



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

**YETİŞKİN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ İLE BESİN
TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI VE BAZI ANTROPOMETRİK
PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI**

GÜLPER HÜLYA GÜNŞOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. YASEMİN BEYHAN

**İSTANBUL
2013**



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

**YETİŞKİN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ İLE BESİN
TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI VE BAZI ANTROPOMETRİK
PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI**

GÜLPER HÜLYA GÜNŞOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. YASEMİN BEYHAN

**İSTANBUL
2013**

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Gülper Hülya GÜNŞOY tarafından hazırlanan "*Yetişkin Bireylerin Yaşam Kalitesi İle Besin Tüketim Alışkanlıkları ve Bazı Antropometrik Parametreler Arasındaki İlişkilerin Saptanması* " konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 17.09.2013

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Yasemin BEYHAN
: Haliç Üniv. (Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Muazez GARİPAĞAOĞLU
: Medipol Üniv.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON
: Haliç Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü V.

I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sırasında mesleki ve bireysel olarak bilgi, davranış ve tecrübeleri ile kişisel ve mesleki gelişimimde emeklerini esirgemeyen, akademik ve iş hayatımda şimdiden çok büyük payı olan değerli tez danışmanım Prof.Dr. Yasemin BEYHAN'a ve tüm hocalarıma minnet ve saygılarımı sunarım.

Hoşgörüsü ile Acıbadem Bakırköy Hastanesinde tez çalışmamı sürdürmem için destek veren Başhekimim ve Direktörüm Sayın Op.Dr.M.Engin ÇAKMAKÇI'ya teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Yükseklisans eğitimi süresince iş yerinde her türlü koşulsuz yardımseverliği gösteren sevgili arkadaşım, meslektaşım Dyt. Olcay BARIŞ'a, yüksek lisans eğitimini beraber geçirmemizin dostluğumuzu daha da pekiştirdiği, yardım meleği sevgili Dyt. Hande SEVEN'e ve sevgili Dyt.Çiğdem AKSOY'a teşekkürlerimi sunarım.

Bu günlere gelmemde katkılarını bir gün bile eksik etmeyen, sevgi ve koruyuculuklarını her zaman üstümde hissettiğim, çalışmam süresince maddi ve manevi desteğini esirgemeyen aileme sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.

Her zaman yanımda olan ve yüksek lisans süresince gösterdiği sonsuz sabır ve desteği için sevgili eşim Gün GÜNŞOY'a teşekkürlerimi sunarım.

Dyt. G. Hülya GÜNŞOY

II. İÇİNDEKİLER	Sayfa
I. ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR	I
II.İÇİNDEKİLER	II
III.KISALTMALAR VE SİMGELER	IV
IV.TABLolar LİSTESİ	V
1.ÖZET	1
2.SUMMARY	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	6
4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Kavramsal Boyutu	6
4.1.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Önemi	6
4.1.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi	7
4.1.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	8
4.1.3.1. Hastalığa Özgü Ölçekler	8
4.1.3.2. Genel Amaçlı (jenerik) Ölçekler Antropometrik Ölçümler	8
4.1.3.2.1. Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36)	9
4.2. Beslenme ve Sağlık	11
4.3. Beslenme Durumunun Saptanması	12
4.3.1. Antropometrik Ölçümler	14
5. GEREÇ ve YÖNTEM	15
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	15

II. İÇİNDEKİLER (DEVAMI)	Sayfa
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	15
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme ve Uygulanması	15
5.4. Verilerin Toplanması	15
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	17
6. BULGULAR	18
7. TARTIŞMA	34
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
9. KAYNAKLAR	49
10. EKLER	54
10.1. EK-1: İzin Formu	54
10.2. EK-2: Anket Formu	55
10.3. EK-3: Gönüllülük Onam Formu	63
10.4. EK-4: Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puanlama Tabloları	64
10.5. EK-5: Ayaktan Hasta Değerlendirme Formu	66
10.6. EK-6: Tablo 10.6: DSÖ Beden Kitle İndeksi (BKI) Sınıflaması	68
11. ÖZGEÇMİŞ	69

III. KISALTMALAR

BKI	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SİYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
SF-36	Short Form-36 (Kısa Form-36)
FA	Fiziksel Aktivite
Kkal	Kilo kalori
Kg	Kilogram
g	Gram
cm	Santimetre
	Ortalama
Ss	Standart sapma
U	Mann Whitney U
KW	Kruskal Wallis H
TÖRD	Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehber Değerleri

IV. TABLOLAR LİSTESİ	Sayfa
Tablo 6.1. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	18
Tablo 6.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımları	19
Tablo 6.3. Bireylerin Hekim Tarafından Tanısı Konulmuş Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı	20
Tablo 6. 4. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Ortalaması	21
Tablo 6.5. Bireylerin BKİ Sınıflandırmalarının Cinsiyete Göre Dağılımları	21
Tablo 6.6. Bireylerin Farklı Yaş Gruplarına Cinsiyete Göre Bir Günlük Besin Tüketimlerinin Değerlendirilmesi	23
Tablo 6.7. Bireylerin Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları ve Ortalama Değerleri	24
Tablo 6.8. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşa Göre Puan Ortalamaları	25
Tablo 6.9. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Eğitim Düzeyine Göre Puan Ortalamaları	26
Tablo 6.10. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuru Nedenine Göre Puan Ortalamaları	27
Tablo 6.11. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Tüketilen Ana Öğün Sayısına Göre Puan Ortalamaları	28
Tablo 6.12. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Öğün Atlama Durumuna Göre Ortalamaları	29
Tablo 6.13. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yemek Hazırlarken Kullanılan Yağ Türüne Göre Puan Ortalamaları	30
Tablo 6.14. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Antropometrik Parametreler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	31

IV. TABLOLAR LİSTESİ (DEVAMI)	Sayfa
Tablo 6.15. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Tüketilen Enerji ve Besin Öğeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	33
Tablo 10.4.1: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarındaki Sorular ve Puanlama	64
Tablo 10.4.2: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları ve Olası Puanlar	65
Tablo 10.6: DSÖ Beden Kitle İndeksi (BKI) Sınıflaması	68

1. ÖZET

Bu araştırma İstanbul'da özel bir hastanede beslenme ve diyet polikliniğine başvuran 18 – 65 yaş arası 64'ü kadın, 36'sı erkek toplam 100 yetişkin bireyin yaşam kalitesi ile beslenme durumu ve bazı antropometrik değerler arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Katılımcılara demografik özellikleri, sağlık ve beslenme durumu bilgileri, yaşam kalitesini belirlemek amacı ile SF-36 ölçeği (toplamda 100 puan üzeinden), besin tüketim durumları ve bazı antropometrik ölçümleri içeren bir anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 37,16±11,62 yıl'dır. 18-29 yaş aralığında olanların genel sağlık puanları 69,84±16,18, diğer katılımcılardan anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Beslenme ve diyet polikliniğine kilo almak için başvuran katılımcıların (%10,0), genel sağlık puanları, diyabet nedeniyle başvuranlardan (%12,0) daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çoğu öğün atlarken (%69,0), öğün atlamayan katılımcıların (%11,0) genel sağlık puanları 72,27±17,99, öğün atlayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksek 56,62±19,09 bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların BKİ(kg/m²) arttıkça, fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığına ilişkin puanları azalmaktadır ($p<0,05$). Sonuç olarak bireylerin beslenme alışkanlıklarının ve antropometrik ölçümlerinin yaşam kalitesini etkilediği görülmektedir. Bu nedenle bireylere sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmak, yaşam kalitesini arttırıp sağlıklı bir ömür sürdürmesine yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yetişkin bireyler, yaşam kalitesi, beslenme durumu, antropometrik ölçümler

2. SUMMARY

The Analysis of Association of Quality of Life and Dietary Habits and Some Anthropometric Parameters of The Adults

The present study has been conducted to analyze the association between quality of life and dietary habits and some anthropometric measurements, of a total number of 100 adults consisted of 64 females and 36 males aged between 18-65 years old who applied to diet and nutrition outpatient clinics in a private hospital setting in Istanbul. A questionnaire comprehending subjects' demographical characteristics, health and nutritional status, SF-36 QoL to analyze quality of life (over 100 points), food consumption and some anthropometric measurements has been filled in an interview. The mean age (\pm SE) of subjects' was $37,16 \pm 11,62$. The general health scores of subjects in the 18-29 year-old group was found to be significantly higher than the other groups, respectively ($p < 0,05$). The general health scores of the subjects who applied to the diet and nutrition clinics to gain weight (10%) was found to be higher than the subjects who applied for diabetes (12,0%). Most of the subjects (69,0%) was found to skip meals while general health scores of subjects who did not skip meals (11,0%) was found to be significantly higher than the ones who skipped. BMI (kg/m^2) of the participants was inversely related with the physical functionality, general health status, social functionality, psychological scores ($p < 0,05$). As a result, dietary habits and anthropometric measures of adults was found to affect the quality of life. Thus, having people to gain healthy eating habits will increase the quality of life and live healthy.

Key Words: Adults, quality of life, nutritional status, anthropometric parameters

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacı, sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi, beden, aklın, ruhen ve sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısı ve bu yapının bozulmadan uzun süre işleridir (Baysal, 2007).

Bireyin dolayısı ile toplumun sağlığını etkileyen başlıca etmenler kalıtım ve çevre koşullarıdır. Kalıtım, bireyin ailesinden kendisine geçen ve varolan nitelikleridir. Kalıtım bireyin sağlık düzeyini belirleyen önemli bir etmendir. Birey kalıtım örüntüsünü değiştiremez, fakat uygun bir çevre, sınırlı yeteneklerden en yüksek düzeyde yararlanma olanağı sağlar. Diğer yandan bir çok çevresel etmen kalıtımı oluşturan genleri etkileyebilir. Sağlığı etkileyen çevresel etmenlerin başında; beslenme, barınma, giyim, fiziksel çevre, eğitim ve kültürel olankların durumu gelir. Tüm bu etmenler bireyin yaşamını yönlendirir. Çevresel etmenlerin herhangi birinin yetersizliği, bireyin, dolayısı ile toplumun sağlık durumu üzerinde olumsuz etki yapar (Baysal ve ark., 2008).

Çevresel etmenler bireyin şimdiki ve hatta bundan 30-40 yıl sonraki sağlık durumunda büyük rol oynar. Tüketilen besinler, aktivite durumu, sigara tüketimi, alkol kullanımı ve ilaçlardan uzak durmak gibi yaşam tarzı seçimleri sağlık durumu üzerinde özellikle çok etkilidir (Pekcan ve ark., 2003)

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin bu yöndeki çabası ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır. Hastalıklardan korunmada, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışlar temeldir (Bahar Z. ve ark., 2008). Bu davranışların kullanılması için öncelikle bireyin yaşam kalitesi standartlarının hangi düzeyde olduğunu belirlemek gerekmektedir.

Yaşam kalitesi, kişiden kişiye değişebilen bir kavramdır, bu nedenle net bir tanım yapılması güçtür. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü; sağlığı sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması olarak tanımlamaktadır (Koltarla, 2008).

Yaşam kalitesi, bireyin halen yapabildiği ve yapmayı arzuladığı aktiviteler arasındaki farkın algılanmasına gösterilen duygusal veya kişisel cevap olarak da tanımlanabilmektedir. Yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamına ilişkin genel doyumudur. Bütün evrensel bilimler, yaşam kalitesini kendi bakış açılarına göre tanımlasalar da, özetle yaşam kalitesi, mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlanmış, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk kavramlarıyla eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu, ilişkileri gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsurda doyumunu içine alan bir kavram olup bir yandan “iyi olma hali, yaşam doyumunu” gibi ifadeleriyle öznel bir boyut taşırken, diğer yandan “bağımsız yaşayabilme, toplumsal ilişkiler, üretkenlik” gibi ifadeleriyle nesnel bir boyut taşımaktadır (Aslan, 2009).

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan SF-36 (Short Form 36), Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Koltarla, 2008). SF-36 çok amaçlı, bireyin sağlık durumunu da kısa sürede belirlemeye yardımcı 36 soruluk bir araştırmadır (www.sf-36.org/tools/SF36.shtml/, Erişim tarihi: 11 Ağustos 2012). SF-36'nın Türkçeye uyarlanmış şeklinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koltarla, 2008).

Sağlıklı yaşam biçimi, yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi, varolan ve yaşam kalitesini bozan beslenme en aza indirilmesi, diyete bağlı kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisine yönelik yaşam şeklinin iyileştirilmesi, çevre koşullarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (<http://www.beslenme.gov.tr>, Erişim Tarihi: 11 Ağustos 2012).

Sağlıklı yaşamın temelini en çok yeterli ve dengeli, diğer bir deyişle kaliteli beslenme oluşturmaktadır. Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerininin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanımıyla yeterli ve dengeli beslenme ile sağlanmış olur (www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf, Erişim tarihi: 11 Ağustos 2012).

Kaliteli beslenme bireyin beden yapısını önemli ölçüde etkilemektedir. Besinlerin içeriği, tüketim sıklığı, pişirme yöntemleri, öğün sayısı da kaliteli beslenmeyi etkilemektedir. Bu çalışmada, yetişkin bireylerin yaşam kalitesi ile besin tüketiminin vücut bileşenlerinden bazı antropometrik parametrelerle ilişkisi incelenmiştir.

Araştırma, Acıbadem Sağlık Grubu Bakırköy Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran, gönüllü yetişkin bireylerde yaşam kalitesi ile besin tüketiminin bazı antropometrik parametrelerle ilişkisi saptanması amacıyla, tanımlayıcı olarak planlanmış ve yürütülmüştür.

4. GENEL BİLGİLER:

4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Kavramsal Boyutu

Yaşam kalitesi kavramının tarihi gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. İlk filozoflardan Aristo yazılarında mutluluğun doğasına ve ‘iyi bir yaşam’ için insanlara gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo ve ardından gelen çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Böylece bu hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur. Tıp alanında ise Hipokrat zamanında bile hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretilmekteydi (Müezzinoğlu, 2004).

Yaşam kalitesi tanımı ve nasıl ölçüldüğünü ile ilgili çok az fikir birliği vardır. Healty People 2012 verilerine göre kişinin genel anlamda yaşam ve çevreye duyduğu memnuniyet olarak tanımlanmaktadır (Mahan and Escott-Stump, 2008). Genel olarak iyilik halinin bir derecesi olarak tanımlanan yaşam kalitesi, DSÖ tarafından “kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması” şeklinde tanımlanmaktadır (Güven, 2010).

Yaşam kalitesi, genel bir iyilik durumu olması, yani aynı zamanda bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu anlatmasıdır (Eser, 2004). Yaşam kalitesi kavramı fiziksel, duygusal, kültürel, ekonomik, sosyal ve bireyin hissedebildiği iyi yaşam kavramı ile yakından ilişkilidir ve bireye özgüdür. Duygu, düşünce gibi öznel konuları değerlendirmek için en sık başvurulan yöntem bireyin kendisini tanımlamasını sağlamaktır (Bottomley, 2002). Nesnel değerlendirmeler ise, bireyin fiziksel sağlığı, medeni durumu, gelir düzeyi, sosyal çevresi gibi yaşam koşullarının tanımlanmasını sağlamaktadır (Koltarla, 2008)

4.1.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Önemi (SİYK ve Önemi)

Yaşam kalitesi sağlık ile ilgilidir, ancak genel veya hastalığa özgü ya da ortak bir ölçüm veya test için kullanılabilir (Amarantos et al., 2001). U.S Department of

Health& Human Services 2006 verilerine göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi(S.İ.Y.K) bireyin kişisel anlamda fiziksel, ruhsal sağlığı, fiziksel ve sosyal ortamlarda faktörlere tepki yeteneğidir (Mahan and Escott-Stump, 2008).

SİYK'nin kabul görmüş tek bir tanımı olmamakla birlikte, araştırmacıların çoğu yaşam kalitesinin çok boyutlu, subjektif ve dinamik bir kavram olduğu konusunda fikir birliğine sahiptir. SİYK; iki komponenti olan iyilik halidir: bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneği, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur. Klinikte, bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır. Halk sağlığı anlayışı ve sağlık tanımı ile birlikte değerlendirildiğinde yaşam kalitesi, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik bileşenleriyle, bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimi olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi ölçümleri farklı hastalıkların kişinin işlevselliğini, kendini iyi hissetmesini ne ölçüde etkilediğini, müdahale alanlarını belirlemek için ve değişik tedavi yaklaşımlarının sonuçlarını karşılaştırmak amacı ile kullanılmaktadır. Sıklıkla ölçülen sağlıkla ilgili yaşam boyutları:

- Fiziksel sağlık
- Duygusal sağlık
- Sosyal işlevler
- Genel iyilik hali
- Hastalıkla ve/veya tedavi ile ilgili semptomları kapsamaktadır (Arslan, 2009)

4.1.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi

Hastalıklara özgü geliştirilen yaşam kalitesi değerlendirmeleri dar kapsamlıdır ancak en ince ayrıntısına kadar değerlendirme yapılmasını sağlamaktadır. Fark

edilmeyecek kadar küçük ama önemli klinik değişiklikleri saptayabilir ve sonuçlar klinik kararlar açısından kullanılabilir (Fidan ve ark, 2003).

