıca yüksek kan basıncı, beyin kanaması (inme), koroner kalp hastalığı ve kalp atışı düzensizliği risklerini de artırır. Günde 10 birimden fazla alkol alan kişilerde psikiyatrik bozukluklar da daha yaygındır. Bu bozukluklar; depresyon, intihar ve intihara teşebbüs, kişilik bozuklukları, cinsel sorunlar, sayıklama nöbetleri ve hafıza kaybıdır (61).

Araştırmamıza katılan bireylerin çay-kahve tüketme durumlarına bakıldığında günde en az 1 bardak çay içme oranı %91.8 ve günde en az bir fincan kahve içme oranı %44.4 bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan 268 bireyin %78'i düzenli egzersiz (haftanın en az 5 günü ve günde en az yarım saat orta şiddette egzersiz) yapmadığını belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 7 coğrafi bölgede, 7 ilde 30 yaş üstü 15.468 bireyde yapılan ve "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" çalışmasına göre Türkiye'de bireylerin sadece %3.5'inin düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı tespit edilmiştir (32). Bizim çalışmamızda düzenli egzersiz yapma oranı yaş gruplarına göre 20-24 yaş grubunda %35.5 iken, 25-29 yaş grubunda %22.7, 30-34 yaş grubunda %5.4, 35-39 yaş grubunda %18.5, 40 yaş ve üzerinde ise %6.5'tir.

Sağlık personelinin, hastaların fiziksel aktivite davranışını geliştirmede potansiyel olarak önemli rolleri vardır. Hekimler hastaları ile düzenli olarak iletişim kurmaktadır ve hastaların onlara olan güvenleri fazladır. Bu potansiyellerine rağmen çoğu hekim hastasına fiziksel aktivite konusunda danışmanlık yapmamaktadır. Kendileri düzenli egzersiz yapan hekimler fiziksel aktivite danışmanlığı konusunda daha başarılıdırlar (31). Ancak sağlık personeli ile yaptığımız çalışmamızda düzenli

egzersiz yapma oranı oldukça düşük bulunmuştur. Hekimlerin tamamına yakını sedanter bir yaşam sürmektedir.

Ülkemizde obezitenin artmasına neden olan faktörlerden biri de hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşmasıdır. Düzenli fiziksel aktivitenin sağlıklı yaşam tarzının temel unsuru olduğu bilinmekte, fiziksel aktivitesi artmış bir toplumun sağlık harcamalarının çok ciddi düzeyde azaldığı ve ülke ekonomisine çok büyük katkısının olacağı kabul edilmektedir. Fiziksel hareket alışkanlığının yeterli olması durumunda iskemik kalp hastalığına bağlı 31.519, iskemik inmeyle bağlı 10.269 ölümün önlenebileceği hesaplanmaktadır. Önlenilen hastalık yüküne bakıldığında ise fiziksel hareketliliğin yeterli olması halinde iskemik kalp hastalığına bağlı 300.850 DALY (Sakatlığa bağlı kayıp yaşam yılı) önlenilmektedir. Aynı şekilde 101.578 iskemik inme, 37.456 şeker hastalığı toplamda ise 464.627 DALY önlenilmekte, bu da tüm hastalık yükünün %4.3'üne denk gelmektedir (32).

CDC verilerine göre fiziksel aktivitenin kanıtlanmış faydalarına rağmen Amerika'daki erişkinlerin %60'ı düzenli egzersiz yapmamaktadır ve %25'i ise tamamen sedanter bir yaşam sürmektedir (63). Egzersiz yapmamanın gelişmiş ülkelerde de ciddi bir sorun olduğu görülmektedir.

Amerikalı 25-64 yaşlarındaki yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada sedanter yaşam koşulları ve aşırı besin tüketimi ile tüm dünyada artan BKİ ve obezite prevalansı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Fiziksel aktivite, besin tercihleri, alkol tüketimi ve sigara kullanımı ile BKİ ve obezite ilişkisinin incelendiği çalışma 1982, 1987, 1992 ve 1997 yıllarında tekrarlanmış, "normal kilonun korunmasında fiziksel olarak aktif olmak, sağlıklı besin tercihleri yapmak, sigaradan uzak durup, ılımlı düzeyde alkol tüketmek etkilidir" sonucuna varılmıştır (64).

BKİ ortalamasının yüksek oluşunun bir nedeni de egzersiz alışkanlığının az oluşudur. Ancak bizim çalışmamızda araştırmaya katılan bireylerin BKİ yüksekliğine göre düzenli egzersiz yapma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş, medeni durum ve çalışma statüsüne göre düzenli egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bakanlıkların merkez teşkilatlarında çalışan erkeklerde obezite durumunu saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 300 kişinin %49'unun üniversite mezunu olup %62.7'sinin öğün atladığı, bireylerin

%40.4'ünün besinlerini hızlı tükettiği, %50.3'ünün sigara kullandığı, %81.7'sinin spor yapmadığı, %80.0'inin herhangi bir sağlık sorunu olmadığı belirlenmiştir. BKİ sınıflamalarına göre erkeklerin %4.3'ü zayıf, %40.6'sı normal ağırlıkta, %41.3'ü hafif obez, %13.6'sı obezdir. Veriler obezitenin toplumda önemli bir problem olduğunu göstermektedir (65).

İçen'in 2006 yılında 305 obez birey (105 kadın ve 15 erkek) üzerinde yaptığı çalışmada, beslenme durumunun ve beslenmeyi etkileyen faktörlerin, fiziksel aktivite ve sosyal durumu ile ilişkili özellikleri değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışmada, fazla kilolu olmanın günlük yaşam ve kişiler arası ilişkiler üzerine olan etkisini incelediğinde, araştırmaya katılan 148 birey (%48.5) şişmanlığın sağlıklarını her zaman olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Bu konuda grubun genel eğilimini değerlendirdiğinde en çok etkilenenin 'sağlık', en az etkilenenin ise 'cinsel yaşam' olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin %18.4'ü spor yaparken, %81.6'sı spor yapmamaktadır. Çoğunlukla yapılan sporun yürüyüş olduğu tespit edilmiştir (66).

Blokstral ve arkadaşlarının Hollanda'lı kadın ve erkeklerde yapmış oldukları çalışmada BKİ ve boş zamanlarda fiziksel aktivite arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir. BKİ değerleri 18,5-25 arasındaki erkeklerin %50'si fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, BKİ değeri 30 ve üzerinde olan bireylerde fiziksel aktivite yapma oranı %35'e düşmüştür. BKİ değeri 18,5-25 arasındaki kadın bireylerde fiziksel aktivite yapma oranı (%52.0) aynı BKİ değerine sahip erkek bireylerle benzerlik gösterirken, BKİ değeri 30 ve üzerinde olan kadınlarda %21 seviyesindedir (67).

Sigara tüketiminin önemli bir sorun olduğu ülkemizde, sağlıksız yeme alışkanlıklarının gelişmesi nedeni ile total kolesterol değerinin ileriki yıllarda giderek yükselmesi beklenmektedir. Fiziksel aktivite azalıp, beden kitle indeksi arttıkça, total kolesterol değerlerindeki artmayla birlikte, trigliserit düzeyleri artmakta ve sigaranın da katkısıyla pek çok kronik hastalığın görülme sıklığı artmaktadır (68).

Yaşam kalitesini yükseltmek için her yaş döneminde sağlıklı beslenmek ve düzenli olarak fiziksel aktivite yapmak gerekir. Fiziksel aktivite düzenli ve kontrollü yapıldığında koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, şişmanlık, tip 2 diyabet, osteoporoz, bazı kanser türleri (kolon, göğüs, prostat) riski azalmaktadır (3).