Ancak hastalığa özgü geliştirilen yaşam kalitesi değerlendirmelerinin dezavantajları da mevcuttur. Bunun nedeni ise bireyin bir bütün olarak değerlendirilememesi ve farklı durumlar arasında karşılaştırma yapılamamasıdır (Çıtıl, 2009).

4.1.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler, amaçlarına göre “hastalığa özgü” ve “genel amaçlı (jenerik) olarak iki gruba ayrılmaktadır.

4.1.3.1. Hastalığa Özgü Ölçekler

Hastalığa özgü ölçeklerin kullanımı daha çok klinik araştırmalarla sınırlıdır. Bireylerde belirlenmiş hastalık gruplarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Böylece hastalık durumuna özgü en küçük yaşam kalitesi değişimlerini bile saptamak mümkün olmaktadır. Ancak hastalık türlerine göre hazırlanmış her ölçeğin skorlama sistemi birbirinden farklılık gösterdiğinden hastalıkların birbirleri arasında karşılaştırma yapılabilmesi mümkün değildir (Çıtıl, 2009)

Bu ölçeklere örnek vermek gerekirse;

- McGill Ağrı Skalası (McGill Pain Questionnaire, MPQ)
- Diyabette Yaşam Kalitesi Ölçeği (Diabetes Quality of Life, DQOL)
- Artrit Etkisini Değerlendirme Ölçeği (Arthritis Impact Measurement Scale, AIMS) (www.proqolid.org, Erişim tarihi: 2 Ağustos 2013).

4.1.3.2. Genel Amaçlı (Jenerik) Ölçekler

Genel popülasyonda, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklarda uygulanabilen hasta gruplarının değişik zaman aralıklarındaki sağlık düzeylerini karşılaştırmada kullanılmaktadır. Genel ölçekler, yaşam doyumu, iyi olma hali, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi yaşam kalitesinin çeşitli bileşenlerini içermektedir. Bu

ölçekler belirli bir hastalık için tasarlanmadığından bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilmektedir. Ancak bilimsel çalışmalarda farklı hasta gruplarının değişik zaman aralıklarındaki sağlık düzeyini karşılaştırmada kullanılabilir (Öksüz ve Malhan, 2005)

Bu ölçeklere örnek vermek gerekirse;

- Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36)
- Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, NHP)
- Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, SIP)
- DSÖ Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL) (www.proqolid.org, Erişim tarihi: 2 Ağustos 2013).

Uluslararası düzeyde yaygın kullanılan ölçeklerden bazılarının da ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve kullanımı sağlanmıştır. (SF-36 ve WHOQOL) (Fidan, 2003).

4.1.3.2.1. Kısa Form-36 (Short Form-36, SF-36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan SF-36 (Short Form 36), Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Koltarla, 2008). SF-36 çok amaçlı, bireyin sağlık durumunu da kısa sürede belirlemeye yardımcı 36 soruluk bir araştırmadır (www.sf-36.org/tools/SF36.shtml/, Erişim tarihi: 11 Ağustos 2012)(EK-2). SF-36 ankete katılan bireylerin sağlıkları hakkındaki görüşlerini, kendilerini nasıl hissettiklerini ve günlük aktivitelerini ne kadar yerine getirebildiklerini öğrenmek amacıyla sorulmuştur.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, kendini değerlendirme ölçeği olup; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları, bedensel ağrı, sosyal fonksiyonellik, genel ruh sağlığı, enerji/canlılık ve genel sağlık olmak üzere sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin, sekiz boyutunun ölçümünü sağlayan 36 sorudan

oluşmaktadır. SF-36 ölçeği, ikinci soru hariç son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirilmektedir.

- Fiziksel fonksiyonellik; yıkanma ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yapabilme,
- Fiziksel rol sınırlamaları; fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde karşılaşılan sorunlar,
- Duygusal rol sınırlamaları; duygusal sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde yaşanan sorunlar,
- Bedensel ağrı; ağrı olması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olması,
- Sosyal fonksiyonellik; fiziksel ve duygusal sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması,
- Genel ruh sağlığı; sürekli sinirlilik veya depresyon ya da sürekli sakin mutlu ve rahat hissetme duyguları,
- Enerji/canlılık; sürekli yorgun ve bitkin ya da canlı ve enerjik hissetme duyguları,
- Genel sağlık; sağlığın iyi, kötü ya da mükemmel olduğuna inanmayla ilgilidir (Güven, 2010).

SF-36'nın değerlendirilmesinde alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir, yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir. SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları ve puanlama Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir. (EK-4)

Ölçeğin değerlendirilmesi her bölüm için farklılık göstermektedir. Ölçeğin 4. ve 5.sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5, ve 6'lı)derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9e, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanları hesaplanmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı toplanarak "Fiziksel ve Mental Sağlık Özet Skoru" elde

edilebilir. Elde edilen özet skorlar ve alt boyut puanları 0 ile 100 arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmiştir. 0 kötü sağlığı, 100 iyilik durumunu göstermektedir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç ve yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır. Beklenen olası en düşük ham puan; ilgili sorulardan ölçekten alınabilecek en düşük puanı, beklenen olası en yüksek ham puan; ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek puanı ve olası ham puan aralığı ise; ilgili sorulardan alınabilecek en yüksek ve en düşük ham puanlar arasında ki farkı gösterir.

SF-36'nın sağlık boyutlarının puanlarının hesaplanması dört aşamada gerçekleştirilmektedir;

- Soru ilişkin verilen puanların yeniden kodlanması veya ters çevrilmesi işlemi; 1, 6, 7, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b ve 11d soruları için yapılmaktadır. Skorların dönüştürülmesi ile "hiç" seçeneği (5), "aşırı" seçeneği ise (1) ham puana sahip olması ve yüksek skorların daha iyi ve sağlık durumlarını, düşük skorların ise olumsuz sağlık durumlarını yansıtmasını sağlamaktadır.
- Yanıtlanmamış soruların skorlarının belirlenmesi; bu hesabı yapabilmek için bireylerin her bir boyutla ilgili soruların en az yarısını yanıtlamış olması gerekmektedir. Yanıtlanmış soruların ortalaması hesaplanarak yanıtlanmamış sorunun skoru belirlenir.
- Ham ölçek skorlarının belirlenmesi; hesaplamak için her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak ham skala skorları belirlenmiştir.
- Ham ölçek skorlarının değerlendirilmesi; 0-100 arasında değerlendirilme işlemi yapılmaktadır. Ham skala skoru dönüştürülürken aşağıdaki formül kullanılmaktadır. Dönüştürülmüş puan= (ham skala puanı-beklenen en düşük puan/olası puan aralığı)×100

4.2. Beslenme ve Sağlık

Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır. Beslenme, insan gereksinmelerinin başında gelir. Beslenme, besinlerin üretiminden hücrede kullanımına değin geçen tüm evrelerde insan-besin ilintisini inceleyen bir bilim dalıdır (Baysal, 2007).

Bireyin ve toplumun sağlıklı yaşaması ve ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır. Sağlığın temeli yeterli ve dengeli beslenmedir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı beslenme olarak da tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı) biçimlerinin benimsenmesinin amaçlanması gerekmektedir. Ayrıca, varolan ve yaşam kalitesini bozan beslenme sorunlarının (protein-enerji yetersizliği, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, raşitizm, diş çürükleri, şişmanlık vb.) en aza indirilmesi veya yok edilmesi, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, bazı kanser türleri, diabet, osteoporoz vb.) önlenmesine yönelik yaşam biçiminin iyileştirilmesi, çevre koşullarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Pekcan, 2008)

4.3 Beslenme Durumunun Saptanması

Bireyin sağlığı üzerinde beslenmenin etkisi beslenme durumunun saptanması ile değerlendirilir. Bireyin beslenme durumu, bireyin besin öğelerine olan fizyolojik gereksiniminin karşılanma düzeyini yansıtır. Diğer bir deyişle optimal beslenme için besin öğesi alımı ile besin öğesi gereksinimi arasındaki dengedir. Bu denge birçok etmen tarafından etkilenmektedir. Bireyin beslenme durumu bireyin sağlık durumunu; iyilik halinin, performansını, büyüme ve gelişmesini ve hastalıklara direncini etkiler.

Sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla beslenme durumunun sürekli ve düzenli olarak saptanması; bireyin fiziksel yapısının, büyüme ve gelişmesinin, organların işlevlerinin, davranışlarının, idrar-kan veya dokularda bulunan besin öğelerinin düzeyleri ile, besin alımının kalite ve miktar yönünden değerlendirilmesidir. Ayrıca bireyin ilaç kullanımı, stres ve kronik hastalıklar durumu, beslenme bilgi düzeyi, eğitim durumu, kültürel yapı ve yaşam koşulları da beslenme durumunu etkilediği için öğrenilmelidir.

İdeal olarak, tüm bireylerin yaşamları süresince (intrauterin yaşamdan, yaşlılık dönemine kadar) düzenli olarak beslenme durumunun taranması ve saptanması gerekmektedir. Bu değerlendirmeler sadece hastalık anında yapılmamalıdır. Beslenme durumunun taranması ve saptanması araçlarının ve yöntemlerinin kullanım durumları

koşullarına göre değişkenlik gösterebilir. Genelde beslenme durumunun taranması beslenme durumunun saptanması sürecini başlatır. Böylece beslenme desteği, beslenme eğitimi ve danışmanlık hizmetleri etkin olarak planlanıp yürütülebilir.

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan yöntemler şunlardır.

1- Besin alımının (tüketim durumunun) saptanması

2- Laboratuvar testleri

3- Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü

4- Antropometrik yöntemler

5- Psikososyal veriler

Bu yöntemlerin bir kaçı veya hepsi birlikte kullanılabilceği gibi, sıklıkla seçilecek yöntem ekonomik koşullara, zamana ve bu konuda eğitilmiş personele göre belirlenir (Baysal ve ark., 2008).

Beslenme durumunun saptanmasında çalışmamızda kullanılan yöntemlerin ayrıntılarını inceleyecek olursak;

- Bireyin besin alımının (tüketim durumunun) saptanması için doğru bir sorgulamanın yapılması, kayıt tutulması ve değerlendirilmesi gerekir. Bu saptamada kullanılan 24 saatlik hatırlamada bireye 24 saat içinde tükettiği tüm besinler ve içecekler sorulur. Besin gruplarının tüketimini porsiyon olarak saptamak ve değişimlere göre enerji, protein, yağ ve karbonhidrat miktarını saptamakta hastane koşullarında hızlı bir değerlendirme yöntemidir.
- Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanmasında protein ve yağ deposunun göstergesi olmaları nedeniyle önem taşır. Vücut ağırlığı ölçümü beslenme durumunun göstergesi olarak sıklıkla kullanılır. Vücut ağırlığı protein kitlesinin ve enerji deposunun dolaylı bir göstergesidir. Ağırlık, vücuttaki toplam yağ, protein, su ve kemiklerin toplamıdır (Baysal ve ark., 2008)

4.3.1. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanmasında protein ve yağ deposunun göstergesi olmaları nedeni ile önem taşır. Büyüme ve vücut bileşimi (vücut yağı ve yağsız dokusunun) antropometrik ölçümlerle saptanabilmektedir. Tek bir ölçüm (yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre kol çevresi ve baş çevresi gibi) veya boy uzunluğu ve vücut ağırlığı, deri kıvrım kalınlıkları ve/veya çevre ölçümleri birlikte kullanılarak değerlendirilir. Antropometrik ölçümler sürekli ve düzenli olarak kullanıldığında bireyin beslenme durumu sağlıklı olarak değerlendirilebilir. Sıklıkla kullanılan yöntemler; vücut ağırlığı ve boy uzunluğu, vücut yağının saptanması ve yağsız vücut kitlesinin saptanmasıdır (Baysal ve ark., 2008)

Antropometrik değerler beslenme, genetik, çevresel etmenler, sosyal ve kültürel koşullar, yaşam tarzı ve sağlıkla yakından ilgilidir. Vücut bileşimi değişiklikleri; erkek ve kadınlarda, farklı yaşam aralıklarında değişkenlik gösterir ve antropometrik ölçümlere yansıtılır. Daha gelişmiş yöntemler (hydrodensitometry, seyreltme teknikleri, tüm vücut sayımı ve elektronik biyoimpedans tarafından K-40 ölçüm) ile karşılaştırıldığında antropometrik ölçümler beslenme durumunun belirlenmesi için nüfus ölçüm çalışmalarının karmaşıklığında bile son derece güvenilir, kullanışlı ve maliyeti sınırlı ölçülerdedir (Garcia et al., 2007). Boy ölçümü ve sonrasında biyoelektriksel impedans analizi yöntemi ile çalışan cihazlarla da yağsız doku kitlesi, vücut yağ miktarı, vücut su miktarı, bazal metabolizma hızı gibi bir çok veri elde edilir. Bu da kullanılması pratik, kolay olan ve önerilen bir yöntem olarak çalışmalarda yer almaktadır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma yetişkin bireylerin yaşam kalitesi ile besin tüketiminin vücut bileşenlerinden bazı antropometrik parametrelerle ilişkisinin saptanması amacıyla gerçekleştirilen, tanımlayıcı bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma Eylül 2012 - Mayıs 2013 tarihleri arasında İstanbul ilinde Acıbadem Sağlık Grubu Bakırköy Hastanesi, Beslenme ve Diyet Polikliniğinde gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme ve Uygulanması

Araştırma evrenini; Eylül 2012- Mayıs 2013 tarihleri arasında İstanbul ilinde Acıbadem Sağlık Grubu Bakırköy Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne randevulu olarak başvuran bireyler oluşturmuştur. Bu çalışmada, örneklem seçimi araştırmaya katılmaya gönüllü (gönüllülük onam formu EK-3) 18-65 yaş aralığındaki 64 kadın ve 36 erkek olmak üzere toplam 100 yetişkin birey oluşturmuştur. Araştırma için Acıbadem Bakırköy Hastanesi başhekimliğinden izin alınmıştır. (EK-1)

5.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya alınan bireylerin sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları, besin tüketim durumları ve yaşam kalitesini saptamak amacıyla soruşturma yöntemiyle anket uygulanmıştır (EK-2).

Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Anket formu konu ile ilişkili literatür taraması sonucunda geçmişte yapılan benzer çalışmalar örnek alınarak geliştirilmiştir. Anketin uygulanacağı katılımcılara araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiş olup gönüllülük esasıyla çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Uygulanan bu anket, Acıbadem Hastaneler Grubunda Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran bireylere rutin olarak uygulanan "Ayaktan Hasta Değerlendirme

Formu” (EK-4) kriterleri çerçevesinde oluşturulmuş ve araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır. (EK-2)

- Anketin birinci bölümünde demografik özellikler (yaş, cinsiyet, yaşam şekli, medeni durum, eğitim düzeyi, beslenme ve diyet polikliniğine başvuru nedeni, hekim tanımlı hastalık, diyetisyen tarafından uygulanan diyet, uygulanan diyet türü, ameliyat geçmişi, sigara-alkol kullanım durumu, kronik ishal-kabızlık durumu) sorgulanmıştır.
- İkinci bölümde beslenme alışkanlıklarını saptamak açısından öğün sayısı, öğün içerikleri ve fiziksel aktivite (öğün tüketim miktarı, öğün atlama durumu-sebebi, öğün aralarında yiyecek-içecek tercihi, ev dışında yeme sıklığı ve tercih edilen etmenler, yemek yeme hızı, yemeklerde kullanılan yağ tercihi, fiziksel aktivite yapma durumu ve süresi) sorgulanmıştır.
- Üçüncü bölümde besin tüketim durumları “24 saatlik hatırlatma yöntemi” ile 1 günlük besin tüketim formu kullanılarak sorgulanmıştır. Anket formundan elde edilen bir günlük besin tüketim kaydı verilerinin değerlendirilmesi Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) 7 tam versiyon programında yapılmıştır. Bireylerin besin tüketimlerine ilişkin enerji, karbonhidrat, protein, yağ gibi makro besin öğeleri ve vitamin, mineral gibi mikro besin öğeleri alımları belirlenmiş; Türkiye Özgü Beslenme Rehberine (2004) göre gereksinimleri karşılama düzeyleri saptanmıştır.
- Dördüncü bölümde araştırmaya alınan bireylerin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla ile SF-36 ölçeği kullanılmıştır.
- Beşinci bölümde de antropometrik ölçümler yer almıştır. Bu çalışmada katılımcılardan boy uzunluğu ve vücut kompozisyonu ölçümleri alınmıştır. Boy uzunluğu (cm) Seca marka boy ölçer kullanılarak ölçülmüştür. Katılımcıların vücut kompozisyonunu ise (vücut ağırlığı (kg), beden kitle indeksi (BKİ kg/m^2), vücut yağ miktarı(kg), yağ yüzdesi(%), sıvı miktarı(kg), yağsız kütle(kg), kas kütlesi(kg)) TANİTA MC180 markalı Vücut Bileşimi Analiz Cihazı ile 50 gram duyarlılıkla ölçülmüştür. Değerlendirme sonrasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obezite kriterlerine

göre çalışmaya katılan bireyler gruplandırılmıştır (www.who.int/bmi. Erişim tarihi: 14 Ağustos 2012), (EK-6).

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Çalışma Eylül 2012 – Mayıs 2013 tarihleri arasında yaşları 18 ile 65 arasında değişmekte olan toplam 100 katılımcı üzerinde yapılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 6.1’de görülmektedir.

Tablo 6.1. Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Demografik Özellik	Gruplar	n (100)	%
Yaş	18-29 Yaş	32	32,0
	30-39 Yaş	27	27,0
	40-49 Yaş	26	26,0
	50-59 Yaş	15	15,0
Cinsiyet	Kadın	64	64,0
	Erkek	36	36,0
Yaşam Şekli	Yalnız	11	11,0
	Aile	89	89,0
Medeni Durum	Bekar	31	31,0
	Evli	69	69,0
Eğitim Düzeyi	Lise	27	27,0
	Üniversite	63	63,0
	Yüksek lisans	10	10,0
Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuru Nedeni	Kiloverme	78	78,0
	Kiloalma	10	10,0
	Diyabet	12	12,0
Hekim Tarafından Tanısı Konulmuş Herhangi Bir Sağlık Sorununun Olma Durumu	Hayır	58	58,0
	Evet	42	42,0
Hastalığı İle İlgili Doktor, Diyetisyen Tarafından Önerilen Bir Diyet Uygulama Durumu	Hayır	58	58,0
	Evet	42	42,0
Uygulanan Diyet Türü	Zayıflama	25	59,5
	Diyabetik Diyet	17	40,5
Ameliyat Geçmişi	Yok	38	38,0
	Var	62	62,0
Sigara Kullanma Durumu	Hayır	68	68,0
	Evet	32	32,0
Günde İçtiği Sigara Adeti (n:32)	10 ve Daha Az	16	50,0
	10'dan Fazla	16	50,0
Alkol Kullanma Durumu	Hayır	71	71,0
	Evet	29	29,0
Ayda İçtiği Alkol Kadeh Miktarı (n:29)	10 ve Daha Az Kadeh	21	72,4
	10'dan Fazla Kadeh	8	27,6
Kronik İshal Veya Kabızlığının Olma Durumu	Hayır	86	86,0
	Evet, Kabızlık	14	14,0
Haftada Olduğu Kabızlık Sayısı (n:14)	1-2 Kez	9	64,3
	3-4 Kez	5	35,7

Katılımcıların %32,0'si 18-29 yaşında olup, % 64,0'ü kadındır. Aile ile yaşayan birey sayısı %89,0'dur ve medeni duruma göre %69,0'u evli olarak bildirilmiştir. Eğitim durumu açısından %63,0'ü üniversite mezunudur.

Beslenme ve diyet polikliniğine başvuru nedeninin %78,0'i kilo verme olup, hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununun olan bireylerin hastalığı ile ilgili doktor, diyetisyen tarafından önerilen bir diyet uygulama durumu %58,0'dir. Uygulanan diyet türünün %25,0'i zayıflama, %17,0'si diyabetik diyet olarak dağılmaktadır.

Sigara kullanan birey sayısı %32,0, alkol kullanan birey sayısı %29,0'dur. Kronik kabızlığı olan birey sayısı %14,0 iken, bu bireylerin %64,3'ü haftada 1-2 kez kabız olduğunu bildirmiştir.

Tablo 6.2'de bireylerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin dağılımları görülmektedir.

Tablo 6.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımları

Beslenme Alışkanlıkları	Gruplar	n (100)	%
Günde Yediği Ana Öğün Sayısı	2 Ana Öğün	18	18,0
	3 Ana Öğün	82	82,0
Günde Yediği Ara Öğün Sayısı	Ara Öğünü Olmayanlar	19	19,0
	1 Ara Öğün	34	34,0
	2 Ara Öğün	27	27,0
	3 Ara Öğün	20	20,0
Öğün Atlama Durumu	Evet	69	69,0
	Hayır	11	11,0
	Bazen	20	20,0
Atladığı Öğün	Sabah	13	14,6
	Öğle	12	13,5
	Ara Öğün	64	71,9
Öğün Atlama Nedeni	Zaman Yetersizliği	20	22,5
	Camı İstemiyor, İştahsız	10	11,2
	Sabahları Geç Kalkıyor	10	11,2
	Kilo Almak İstemediği için	15	16,9
	Alışkanlığı Yok	34	38,2
Ev Dışında Yemek Yeme Sıklığı	Haftada 1-2 Kez	25	25,0
	Haftada 3-4 Kez	10	10,0
	Hergün	51	51,0
	Ara Sıra	14	14,0
1 Ayda Ev Dışında Yemek Yeme Sayısı	1 Kez	7	50,0
	2 Kez	7	50,0
Yemekleri Hızlı Yeme Durumu	Evet	78	78,0
	Hayır	22	22,0
Yemek Hazırlarken Kullandığı Yağ Türü	Sıvı Yağ	78	78,0
	Tereyağ	13	13,0
	Margarin	9	9,0

Günde İçtiği Su Miktarı	1 ve Daha Az Litre Su	35	35,0
	1-2 Litre Su	46	46,0
	2 Litreden Fazla Su	19	19,0
Düzenli Olarak Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	Evet	21	21,0
	Hayır	79	79,0
Yaptığı Fiziksel Aktivite Türü	Yürüyüş	13	61,9
	Diğer Egzersizler	8	38,1

Bireylerin gün içinde 3 ana öğün tüketenlerin oranı %82,0'dir. Ara öğün sayısı 3 olanların dağılımı ise %20,0 olarak belirlenmiştir. Öğün atlayan yetişkin birey oranı %69,0 olup, bu bireylerden %71,9'u ara öğünleri atlamaktadır. Bireyler öğün atlama nedeni olarak %38,2 oranında ara öğün tüketim alışkanlığının olmamasını belirtmişlerdir. Yemeğini hızlı yeme alışkanlığı olanların oranı %78,0 olarak bildirilmiştir.

Yemek hazırlanırken kullanılan yağ seçiminin %78,0'ni sıvı yağ oluşturmaktadır. Günlük tükettiği su miktarı 2 litreden fazla olan bireyler %19,0 olarak saptanmıştır. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapan bireylerin oranı %21,0 olup, bu bireylerin %61,9'u yürüyüş yapmayı tercih etmektedir.

Tablo 6.3'te bireylerin hekim tarafından tanısı konulmuş sağlık sorunlarına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 6.3. Bireylerin Hekim Tarafından Tanısı Konulmuş Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı

Tanı	Gruplar	n(100)	%
Diyabet	Hayır	83	83,0
	Evet	17	17,0
Şişmanlık	Hayır	89	89,0
	Evet	11	11,0
Hipertansiyon	Hayır	90	90,0
	Evet	10	10,0
Kalp Damar Hastalıkları	Hayır	86	86,0
	Evet	14	14,0
Gut	Hayır	97	97,0
	Evet	3	3,0
Kanser	Hayır	99	99,0
	Evet	1	1,0
İnsülin Direnci	Hayır	94	94,0
	Evet	6	6,0
Troid	Hayır	90	90,0
	Evet	10	10,0
Pcos	Hayır	99	99,0
	Evet	1	1,0

Bireylerin hekim tarafından konulmuş sağlık sorunlarına göre dağılımları incelendiğinde, %17,0'sinin diyabet, %14,0'ünün kalp damar hastalıkları %11,0'inin şişmanlık, %10,0'unun hipertansiyon olduğu görülmektedir.

Tablo 6.4'te bireylerin antropometrik ölçüm değerlerinin ortalaması görülmektedir.

Tablo 6.4. Bireylerin Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Ortalaması

Ölçüm Değerleri	Kadın (n:64)	Erkek(n:36)
	±Ss)	±Ss)
Boy Uzunluğu (cm)	163,39±7,92	177,11±6,40
Vücut Ağırlığı (kg)	73,08±15,58	101,23±19,78
BKI (kg/m ²)	27,40±5,76	32,23±5,64
Vücut Yağ Miktarı (kg)	24,36±9,87	31,23±14,88
Vücut Yağ Yüzdesi (%)	31,93±7,68	28,29±6,51
Vücut Sıvı Miktarı (kg)	34,83±4,62	50,50±8,07
Vücut Yağ Dışı (kg)	48,63±6,53	71,32±8,62
Yağsız Kas Kütlesi (kg)	46,04±6,27	67,82±8,22

Tablodan da görüldüğü gibi araştırmaya katılan yetişkin erkek bireylerin beden kitle indeksi (BKI) ortalaması kadın bireylerden daha fazladır.

Tablo 6.5'te bireylerin BKI sınıflandırmalarının cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 6.5. Bireylerin BKI Sınıflandırmalarının Cinsiyete Göre Dağılımları

BKI Sınıflandırma	Kadın		Erkek	
	n(64)	%	n(36)	%
Zayıf	4	6,25	0	0
Normal	18	28,13	2	5,55
Hafif şişman	20	31,25	14	38,89
Obez	22	34,37	20	55,56

Kadın bireylerin % 31,25'i hafif şişmanken erkeklerde hafif şişman olanların oranı %38,89'dur. Obez kadın bireylerin oranı %34,37 iken araştırmaya katılanlar erkek bireylerin büyük bir kısmı obezdir (%55,56).

Tablo 6.6’da bireylerin farklı yaş gruplarında cinsiyete göre bir günlük besin tüketimlerinin değerlendirmesi gsterilmektedir.

Bireylerden 31-50 yař arası erkek bireylerin diyetinde enerjinin karbondihdrattan gelen oranı $39,41 \pm 7,60$, proteinden gelen oranı $17,35 \pm 4,76$, yağdan gelen oranı $40,95 \pm 5,78$ olup aynı yař aralığındaki kadın bireylerde karbondihdrattan gelen oranı $41,54 \pm 9,06$, karbondihdrattan gelen oranı $16,77 \pm 4,89$, yağdan gelen oranı ise $41,38 \pm 8,05$ ’dir. Bireylerin gnlük posa alımı incelendiğinde 18-30 yař aralığındaki erkeklerin (%82,5), kadınların (%80,1) sonuçları ile dūřuk posa alımı olduğu belirlenmiştir. Besinlerle alınan kolesterol (mg) miktarları incelendiğinde 51-65 yař arası erkeklerin (%142,9) gnlük alım oranınının kadınlardan (%77,5) ok daha yüksek olduğu görülmektedir. 31-50 yař arası bireylerin besinlerle folat alım düzeyleri erkek ve kadın bireyler için sırasıyla %87,8 ve %56,4’tür. Kalsiyum tüketim oranları incelendiğinde 51-65 yař aralığında erkelerin gnlük ihtiyalarınının %49,4’n kadınların %48,6’sını karşılayabildikleri görülmektedir. Demir tüketim oranları incelendiğinde 18-30 yař arası erkelerin %126,1, oranı ile gereksinimlerini fazlası ile karşılayabildikleri kadınların ise %58,8 oranında gnlük gereksinimlerini karşılayamadıkları görülmektedir. (Referans Deęer, Türkiyeye zg Beslenme Rehberi, 2004)

Tablo 6.6. Bireylerin Farklı Yaş Gruplarına Cinsiyete Göre Bir Günlük Besin Tüketimlerinin Değerlendirilmesi

Cinsiyet	Erkek						Kadın					
	18-30		31-50		51-65		18-30		31-50		51-65	
Yaş Grubu	±Ss)	RD (%)	±Ss)	RD (%)	±Ss)	RD (%)	±Ss)	RD (%)	±Ss)	RD (%)	±Ss)	RD (%)
Besin Öğeleri												
Enerji (kcal)	2082,99±673,26	73,1	2374,87±935,80	90,5	2162,31±765,85	96,1	1644,01 ±494,22	75,4	1668,82 ±586,75	82,8	1559,58 ±283,16	81,3
Protein (g)	89,45±39,64	-	98,11±42,25	-	98,75±52,72	-	68,93±20,25	-	67,52±31,43	-	61,72±22,69	-
Protein (%)	17,91±5,63	-	17,35±4,76	-	18,00±6,35	-	17,53±3,42	-	16,77±4,89	-	15,85±3,28	-
Yağ (g)	99,07±33,36	-	111,28±56,05	-	96,61±24,34	-	72,62±21,29	-	77,03±29,76	-	74,62±17,80	-
Yağ (%)	42,5±6,86	-	40,94±5,78	-	40,28±7,34	-	39,84±6,22	-	41,38±8,05	-	42,28±5,96	-
Karbonhidrat (g)	204,77±71,68	-	224,81±87,32	-	192,76±77,71	-	172,69±67,54	-	171,82±77,47	-	158,74±29,69	-
Karbonhidrat (%)	39,50±8,63	-	39,41±7,60	-	38,00±11,77	-	42,07±6,81	-	41,54±9,06	-	42,00±7,30	-
Posa	23,94±13,83	82,5	32,10±15,22	110,6	23,48±6,04	80,9	20,04±8,92	80,1	20,80±8,88	83,2	23,49±6,67	93,9
Kolesterol (mg)	364,15±166,70	121,3	336,34±237,85	112,1	428,92±222,82	142,9	269,83±143,78	89,9	212,83±160,86	70,9	232,75±147,5	77,5
A Vitamini (mcg)	1184,54±538,04	131,6	1466,16±742,14	162,9	1058,89±293,64	117,6	1198,33±635,26	171,1	1195,29±476,72	170,7	1558,01±194,07	222,5
D Vitamini (mcg)	2,43±1,57	24,3	3,97±2,80	39,7	1,65±1,09	16,5	2,67±1,64	26,73	3,35±1,96	33,5	4,55±0,36	45,5
E Vitamini (mg)	11,93±4,91	79,3	18,49±14,31	123,3	11,38±4,80	75,8	9,86±4,78	65,7	11,98±6,95	79,8	10,82±2,54	72,1
B1 Vitamini (mg)	0,97±0,53	80,8	1,16±0,51	96,6	0,80±0,27	66,6	0,78±0,34	72,7	0,76±0,31	69,1	0,74±0,19	67,2
B2 Vitamini (mg)	1,34±0,39	103,1	1,67±0,63	128,4	1,37±0,49	105,3	1,17±0,39	106,3	1,17±0,39	106,3	1,16±0,49	105,4
Niasin (mg)	15,42±11,41	96,3	16,35±9,34	102,1	14,39±8,67	89,9	11,91±5,17	85,1	11,21±6,55	80,0	9,86±3,86	70,4
B6 Vitamini (mg)	1,42±1,01	109,2	1,51±0,74	116,1	1,32±0,55	77,6	1,15±0,46	88,4	1,05±0,44	80,7	1,10±0,29	84,6
Folat (mcg)	306,96±151,70	77,5	351,33±164,66	87,8	252,92±74,24	63,2	244,94±10,45	61,2	225,95±90,06	56,4	262,03±82,46	65,5
B12 Vitamini (mcg)	3,84±2,69	160	4,22±2,76	175,8	5,89±5,38	245,4	3,40±2,31	145,4	2,56±2,02	106,6	3,47±2,27	144,6
C Vitamini (mg)	85,01±60,56	94,5	110,41±66,01	122,6	84,63±53,99	94,0	88,59±52,46	98,4	96,31±49,82	107,0	140,08±33,14	155,6
Kalsiyum (mg)	513,16±172,68	51,3	759,10±283,99	75,9	592,80±231,73	49,4	526,21±194,80	52,6	556,37±228,33	55,6	583,30±278,57	48,6
Magnezyum (mg)	271,56±135,89	67,8	379,43±175,22	90,3	337,77±223,29	80,4	238,66±97,32	76,9	242,69±104,10	75,8	243,49±103,67	76,1
Fosfor (mg)	1209,50±404,55	172,7	1539,34±563,10	219,9	1433,33±761,11	204,7	1025,03±314,73	146,4	995,49±356,59	142,2	1010,28±389,81	144,3
Demir (mg)	12,61±4,91	126,1	15,42±6,67	154,2	12,81±5,61	128,1	10,60±3,73	58,8	10,63±3,98	59,05	10,09±2,44	101
Çinko (mg)	12,71±4,47	115,5	14,70±4,63	133,6	12,86±4,73	116,9	10,54±3,02	105,4	9,83±4,07	98,3	9,88±3,66	98,8
Bakır (mg)	1,87±0,87	207,7	2,33±1,15	258,8	1,80±0,72	200,0	1,55±0,66	172,2	1,60±0,75	177,7	1,45±0,35	161,1
Flor (mcg)	400,88±112,07	10,0	485,31±170,24	12,1	450,12±143,32	11,2	350,48±118,06	11,7	353,41±126,65	11,8	405,88±135,80	13,5
İyot (mcg)	139,40±80,55	92,9	166,27±66,11	110,8	245,56±309,87	163,7	110,53±63,18	73,6	100,44±52,87	66,9	158,06±123,05	105,4

Tablo 6.7’de bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin puanları ve ortalama değerleri görölmektedir.