Üniversite öğrencilerinin sigara, fiziksel egzersiz ve spor davranışlarında ‘niyet’in rolünü saptamaya yönelik yapılan bir çalışmada egzersiz ve spor yapan öğrencilerin yapmayanlara göre sorumluluk algılarının sağlık davranışı geliştirme ve değiştirme sürecinin her aşamasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık davranışı değişim aşamalarının çoğunda sağlık davranışlarını uygulayanlarla uygulamayanlar arasındaki sorumluluk algılama düzeyi farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sigara içen, egzersiz ve spor yapmayan öğrencilerin sağlık davranışı değişim aşamalarındaki sorumluluk algılarının düşük bulunması, kişilerin uyguladığı herhangi bir sağlıklı olmayan davranışın diğer uygulamaları gereken sağlık davranışlarını da olumsuz yönde etkilediği şeklinde yorumlanmıştır. Bu çalışma sağlık davranışı geliştirme ve değiştirme süreci açısından ‘niyet’in ya da ‘niyetlenme’nin önemli olduğunu ve içsel süreçlerde yaşanan sıkıntının davranışı olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Gençlerin sağlık davranışı geliştirmeye yönelik içsel tepkilerinin tanımlanması, sağlık kültürünün geliştirilmesi ve sağlık davranışlarının yaşam biçimi şeklinde yaygınlaştırılması alanında yapılan çalışmalara önemli katkılar sağlayacaktır (69).

5.3. Sağlıklı Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Değerlendirmelerin Tartışılması

Bireylerin sağlıklı beslenebilmesi için günlük besin alımlarının üç ana öğüne bölünerek alınması önemlidir. Kişinin öğün atlayarak zayıflayacağını düşünmesi yanlış bir inanıştır. Çünkü diğer öğünde kişi daha çok acıkacak ve buna bağlı olarak da daha fazla yemek yeme isteği duyacaktır. Çalışmamızda bireylerin yalnızca %42.6’sı öğün atlamadıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %5.6’sı (n=15) öğün aralarında hiç besin tüketmezken, bireylerin büyük bir çoğunluğu (%94.4) öğün aralarında besin tüketmektedir. Öğün aralarında tüketilen besinlerden en çok kek, bisküvi ya da cips (%59.0) tercih edilmektedir. Kola-gazoz-fanta gibi asitli içecekleri tüketenlerin oranı ise %28.0’dır.

“Sağlıklı beslenme seçeneklerinden yağ ve tuz oranının düşük olması, vitamince zengin ve sebze-meyve ağırlıklı beslenme önemlidir” diye belirten bireyler cinsiyete ve eğitim durumlarına göre değerlendirilmiştir. Tuz oranı düşük

beslenmenin (%50.4), yağ oranı düşük beslenmenin (%63.1), sebze-meyve ağırlıklı beslenmenin (%68.7) ve vitamince zengin beslenmenin (%72.0) önemli olduğunu belirtenlerin oranı kadınlar ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde erkeklerden ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerden fazladır.

Araştırma sonucunda sağlıklı beslenme seçeneklerinden ‘yağ oranının düşük olması’ ve ‘sebze-meyve ağırlıklı beslenme’ önemlidir diye belirten kadınların oranı erkeklerden anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe sağlıklı beslenme seçeneklerinden ‘yağ oranının düşük olması’, ‘vitamince zengin beslenme’ ve ‘sebze-meyve ağırlıklı beslenme’ önemlidir diye belirten bireylerin oranı artmaktadır.

Amerikan Kalp Cemiyeti tarafından (AHA) 1957 yılında ilk kez duyurulan diyet önerilerinin içerisinde yer aldığı üzere bugün de kardiyovasküler hastalıklardan korunmada ve tedavisinde diyetin total yağ, doymuş yağ ve kolesterol içeriklerinin düşük tutulması gereği bilinmektedir. Buna benzer öneriler tüm ulusal diyet önerilerinde yer almış, kardiyovasküler hastalıklardan korunma ve tedavisinde diyetin total yağ içeriğinin azaltılması hedeflenmiştir (4, 8, 20, 29, 30, 68).

DSÖ, kilo kontrolü için düşük kalorili ve az yağlı diyet, sebze ve meyve tüketiminin artırılması, lifli besin tüketiminin artırılması gerektiğini belirtmektedir. DSÖ önerilerine göre total yağ alımı, enerjinin %30’unu geçmemelidir. Yüksek yağ tüketimi şişmanlık riskini artırmaktadır (8).

Avrupa Birliğine üye onbeş ülkeyi kapsayan 1995-1996 yıllarında 15 yaş üstü 14331 kişiyle yapılan bir çalışmada, sağlıklı beslenmeden ne anlaşıldığı sorgulanmıştır. Katılımcıların %80’i (ülkelere göre değişen oranlar %67-91) daha çok sebze-meyve, daha az yağ yada yağlı yiyecekler, denge ve çeşitlilikten bahsetmiştir. Sağlıklı beslenme davranışlarında etkili olan yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda eğitim düzeyinin sağlıklı beslenme algılayışında en güçlü etkiye sahip olduğu görülmüştür (70).

Avrupa ülkelerinde yaşayan 15 yaş üstü yaklaşık 1000 yetişkin bireyle yapılan bir çalışmada, hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı bir hayat için sağlıklı beslenme davranışlarının geliştirilmesine engel olan durumların ‘düzensiz çalışma saatleri’ (%29.7) ve ‘sevdiğim yiyeceklerden vazgeçmek’ (%26.2) olduğunu

gösterilmiştir. Yapılan çalışmalar sağlıklı beslenmenin önünde başta zaman yetersizliği olmak üzere pek çok engelin olduğu göstermektedir (71).

ABD ve İsviçre’de 35-75 yaş grubu yetişkinleri kapsayan bir çalışmada, sağlıklı beslenme tercihleri karşılaştırılmış ve birbirine yakın sonuçlar elde edilmiştir. ABD toplumunda; %76 tuzdan sakınmak, %76 şekerden sakınmak, %70 kolesterolü düşürmek ve %61 kilolu olmaktan sakınmak önemlidir diye belirtilirken İsviçre’de bu oranlar %82, %89, %52 ve %86 bulunmuştur. Kadınlar ve eğitim seviyesi yüksek bireyler, erkeklere ve eğitim seviyesi daha düşük bireylere göre sağlıklı beslenme ile daha ilgili ve sağlıkla ilgili değişiklikler yapmak konusunda daha motivedir. Sonuçta toplumlara yapılan beslenme ve sağlıkla ilgili önerilerin kültürel farklılıklar göz önüne alınarak yapılması gerektiği vurgulanmıştır (72).

1992 yılında İngiltere’de 1700 kişi üzerinde sağlıklı beslenme konusundaki bilgi, tutum ve davranışların araştırıldığı bir çalışma yapılmıştır. Beslenme bilgisinin çoğunlukla kitle iletişim araçlarından edinildiği ancak bu bilgilere halkın güveninin düşük olduğu tespit edilmiştir. Çoğunluk (%53) doktorların yapmış oldukları önerileri güvenilir bulduğunu belirtmiştir. 150 doktor ve 50 hemşire ile yapılan araştırmada, toplumda yaygın olarak ilgilenilen bazı beslenme terimlerinin (trans yağ asitleri, nişasta olmayan polisakkaritler (NSP) gibi) anlamlarını açıklama konusunda sağlıkçıların kendilerine güvenlerinin zayıf olduğu tespit edilmiştir. Doktorların diyet ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi açıklama konusunda kendilerine güvendikleri ancak nişastalı besinlerin diyetdeki oranının ne kadar olacağından emin olmadıkları belirlenmiştir. Hem doktorlar, hem de hemşireler kendilerine verilen beslenme eğitiminden memnun olmadıklarını bildirmiştir. Yapılan bu çalışma; sağlıklı besin tercihleri konusunda en büyük engelin bilgi yetersizliği olduğu gösterilmektedir. (73).

Birleşik Devletler Donanması personeline yönelik olarak yapılan bir çalışma 2938 kişi ile yürütülmüştür. Personelin beslenme bilgisini saptamaya yönelik kırk adet doğru-yanlış sorusunu içeren bir anket formu uygulanmıştır. Ortalama doğru yanıt oranı %65.0’tir. Bilgi düzeyinin zayıf olduğu konular daha çok besinlerden alınan kaloriler ve karbonhidratlar iken vitaminler, mineraller ve posa konularında bilgi düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Beslenme bilgisinin yaşlılarda,

eğitim durumu yüksek olanlarda, beyazlarda, kadınlarda ve fazla kilolu bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (74).

Araştırmamıza katılan bireylerde sebze meyve ağırlıklı beslenmenin önemli olduğunu belirtenlerin cinsiyete göre dağılımını incelediğimizde sebze-meyve ağırlıklı beslenme önemlidir diye belirten kadın bireylerin oranı (%87.3) erkek bireylerden (%63.8) anlamlı derecede fazladır. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe sebze meyve ağırlıklı beslenmenin önemli olduğunu belirten bireylerin oranı da artmaktadır.

DSÖ raporları ve Türkiye'ye özgü Beslenme Rehberi'nde belirtildiği üzere vücut ağırlığının denetimi ve sağlıklı beslenme için günde en az 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi önerilmektedir (29).

Sebze ve meyve tüketimi kronik hastalık riskiyle ilişkilidir. Enerjisi düşük olan bu yiyeceklerin tüketim oranlarına bakıldığında Amerika'da yetişkinlerin %32.6'sı günde en az iki kez sebze-meyve tüketirken, %27.2'si günde en az üç kez sebze –meyve tükettiğini belirtmektedir (75).

Ergün'n Ankara'da yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre; erkeklerin sağlıklı beslenme kavramında; taze ve doğal besinler (%93.6), denge ve çeşitlilik (%85.7) ve daha fazla sebze ve meyve (%78.8)'nin ne çıktığı görülmektedir. Kadınlara sağlıklı beslenme kavramının temelini ise taze ve doğal besinler (%90.7), daha fazla sebze ve meyve (%82.8), denge ve çeşitlilik (%80,4) ile daha az yağ ve daha az yağlı ürünler (%80.4) oluşturmaktadır. Tüm yaş gruplarındaki bireyler için sağlıklı beslenme ile ilgili en önemli etmenin taze ve doğal besinlerin tüketimi olduğu saptanmıştır. Artan yaş ile beraber 'daha az yağ ve daha az yağlı ürünler' sağlıklı beslenme kavramında önem kazanmaktadır. Genelde eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlıklı beslenme kavramında daha bilinçli oldukları ortaya çıkmıştır. Araştırma sonuçlarına göre bireylerin %81.2'si sağlıklı beslenme kavramından sebze ve meyvenin çok tüketilmesini algılamaktadır (76).

Bakırköy Devlet Hastanesinde alışan personelin beslenme alişkanlıklarının kardiyovasküler risk faktörlerine etkisini incelemek amacıyla 560 hekim, hemşire, sağlık teknisyeni ve diğer personel ile yapılan çalışmada beslenme bilgi düzeyleri incelenmiştir. Beslenme bilgi düzeyi daha yüksek olanların BKİ değerleri anlamlı düzeyde normale daha yakın bulunmuştur. Bu alışma, hastanede çalışan hekim ve

hemşirelerin HDL düşüklüğü, LDL yüksekliği ve sistolik/diyastolik kan basınçlarının normalin üzerinde bulunması nedeniyle kardiyovasküler hastalıklar açısından riskli beslendiklerini göstermiştir. Bu sonuçlar, hekim ve hemşirelerin, yoğun ve düzensiz çalışma saatleri ve stres faktörü nedeniyle, beslenmelerine gereken özeni göstermemelerine, fiziksel açıdan inaktif olmalarına bağlanmıştır (77).

5.4. Bireylerin Yeme Bozukluğu Açısından Değerlendirilmesinin Tartışılması

Anoreksia nervosanın (AN) Türkiye'deki prevalansı ve insidansı hakkında elimizde bilgi yoktur. Ancak 12-18 yaşlarındaki genç kızlarda ve kadınlarda sık görüldüğü bilinmektedir. Bulimia nervosa (BN) bütün toplumlarda yaklaşık %1 oranında görülmektedir ve genç kadınlarda erkeklerden 10 kat daha sıktır (47). Geçen 20 yılda yeme bozuklukları insidansında önemli bir artış olmuştur. Amerika'da 1996 yılında Florida Üniversitesinde yaşları 18-22 arasında değişen 402 kadın ile yapılmış bir çalışmada EAT-26 testine göre yeme bozukluğu riski taşıyan bireylerin oranı %17 bulunmuştur (53).

Erkeklerde yeme davranış bozukluklarını tespit etmeye yönelik yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Erkeklerde yeme bozukluklarına neden olan temel indikatörler olarak duygusal faktörlere ve aşırı kilolu olma nedenlerine de odaklanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (78). Yeme bozuklukları, erkeklerde oldukça nadir görülen ve ortaya çıkış nedenlerinden, seyrine kadar pek çok alanda kızlardan farklılık gösteren bir durumdur. Kızlarda kilo verme amacıyla aşırı egzersiz daha fazla iken erkeklerde kişilerarası ilişkilerin daha fazla bozulduğu ve kendine zarar verme davranışlarının daha sık olduğu bildirilmiştir (79, 80). Erkek çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları oldukça seyrekdir. Bu konudaki bilgiler daha çok vaka sunumlarına dayanmaktadır. Geniş örneklerle yapılacak izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır (81).

Wang ve arkadaşlarının Avustralya'da çocuklar ve ergenlerde yaptıkları bir çalışmada, cinsiyete ve yaş gruplarına göre bireyler arasında yeme bozuklukları yönünden anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Yeme tutum testinin sonuçlarına göre kadınlarda yeme bozukluğu %7.1 iken erkeklerde %1.4'tür. Yaş arttıkça yeme bozukluğu artmakta olup, 10-14 yaş grubunda %3.9 olan bu oran, 15-18 yaş

grubunda %7.8'e çıkmaktadır. Ancak sosyo-ekonomik statü ve etnik yapı yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (82).

Türkiye'de Başkent üniversitesinden 482 öğrenci üzerinde 2006 yılında EAT-40 testi kullanılarak yeme bozukluğunu tespit etmeye yönelik bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya göre erkeklerin kadınlardan daha fazla fiziksel aktivite yaptığı ve yeme bozuklukları açısından değerlendirildiğinde de erkeklerin kadınlardan daha iyi bir beslenme davranışı gösterdiği tespit edilmiştir (83).

Yamamoto ve arkadaşlarının Japonya'da 12-15 yaşlarındaki 483 ortaöğretim öğrencisinde yaptıkları bir araştırmada uygulanan yeme tutum testine göre kızlarda %7, erkeklerde %3 yeme bozukluğu davranışı belirtileri tespit edilmiştir (84).

Kadınlarda yeme bozuklukları prevalansını saptamaya yönelik Meksika'da yapılan bir araştırmada 1995 yılında (n=522) yeme bozukluğu prevalansı %0.49 iken 2002 yılında (n=880) %1.15 bulunmuştur (85).

Güney Afrika'da yapılan bir çalışma geliştirmekte olan toplumlarda yeme bozukluğu riskinin artmakta olduğunu ortaya koymuştur (86). Yine Güney Afrika'da 895 genç yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda %3.5 oranında yüksek riskli yeme bozukluğu tespit edilmiştir (87).

Ülkemizde ki yeme bozukluğu görülme oranı bilinmemektedir. Yeme bozuklukları görülme oranının tüm toplumlarda arttığı söylenebilir. YTT'nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmekte ve yaygın olarak kullanılmaktadır (88). Bizim çalışmamızda bireylerin YTT puanlarının önemlilik değerlendirmesinde; (≥ 20 puan) grubunu oluşturan bireylerin % 1.5 (n=4) yeme bozukluğu belirtilerine sahip olduğu, erkeklerden üç kişide, kadınlardan bir kişide bozuk yeme tutumu davranışı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yeme tutum testine verdikleri yanıtların dağılımına bakıldığında '*Kilolu almaktan korkarım.*' ifadesine sürekli/daima yanıtını verenlerin oranı %7.8 (n=21), çok sık diyenlerin oranı %4.5 (n=12) ve sıklıkla diyenlerin oranı %17.2'dir (n=46).