Tablo 6.7. Bireylerin Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Puanları ve Ortalama Değerleri

Ölçekler	Kadın ±Ss) (n:64)	Erkek ±Ss) (n:36)	p	Toplam ±Ss) (n:100)
Fiziksel Fonksiyonellik	84,53±14,60	81,94±20,47	0,985	83,60±16,84
Fiziksel Rol	76,95±33,13	82,64±33,17	0,205	79,00±33,09
Bedensel Ağrı	78,77±14,32	80,03±15,08	0,509	79,24±14,53
Genel Sağlık	58,16±17,89	60,39±20,93	0,465	58,96±18,97
Canlılık	61,95±16,22	68,33±17,03	0,064	64,25±16,72
Sosyal Fonksiyonellik	71,48±19,35	75,69±25,17	0,173	73,00±21,54
Duygusal Rol	56,77±26,35	59,26±24,05	0,715	57,67±25,45
Ruh Sağlığı	72,06±11,63	74,44±13,15	0,283	72,92±12,19

Bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçeklerinin ortalaması incelendiğinde, kadınlarda en yüksek ölçek fiziksel fonksiyonellik (84,53±14,60), erkeklerde ise fiziksel rol ölçeği puan ortalaması (82,64±33,17)’dir. Cinsiyete göre yaşam kalitesi ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Genel ortalama ise fiziksel fonksiyonellik ölçeği puan ortalaması en yüksek olarak bulunmuş (83,60±16,84) bunu, bedensel ağrı ölçeği puan ortalaması(79,24±14,53) izlemiştir. En düşük puan ise duygusal rol puanı (57,67±25,45)’dir.

Tablo 6.8’de bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin yaşa göre puan ortalamaları görölmektedir.

Bireylerden 18-29 yaş aralığında olanların genel sağlık puanları (69,84±16,18), 30-39 yaş (59,96±16,07), 40-49 yaş (51,73±16,95) ve 50-59 yaş (46,47±20,82) aralığındaki diğer bireylerden daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablodan da görüldüğü gibi yaş ile bireylerin diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.8. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yaşa Göre Puan Ortalamaları

Ölçekler	Grup	n	Puan Ortalaması (±Ss)	KW	p
Fiziksel Fonksiyonellik	18-29 Yaş	32	88,44±12,2	2,950	0,399
	30-39 Yaş	27	84,07±14,67		
	40-49 Yaş	26	80,57±20,36		
	50-59 Yaş	15	77,67±20,95		
Fiziksel Rol	18-29 Yaş	32	83,59±32,13	3,606	0,307
	30-39 Yaş	27	72,22±34,89		
	40-49 Yaş	26	84,61±27,46		
	50-59 Yaş	15	71,67±39,94		
Bedensel Ağrı	18-29 Yaş	32	83,81±11,97	7,882**	0,049*
	30-39 Yaş	27	79,00±15,40		
	40-49 Yaş	26	77,73±13,14		
	50-59 Yaş	15	72,53±18,08		
Genel Sağlık	18-29 Yaş	32	69,84±16,18	20,401**	0,000*
	30-39 Yaş	27	59,96±16,07		
	40-49 Yaş	26	51,73±16,95		
	50-59 Yaş	15	46,47±20,84		
Canlılık	18-29 Yaş	32	70,94±14,89	8,416**	0,038*
	30-39 Yaş	27	61,85±16,06		
	40-49 Yaş	26	60,19±15,97		
	50-59 Yaş	15	61,33±19,9		
Sosyal Fonksiyonellik	18-29 Yaş	32	78,12±18,24	3,728	0,292
	30-39 Yaş	27	73,15±21,84		
	40-49 Yaş	26	72,11±21,59		
	50-59 Yaş	15	63,33±26,08		
Duygusal Rol	18-29 Yaş	32	54,17±23,57	1,189	0,756
	30-39 Yaş	27	59,26±29,72		
	40-49 Yaş	26	60,26±18,90		
	50-59 Yaş	15	57,78±32,04		
Ruh Sağlığı	18-29 Yaş	32	75,37±13,13	2,337	0,505
	30-39 Yaş	27	71,56±10,94		
	40-49 Yaş	26	71,69±11,64		
	50-59 Yaş	15	72,27±13,56		

* $p<0.05$, **KW:20,401

Tablo 6.9’da bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin eğitim düzeyine göre puan ortalamaları görülmektedir.

Tablo 6.9. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Eğitim Düzeyine Göre Puan Ortalamaları

Ölçekler	Grup	n	Puan Ortalaması ±Ss)		
				KW	p
Fiziksel Fonksiyonellik	Lise	27	78,88±21,36	3,142	0,208
	Üniversite	63	86,67±13,18		
	Yüksek lisans	10	77,0±21,24		
Fiziksel Rol	Lise	27	70,37±38,63	3,126	0,209
	Üniversite	63	84,52±27,47		
	Yüksek lisans	10	67,50±44,17		
Bedensel Ağrı	Lise	27	77,04±15,71	3,872	0,144
	Üniversite	63	81,89±11,53		
	Yüksek lisans	10	68,50±22,51		
Genel Sağlık	Lise	27	52,48±20,38	4,903	0,086
	Üniversite	63	62,19±18,26		
	Yüksek lisans	10	56,10±15,86		
Canlılık	Lise	27	59,26±16,68	3,706	0,157
	Üniversite	63	66,90±17,14		
	Yüksek lisans	10	61,00±10,49		
Sosyal Fonksiyonellik	Lise	27	64,35±22,92	5,618	0,060
	Üniversite	63	76,98±18,94		
	Yüksek lisans	10	71,25±28,29		
Duygusal Rol	Lise	27	55,56±24,46	1,385	0,500
	Üniversite	63	59,79±24,07		
	Yüksek lisans	10	50,00±36,00		
Ruh Sağlığı	Lise	27	64,29±10,40	18,303**	0,000*
	Üniversite	63	76,44±11,76		
	Yüksek lisans	10	74,00±7,60		

*p<0.05, **KW:18,303

Bireylerden üniversite mezunu olanların ruh sağlığı puanları (76,444±11,76), lise mezunu olanların ruh sağlığı puanlarından (64,29±10,40) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Yüksek lisans mezunu olan bireylerin ruh sağlığı puanları (74,00±7,60), lise mezunu olanların ruh sağlığı puanlarından (64,29±10,40) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Tablodan da görüldüğü gibi eğitim düzeyi ile bireylerin diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.10'da bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin beslenme ve diyet polikliniğine başvuru nedenine göre puan ortalamaları görülmektedir.

Tablo 6.10. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuru Nedenine Göre Puan Ortalamaları

Ölçekler	Başvuru nedeni	n	Puan Ortalaması ±Ss)	KW	p
Fiziksel Fonksiyonellik	Kilo verme	78	83,59±17,17	0,086	0,958
	Kilo alma	10	86,00±6,58		
	Diyabet	12	81,67±21,46		
Fiziksel Rol	Kilo verme	78	78,85±33,24	0,433	0,805
	Kilo alma	10	85,00±31,62		
	Diyabet	12	75,00±35,35		
Bedensel Ağrı	Kilo verme	78	78,77±14,68	0,629	0,730
	Kilo alma	10	83,40±9,98		
	Diyabet	12	78,83±17,11		
Genel Sağlık	Kilo verme	78	59,50±18,62	6,450**	0,040*
	Kilo alma	10	68,50±15,82		
	Diyabet	12	47,50±19,46		
Canlılık	Kilo verme	78	64,68±16,48	0,596	0,742
	Kilo alma	10	65,50±16,74		
	Diyabet	12	60,42±19,12		
Sosyal Fonksiyonellik	Kilo verme	78	72,28±21,48	1,142	0,565
	Kilo alma	10	81,25±14,73		
	Diyabet	12	70,83±26,83		
Duygusal Rol	Kilo verme	78	56,84±25,82	0,833	0,659
	Kilo alma	10	63,33±29,19		
	Diyabet	12	58,33±20,72		
Ruh Sağlığı	Kilo verme	78	73,59±11,99	1,940	0,379
	Kilo alma	10	73,60±10,86		
	Diyabet	12	68,00±14,27		

*p<0.05, **KW:6,450

Bireylerden beslenme ve diyet polikliniğine başvuru nedeni kilo alma olan bireylerin genel sağlık puanları (68,50±15,82), beslenme ve diyet polikliniğine başvuru nedeni diyabet olan bireylerin genel sağlık puanlarından (47,50±19,46) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Bireylerin beslenme ve diyet polikliniğine başvuru nedeni ile diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.11’de bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin beslenme alışkanlıklarına ilişkin puan ortalamaları görülmektedir.

Tablo 6.11. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Tüketilen Ana Öğün Sayısına Göre Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ana Öğün Sayısı	n	Puan Ortalaması ±Ss)	U	p
Fiziksel Fonksiyonellik	2	18	77,78±15,17	502,000	0,031*
	3	82	84,88±17,07		
Fiziksel Rol	2	18	69,44±43,35	657,500	0,396
	3	82	81,09±30,32		
Bedensel Ağrı	2	18	70,28±15,41	395,500**	0,001*
	3	82	81,21±13,66		
Genel Sağlık	2	18	57,56±19,61	700,000	0,733
	3	82	59,27±18,93		
Canlılık	2	18	63,33±17,66	735,000	0,978
	3	82	64,45±16,61		
Sosyal Fonksiyonellik	2	18	68,06±20,66	593,000	0,185
	3	82	74,08±21,76		
Duygusal Rol	2	18	55,56±30,25	719,500	0,841
	3	82	58,13±24,46		
Ruh Sağlığı	2	18	73,11±11,38	731,000	0,950
	3	82	72,88±12,42		

*p<0.05, **U:502,00

Günde 2 ana öğün tüketen bireylerin fiziksel fonksiyonellik puanları (77,78±15,17), ve bedensel ağrı puanları (70,28±15,41) günde 3 ana öğün tüketenlerden sırasıyla (84,88±17,07 ve 81,21±13,66)) anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur (p<0,05). Bir günde tüketilen ara öğün sayısı ile diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.12’de bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin öğün atlama durumuna göre puan ortalamaları görülmektedir.

Tablo 6.12. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Öğün Atlama Durumuna Göre Puan Ortalamaları

Ölçekler	Öğün	n	Puan Ortalaması ± Ss)	KW	p
Fiziksel Fonksiyonellik	Evet	69	82,83±17,07	1,834	0,400
	Hayır	11	90,45±11,28		
	Bazen	20	82,50±11,28		
Fiziksel Rol	Evet	69	78,62±34,10	0,209	0,901
	Hayır	11	81,82±31,80		
	Bazen	20	78,75±31,70		
Bedensel Ağrı	Evet	69	79,67±13,84	0,691	0,708
	Hayır	11	81,09±13,66		
	Bazen	20	76,75±17,55		
Genel Sağlık	Evet	69	56,62±19,09	6,335**	0,042*
	Hayır	11	72,27±17,99		
	Bazen	20	59,70±16,63		
Canlılık	Evet	69	64,06±16,46	0,117	0,943
	Hayır	11	65,91±16,71		
	Bazen	20	64,00±18,39		
Sosyal Fonksiyonellik	Evet	69	71,74±22,95	1,192	0,551
	Hayır	11	80,68±10,25		
	Bazen	20	73,12±21,18		
Duygusal Rol	Evet	69	58,94±25,66	0,976	0,614
	Hayır	11	48,48±31,14		
	Bazen	20	58,33±21,29		
Ruh Sağlığı	Evet	69	71,65±11,96	3,451	0,178
	Hayır	11	80,00±13,14		
	Bazen	20	73,40±11,70		

*p<0.05, **KW:6,335

Bireylerden öğün atlamayanların genel sağlık puanları (72,27±17,99), öğün atlayan bireylerin genel sağlık puanlarından (56,62±19,09) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Öğün atlama durumu ile diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.13'te bireylerin yaşam kalitesi ölçeklerinin yemek hazırlarken kullanılan yağ türüne göre puan ortalamaları görülmektedir.

Tablo 6.13. Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Yemek Hazırlarken Kullanılan Yağ Türüne Göre Puan Ortalamaları

Ölçekler	Grup	n	Puan Ortalaması (±Ss)	KW	p
Fiziksel Fonksiyonellik	Sıvı Yağ	78	86,54±12,75	5,653	0,059
	Tereyağ	13	68,46±24,69		
	Margarin	9	80,00±24,11		
Fiziksel Rol	Sıvı Yağ	78	82,69±29,69	2,844	0,241
	Tereyağ	13	71,15±35,13		
	Margarin	9	58,33±50,00		
Bedensel Ağrı	Sıvı Yağ	78	80,96±12,62	3,039	0,219
	Tereyağ	13	72,23±21,09		
	Margarin	9	74,44±16,33		
Genel Sağlık	Sıvı Yağ	78	61,56±18,14	5,693	0,058
	Tereyağ	13	49,00±20,61		
	Margarin	9	50,78±18,55		
Canlılık	Sıvı Yağ	78	66,79±15,39	7,837**	0,020*
	Tereyağ	13	55,77±18,80		
	Margarin	9	54,44±18,95		
Sosyal Fonksiyonellik	Sıvı Yağ	78	76,60±18,83	7,736**	0,021*
	Tereyağ	13	58,65±25,20		
	Margarin	9	62,50±28,64		
Duyusal Rol	Sıvı Yağ	78	59,83±25,40	3,673	0,159
	Tereyağ	13	51,28±25,87		
	Margarin	9	48,15±24,22		
Ruh Sağlığı	Sıvı Yağ	78	73,49±11,85	1,810	0,405
	Tereyağ	13	73,54±14,00		
	Margarin	9	67,11±12,29		

*p<0.05, **KW:7,837

Bireylerden yemek hazırlarken sıvı yağ kullanan bireylerin canlılık puanları (66,79±15,39), yemek hazırlarken tereyağ kullananlardan (55,77± 18,80) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Aynı zamanda yemek hazırlarken sıvı yağ kullanan bireylerin sosyal fonksiyonellik puanları da (76,60±18,83), yemek hazırlarken tereyağ kullananlardan (58,65±25,20) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Yemek hazırlarken kullanılan yağ türü ile diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 6.14’te yaşam kalitesi ölçekleri ile antropometrik parametreler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi gösterilmektedir.

Tablo 6.14. Yaşam Kalitesi Ölçekleri ile Antropometrik Parametreler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Parametreler		Fiziksel Fonksiyonellik	Fiziksel Rol	Bedensel Ağrı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal Fonksiyonellik	Duygusal Rol	Ruh Sağlığı
Boy (cm)	r	0,156	0,131	0,234*	0,155	0,264**	0,186	0,022	0,116
	p	0,122	0,194	0,019	0,124	0,008	0,064	0,829	0,252
Vücut Ağırlığı (kg)	r	-0,205*	0,014	-0,049	-0,178	0,038	-0,095	0,021	-0,151
	p	0,040	0,891	0,631	0,077	0,710	0,345	0,832	0,133
BKI (kg/m ²)	r	-0,355**	-0,062	-0,178	-0,339**	-0,135	-0,253*	-0,013	-0,262**
	p	0,000	0,540	0,077	0,001	0,182	0,011	0,896	0,008
Yağ Miktarı (kg)	r	-0,302**	-0,098	-0,131	-0,320**	-0,160	-0,295**	-0,011	-0,302**
	p	0,002	0,331	0,193	0,001	0,112	0,003	0,911	0,002
Yağ Yüzdesi (%)	r	-0,329**	-0,200*	-0,158	-0,419**	-0,311**	-0,359**	-0,046	-0,305**
	p	0,001	0,046	0,116	0,000	0,002	0,000	0,648	0,002
Sıvı (kg)	r	-0,032	0,132	0,062	0,010	0,192	0,089	0,053	-0,059
	p	0,748	0,191	0,543	0,921	0,056	0,377	0,599	0,557
Yağ Dışı (kg)	r	-0,073	0,086	0,022	-0,035	0,156	0,059	0,028	-0,049
	p	0,468	0,396	0,827	0,729	0,121	0,562	0,784	0,632
Kas (kg)	r	-0,077	0,088	0,022	-0,042	0,149	0,049	0,014	-0,052
	p	0,448	0,384	0,828	0,682	0,139	0,628	0,894	0,606

Yaşam kalitesi ölçekleri ile antropometrik parametreler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde vücut ağırlığı (kg) arttıkça fiziksel fonksiyonellik azalmaktadır ($r=-0,205$; $p<0,05$). Beden Kitle İndeksi (kg/m^2) arttıkça fiziksel fonksiyonellik ($r=-0,355$; $p<0,05$), genel sağlık ($r=-0,339$; $p<0,05$), sosyal fonksiyonellik ($r=-0,253$; $p<0,05$), ruh sağlığı ($r=-0,262$; $p<0,05$) azalmaktadır.

Yine aynı değerlendirmede vücut yağ miktarı (kg) arttıkça fiziksel fonksiyonellik ($r=-0,302$; $p<0,05$), genel sağlık ($r=-0,32$; $p<0,05$), sosyal fonksiyonellik ($r=-0,295$; $p<0,05$), ruh sağlığı ($r=-0,302$; $p<0,05$) azalmaktadır.

Tablo 9'dan elde edilen diğer sonuçlar ise; vücut yağ yüzdesi (%) arttıkça fiziksel fonksiyonellik ($r=-0,329$; $p<0,05$), fiziksel rol ($r=-0,2$; $p<0,05$), genel sağlık ($r=-0,419$; $p<0,05$), canlılık ($r=-0,311$; $p<0,05$), sosyal fonksiyonellik ($r=-0,359$; $p<0,05$) ruh sağlığı ($r=-0,305$; $p<0,05$) azalmaktadır.

Tablo 6.15'te yaşam kalitesi ölçekleri ile tüketilen enerji ve besin öğeleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi gösterilmektedir.

Yaşam kalitesi ölçekleri ile tüketilen enerji ve besin öğeleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, karbonhidrat (gr) tüketimi arttıkça duygusal rol azalmaktadır ($r=-0,283$; $p<0,05$). Buna benzer olarak enerjini karbonhidrattan gelen oranı arttıkça fiziksel rol ($r=-0,254$; $p<0,05$), duygusal rol ($r=-0,259$; $p<0,05$), azalmaktadır. Tam tersi olarak proteinin enerjiden gelen oranı arttıkça sosyal fonksiyonellik puanı da artmaktadır ($r=0,221$; $p<0,05$).

Tablo 6.15 Yaşam Kalitesi ölçekleri ile Tüketilen Enerji ve Besin Öğeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Besin Öğeleri		Fiziksel Fonksiyonellik	Fiziksel Rol	Bedensel Ağrı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal Fonksiyonellik	Duygusal Rol	Ruh Sağlığı
Enerji (kcal)	r	-0,101	-0,030	0,010	-0,037	0,031	-0,047	-0,160	0,015
	p	0,320	0,768	0,920	0,714	0,760	0,645	0,112	0,880
Su (gr)	r	-0,071	-0,077	-0,038	-0,037	0,032	-0,015	-0,137	-0,004
	p	0,485	0,445	0,709	0,712	0,751	0,884	0,174	0,965
Protein (gr)	r	-0,010	-0,023	0,009	0,069	0,136	0,064	-0,042	0,084
	p	0,920	0,818	0,933	0,494	0,177	0,528	0,679	0,404
Protein (%)	r	0,182	0,050	0,057	0,195	0,182	0,221*	0,138	0,160
	p	0,069	0,618	0,575	0,051	0,070	0,027	0,171	0,112
Yağ (gr)	r	-0,101	0,008	0,050	-0,087	0,058	-0,084	-0,044	0,012
	p	0,316	0,934	0,619	0,388	0,568	0,403	0,662	0,902
Yağ (%)	r	0,032	0,157	0,115	-0,144	0,009	-0,063	0,133	-0,037
	p	0,755	0,119	0,255	0,153	0,933	0,536	0,189	0,712
Karbonhidrat (gr)	r	-0,149	-0,155	-0,035	-0,043	-0,050	-0,083	-0,283**	-0,031
	p	0,139	0,124	0,728	0,670	0,622	0,410	0,004	0,758
Karbonhidrat (%)	r	-0,111	-0,254*	-0,135	-0,007	-0,140	-0,110	-0,259**	-0,072
	p	0,272	0,011	0,179	0,944	0,164	0,276	0,009	0,475
Lif (gr)	r	-0,054	-0,071	0,034	-0,094	0,002	0,022	-0,112	0,030
	p	0,596	0,480	0,735	0,355	0,987	0,830	0,265	0,768
Alkol (gr)	r	-0,042	0,034	0,008	0,017	0,028	0,032	-0,016	0,000
	p	0,681	0,740	0,938	0,867	0,781	0,755	0,878	0,999
Alkol (%)	r	-0,042	0,034	0,008	0,017	0,028	0,032	-0,016	0,000
	p	0,681	0,740	0,938	0,867	0,781	0,755	0,878	0,999
Vitamin A (µgr)	r	0,107	-0,012	0,056	-0,020	-0,059	-0,060	0,013	-0,085
	p	0,291	0,907	0,583	0,840	0,562	0,552	0,902	0,401
Karoten (mg)	r	0,093	0,066	0,050	-0,209*	-0,123	-0,046	0,065	-0,176
	p	0,359	0,513	0,623	0,037	0,222	0,651	0,520	0,079
Vitamin E(mg)	r	-0,135	-0,027	0,079	-0,130	-0,070	-0,006	-0,073	-0,017
	p	0,181	0,792	0,437	0,199	0,488	0,955	0,471	0,866
Vitamin B1 (mg)	r	-0,058	-0,019	-0,003	-0,056	0,029	0,043	-0,086	0,037
	p	0,565	0,854	0,977	0,583	0,778	0,673	0,395	0,718
Vitamin B2 (mg)	r	0,005	0,026	-0,018	0,020	0,137	0,023	0,024	0,004
	p	0,964	0,794	0,859	0,841	0,173	0,818	0,816	0,972
Vitamin B6 (mg)	r	0,004	-0,019	-0,009	-0,003	0,115	0,078	-0,035	0,069
	p	0,966	0,850	0,927	0,976	0,257	0,439	0,731	0,493
Toplam Folik Asit (µg)	r	-0,011	-0,020	0,033	-0,058	0,047	-0,007	-0,054	-0,038
	p	0,913	0,842	0,748	0,568	0,639	0,948	0,592	0,707
Vitamin C (mg)	r	-0,010	-0,098	0,009	-0,059	-0,063	0,011	-0,129	0,042
	p	0,922	0,334	0,929	0,563	0,533	0,915	0,200	0,677

7. TARTIŞMA

Bu çalışma İstanbul ilinde özel bir sağlık grubunun hastanesinde Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran yaşları 18 ile 65 arasında değişen toplam 100 yetişkin bireyin yaşam kalitesi ile besin tüketiminin vücut bileşenlerinden bazı antropometrik parametrelerle ilişkisinin saptanması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Sağlıklı yaşamın temelini en çok yeterli ve dengeli, yani kaliteli beslenme oluşturmaktadır. Sağlıklı beslenme alışkanlığı ile yaşam kalitesi artar, böylelikle bireylerin hastalıklara yakalanma riski azaltılmış olur.

Bu çalışmaya katılan 18-65 yaş arası yetişkin bireylerin %32,0'si 18-29 yaşında olup, % 64,0'ü kadındır. Bireylerin %63,0'ü üniversite mezunudur, bunların çoğu (%78,0) zayıflamak amacıyla polikliniğe başvurmuştur. (Tablo 6.1) Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam bilinci konusunda farkındalığın arttığı bilinen bir gerçektir. Sağlıklı yaşam için önemli olan etmenlerden biri ise sağlıklı beden ağırlığı ile yaşamın sürdürülebilmesidir.

Wardle et al. yapmış olduğu İngiliz toplumunu yansıtan 1894 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada istemli olarak gerçekleştirilen ağırlık kontrolü ile spesifik yeme davranışları arasındaki ilişkileri incelenmiş; araştırmaya alınan kadınların (%36,0), erkeklerden (%21,0) daha yüksek oranda kilo vermeye çalıştıklarını belirtmişlerdir (Wardle J, et al., 2000).

Bu araştırmaya alınan bireylerin %32,0'si sigara, %29,0'u alkol kullandığını belirtmiştir (Tablo 6.1). Tek başına ve birlikte kullanıldığında alkol ve sigara kullanımı önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Alkol kronik karaciğer hastalığı, kanser, kalp-damar hastalığı, akut alkol zehirlenmesi, fetal alkol sendromuna ek olarak travmatik ölüm ve yaralanmalara (örn. araba kazaları) sebep olmaktadır. Sigara da başta akciğer hastalıkları, kanser ve kalp damar hastalıkları vb. gibi bir çok hastalığın oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Özellikle son yapılan bilimsel çalışmalarda ikisi bir arada kullanıldığında bazı kanser türlerinin riskini giderek aattığı ileri sürülmektedir. Alkol ve sigara kullanan bireylerde en sık ağız ve boğaz kanserleri görülmektedir. Bu vakalar erkeklerde yaklaşık olarak %80, kadınlarda %65 oranında görülmektedir. Son on yıl içinde Amerikada karaciğer kanseri insidansında önemli ölçüde artış olmuştur. Bunun

sebebi olarak da yapılan çalışmalarda alkol ve sigaranın karaciğer kanserlerinde sinerjik bir etkiye neden olduğu bildirilmiştir. Amerikan Kalp Derneği, Amerika nüfusunun %34'ünün en az bir çeşit kalp-damar hastalığına sahip olduğunu ileri sürmüştür. Sigara kullanımı ve alkol tüketiminin bu konuda en önemli risk faktörü olduğunu, ayrıca birlikte tüketiminin de riski daha da artacağını belirtmişlerdir (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA71/AA71.htm>, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013). Sağlıklı bir yaşam için sigara-alkol gibi zararlı alışkanlıkların bırakılmasının önemli olduğu bilinen bir gerçektir.

Bu çalışmada bireylerin %14,0'ünde bile olsa kabızlık gibi barsak sorunlarının görülmesi sağlıklı beslenme açısından istenmeyen bir durumdur (Tablo 6.1). Kabızlık toplumda oldukça sık görülen (%2-28) bir sağlık problemidir. Yanlış besin seçimi ve alışkanlığı, fiziksel inaktivite, eğitim düzeyinin düşüklüğü, depresyon semptomlarının varlığı, bazı ilaçların kullanımı ve bazı hastalıklar kabızlık için risk faktörleridir.

Posadan yeterli beslenmenin kolon transit zamanını kısalttığı, dışkı ağırlığını ve sıklığını arttırdığı, dolayısıyla kabızlık görülme sıklığının bile azaldığı bildirilmiştir. Yetersiz sıvı alımının da kabızlıkla ilişkisi bilinmektedir. Egzersiz ve fiziksel aktivite azlığının da kabızlık için risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kabızlık aynı zamanda fekal enkontinansa, hemoroide sebep olmakta, aynı zamanda kabızlığa karşı kullanılan laksatif sıklığındaki artışa bağlı olarak kolorektal kanser sıklığında artış görülmektedir (Türkay ve ark, 2005). Çolakoğlu ve ark. (2001) kadın, cinsiyet, şişmanlık, hareketsizlik ve antidepresan alımının kabızlığı olan bireylerde daha sık olduğunu, Çetinkaya ve ark. (2000) çay içen, egzersiz yapan, şehirde apartmanda oturan, düzenli ve sebze ağırlıklı beslenenlerde, kabızlığın daha az görüldüğünü saptamışlardır. Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanmak barsak hareketlerinin az ve zor olması ile sonuçlanacak kabızlık probleminin de önüne geçmeye yardımcı olacaktır.

Posalı beslenerek bazı hastalık risklerinin azalması da sağlanmaktadır. Bunlardan birincisi kanserdir. Amerikada yapılan olgu-kontrol çalışmalarının sonuçları posa alımının 13gr/gün arttırılmasıyla kolon-rektum kanserlerinin %31 azaltılabileceği hesaplanmıştır. Bu etkisi kolon bakteri florasını değiştirerek toksit metabolitlerin barsak hücreleriyle temas sürelerini kısaltmalarıyla ilgilidir. Ayrıca yüksek diyet posası

tüketiminin meme kanseri riskini azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Posadan fakir beslenmeyle risk oluşabilecek ikinci hastalık türü kardiyovasküler hastalıklardır. Posa içeriği yüksek tahıl ve kurubaklagilleri çok tüketen toplumlarda serum kolesterol düzeyleri ve iskemik kalp hastalıklarından ölümlerin düşük olduğu bilinmektedir.

Posanın kolesterol düşürücü etkisi şöyle açıklanmaktadır. Viskos, çözünebilir posa barsaklardan safra asitlerinin emilimini engelleyerek karaciğerde kolesterol sentezi için gerekli öncü öğelerin konsantrasyonunu azaltmaktadır. Posalı beslenerek görülme sıklığı azalan üçüncü hastalık ise Tip 2 diyabettir. Posalı besinlerin glisemik indeksleri düşüktür. Glisemik indeksi düşük besinlerin tüketiminin artması kan şekeri düzeyinin denetimine yardımcı olmaktadır (Baysal, 2007). Bizim çalışmamızda ise bireylerin günlük posa tüketimleri özellikle 18-30 yaş aralığındaki genç bireylerde, kadınlarda 20gr, erkeklerde 24 gr olarak yetersiz bulunmuştur. (Tablo 6.6) Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanmak, barsak hareketlerinin az ve zor olması ile sonuçlanacak kabızlık probleminin de önüne geçmeye yardımcı olacaktır.

Yeterli ve dengeli beslenmede günlük enerji ve besin öğelerinin yanı sıra tüketilen sıvı miktarı da son derece önemlidir. Su başta olmak üzere, içecekler ve besinlerin içeriğinde bulunan görünür/görünmez olarak tüketilen su sıvı olarak tanımlanmakta ve bireyin günlük sıvı gereksinimi, içtiği su ve içecekler ile yediği besinlerin içindeki su ile karşılanır. Yenilen besinlerin sindirimi, emilimi ve hücrelere taşınması ve hücrelerde yaşam ve sağlık için gerekli biyokimyasal tepkimelerin oluşması için, hücrelerin, dokuların ve sistemlerin çalışmasında, metabolizma sonucu oluşan zararlı maddelerin taşınması ve atılmasında ve vücut ısısının korunmasında suyun vücuttaki görevleri çok önemlidir. Sıcak havalarda, fazla fiziksel aktivite yapıldığında, fazla proteinli ve tuzlu besinler tüketildiğinde, terleme ve idrarla, vücut ısısını arttıran ateşli hastalıklarda solunum yolu, ishalde barsak yolu ile sıvı kaybı artar. Böyle durumlarda vücudun sıvı/su gereksiniminde de artış olur. Vücuttaki suyun dengede tutulmasının yaşamsal önemi vardır. Bu dengeyi korumak için eksilen suyun yerine konması gerekmektedir. Yaşam için elzem öğe olan suyun temiz, sağlıklı bozmayan kaynaklardan karşılanması gerekmektedir (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004). Bu çalışmada günde tüketilen su miktarı incelendiğinde 2 litreden fazla su tüketen bireylerin oranı düşük bulunmuştur (%19,0).

Sağlıklı beslenme alışkanlığı ve egzersiz sağlığın korunması ve geliştirilmesi için büyük önem taşımaktadır. Şişmanlık, diyabet, hiperlipoproteinemi, hipertansiyon, kalp krizi, osteoproz, kanser gibi hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, bilişsel yeteneklerin geliştirilmesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Bu açıdan bakıldığında egzersiz yapma bir yaşam biçimine dönüştürülmeldir (Gibney, 1999). Fiziksel aktivite yapma düzeyi bu araştırma kapsamındaki bireylerde oldukça düşük bir seviyededir (%21,0). Fiziksel aktivite yapanların da %61,9'u yürüyüş yapmayı tercih etmektedir. DSÖ'ne göre yetişkinler haftada en az 150 dakika orta-yoğun şiddette aerobik fiziksel aktivite veya haftada en az 75 dakika şiddetli-yoğun aerobik fiziksel aktivite veya orta-şiddetli yoğunlukta aktivite kombinasyonları yapmalıdır (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/index.html, Erişim tarihi: 1 Eylül 2013).

Bireylerin hekim tanıli sağlık sorunlarına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 6.3) sırasıyla, %17,0'sinin diyabet, %14,0'ünün kalp damar hastalıkları, %11,0'inin şişmanlık tanısı olduğu görülmektedir. TURDEP II (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II)'ye göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığı %13,7'ye obezite sıklığı %32,0'ye ulaştığı görülmüştür. Yaşam kalitesini düşüren ve ölüm nedenlerinin başında yer alan kalp damar hastalıklarının ülkemizde görülme durumu 50 yaş üstündeki yetişkinlerde %12,0-15,0 arasında değişmektedir (Samur, 2012).

Çalışmada bireylerin BKİ'lerinin dağılım ve ortalamaları incelendiğinde (Tablo 6.4 ve Tablo 6.5) erkeklerin (% 55,56) ve kadınların çoğunun (%34,37)obez olduğu görülmektedir. Ancak TURDEP II çalışmasında Türkiye'de erkeklerde kilo fazlalığı, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak yetişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3'ü kilolu veya obezdir. Çalışmamızdaki bireylerin vücut yağ oranlarına bakıldığında kadınların vücut yağ oranı $31,93 \pm 7,68$, erkeklerin ise $28,29 \pm 6,51$ olup referans değerlerden yüksektir (Referans Değer: Köksal ve Küçükerdönmez, 2008).