Janout ve Janoutova'nın Çek Cumhuriyeti'nde 403 kişi üzerinde yürüttükleri çalışmada "kilolu almaktan korkarım" ifadesine "sürekli/daima" yanıtını verenlerin oranı %9.4 iken, "çok sık" diyenlerin oranı %10.4 ve "sıklıkla" diyenlerin oranı %10.4 bulunmuştur (89).

Yetişkin kadınlarda beslenme alışkanlıklarının incelendiği bir çalışma, farklı BKİ değerlerine sahip yaşları 20-45 arasında değişen 181 gönüllü kadınla yapılmıştır. Sonuçlar BKİ'lerine göre zayıf, normal, kilolu ve şişman olarak dört grupta değerlendirilmiştir. Genel olarak yeme davranışı bozukluklarının görülme oranı zayıf (%88) ve normal (%84) gruplarda, kilolu (%92) ve şişman (%97) gruplardan daha düşük bulunmuştur. Akşam yemeğinden sonra yatıncaya kadar yeme; kilolu (%39.5), bir oturuşta normalden fazla doyumsuz yeme (BED); şişman (%19.2), gece uykudan uyanıp yeme (NED) ise kilolu (%11.0) ve şişman (%24.8) gruplarda diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Şişman kadınlarda daha yaygın olarak görülen bozukluklarının saptanması ve düzeltilmesi, bireye özgü düzenlenecek diyet tedavisinin önemli bir adımıdır (90).

5.5. Temel Besin Grupları Tüketim Sıklığının Değerlendirilmesinin Tartışılması

Bu bölümde araştırmada temel besin tüketim sıklıkları incelenen bireylerin (Tablo 28), TEKHARF 2003-2004 örnekleminde (4) temel besin tüketim sıklıkları incelenmiş bireylerle karşılaştırması yapılmıştır.

Katılımcıların temel besin tüketim sıklıklarına göre dağılımlarına bakıldığında sütü seyrek tükettiğini bildirenlerin oranı yağlı süt için %67.5 iken yarım yağlı süt için %80.2 ve yağsız süt için %94.4'tür. Her gün veya gınaşırı tüketim oranı yağlı yoğurt için %29.1 ve yağlı ayran için %20.9'dur. Yağlı peynirin sık ve orta sıklıkta tüketim oranı %59.7, yarım yağlı peynirin ise %27.6'dır. TEKHARF çalışmasında ise sütü seyrek tükettiğini bildirenlerin oranı yağlı süt için %73, yağsız süt için %98,6 idi. Buna karşın yağlı yoğurt (%80,9) ve ayranın (%68,6) sık ve orta sıklıkta tüketilme oranları yüksekti. Süt ürünlerinde yağlı peynirin de tüketim sıklığı yüksek (sık+orta sıklıkta %79,5) bulundu.

Bizim çalışmamızda yumurtayı her gün ve gınaşırı (sıkça) tüketenlerin oranı %14.6, haftada bir veya iki kez tüketenlerin oranı %42.9 iken diğer çalışmada yumurtayı hergün ve gınaşırı (sıkça) tüketenler %22.1 ve orta düzeyde (1-2 adet/hafta) tüketenler %42.2'dir. Bizim çalışmamızla benzer oranlar olduğu söylenebilir.

Kırmızı et tüketimi 2003 yılında yemek içinde veya tek başına ayırt etmeksizin sorgulandı ve sık tüketim %26.1, sık ve orta sıklıkta tüketim ise %65.3 bulundu. Kırmızı etin kan lipidleri üzerine etkisini daha ayrıntılı irdeleyebilmek için 2004 yılı kohortunda bu soru, tek başına et (sık tüketim %6.4) ve yemek içinde et-kıyma (sık tüketim %20.5) şeklinde tüketim olmak üzere ayrı ayrı soruldu. Orta sıklıkta tüketim tercihleri toplam yemek içinde ve tek başına et için sırasıyla %59 ve %48.1 bulundu. Bizim çalışmamızda da kırmızı et tüketimi yemek içinde veya tek başına ayırt etmeksizin sorgulandı. Her gün veya gūnaşırı tüketenlerin oranı %22.4, haftada bir veya iki kez tüketenlerin oranı %43.3 ve haftada birden az tüketenlerin oranı % 34.3 olarak saptanmıştır.

Tavuęu sık ve orta sıklıkta tükettiğini bildirenlerin oranı derisiyle birlikte %33.6 ve derisiz %55.3'tür. Balığın tüketim sıklığına bakıldığında, seyrek (haftada birden az) tüketim oranı yaz aylarında %80.2, kış aylarında %54.4'tür. Kuru baklagillerin sık ve orta sıklıkta tüketim oranları yaz aylarında %44.4 ve kış aylarında % 64.9 iken seyrek tüketim oranları yaz aylarında %55.6 ve kış aylarında %35.1'dir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi TEKHARF çalışmasında da balığın gerek yaz gerekse kış aylarında seyrek tüketildiği görüldü (sırasıyla %73.9 ve %54.8). Seyrek tüketildiği bildirilen yiyeceklerden biride kurubaklagillerdi (yazın %40.6 ve kışın %54.1). Sıklıkla (sık+orta sıklıkta) tüketilen diğer besinler ise taze meyve (%97.2), taze sebze (%98.7), beyaz ekmek (%85.8), şeker-bal-reçel (%83.4) idi. Araştırmamıza katılan 268 bireyin %42.2'si her gün veya gūnaşırı sebze, %53.4'ü meyve tüketmektedir. Her gün veya gūnaşırı beyaz ekmek tüketim oranı %81.3'dir. Her gün veya gūnaşırı (sık) şeker, bal, reçel tüketim oranı %42.2 iken seyrek tüketim oranı %25.7'dir.

TEKHARF araştırmasında, yaę türlerinin tüketim sıklığı incelendiğinde sıkça (hergün/gūnaşırı) tüketilen zeytinyağı (%53.7) ve ayçiçeği yağını (%46.5), tereyağı (%25.0), fındık yağı (%22.9), mısırözü yağı (%18.6) ve soya yağı (%18.2) izlemekteydi. Kuyruk yağı, yumuşak margarin ve sert margarin ise seyrek olarak tüketilen yağlar arasındaydı (sırasıyla %96.4, %93.9 ve %76.5). Bizim çalışmamızda yaę türlerinin tüketim sıklığına bakıldığında; her gün veya gūnaşırı tüketim oranlarına göre ilk sırada ayçiçeği yağı (%56.0), daha sonra zeytinyağı (%28.4),

mısırözü yağı (%14.2), tereyağı (%11.9) ve margarin (%10.8) gelmektedir. Seyrek tüketilen yağlar ise kuyrukyağı (%95.9), fındıkyağı (%95.1) ve soya yağıdır (%93.3).

Amerika'da yaşları 20-38 arasında değişen 1266 genç yetişkin birey (%74'ü Avrupa asıllı, % 26'sı Afrika asıllı Amerikan) ile yapılan bir çalışmada besin tüketim sıklığı ile sosyo-ekonomik, demografik ve yaşam tarzını belirleyen faktörler sorgulanmış. Besin grupları tüketiminin sosyo-ekonomik (gelir düzeyi ve eğitim), demografik (yaş, cinsiyet, etnik yapı) ve yaşam tarzını belirleyen etkenlere (medeni hal, fiziksel aktivite) göre yetişkin bireylerde farklılık göstermekte olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda beslenme eğitim programlarında bu durumun dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (91).

Pensilvanya'da yaşayan 399 Çin kökenli Amerikalıda yapılan bir çalışmada eğitim ve gelir düzeyi arttıkça tahıl grubu yiyeceklerin, sebze ve meyvelerin tüketim sıklığının arttığı görülmüştür (92).

Yerli Amerikalı kadınlar (n=175) üzerinde yapılan bir çalışmaya göre en sık tüketilen besinlerin kahve, çay, asitli içecekler (diyet veya normal), beyaz ekmek ve katı yağlar olduğu görülmüştür. Besin değerlerinin yiyecek seçiminde az bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (93).

Besin tüketim sıklığının sorgulandığı başka bir çalışma 2000 yılında farklı etnik yapıya sahip 514 kadın üzerinde yapılmıştır. Besinler ile BMI arasındaki ilişki araştırılmıştır. Kadınlarda besin tercihlerinin (et, meyve, sebze ve kurubaklagiller) BMI ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Et ağırlıklı besin tercihi ile BMI arasında pozitif, diğerleri ile BMI arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Kilo kontrolünde doğru besin tercihleri yapmak faydalı olabilir sonucuna varılmıştır (94).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Beslenme bilimindeki son gelişmeler beslenmenin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki önemini ortaya koymaktadır. Sağlıklı beslenme davranışlarının geliştirilmesinde davranış değişikliği sağlayacak programlar geliştirilmesi gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş, tüm dünyada beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve hareketli yaşam biçiminin benimsenmesi hususlarında çeşitli programlar geliştirerek öncülük etmekte ve dünyadaki birçok toplum tarafından bu çabalar farklı strateji ve projelerle bireylere ulaştırılmaya çalışılmaktadır.

Sağlıklı bir birey olmanın temeli yeterli ve dengeli bir beslenmeden geçmektedir. Beslenme konusunda etkin müdahalelerde bulunma gerekliliği vardır. Bu amaçla da öncelikli olarak halkın beslenme konusunda eğitilmesi çok önemlidir. Beslenme eğitiminin amacı; toplumun beslenme durumunu geliştirmek üzere beslenmeye dayalı davranışlarda olumlu değişiklikler yaratılmasıdır. Bu alanda dünyada uygulanan önemli etkinlikler; eğitimcilerin eğitimi, halkın beslenme ve sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ve gıda etiketleme yoluyla toplumun bilgilendirilmesidir.

Obezite, ABD'de önlenabilir ölümlerin, sigaradan sonra ikinci en sık nedeni olarak kabul edilmektedir. Uzun, sağlıklı ve mutlu bir yaşam beklentisi içindeki 21. yüzyıl insanı için, obezitenin önlenmesinde koruyucu sağlık hizmetleri yaklaşımı çok büyük bir önem taşımaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlık otoriteleri toplumun her kesimine ulaşmalı, etkin ve yaygın eğitim çalışmalarının hızla yaşama geçirilmesi konusunda gayret göstermelidir.

Araştırmamızda da görüldüğü gibi sağlıklı kişiler bile bilgilerini hayata geçirmede başarısız olabiliyorsa, yeme davranışlarının belirleyen psikolojik, sosyal vb. etmenleri ortaya çıkarmaya yönelik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Vücut ağırlığının denetiminde davranış değişikliği tedavisi, fazla kiloya neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir.

Sağlıklı beslenme davranışları; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey, alışkanlıklar, medeni durum gibi birçok faktörlerden etkilenmektedir. Ülke genelinde sağlıklı beslenmeyi etkileyen faktörlerin de irdelendiği beslenme araştırmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmamıza katılan bireylerde düzenli egzersiz yapma oranları oldukça düşük bulunmuştur. Özellikle subay ve astsubaylardaki düzenli egzersiz yapma oranının erbaş ve erlerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Egzersiz yapmayı teşvik edici uygulamaların erken yaşlarda başlatılması ve bu mesajların çeşitli kitle iletişim araçları ile sürekli verilmesi önemli ve gereklidir.

Beslenme sorunlarında önceliklerin saptanması, nedenlerin belirlenmesi, etkin politikaların saptanması ve uygulanması, izleme ve değerlendirmenin yapılabilmesi sağlanmalıdır. Elde edilen veriler ışığında beslenme eğitimi, gıda ve beslenme rehberlerinin hazırlanması ve güncelleştirilmesi sağlanmalıdır.

Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm toplumda beslenme bilincini artırarak sağlıklı beslenmeyi yaşam biçimine dönüştürmek üzere hedefler belirlenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Baysal, A. (1997). *Beslenme* (7.bs.). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- 2- Pekcan, G. (Ekim,2001). Türkiye’de Beslenme Sorunları ve Boyutları: Besin ve Beslenme Politikaları ve Önemi. DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi - WHO Turkey Liaison Office. Erişim: 18 Ekim 2007, <http://www.un.org.tr/who/nutrition>
- 3- Bilgiç, H., Korkmaz, A. ve Öter, Ş. (2003). Sağlıklı Bir Hayat İçin Yaşam Boyu Spor. Erişim: 13 Eylül 2007, <http://www.gata.edu.tr/temelbilimler/fizyoloji/spor.pdf>
- 4- Arslan, P., Mercanlıgil, S., Özel, H.G., Akbulut, G.Ç., Dönmez, N., Çiftçi, H., Kelef, İ. ve Onat, A. (2006). TEKHARF 2003–2004 Taraması Katılımcılarının Genel Beslenme Örüntüsü ve Beslenme Alışkanlıkları. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 34(6), 331-339.
- 5- Devlet Planlama Teşkilatı. (Haziran, 2001). Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- 6- Güler, Ç. ve Akın, L. (2006). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- 7- Samur, G. (2002). İşçi ve İş Veriminin Geliştirilmesinde Beslenmenin Önemi. *İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 7(1), 53-60.
- 8- World Health Organization. (2003). Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Study Group. Geneva. Erişim: 18 Ekim 2007, http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf
- 9- Pekcan, G. (2003). *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi: Sağlıklı Beslenme ve Yaşam Biçimi Stratejileri*. IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi : 2 Nisan 2003-Antalya : Bildiriler (s.51-54). Ankara.
- 10- T.C. Genelkurmay Başkanlığı (1995). *TSK, Sağlık Hizmetleri Direktifi*. Ankara Genelkurmay Basımevi.
- 11- T.C. Genelkurmay Başkanlığı (2005). *TSK, Sağlık Yeteneği Yönetmeliği*. Ankara Genelkurmay Basımevi.

- 12- İlhan, M.N., Özkan, S., Aksakal, F.N., Aslan, S., Durukan, E. ve Maral, I. (2005). Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. [Poster]. IX.Ulusal Halk Sağlığı Günleri, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- 13- Baysal, A., Bozkurt, N., Pekcan, G., Besler, T., Aksoy, M., Merdol, K.T., Keçecioğlu, S. ve Mercanlıgil, S.M. (2002). *Diyet El Kitabı* (3.bs.). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- 14- Variyam, N.J., Blaylock, J.(1998). Unlocking the Mystery Between Nutrition Knowledge and Diet Quality. *The Diet Quality Balancing Act*, 694(202), 5402-5457.
- 15- McCullough, M.L., Feskanich, D., Stampfer, M.J., Giovannucci, E.L., Rimm, E.,Hu, F.B. (2002) Diet Quality and Major Chronic Disease Risk in Men and Women: Moving Toward Improved Dietary Guidance . *American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 1261-1271.
- 16- Uyar, B.B. (2007). Yetişkin Bireylerin Sağlıklı Yeme İndekslerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 17- Akiş, C. (2005). Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nde Görevli Akademik Personelin Diyet Örüntüleri, Diyet Kalite İndeksleri ve Sağlıklı Yeme İndekslerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma. Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 18- Oğur, R., Tekbaş, Ö.F., Güleç, M., Hadse, M. (2001). Genç Erişkin Erkeklerin Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, 7(3), 293-296.
- 19- Sönmez, Y. (1997). Erlerde Sağlık Alışkanlıklarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- 20- Devlet Planlama Teşkilatı. (Mart, 2003). Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu (Ulusal Gıda ve Eylem Planı I. Aşama Çalışması Eki İle) (Rapor No: 2670). Erişim: 25 Eylül 2007, <http://ekutup.dpt.gov.tr/gida/ugbs/beslenme.pdf>
- 21- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003). Erişim: 06 Aralık 2007, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>