Bireylerin farklı yaş gruplarında ve cinsiyete göre bir günlük besin tüketimleri değerlendirildiğinde (Tablo 6.6); enerjinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen

oranlarının kadınlarda (sırasıyla %42, 17, 41) ve erkeklerde (sırasıyla % 41, 18, 41) dengesiz olduğu görülmektedir. Sağlıklı bir beslenmede bireylerin öğün içeriğinde karbonhidrat, protein ve yağdan gelen enerji sırasıyla %55-60, %10-15 ve %23-30 olmalıdır (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004).

Çalışmamızda Tablo 6.6'da vitamin alım düzeylerine bakıldığında D vitamini, E vitamini, B₁ vitamini ve folat alımının her yaş gurubunda da yetersiz olduğu görülmektedir. D vitaminin yetersiz alımında osteomalasi ve beraberinde osteoporoz görülür. Diyetle alınacak D vitaminine en iyi kaynaklar yağlı balıklardır (ringa, uskumru ve ton balığı). Diğer yetersiz alınan E vitamininin ise üreme, deri ve kalp sağlığında önemli fonksiyonları bulunmaktadır. E vitamini için en iyi kaynaklar zenginleştirilmiş veya doğal bitkisel yağlar, yumurta, fındık, ceviz gibi kuruyemişlerdir.

B₁ vitamini vitamini yetersizliğinde sinir duygusal hassasiyet, depresyon gibi durumlar görülmektedir. En iyi kaynakları tam tahıllı besinler, kurubaklagiller, kuruyemişler ve sakatatlardır. Çalışmamızdaki bireylerin düşük orandaki karbonhidrat tüketimi B₁ vitamini eksikliğinin en önemli kanıtıdır. Bireylerin folat alımının yetersizliği ise makrositik anemi ve özellikle nöral tüp defekti (NTD) gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. En önemli kaynakları koyu yeşil yapraklı sebzeler, kuru fasulye, yumurta sarısı, badem, fıstık ve brokolidir (Aksoy, 2000).

Aynı tabloda (Tablo 6.6) bireylerin mineral alım düzeyleri sonucunda diyetle alınan kalsiyum, magnezyum ve flor'un her yaş ve cinsiyet aralığında düşük olduğu, ayrıca kadınlarda her yaş aralığında demir'in düşük olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin osteoporoz ve osteopeniden korunması için yeterli miktarda kalsiyum tüketmeleri gerekmektedir. Bunun için en iyi kaynaklar ise süt ve süt ürünleri, yumurta, kurubaklagiller, kuruyemişler, tahıllar ve yeşil yapraklı sebzelerdir. Kadın bireylerdeki besinlerden demir alım eksikliği ise vücutta halsizlik, yorgunluk, saçlarda dökülme, tırnaklarda kırılmaya ve anemiye neden olmaktadır. Özellikle kadınlarda demir ihtiyacı menstrüel siklus ve doğumlar sebebiyle daha fazladır. Bu nedenle kadınlara etler, deniz ürünleri, yumurta sarısı, kurubaklagiller, koyu yeşil yapraklı sebzeler ve kuru meyveler gibi en iyi demir kaynaklarını tüketmesi önerilmektedir (Aksoy, 2000).

Bu çalışmada, bireylerin yaşa göre yaşam kalite puan ortalamalarına bakıldığında, 18-29 yaş aralığında olanların genel sağlık puanları ($69,84 \pm 16,18$), 30-39 yaş ($59,96 \pm 16,07$), 40-49 yaş ($51,73 \pm 16,95$) ve 50-59 yaş ($46,47 \pm 20,82$) aralığındaki bireylerden anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). (Tablo 6.8) Yaşlanma beden yapısı ve işleminde süregelen bozuklukların birikimi sonucudur. Organ ve dokuları oluşturan hücreleri metabolizma sırasında oluşan ve dışarıdan radyasyon, ozon ve çeşitli kimyasallarla alınan, reaktif oksijen, azot ve klor türlerinin yarattıkları oksidasyon stresi ile yıpranırlar ve zamanla işlevlerini yapamaz hale gelirler (Baysal, 2007). Yaş ilerledikçe ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları sürdürüldükçe organ işlevlerinde bozukluklar ortaya çıkar ve kronik sağlık bozuklukları oluşur. Bunlardan başlıcaları; koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet'tir. Genel sağlığın bozulmasını engellemek için hayatın her döneminde yeterli ve dengeli beslenmek gerektiğini unutmamak gerekmektedir. Yaşla birlikte kronik hastalıklar vb. gibi sağlık sorunlarının artmasının; yaşam kalitesinin yükseltilmesinin sağlanmasında sağlığın ileri yaşlarda da geliştirilmesi ve sürdürülmesinde beslenme ve olumlu çevre koşullarının önemi göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada yüksek öğrenim görenlerin ruh sağlığı puanları ve lise mezunu olanların ruh sağlığı puanlarından anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.9). Eğitim ve bilinç düzeyi yüksek olma durumu bireyin sosyal ve psikolojik yapısını etkileyen bir faktördür. Eğitimli olmanın ruhsal sıkıntılarla baş edebilme ve yaşam kalitesini arttırmada önemli etkileri olduğu ileri sürülmektedir. Eğitim ile kendini kontrol etme hissi arasında pozitif bir ilişki varken, stres ve sıkıntı açısından negatif bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi azaldıkça duygusal ve sosyal destek düzeyi azalır, bununla birlikte depresyon, anksiyete gibi sağlık sıkıntıları ortaya çıkar (Ross and Van Willigen, 1997). Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça ve bilinç düzeyi yükseldikçe ruh sağlığı puan ölçeğinin de artması, bireyin eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı olma, sağlık sorunlarından ruh sağlığı ve psikolojik sorunlarla baş edebilme ve/veya bu konuda yardım alma potansiyelinin daha çok artmış olabileceği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda beslenme ve diyet polikliniğine kilo almak için başvuran bireylerin (%10,0) genel sağlık puanları, diyabet hastalığı nedeniyle başvuranlarınkinden (%12,0) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. (sırasıyla $68,50 \pm 15,82$, $47,50 \pm 19,46$; $p < 0,05$)

Tablo 6.10) Akman ve ark. (2004) yapmış olduğu genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri çalışmasında 430 katılımcının %3,5'i zayıf, %31,6'sı normal kilolu, %33,3'ü fazla kilolu, %29,6'sı obez, %2,0'ı morbid obez olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuç diyabetin oluşma nedenleri ve komplikasyonları ile diyabetli bireylerin mevcut sağlık sorunları göz önünde bulundurulduğunda kuşkusuz doğal kabul edilebilecek bir sonuçtur. Diyabet toplumda yaygın görülen, ciddi fiziksel bozukluklara ve ölüme neden olabilen kronik metabolik bir hastalıktır. Diyabetik bireylerde yaşam kalitesinin tedavi sonucunun bir göstergesi olduğu kabul edilmektedir. Tip 2 diabetes mellitus tedavi klavuzunda, diyabet tedavisinde birincil amacın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olduğu vurgulanmıştır (Gries and Alberti, 1987). Diabetes Control ve Complication Trial Research Group'un 1996 yılında yayınladıkları araştırma sonuçlarında, diyabetik grubun yaşam kalitesinin, genel sağlıklı insan popülasyonundan daha kötü sonuçlar verdiğini bildirmişlerdir. Benzer şekilde Rubin and Peyrot (1999) yayınladıkları çalışmalarında diyabetik hasta grubunun yaşam kalitesi skorlarının genel popülasyondan düşük olduğunu bildirmişlerdir. Gries and Alberti (1999), ağır diyet kısıtlamalarının, günlük düzenli ilaç kullanımı gerekliliğinin, insülin tedavisinin, diyabetin semptomlarını ve uzun dönem komplikasyonlarının diyabetik hastaların yaşam kalitesini bozduğunu belirtmişlerdir. Enerji alımı ve harcaması arasındaki dengesizlikle ortaya çıkan insülin direnci, obezite ve diyabetin bir habercisi olarak kabul edilebilir. Duruma uygun geliştirilmiş bir diyet ile düzenli egzersiz yapılırsa hastalıklara karşı koruma ve hastalık durumunda etkili bir tedavi yoluna yardımcı olunur (ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/health/docs/diabetes-and-obesity-research-projects-fp6_en.pdf, Erişim tarihi: 28 Ağustos 2013). Tip 2 diyabet tedavisi ve önlenmesi için obezitenin azaltılması, tüm dünya üzerinde önemli bir hedeftir. Her iki hastalığın tedavi koşulu, kalori alımının azaltılması ve fiziksel aktivitenin arttırılmalıdır (Hussein at al., 2010). Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin sürdürüldüğü bir yaşam tarzında diyabet, obezite gibi bir çok kronik hastalığın doğasında olan sağlık sorunlarının önlenmesi ve iyileştirilmesinde önemli bir adım atılmış olunur.

Bireylerin beslenme alışkanlıkları incelendiğinde (Tablo 6.2) 3 ana öğün tüketenlerin oranı %82,0'dir. Ara öğün sayısı 3 olanların dağılımı ise %20,0 olarak belirlenmiştir. Öğün atlayan yetişkin birey oranı %69,0 olup, öğün atlayan bu

bireylerden çoğu (%71,9) ara öğünleri atlamaktadır. Bireyler öğün atlama nedeni olarak %38,2 oranında ara öğün tüketim alışkanlığının olmamasını belirtmişlerdir. Kaliteli ve sağlıklı beslenmede bir günde gereksinen besinlerin 5-6 öğün şeklinde tüketilmesi önerilmektedir. Vücudun fizyolojik dengesini sağlamada ve organları korumada, yemeklerin tüketim sıklığı ve öğünlere düşen enerji ve besin öğelerinin miktarları ve birbirlerine göre oranı çok etkili bir rol oynamaktadır. Vücuda alınan besinlerin sindirilmesi ve vücut tarafından kullanılması besinlerin bileşimlerine ve öğünler arası geçen süreye bağlı olarak farklılık göstermektedir. Besinlerin karışımı, miktarı ve veriliş aralıklarına göre, vücutta hormonal ve enzimatik bir takım değişimler olmakta ve organizma yaşamını bu koşullara uydurarak sürdürmeye çalışmaktadır. Ancak tek yönlü beslenme, aç kalma veya aşırı beslenme gibi durumlarda organizmanın bu sistemlerde oluşturduğu değişimler, sonuçta sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Öğün atlamak, ihtiyaç olan besin gruplarından ve besin öğelerinden bir yetersizliğe, bir sonraki öğünde ise daha fazla besin tüketmeye neden olmaktadır. Organizma belirli bir süre aç kaldığında bu değişimler daha açıkça görülmektedir. Uzun aralıklarla beslenmede vücudun daha az protein ve su tuttuğu ve idrarla fazla azot atıldığı belirtilmektedir. Organizmanın protein sentezi için protein kullanımı belirli bir zamanla sınırlıdır. Vücuda fazla miktarda protein alındığında idrarla azot atımı artar. Azar azar sık sık besin alındığında ise vücutta pozitif bir azot dengesi oluşmakta ve vücut proteinleri artmaktadır. Uzun aralıklarla beslenmede ise bunun aksine, vücutta yağ birikimi artar, bu durum kan yağları (kolesterol, lipit) düzeyini arttırarak kalp hastalıkları ve diyabet oluşum riskini arttırır (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, 2004). Bu sebeple, iyi bir beslenme alışkanlığı içerisinde öğün atlama seçeneği yer almamaktadır.

Çalışmamızda (Tablo 6.11 ve Tablo 6.12) günde 2 ana öğün tüketen bireylerin fiziksel fonksiyonellik puanları ($77,78 \pm 15,17$), ve bedensel ağrı puanlarına ($70,28 \pm 15,41$) bakıldığında günde 3 ana öğün tüketenlerden sırasıyla ($84,88 \pm 17,07$ ve $81,21 \pm 13,66$) anlamlı ölçüde daha düşük olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Ayrıca öğün atlamayan bireylerin (%11,0) genel sağlık puanlarının ($72,27 \pm 17,99$), öğün atlayanlardan anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu ($56,62 \pm 19,09$) bulunmuştur ($p < 0,05$).

Smith et al. (2010) Avusturalyada 2184 kişiden oluşan geriye dönük prospektif çalışmalarında 9-15 yaş aralığında seçtiği öğün atlayan çocukların 2004-2006 yıllarında 26-36 yaş aralığındaki beslenme takiplerini incelemişlerdir. Yaş, cinsiyet, aile faktöründen bağımsız olarak öğün atlama durumlarına bakılmış, çocukluğundan itibaren öğün atlayan ve hala öğün atlamaya devam eden bireylerin bel çevresi ölçümleri, plazma açlık insülin seviyeleri, total kolesterol ve LDL kolesterol düzeylerinin öğün atlamayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Song et al. (2005)'da öğün atlamak sağlıksız yaşam tarzına sebep olmakla birlikte zordan kolaya kadar olan fiziksel aktivitelerde de aksaklıklara sebep olduğunu bildirmiştir.

Farshchi et al. (2005) yaptığı başka bir çalışmada ise, İngilterede 19-38 yaş aralığındaki geçmişinde hiç bir sağlık problemi yaşamamış 10 kadının dahil olduğu bir çalışmada iki hafta kahvaltı yaptırılıp, iki hafta kahvaltı öğünü atlatılarak sürdürülen çalışmada öğün atladıktan sonraki dönemde kadınların BKİ değerlerinin yükseldiği gözlemlenmiş, bu da kardiyometabolik risk faktörü olarak değerlendirmiştir. Öğün atlandıktan sonra açlık insülin fazlarının yüksek seyrettiği, LDL kolesterolün de öğün atlayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uzun süreli çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi öğün atlayan yetişkinlerde yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı beslenmede toplam yağ içeriğinin diyetin toplam enerjisine olan katkısı %25-35 arasında değişiklik göstermektedir. Bunun %7-8'lik kısmının doymuş yağ kaynaklarından karşılandığı bilinmektedir. Kalan bölümü zeytinyağı başta olmak üzere diğer bitkisel yağlardan karşılanır. Pratik olarak günlük tüketilecek yağın üçte biri tereyağı vb. gibi katı yağlardan, üçte biri zeytinyağı gibi tekli doymamış yağlardan, kalan üçte biri de mısır özü ve ayçiçek yağı gibi çoklu doymamış yağ asitlerinden oluşan yağlardan karşılanması önerilmektedir. Akdeniz diyeti tüketen toplumlarda kalp-damar hastalıkları, diyabet, obezite, kanser ve romatizmal artrit gibi diğer kronik inflamatuvar hastalıkların görülme sıklığı diğer batılı-gelişmiş ülkelere göre daha az olmakta ve bu oran geleneksel akdeniz diyeti ile pozitif korelasyon gösterdiği bilinmektedir. Çalışmamızda bireylerin beslenmelerinde çoğunlukla bitkisel sıvı yağ kullanmaları (%78,0) olumlu bir bulgudur. (Tablo 6.2)

Yemek hazırlarken sıvı yağ kullanan bireylerin canlılık puanları ($66,79 \pm 15,39$), ve sosyal fonksiyonellik puanları ise ($76,60 \pm 18,83$) tereyağ kullananlardan sırasıyla ($55,77 \pm 18,80$ ve $58,65 \pm 25,20$) anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). (Tablo 6.13) Bir besin ögesi olarak yağlar insan sağlığı için önemlidir ve normal düzeylerde tüketildiğinde bir çok vücut fonksiyonunun yerine getirilmesini sağlar. Besin Tarım Örgütü (FAO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerilerine uygun olarak günlük enerji tüketiminin en az %15-30'unun yağlardan gelmesi gerekmektedir. Yağların içeriğindeki yağ asitlerinin çeşidi sağlık açısından önem taşımaktadır. Doymuş, tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ asitleri olarak üçe ayrılırlar (ADA Besin ve Beslenme Rehberi Türkçesi, 2003). Günlük tüketilecek yağın üçte biri tereyağı gibi katı yağlardan, üçte biri zeytinyağı gibi tekli doymamış yağlardan, kalan üçte biri de mısır özü ve ayçiçek yağı gibi çoklu doymamış yağ asitlerinden oluşan yağlardan karşılanması önerilmektedir.

Wardlaw and Snook (1990) yapmış olduğu çalışmaya 25 yaş üstü 86 erkek katılmıştır. Diyet içeriğinde mısır özü, ayçiçek yağ ve tereyağı kullanarak randomize kör çapraz çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada erkeklere enerjinin %37-43'ü yağ olan bir beslenme modeli uygulanmıştır. Araştırmada beslenmenin 2 haftasında tamamen tereyağı ile, 5 haftasında bitkisel sıvı yağ ve 7 haftasında arınma dönemi uygulanmıştır. Bitkisel yağ kullanılan haftalarda tereyağ kullanılan haftalara göre serum total kolesterolü %16-21, LDL kolesterolü %21-26, trigliserit ise %10-21 oranında düşüş göstermiştir. Bireylerde serum kolesterol düzeylerinde anlamlı düşüşler yaşandığını görmek amacı ile toplam yağ alımında doymuş yağ miktarının azaltılması önerilmektedir. Sonuç olarak kalp-damar sağlığı açısından bireylerin tükettiği yağın doymuş yağ yükünün azaltılması gerektiği vurgulanmıştır.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin antropometrik parametrelerle ilişkisine bakıldığında (Tablo 6.14) vücut ağırlığı arttıkça fiziksel fonksiyonellik ölçeği; BKİ arttığında ise fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı ölçeklerinin azaldığı görülmüştür. BKİ yüksekliği sonucu obezite gelişimini etkileyen önemli faktörlerden biri çevre koşullarıdır. Çünkü obezite çoğu kez öğrenilmiş bir yeme davranışının sonucu olup birey ve aile yeme alışkanlıkları, öğün düzeni, en fazla tüketilen besinler ve egzersiz gibi yaşam tarzı ile ilgili faktörlerden ve kültürel

faktörlerden etkilenir (Bouchard 1994; Flatt 1988). Dünya genelinde fazla kiloluluk ve obezite zayıflıktan daha çok ölüme ilişkilendirilmektedir. Dünya nüfusunun %65'i fazla kiloluluk ve obezitenin zayıflıktan daha fazla ölüme neden olduğu ülkelerde (tüm yüksek gelirli ülkeler ve orta gelirli ülkelerin çoğu) yaşamaktadır. Fazla kiloluluk ve obezite; küresel ölüm riskleri sıralamasında beşinci sıradadır. Diyabet yükünün %44'ü, iskemik kalp hastalığı yükünün %23'ü, belirli kanserlerin yükünün %7-41'i, kiloluluk ve obeziteyle ilişkilendirilmektedir.

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, Erişim tarihi: 04.09.2013).

Obezite ve mortalite arasındaki ilişkiyi gösteren en büyük çalışma Avrupa ve Kuzey Amerika'da yaşayan 1 milyona yakın yetişkini kapsamaktadır. Bu çalışmadan BKİ 25 kg/m²'den fazla olanlarda BKİ'deki artışa paralel olarak mortalitenin de arttığı sonucu çıkmıştır. BKİ 30-35 arası olanların yaşam süresi normal ağırlığı olanlara göre 2-4 yıl daha kısadır. Bu fark BKİ 40-45 arası olanlarda 8-10 yıldır. Dünya genelinde kronik hastalıklar; yeti yitimi ve mortalitenin temel nedeni olup ileri yaşta kişiler ile sosyal yönden dezavantajlı olan sınıflar başta olmak üzere tüm yaş ve sosyal sınıfları etkilemektedir(<http://www.oecd.org/health/healthsystems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm>, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013).

Fazla kiloluluk ve obezite; kan basıncı, kolesterol, trigliserid ve insülin direnci üzerinde olumsuz metabolik etkilere neden olur (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013). Yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterol BKİ yüksek olanlarda daha çok görülmektedir. Bu ilişkiler sonucunda obez kişilerde koroner arter hastalığı, inme ve bunlara bağlı ölüm başta olmak üzere kalp hastalığı gelişme riski daha fazla beklenmektedir(<http://www.oecd.org/health/healthsystems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm>, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013).

Yüksek bir BKİ; meme, kolon/rektum, endometrium, böbrek, özefagus (adenokarsinom) ve pankreas kanseri, böbrek hastalıkları ve prematür mortalite riskini de arttırmaktadır(http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013).

Wardle et al. (1995) yüksek BKI sonucu obezite ile ilgili yaşanan psikolojik açıdan en önemli sorun depresyon olduğunu ve ayrıca obezlerin anksiyete ve depresyona yanıt olarak fazla yedikleri, obezite gibi yeme hastalığı olanların da yaklaşık %50'sinde klinik depresyon olduğu belirtmişlerdir.

Huang et al. (2006) Taiwan'da genel toplumda yapılan, şişmanlık ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı çalışmada, şişmanlığın fiziksel fonksiyonellik kalitesinde bozulma ile ilişkili olduğu, ancak mental yaşam kalitesini pek etkilemediği saptanmıştır.

Yine aynı tabloda (Tablo 6.14) vücut yağ miktarı arttıkça genel sağlık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığının, vücut yağ oranı arttıkça ise bu ölçeklere ek olarak fiziksel fonksiyonellik, canlılık ölçeklerinin azaldığı görülmektedir. Vücut yağının artmasına paralel olarak Tip 2 diyabet ve hipertansiyon gelişme riski de artmaktadır. Tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık olarak %85'i obez veya aşırı kiloludur (http://www.beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_11_sismanlikvefizikselaktivite.pdf, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013). Vücut yağ miktarı ve yüzdesindeki artış, bilindiği üzere BKI artışını da etkileyeceğinden, yaşanan sorun ve sonuçlar benzerdir.

Çalışmamızda son olarak yaşam kalitesi ölçekleri ile tüketilen enerji ve besin öğeleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 6.15) karbonhidrat (gr) tüketimi arttıkça duygusal rol azalmakta, buna benzer olarak enerjinin karbonhidrattan gelen oranı arttıkça fiziksel rol, duygusal rol, azalmaktadır. Tam tersi olarak proteinin enerjiden gelen oranı arttıkça sosyal fonksiyonellik puanı da artmaktadır. Beslenmede enerjiden gelen karbonhidratın oranı %55-60'dır. Bu enerjinin büyük kısmı kompleks karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Kompleks karbonhidrat içeriği yüksek bir diyetin metabolik hastalıkların yönetimine katkıda bulunduğunu gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Diyete eklenen basit karbonhidratlar (şeker) aterojenik lipid profiline (yüksek total lipid, total kolesterol, trigliset, LDL ve VLDL-kolesterol ve düşük HDL-kolesterol düzeyi) yol açarken kompleks karbonhidratlar tam tersine aterojenik lipid profilini önleyici etki gösterir. Karbonhidrat kaynağı olarak rafine şekerin tüketimi önerilmemekle birlikte, tüketiminin iştah üzerinde baskılayıcı etkisi enerji kaynağı

olarak besin içeriği yüksek besinlere olan isteği azaltır. Bunun sonucu da duygusal ve fiziksel sorunların daha çok ortaya çıkmasına ve bireyin günlük yaşamında sorunlar yaşamasına sebep olacaktır.

Proteinin aşırı düzeylerde alımının vücutta herhangi bir yararlı etkisinin olup olmadığı bilinmemektedir. Aksine aşırı protein alımı vücut kalsiyumundaki kayıpları arttırmakta ve yaşlanmayla bağlantılı böbrek fonksiyonlarındaki azalmaları arttırmaktadır. Yeterli düzeyde alınan protein ile kas kayıpları yaşanmayacağından birey kendini daha az yorgun hisseder ve bu da yaşamına olumlu bir sonuç olarak etki edecektir (http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf, Erişim tarihi 4 Eylül 2013)

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak;

- Yaşın ilerlemesi ile birlikte genel sağlık ve canlılığın azaldığı, SF-36 alt ölçekleri ile saptanmış, cinsiyetin bu konuda fark yaratmadığı,
- Eğitim düzeyi artışına paralel olarak ruh sağlığının iyileştiği, böylelikle sınırlı ve stresli olma durumunun azaldığı,
- Diyabetli bireylerin genel sağlık puan ortalamalarının, herhangi bir kronik hastalığı olmayıp kilo almak için gelenlerden daha düşük olduğu,
- Az ve sık beslenme alışkanlığı olmayan, öğün atlayan bireylerin genel sağlık ve bedensel ağırlık ölçeklerinin düşük olduğu,
- Yemek hazırlarken sıvı yağ kullanan bireylerin, canlılık ölçeklerini tereyağ kullananlardan yüksek olduğu,
- Antropometrik değerlendirmelere göre; vücut ağırlığı arttıkça fiziksel fonksiyonelliğin azaldığı, BKİ (kg/m²) ve vücut yağ miktarı (kg) arttıkça fiziksel fonksiyonelliğin, genel sağlığın, sosyal fonksiyonelliğin ruh sağlığının azaldığı, ve vücut yağ oranı arttıkça fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığının anlamlı derecede azaldığı,
- Besin öğeleri tüketimlerine göre; karbonhidrat (gr) tüketimi arttıkça duygusal rol puanının azaldığı, buna benzer olarak enerjinin karbondihdrattan gelen oranı arttıkça fiziksel rol, duygusal rol puanları azaldığı, tam tersi olarak da proteinin enerjiden gelen oranı arttıkça sosyal fonksiyonellik puanının arttığı görülmüştür.

Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm toplumda beslenme bilinci artırılarak sağlıklı beslenmeyi yaşam tarzına dönüştürmek gereklidir. Sağlıklı beslenmenin yanı sıra aktif ve zinde bir yaşam için düzenli fiziksel aktivite sağlayacak çevresel koşullar da yaratılmalıdır. Bu amaçla;

- Tüm yaşamı boyunca bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi,
- Var olan ve yaşam kalitesini bozan beslenme sorunlarının en aza indirilmesi,

- Şişmanlık ve beslenmeye bağlı kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisine yönelik yaşam şeklinin iyileştirilmesi,
- Çevre koşullarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi,
- Sağlıklı besin teşviki, temini ve tüketiminin sağlanması,
- Sağlığın geliştirilmesi amacıyla toplumun besin güvenliği,
- Besin, beslenme ve sağlık konularında bilinçlendirilmesinin ve katılımının sağlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Akman M., Budak Ş., Kendir M., (2004) Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve Sağlık Problemleri. Marmara Medical Journal, Cilt 17(3):113-120.

Amarantos E, Martinez A, Dwyer J, (2001) Nutrition and Quality of Life in Older Adults, Journals of Gerontology, 56A: 54-64.

Aksoy M., (2000) Beslenme Biyokimyası. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.

Arslan D., (2009) Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Ankara Tabip Odası, Grafiker Matbaası, Ankara, 260-264.

Bahar Z., Beşer A., Gördes N., Ersin F., Kıssal A. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü.Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 2.

Baysal A. (2007) Beslenme. 11.Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Baysal A., Aksoy M., Bozkurt N., Merdol T., Pekcan G., Keçecioglu S., Besler HT., Mercanlıgil S. (2008) Diyet El Kitabı. 5.Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Bottomley, A., (2002),The Cancer Patient and Quality of Life. The Oncologist, 7:120-125.

Bouchard C. (1994) The Genetics of Obesity. CRC Press, Philadelphia, 245.

Çetinkaya H., Özkan H., Bektaş M., (2000)Ankara'nın Değişik Kesimlerinde Konstipasyon Prevalansı ve Demografik Özelliklerin Konstipasyon ile İlişkisi. Türk J Gastroenterol; 11 (Suppl 1): 80 (280), 36 (104-105), 37 (106-109).

Çıtıl R., (2009) Diyabetli Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Yusuf Öztürk).

Çolakoğlu S., Özdemir F., Hafta A., (2001) Toplumumuzda Kabızlık Oranı ve Değişik Faktörlerle İlişkisi. Türk J Gastroenterol; 12 (Suppl 1): 149, P-H/1.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1996) Lifetime Benefits and Coast of Intensive Therapy as Practiced in The Diabetes Control and Complications Trial. JAMA, 276:1409-1415.

Eser E. (2004) Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Sağlıkta Yasam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, 4-6.

Farschi HR., Taylor MA., Macdonald IA., (2005) Deleterious Effects of Ommiting Breakfast on Insulin Sensitivity and Fasting Lipid Profiles in Healthy Lean Women¹²³ ”, Am J Clin Nutr Feb, 81:2, 388-396.

Fidan D., Ünal B., Demiral Y., (2003) Sağlığa İlişkin Yasam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri. Sağlık ve Toplum; 13 (3):3-8.

Flatt JP. (1988) Importance of Nutrient Balance in Body Weight Regulation, Diabetes Metab Rev, 4: 571-581.

ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/health/docs/diabetes-and-obesity-research-projects-fp6_en.pdf, Erişim tarihi: 28 Ağustos 2013.

Gibney M.J., (1998) Nutrition, Physical Activity and Health Status in Europe: An Owerview. Public Health Nutrition, 2(3a):329-333.

Gries FA., Alberti KGMM., (1997) Management of Non-Insülin-Dependent Diabetes Mellitus in Europe: a consensus statement, IDF Bull 32:169-174.

Güven N. (2010) Diabetes Mellituslu Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman:Prof.Dr. Birsen Yürügen).

http://www.beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a6.pdf, Erişim tarihi: 11 Ağustos 2012.

http://www.beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_11_sismanlikvefizikselaktivite.pdf, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013

<http://www.oecd.org/health/healthsystems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm>, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013

<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA71/AA71.htm>, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/index.html, Erişim tarihi: 1 Eylül 2013.

<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>, Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2012.

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, Erişim tarihi: 4 Eylül 2013.

http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf, Erişim tarihi 4 Eylül 2013.

Huang IC, Frangakis C, Wu AW. (2006) The Relationship of Excess Body Weight and Health-Related Quality of Life: Evidence From a Population Study in Taiwan. *Int J Obes*, 30, 1250-1259.

Hussein A., Hydrie MZI., Claussen B., Asghar S.,(2010) Type 2 Diabetes and obesity: A review. *Journal of Diabetology*, June; 2:1.

Koltarla S. (2008) Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması. T.C Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul (Danışman:Uzm Dr. Erhan Sayalı).

Köksal E., Küçükerdönmez Ö., (2008) Şişmanlığı Saptamada Güncel Yaklaşımlar. (İçinde: Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. Eds: Baysal A., Baş M.), Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayınları, Ankara, 63.

Mahan K, Escott-Stump S, (2008) Krause's Food and Nutrition Therapy International Edition, Saunders Elsevier.

Müezzinoğlu T., (2005) Yaşam Kalitesi. Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa, Sayı 1.

Öksüz E., Malhan S., (2005) Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi, Kalitemetri. Baskent Üniversitesi, Ankara, 8-28.

Pekcan G., (2008) Beslenme Durumunun Saptanması, T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Ross CE., Van Willigen M., (1997) Education and The Subjective Quality of Life. *J Health Soc Behav*, Sep;38(3):275-97.

Rubin RR., Peyrot M., (1999) Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 15:205-218.

Samur G., (2012) Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme, T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sánchez-García S., García-Peña C., Duque-López MX., Juárez-Cedillo T., Cortés-Núñez AR., Reyes-Beaman S., (2007) Anthropometric Measures and Nutritional Status in a Healthy Elderly Population. *BMC Public Health*, 7:2.

Smith KJ., Gall SL., McNauughton SA., Blizzard L., Dwyer T., Venn AJ., (2010) Skipping Breakfast: Longitudinal Associations With Cardiometabolic Risk Factors in The Childhood Determinants of Adults Health Study ¹²³. *Am J Clin Nutr*, December 92:6, 1316-1325.

Song WO., Chun OK., Obayashi S., Cho S., Chung CE., (2005) Is Consumption of Breakfast Associated With Body Mass Index in US Adults?. *J Am Diet Assoc*;105:1373-82.

Türkay C., Aydoğan T., Özden A., (2005) Konstipasyon Tanım ve Epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji Vakfı Dergisi*, Mart.

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, (2004) T.C Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara.

Wardlaw G.M, Snook J.T, (1990), Effect of Diets High in Butter, Corn Oil, or High Oleic Acid Sunflower Oil on Serum Lipids and Apolipoproteins in Men, *Am J Clin Nutr*, 51:5, 815-821.

Wardle J, Volzc C, Golding C (1995) Social Variation in Attitudes to Obesity in Children, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 19(8):562-569.

www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf, Erişim tarihi: 11 Ağustos 2012.

www.proqolid.org, Erişim tarihi 2 Ağustos 2013.

www.sf-36.org/tools/SF36.shtml/, Erişim tarihi: 11 Ağustos 2012.

www.who.int/bmi, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2012.

Yücecan S., Pekcan G., Besler T., Nursal B. (2003) Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi Türkęesi, Acar Matbaacılık, İstanbul, 53-55.

10. EKLER

10.1. EK-1 Araştırma İzin Formu

14.08.2012

T. C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE;
İSTANBUL

Kurumumuzda çalışan Beslenme ve Diyet Uzmanı Gülper Hülya GÜNŞOY'un enstitünüz Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı kapsamında "Yetişkin Bireylerin Yaşam Kalitesi ile Besin Tüketimi Alışkanlıkları ve Bazı Antropometrik Parametreler Arasındaki İlişkinin Saptanması" konulu ekte anket taslağı bulunan bitirme projesinin kurumumuzda yapılmasında bir sakınca yoktur.

Bilginize arz ederiz.

Op.Dr.M.Engin ÇAKMAKÇI

4. 

Ek 1: Bitirme projesi anket formu


Dr. SÜHA ALZAFER
Gözetim Hastalıkları Uzmanı
Uzun No : 4991 / 06.92
Diyetisyen Yardımcısı

10.2. EK-2 Anket Formu

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ

DIYET POLİKLİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERİN YAŞAM KALİTESİ İLE BESİN TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI VE BAZI ANTROPOMETRİK PARAMETRELER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

ANKET NO:.....