- 22- Bidlack, W.R. (1996). Interrelationships of Food, Nutrition, Diet and Health: The National Association of State Universities and Land Grant Colleges White Paper. *Journal of the American College of Nutrition*, 15(5), 422-433.
- 23- Onat, A., Şurdum-Avcı, G., Şenocak, M., Örnek, E., İşler, M., Özışık, U. (1991). Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 4. Kanda Kolesterol ve Trigliserid Düzeyleri. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 19, 88-96.
- 24- Onat, A., Yıldırım, B., Erer, B., Başar, Ö., Çetinkaya, A., Ceyhan, K. (2001). Total Kolesterol/HDL-Kolesterol Oranı Koroner Hastalığının En İyi Lipid Öngördürücüsü. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 29, 334-59.
- 25- Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö, Yıldırım B, Erer B. (2001). On Yıllık TEKHARF Çalışması Verilerine Göre Türk Erişkinlerinde Koroner Kökenli Ölüm ve Olayların Prevalansı Yüksek. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 29, 8-19.
- 26- Selim, İ. (2007). Acemi Askerlerde Üç Aylık Eğitim Dönemindeki Beslenme ve Askeri Eğitimin Kan Lipid Değerleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- 27- Variyam, J.N., Blaylock, J., Smallwood, D. (1998). USDA’s Healthy Eating Index and Nutrition Information. (Rapor No: 1866). USDA: Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, USDA.
- 28- Merdol, K.T., Başoğlu, S., Örer, N. (1997). *Beslenme ve Diyetetik Açıklamalı Sözlük* (1.bs.). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- 29- Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. (Mayıs 2004). Erişim: 15 Ocak 2007, <http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/dokumanlar/torehberi.pdf>
- 30- Dietary Guidelines for Americans,2005.U.S. Department of Health and Human Services. U.S. Department of Agriculture. Erişim: 13 Kasım 2007, www.healthierus.gov/dietaryguidelines
- 31- Ersoy, G. (2003). *Fiziksel Aktiviteyi Arttırmak: Kişiyeye özel uygulamalar*. IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi: 2 Nisan 2003-Antalya: Bildiriler (s.58). Ankara.

- 32- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı Taslağı (2008-2012). Erişim: 15 Nisan 2008, www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=27792&DOSY AISIM=Obezite.pdf
- 33- Onat, A., Hergenç, G., Küçükdurmaz, Z., Bulur, S., Kaya, Z., Can, G. (2007). Fizik Aktivitenin Türk Yetişkinlerini Metabolik Bozukluklardan Koruduğuna İlişkin İleriye Dönük Kanıt. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 35(8), 467-474.
- 34- Barçın, C., Tapan, S., Kurşaklıoğlu, H., İyisoy A., Köse, S., Kılıç, S., Işık, E. (2005). Türkiye’de Sağlıklı Genç Erişkin Erkeklerde Koroner Risk Faktörlerinin İncelenmesi: Kesitsel Bir Analiz. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 33(2), 96-103.
- 35- Tunçbilek, E.(2003). *Obesity, Etiology: Genetic Background or Environment?* IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi: 2 Nisan 2003-Antalya: Bildiriler (s.47–49). Ankara.
- 36- National Institutes of Health. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. (The Evidence Report No: 98-4083). NIH Publication. National Institutes of Health. Erişim: 08 Kasım 2007, http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf
- 37- Swinburn, B.A., Caterson, I., Seidell, J.C., James, W. (2004). Diet, Nutrition and the Prevention of Excess Weight Gain and Obesity. *Public Health Nutrition*, 7(1), 123-146.
- 38- WIN (Weight-control Information Network). Statistics Related to Overweight and Obesity. Erişim: 05 Aralık 2007, <http://win.niddk.nih.gov/statistics/index.htm>
- 39- John, R., Pleis, M.S., Lethbridge-Çejku, M. (2006). Summary Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey, Division of Health Interview Statistics. Erişim: 12 Kasım 2007, <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>.
- 40- Satman, I., Yılmaz, T., Şengul, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Bastar, I., Tütüncü, Y., Sargın, M., Dinccag, N., Karşıdağ, K., Kalaca, S., Özcan, C., King, H. (2002). Population-Based Study of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, 25(9), 1551-1556.

- 41- Kır, T., Kılıç, S., Uçar, M., Açıkel, C., Göçgeldi, E., Oğur, R. (2004). Erlerde Obezite Prevalansının ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(3), 219-225.
- 42- Goldberg, G. (2003). *Obesity*. Paris: INRA.
- 43- Hasde, M., Bakır, B., Sayer, S., Akbay, B. (1992). Askeri Bir Garnizondaki Muvazzaf Subay ve Astsubaylarda Obezite Prevalansının Saptanması. *Deniz Tıp Bülteni*, 25(1-2), 110-121.
- 44- Jette, M., Sidney, K., Lewis, N. (1990). Fitness Performance and Anthropometric Characteristics of 19,185 Canadian Forces Personnel Classified According to Body Mass Index. *Military Medicine*, 155(3), 120-126.
- 45- Kır, T. (1997). Etimesgut Askeri Garnizonunda Eğitim Gören Yedeksubay ve Astsubay Sınıf Okulu Öğrencileri İle Erlerin Antropometrik Ölçülerinin Belirlenmesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- 46- Pritts, S.D., Susman, J. (2003). Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. *Am Fam Physician*, 67, 297-304.
- 47- Kocabaşoğlu, N. (2001). Yeme Bozuklukları. *Yeni Symposium*, 39(2), 95-99.
- 48- Dönmez, N. (2005). Tip I Diabetes Mellituslu Bireylerde Yeme Bozuklukları ve Etkileyen Etmenleri Saptamaya Yönelik Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 49- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 48-57.
- 50- Ho, T.F., Tai, B.C., Lee, E.L., Cheng, S., Liow, P.H. (2006). Prevalence and Profile of Females at Risk of Eating Disorders in Singapore . *Singapore Med J*, 47(6), 499.
- 51- Jennifer, L., Derenne, M.D., Eugene, V., Beresin, M.D. (2006). Body Image, Media, and Eating Disorders. *Academic Psychiatry*, 30, 257-261.
- 52- Lane, H.J., Lane, A.M., Matheson, H. (2004). Validity of the Eating Attitude Test Among Exercisers. *Journal of Sports Science and Medicine*, 3, 244-253.
- 53- Anstine, M.D., Grinenko, M.D. (2000). Rapid Screening for Disordered Eating in College-Aged Females in the Primary Care Setting. *Journal of Adolescent Health*, 26, 338-342.

- 54- Eker, Ela. (2006). Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- 55- Öner, L. (2002). Edirne'de Hiperkolesterolemi Prevalansı ve Kardiyovasküler Risklerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- 56- Welch, G.W., Sowers, M.R. (2000). The Interrelationship Between Body Topology and Body Composition Varies with Age among Women. *The Journal of Nutrition*, 130(9), 2371-2377.
- 57- Provencher, V., Drapeau, V., Tremblay, A., Despre's, J., Bouchard, C., Lemieux, S. (2004). Eating Behaviours, Dietary Profile and Body Composition According to Dieting History in Men and Women of the Que'bec Family Study. *British Journal of Nutrition*, 91, 997-1004.
- 58- Örsel, S., Canpolat, B.I., Akdemir, A., Özbay, M.H. (2004). Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 5-15.
- 59- Hays, N.P., Bathalon, G.P., McCrory, M.A., Roubenoff, R., Lipman, R. and Roberts, S.B. (2002). Eating Behavior Correlates of Adult Weight Gain and Obesity in Healthy Women Aged 55–65 Y. *Am J Clin Nutr*, 75, 476-483.
- 60- Pıçakçıefe, M., Bayar, B., Keskinoğlu, P., Bayar, K. (2006). *Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanlarının Sigara İçme Sıklığı ve Sigara İle İlgili Eğitimlerde Sektörler Arası İşbirliği*. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi: 9-12 Kasım 2006 Marmaris-Muğla: Bildiriler (S048-RN:236). Muğla: Muğla Sağlık Yüksekokulu.
- 61- NHS Direct Hasta Bilgi Bröşürü. (2005). Erişim: 27 Kasım 2007, www.nhsdirect.nhs.uk/languages/Download.aspx?id=11617
- 62- Ebrahim, S., Garcia, J., Sujudi, A., Atrash, H., (April 2007). Globalization of Behavioral Risks Needs Faster Diffusion of Interventions. Erişim: 20 Şubat 2008, http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/apr/06_0099.htm
- 63- National Center for Health Statistics. (CDC), December 2004, Prevalence of Overweight and Obesity Among Adults. United States, 1999-2002., NHCS.

- 64- Lahti-Koski, M., Pietinen, P., Heliövaara, M. and Vartiainen, E. (2002). Associations of Body Mass Index and Obesity with Physical Activity, Food Choices, Alcohol Intake, and Smoking in the 1982–1997 FINRISK Studies^{1,2,3}. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75(5), 809-817.
- 65- Ayar, A., Hasipek, S. (Nisan, 2003) [Poster]. IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Antalya.
- 66- İçen, S. (2006). Obez Bireylerde Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sosyal Özelliklerin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 67- Blokstra1, A., Burns, C.M., Seidell, J.C. (1999). Perception of Weight Status and Dieting Behaviour in Dutch Men and Women. *International Journal of Obesity*, 23, 7-18.
- 68- Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B., Bideci, A.E. (Haziran, 2002). *Toplum Beslenmesi*. Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. Ankara
- 69- Mutlu, N., Tabak, R.S., İkizler, H.C. (2006). *Üniversite Öğrencilerinin Sigara, Fiziksel Egzersiz ve Spor Davranışlarında 'Niyet'in Rolü*. I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi: 9-12 Kasım 2006 Marmaris-Muğla: Bildiriler (S061-RN:164). Muğla- Muğla Sağlık Yüksekokulu.
- 70- Margetts, B.M., Martinez, J.A., Saba, A., Holm, L., Kearney, M., Moles, A. (1997). Definitions of 'Healthy' Eating: A Pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health. *Eur J Clin Nutr*, 51(2), 23-9.
- 71- Holgado, B., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Gibney, M., Kearney, J., Martínez, J.A. (2000). Barriers and Benefits of A Healthy Diet in Spain: Comparison With Other European Member States. *Eur J Clin Nutr*, 54(6), 453-9.
- 72- Girois, S.B., Kumanyika, S.K., Morabia, A., Mauger, E. (2001). A Comparison of Knowledge and Attitudes About Diet and Health Among 35- to 75-Year-Old Adults in the United States and Geneva, Switzerland. *American Journal of Public Health*, 91(3), 418-424.
- 73- Buttriss, J.L. (1997). Food and Nutrition: Attitudes, Beliefs, and Knowledge in the United Kingdom. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65, 1985-1995.

- 74- Trent, L.K. (1992). Nutrition Knowledge of Active-Duty Navy Personnel. *J Am Diet Assoc*, 92(6), 724-728.
- 75- [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#). (2007). Fruit and Vegetable Consumption Among Adults-United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 56(10), 213-217.
- 76- Ergün C. (2003). Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Tüketici Algısı Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- 77- Bağcı, G., Keskin, Y., Alphan, M.E. (2003). *Bakırköy Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Beslenme Alışkanlıklarının Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Etkisi*. IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi : 2 Nisan 2003-Antalya : Bildiriler (s.292). Antalya.
- 78- Park, J., Beaudet, M.P. (2007). Eating Attitudes and Their Correlates Among Canadian Women Concerned about Their Weight. *Eur Eat Disord Rev.* 15(4), 311-320.
- 79- Hepp, U., Milos, G. (2002). Gender Identity Disorder and Eating Disorders. *Int J Eat Disorder*, 32, 473-478.
- 80- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Leombruni, P. (2001). Temperament and Character in Italian Men With Anorexia Nervosa: A Controlled Study With The Temperament And Character Inventory. *J Nerv Ment Dis*, 89, 788-794.
- 81- Tahiroğlu, A.Y., Fırat, S., Diler, R.S., Avcı, A. (2005). Erkek Çocuklarda Yeme Bozuklukları; Bir Anoreksiya Nevroza Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 151-157.
- 82- Wang, Z., Byrne, N.M., Kenardy, J.A., Hills, A.P. (2005). Influences of Ethnicity and Socioeconomic Status on the Body Dissatisfaction and Eating Behaviour of Australian Children and Adolescents. *Eating Behaviours*, 6, 23-33.
- 83- Aşçi, F.H., Tüzün, M., Koca, C. (2006). An Examination of Eating Attitudes and Physical Activity Levels of Turkish University Students With Regard to Self-Presentational Concern. *Eat Behav*, 7(4), 362-367.
- 84- Yamamoto, C., Uemoto, M., Shinfuku, N., Maeda, K. (2007). The Usefulness of Body Image Tests in the Prevention of Eating Disorders. *Kobe J Med Sci*, 53(3), 79-91.

- 85- Mancilla-Diaz, J.M., Franco-Paredes, K., Vazquez-Arevalo, R., Aguilar, L., Georgina L., Alvarez-Rayon, M., Trinidad, O., Giron, T. (2007). A Two-Stage Epidemiologic Study on Prevalence of Eating Disorders in Female University Students in Mexico. *Eur Eat Disord Rev*, 15(6), 463-470.
- 86- Grange, D., Telch, C.F., Tibbs, J. (1998). Eating Attitudes and Behaviors in 1,435 South African Caucasian and Non-Caucasian College Students. *Am J Psychiatry*, 155(2), 250-254.
- 87- [Grange, D.](#), [Louw, J.](#), [Russell, B.](#), [Nel, T.](#), [Silkstone, C.](#) (2006). Eating Attitudes and Behaviours in South African Adolescents and Young Adults. *Transcult Psychiatry*, 43(3), 401-417.
- 88- Garfinkel, P.E., Newman, A. (2001). The Eating Attitudes Test: Twenty-Five Years Later. *Eat Weight Disord*, 6(1), 1-24.
- 89- Janout, V., Janoutova, G. (2004). Eating Disorders Risk Groups In The Czech Republic– Cross-Sectional Epidemiologic Pilot Study. *Biomed Papers*, 148(2), 189–193.
- 90- Karlık, D.A., Karaağaoğlu, N. (2003). *Yetişkin Kadınlarda Beslenme Alışkanlıkları*. IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi: 2 Nisan 2003- Antalya: Bildiriler (s.226).
- 91- Deshmukh-Taskar, P., Nicklas, T.A., Yang, S.J., Berenson, G.S. (2007). Does Food Group Consumption Vary by Differences in Socioeconomic, Demographic, and Lifestyle Factors in Young Adults? The Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc*, 107(2), 234-236.
- 92- Lv, N., Cason K.L., (2004). Dietary Pattern Change And Acculturation of Chinese Americans in Pennsylvania. *J Am Diet Assoc*, 104(5), 771-778.
- 93- Taylor, C.A., Keim, K.S., Gilmore, A.C., Parker, S.P., Van Delinder, J.L. (2006). Most Commonly Consumed Foods and Food Perceptions in Native American Women. *Am J Health Behav*, 30(6), 613-625.
- 94- Maskarinec, G., Novotny, R., Tasaki, K. (2000). Dietary Patterns are Associated with Body Mass Index in Multiethnic Women. *J Nutr*, 130(12), 3068-3072.

EKLER

EK-1: ANKET FORMU

Anket No:

Dâhili Telefon:

- 1) Yaşınız (yıl): ...
- 2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
- 3) Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr
- 4) Memleketiniz: ...
- 5) Öğrenim Durumunuz:
 - 1) Okur-yazar değil
 - 2) Okur-yazar
 - 3) İlköğretim
 - 4) Ortaöğretim
 - 5) Yüksekokul-Üniversite
 - 6) Lisansüstü
- 6) Mesleğiniz: ...
(Askerler için sivil hayattaki meslek yazılacaktır.)
- 7) Boy uzunluğu cm
- 8) Vücut Ağırlığı kg
- 9) Sürekli devam eden bir sağlık sorunuz var mı?
 - 1) Hayır 2) Evet (belirtiniz) ...
- 10) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
 - 1) Hayır 2) Evet (belirtiniz) ...
- 11) Vitamin-mineral hâpi kullanıyor musunuz?
 - 1) Hayır 2) Evet (belirtiniz) ...

- 12) Cevabınız EVET ise ek vitamin-mineral kullanma nedeninizi belirtiniz?
- 1) Sağlık için / hasta olmamak için
 - 2) Kendimi daha zinde hissetmemi sağlıyor / zinde tutuyor
 - 3) Doktor önerisi
 - 4) Diğer (belirtiniz) ...
- 13) Uyguladığınız bir diyet var mı?
- (Zayıflama Diyeti, Tuzsuz Diyet, Az Yağlı Diyet, Diyabetik Diyet, Karaciğer Koruma Diyeti, Ülser Diyeti. v.b.)
- 1) Hayır
 - 2) Evet (belirtiniz) ...
- 14) Cevabınız EVET ise ne kadar süredir uyguluyorsunuz?
- ...
- 15) Sigara içiyor musunuz?
- 1) Hayır
 - 2) 1–5 adet/gün
 - 3) 6–10 adet/gün
 - 4) 11–20 adet/gün
 - 5) Diğer (belirtiniz) ...adet/gün
- 16) Alkol kullanıyor musunuz?
- (1 birim=10 ml alkol) 1 su bardağı dolusu bira , 1 kadeh şarap veya ¼ çay bardağı sert alkollü içkiler; rakı-votka-viski-cin.)
- 1) Hayır
 - 2) Haftada 1 kez
 - 3) Ayda 1–2 kez
 - 4) Yılda birkaç kez
 - 5) Diğer (belirtiniz) ...
- 17) Çay-kahve kullanıyor musunuz?
- 1) Hayır
 - 2) Evet (belirtiniz) Kahve ... Fincan/gün
Çay ... Çay Bardağı/gün
- 18) Günde kaç öğün yemek yersiniz? (Öğün sayısını belirtiniz)
- ... (ana öğün) ... (ara öğün)
- 19) Öğün atlıyor musunuz? (Cevabınız HAYIR ise 22. soruya geçiniz)
- 1) Hayır
 - 2) Evet
 - 3) Bazen
- 20) Öğün atlıyorsanız hangi öğünü atlıyorsunuz?
- 1) Sabah
 - 2) Öğle
 - 3) Akşam
 - 4) Sabah-Öğle
 - 5) Öğle-Akşam
 - 6) Sabah-Akşam

- 21) Öğün atlama sebebiniz nedir?
- 1) Canım istemiyor 2) Zayıflamak/Kilomu korumak için yemiyorum
3) Vakit bulamıyorum 4) Diğer (belirtiniz)...
- 22) Yemek yeme şekliniz nasıl?
- 1) Hızlı 2) Yavaş 3) Normal
- 23) Psikolojik durumunuza göre (üzüntü/sevinç) yemek yeme şekliniz değişiyor mu?
- 1) Değişmez 2) Daha az yerim
3) Daha fazla yerim 4) Diğer (belirtiniz) ...
- 24) Öğün aralarında besin tüketiyor musunuz?
- 1) Hayır 2) Evet 3) Bazen
- 25) Yanıtınız EVET veya BAZEN ise belirtiniz.
(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)
- 1) Çay-Kahve 2) Kek, bisküvi, cips v.b. 3) Meyve, çiğ sebze
4) Kuruyemiş 5) Süt-Yoğurt-Ayran 6) Meşrubat, meyve suyu
7) Kola, gazoz, fanta v.b. 8) Diğer (belirtiniz)...
- 26) Aşağıdaki sağlıklı beslenme seçeneklerinden hangisi / hangileri sizin için daha önemlidir?

	Çok önemli	Önemli	Önemli Değil	Hiç Önemli Değil
1.Yağ oranı düşük				
2.Tuz oranı düşük				
3.Vitamince zengin				
4. Sebze-meyve ağırlıklı				

- 27) Düzenli olarak spor yapıyor musunuz?
- (Haftanın en az 5 günü, günde en az 30 dakika sizi terleten, nefes alışımızı hızlandıran yürüyüş, koşu, futbol v.b.)
- 1) Evet 2) Hayır

28) Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların karşısındaki boşlukları doldurunuz.
(EAT-21 Testi)

		Asla/Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Çok sık	Sürekli/Daima
1.	Kilolu almaktan korkarım.						
2.	Aç olduğumda yemekten kaçınırım.						
3.	Sürekli yemek düşünürüm.						
4.	Yemek yemeği durduramadığım zamanlar olur.						
5.	Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
6.	Başkalarının benim daha çok yemem gerektiğini düşündüklerini hissediyorum.						
7.	Yemek yedikten sonra kusarım.						
8.	Yedikten sonra kendimi oldukça suçlu hissedirim.						
9.	Sürekli olarak daha zayıf olma isteği duyarım.						
10.	Egzersiz yaparken kalori yakmayı düşünürüm.						
11.	Başkaları benim çok zayıf olduğumu düşünür.						
12.	Aklımda sürekli şişman olduğum düşüncesi var.						
13.	İçerisinde şeker olan gıdalardan kaçınırım.						
14.	Diyet gıdalar tüketirim.						
15.	Yiyecekler hayatımı kontrol eder.						
16.	Başkalarının bana yemek yemem konusunda baskı yaptığını hissediyorum.						
17.	Yiyecekler zihnimi çok meşgul ediyor. (Aklım fikrim yemekte.)						
18.	Tatlı yedikten sonra kendimi huzursuz hissediyorum.						
19.	Sıkça diyet yaparım.						
20.	Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
21.	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

29) Aşağıdaki yiyeceklerden hangi sıklıkla tükettiğinizi belirtiniz.

BESİNLER		Her gün/ Günaşırı (sık)	Haftada 1-2 (orta)	Haftada 1'den az (seyrek)
Süt	Yağlı			
	Yarım yağlı			
	Yağsız			
Yoğurt	Yağlı			
	Yarım yağlı			
	Yağsız			
Ayran	Yağlı			
Peynir	Yağlı			
	Yarım yağlı			
	Yağsız			
Yumurta				
Kırmızı et				
Tavuk	Derili			
	Derisiz			
Balık	Yaz			
	Kış			
Kurubaklagil	Yaz			
	Kış			
Taze sebze				
Taze meyve				
Ekmek	Beyaz			
	Kepekli			
Bulgur				
Makarna				
Pirinç				
Şeker, bal, reçel				
Yağlar	Tereyağı			
	Kuyruk yağı			
	Margarin			
	Zeytinyağı			
	Fındık yağı			
	Ayçiçek yağı			
	Mısırözü yağı			
	Soya yağı			

Test Bitti.

ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Bursa'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini tamamladıktan sonra 1997 yılında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünü kazandı. 2002 yılında Diyetisyen ünvanı ile mezun oldu. 2002-2003 yıllarında Uludağ Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Diyetisyen olarak görev yaptı. Mayıs 2003'te TSK Sağlık Komutanlığı Malatya Asker Hastanesinde Beslenme Uzmanı olarak göreve başladı. Halen bu görevi sürdürmektedir.

Beslenme ile ilgili çeşitli kongre, sempozyum, kurs ve seminerlere katılmış olup, Türkiye Diyetisyenler Derneği üyesidir.

Dyt. Bircan ULAŞ