A) GENEL BİLGİLER

1. Ad-Soyad:.....

2. Yaş (yıl):.....

3. Doğum Tarihi: (gün/ay/yıl):/...../.....

4. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

5. Yaşam Şekli: a) Yalnız b) Aile ile c) Diğer

6. Medeni Durum: a) Bekar b) Evli

7. Eğitim Düzeyi: a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite mezunu g) Diğer.....

8. Hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorunu var mı?

a) Hayır (10. Soruya geçiniz) b) Diyabet c) Şişmanlık d) Hipertansiyon

e) Kalp-Damar hastalıkları f) Gut g) Kanser h) Diğer.....

9. Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuru nedeniniz nedir?

a) Kilo verme b) Kilo alma c) Diyabet d) Diğer.....

10. Hastalığınızla ilgili doktor, diyetisyen tarafından önerilen bir diyet uyguluyor musunuz?

a) Hayır b) Evet (evet ise diyet türünü belirtiniz).....

11. Geçirdiğiniz ameliyatlar var mı?

a) Yok b) Var (var ise belirtiniz).....

12. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Hayır hiç içmedim b).....yıl içtim, bıraktım c)Evet/günde

13. Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet..... bardak-kadeh/ay

14. Kronik İshal veya kabızlığınız var mı?

- a) Hayır b) İshal...../hafta c) Kabızlık...../hafta

B) BESLENME ALIŞKANLIKLARI

15. Günde kaç öğün yemek yersiniz (.....Ana.....Ara)

16. Öğün atlar mısınız?

- a) Evet b) Hayır c) Bazen

17. Cevabınız “evet” veya” bazen” ise genellikle hangi öğünü atlarsınız? (En sık atladığınız tek bir öğünü işaretleyiniz)

- a) Sabah b) Öğle c) Akşam d) Ara öğün

18. Öğün atlama nedeninizi belirtiniz.

- a) Zaman yetersizliği b) Canı istemiyor, iştahsız c) Sabahları geç kalkıyor
d) Hazırlanmadığı için e) Kilo almak istemediği için f) Alışkanlığı yok
g) Sağlık problemleri, rahatsızlık hissi h) Diğer(belirtiniz).....

19. Öğün aralarında genelde hangi tür yiyecekleri tercih edersiniz?(en çok tükettiğiniz 3 besin)

- a) Bir şey yemem b) Simit, bisküvi, kurabiye c) Şeker, çikolata, gofret
d) Meyve e) Yoğurt f) Sandviç, tost, börek
g) Kuruyemiş h) Çabuk çorba i) Diğer(.....)

20. Öğün aralarında genelde hangi tür içecekleri tercih edersiniz?(en çok içtiğiniz 3 içecek)

- a) Bir şey içmem b) Su c) Gazlı içecekler d) Süt e) Sade ve meyveli soda
f) Siyah Çay g) Bitki Çayları h) Kahve i) Ayran
j) Meyve suları k) Diğer(.....)

21. Ev dışında ne sıklıkta yemek yersiniz?

- a) Haftada 1-2 b) Haftada 3-4 c) Her gün d) Ara sıra...../ay

22. Ev dışında yemek seçiminde dikkat ettiğiniz etmenler nelerdir? (3 seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Yemeğin Fiyatı b) Doyurucu olması c) Hazırlanma süresi
d) Temiz bir ortamda pişirilmesi e) Malzeme kalitesi f) Kolay pişirilmesi
g) Lezzeti h) Besin Değeri i) Diğer.....

23. Yemeklerinizi hızlı mı yersiniz?

- a) Evet b) Hayır

24. Yemek hazırlarken hangi yağları kullanıyorsunuz?

- a) Sıvı yağ b) Tereyağ c) Margarin d) Diğer.....

25. Günde kaç bardak ya da litre su içersiniz? (1 su bardağını 200 ml kabul ediniz).

..... Su bardağı veya Litre

26. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (Evet ise 27.soruya geçiniz)

- a) Evet b) Hayır

27. Yaptığınız fiziksel aktivitenin türü ve haftalık süresini belirtiniz.

Aktivite Türü: Haftalık Toplam Süre (dk):.....

D) BESİN TÜKETİM KAYDI FORMU

Aşağıdaki form beslenme durumunuzu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen dün tüketmiş olduğunuz besinlerin miktarlarını, çeşidini (örn, tam yağlı, yarım yağlı, yağsız veya kepekli/tam buğday ekmeği gibi), yemeğin içindeki malzemeleri ve tükettiğiniz hazır besinlerin markalarını belirtiniz.

	Besin veya yemek adını miktarları ve ürün çeşitleriyle yazınız
Sabahçay bardağı (.....ml)çaysu bardağı /süt(çeşidi:.....)meyve suyu(çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....)kibrit kutusu (.....gram) peyniradet yumurta (haşlanmış/yağda/diğer:.....)adet zeytin (çeşidi:.....)ince dilim ekmeği(çeşidi:.....)adet sebze (çeşidi:.....)yemek kaşığı kahvaltılık gevrek (çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Araadet meyve (çeşidi:.....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)adet bisküvi/çikolata/kek/börek (çeşidi:...../markası.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Öğleköfte kadar (.....gram)et (çeşidi:kırmızı/tavuk/balık/hindi)yemek kaşığı kurubaklagil(çeşidi:.....)yemek kaşığı sebze yemeği(çeşidi: :.....)yemek kaşığı pilav /makarna(çeşidi: :.....)kepçe çorba(çeşidi: :.....)yemek kaşığı yoğurt (çeşidi: :.....) adet sebze (çeşidi:.....)ince dilim ekmeği(çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Araadet meyve (çeşidi:.....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)adet bisküvi/çikolata/kek/börek (çeşidi:...../markası.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Akşamköfte kadar (.....gram)et (çeşidi:kırmızı/tavuk/balık/hindi)yemek kaşığı kurubaklagil(çeşidi:.....)yemek kaşığı sebze yemeği(çeşidi: :.....)yemek kaşığı pilav /makarna(çeşidi: :.....)kepçe çorba(çeşidi: :.....)yemek kaşığı yoğurt (çeşidi: :.....) adet sebze (çeşidi:.....)ince dilim ekmeği(çeşidi:.....) Diğer(belirtiniz:.....) Diğer(belirtiniz:.....)
Araadet meyve (çeşidi:.....) (büyüklüğü:küçük boy/orta boy/büyük boy)adet bisküvi/çikolata/kek/börek (çeşidi:...../markası.....) Diğer(belirtiniz:.....) Diğer(belirtiniz:.....)

E) YAŞAM KALİTESİ FORMU (SF-36/SHORT FORM 36)

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10. sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1- Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- a) Mükemmel
- b) Çok iyi
- c) İyi
- d) Orta (fena değil),
- e) Kötü

2- Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesinden çok daha iyi
- b) Bir yıl öncesinden biraz iyi
- c) Hemen hemen aynı
- d) Bir yıl öncesinden biraz daha kötü
- e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3- Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işler (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a) Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşya kaldırma, zor sporlara katılma vb.			
b) Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb.			
c) Ağır kaldırma ve yük taşıma			
d) Çok sayıda merdiven basamağını çıkma			
e) Tek bir merdiven basamağını çıkma			
f) Öne eğilme, çömelme veya diz çökme			
g) 2 kilometreden çok yürüme			
h) 1 kilometre yürüme			
i) 100 metre yürüme			
j) Kendi başına banyo yapma ve giyinme			

4- Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet ya da hayır cevabını veriniz.

	Evet	Hayır
a) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
b) Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?		
c) Çalışma ve diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?		
d) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi)		

5- Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet ya da hayır cevabını veriniz.

	Evet	Hayır
a) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
b) Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?		
c) Çalışma ve diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?		

6- Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizi ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- a) Hiç etkilemedi
- b) Çok az
- c) Orta derecede
- d) Epeyce
- e) Çok fazla

7- Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- a) Hiç olmadı
- b) Az
- c) Orta derecede
- d) Çok
- e) Pek çok

8- Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d) Epey etkiledi
- e) Çok etkiledi

9- Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru ve yanlış olduğunuz belirtiniz.

Her bir soruya tek yanıt veriniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a) Ben diğer insalara göre daha kolay hastalanıyorum					
b) Tanıdığım kişilerden daha sağlıklıyım					
c) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum					
d) Sağlığım mükemmel					

10- Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son 1 ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir.

Her bir soru için lütfen size uygun tek bir yanıtı işaretleyiniz.

	Sürekli	Çoğu Zaman	Epey Zaman	Bazen	Ara Sıra	Hiçbir Zaman
a) Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?						
b)Çok sinirli biri mi oldunuz?						
c) Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltmeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?						
d) Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?						
e) Çok enerjil oldunuz mu?						
f) Kenidinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						
g) Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?						
h)Mutlu bir insan oldunuz mu)						
i) Yorgunluk hissettiniz mi?						
j) Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)						

Yorum:

F) VÜCUT BİLEŞİMİ

Bu kısım vücut kompozisyonu analizi sonrası diyetisyen tarafından doldurulacaktır.

Yaş (yıl)	
Boy (cm)	
Vücut ağırlığı (kg)	
BKİ (kg/m²)	
Yağ miktarı (kg)	
Yağ Yüzdesi	
Sıvı (kg)	
Yağ dışı (kg)	
Kas(kg)	

10.3. EK -3. Gönüllülük Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Gönüllü bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra araştırmanın herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan gönüllüyü çalışma dışı bırakabilir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik komitesine ve sağlık bakanlığının kontrolüne açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileriniz herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacaktır ve bu veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

Yukarda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Ad ve soyadı:

Tarih/ Tlf :

İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden görevlinin

Adı ve soyadı:

Tarih/ Tlf :

İmza:

Araştırma yapan araştırmacının

Adı ve soyadı:

Tarih/ Tlf:

İmza:

10.4. EK-4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlar Sorular, Olası Puanlama ve Olası Puanlar

Tablo 10.4.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarındaki Sorular ve Puanlama

	Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Düşük Puan	Yüksek Puan
1	Genel Sağlık	5	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
2	Fiziksel Fonksiyonellik	10	Yıkanma giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirebilme
3	Fiziksel Rol Sınırlamaları	4	Fiziksel sağlığın bozulması nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
4	Genel Ruh Sağlığı	5	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, enerjik hissetme
5	Enerji/Canlılık	4	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
6	Duygusal Rol Sınırlamaları	3	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
7	Bedensel Ağrı	2	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
8	Sosyal Fonksiyonellik	2	Fiziksel ve duygusal sorunlar nedeniyle normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle kesintiye uğramaksızın yürütülmesi

Tablo 10.4.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları ve Olası Puanlar

Alt Boyutlar	Soruların anketteki numaraları	Beklenen olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham puan aralığı
Genel Sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20
Fiziksel Fonksiyonellik	3a+3b+3c+3d+3e+ 3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Fiziksel Rol Sınırlamaları	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Genel Ruh Sağlığı	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Enerji/Canlılık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Duygusal Rol Sınırlamaları	5a+5b+5c	0-3	3
Bedensel Ağrı	7+8	2-12	10
Sosyal Fonksiyonellik	6+10	2-10	8

10.5. EK-5. Ayaktan Hasta Değerlendirme Formu

ACIBADEM

DİYET BÖLÜMÜ AYAKTAN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Adı-Soyadı: _____

Protokol No: _____

Doğum Tarihi: _____

Cinsiyeti: Kadın Erkek

Ünite: ACB BAH KOZ BA İF S Tarih: / / 20.... Saat: /

Hasta Kabul Verileri

Hastanın Yaşam Şekli: Yalnız yaşıyor Ailesiyle yaşıyor Diğer: _____

Mesleği: _____ Medeni Durum: Bekar Evli

Tlf Ev: _____ İş: _____ Cep: _____ Mail: _____

Boy: _____ cm Şimdiki Ağırlık: _____ kg İdeal Ağırlık: _____ kg Hedeflenen Ağırlık: _____ kg BKİ: _____ kg/cm²

Dini inançlarla ilgili hastanın belirtmek istediği konu var mı?

Hastanın Yeterlilikleri Hakkında: Yok Var * Var ise aşağıyı doldurunuz

İşitme / Konuşma engeli Görme engeli Okuma / Yazma

Diğer: _____

Hasta Sorgulama

Hastanın Ruhsal Değerlendirmesi: Normal Gergin Huzursuz Kayıtsız

Diğer: _____

Ağrı Değerlendirme: Yok Var * Var ise ağrı polikliniğine yönlendiriniz

Hastanın Yakınması / Öyküsü :

Hekim Tarafından Tanısı Konulmuş Hastalığı: Yok Var _____

Birinci Derece Akrabada Kronik Hastalık: Yok Var _____

Alerji : Bilinen yiyecek alerjisi var mı ? Yok Var * Var ise aşağıyı doldurunuz

Yiyecek Adı	Reaksiyon

Geçirilen Ameliyatlar : Yok Var * Var ise belirtiniz

Kullanmakta Olduğu İlaç / vitamin : Yok Var * Var ise belirtiniz

Aışkanlıkları :

Sigara Yok Var MiktarSüreBırakma Tarihi:.....

Alkol Yok Var MiktarSüreBırakma Tarihi:.....

Çay/Kahve Hayır Evet MiktarSıklık

Tatlandırıcı Kullanımı Hayır Evet MiktarSıklık

Kolalı İçecek/Meşrubat Hayır Evet MiktarSıklık

Su Miktar Sıklık

Tanı:

Tedavi planı:

Form No: DİY-F08 REV 01

Gastrointestinal sistem : Kronik Kabızlık: Yok Var

Gastrointestinal sistem :	Kronik İshal:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	-----	
Horlama Problemi:	<input type="checkbox"/> Yok				
Gece yemek yeme alışkanlığı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Öğün atlıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	
Atıştırma alışkanlığı var mı ve gerekli duyulma nedeni:	-----				
Televizyon karşısında yemek alışkanlığı :	-----				
Televizyon karşısında geçirilen zaman :	-----				
Dışarıda yemek yeme sıklığı :	-----				
Hızlı yemek yeme alışkanlığı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	-----		
Sevmediğiniz yiyecekler:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	-----		
En çok sevdiğiniz yiyecekler:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	-----		
Yemekler kimin tarafından hazırlanıyor:	Kullanılan Yağlar:				
Yapılan Fiziksel Aktivite/ Sıklığı ve Süresi / Türü:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	* Var ise belirtiniz		
BAYAN HASTA BİLGİLERİ					
		<input type="checkbox"/> Erkek Hasta	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	* Var ise belirtiniz
Adetleriniz düzenli mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Son adet tarihiniz ve süresi:		
Ne kadar süredir menopozdasınız?					
Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Doğum sayısı ve şekli?					
Çocuklarınızı ne kadar süre anne sütü ile beslediniz?					
GEBE VE EMZİREN KİŞİ BİLGİLERİ					<input type="checkbox"/> Gebe
					<input type="checkbox"/> Emziren
Gebelik Öncesi Ağırlığı:	kg	Doğum Sonrası Ağırlığı:		kg	
Gebelik haftası: -----					Bebeğinizi ne kadar süredir emziriyorsunuz?
0-6 YAŞ ARASI BEBEK BİLGİLERİ					
Doğum Ağırlığı:		kg	Kaçınıcı Persentil		
Bebeğin bakımı ile ilgilenen kişi <input type="checkbox"/> Anne <input type="checkbox"/> Bakıcı <input type="checkbox"/> Aile büyükleri <input type="checkbox"/> Diğer -----					
Bebeğin emzirilme süresi: -----					
Bebeğin ek gıdalarına başlanma zamanı:			Başlanılan ek gıdalar -----		
Blenderize besinlerle besleniliyor ?					
OZEL HASTALIK BİLGİLERİ					
<input type="checkbox"/> Tip 1 Diyabet <input type="checkbox"/> Tip 2 Diyabet <input type="checkbox"/> KKH <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Böbrek Hast. <input type="checkbox"/> Diğer					
Hastalığın tanısı ne zaman konulmuş ve nasıl bir tedavi uygulanıyor? -----					
Hastalığa ilişkin Lab. bulguları nelerdir?					
FAZLA KILOLU VE/VEYA OBEZ HASTA (ZAYIF KİŞİ)					<input type="checkbox"/> Fazla Kilolu
					<input type="checkbox"/> Zayıf
Ne zaman şişmanlamaya (zayıflamaya) başladınız?					
Son 5 yıl içinde en fazla (en düşük) olduğunuz kilo? -----					
Daha önce uygulanan diyet programı, uygulama süresi ve alınan sonuç? -----					
Geri alındıysa (verildiyse) kaç kilo ve ne kadar sürede?					
BESİN TÜKETİMİ					
Kahvaltı					
Ara:					
Öğlen:					
Ara:					
Akşam:					
Gece:					
Hastayı Değerlendiren Diyetisyen:					İmza:

Form No: DIY-F08_REV_01

10.6. EK-6. DSÖ Beden Kitle İndeksi (BKI) Sınıflaması

DSÖ Beden Kitle İndeksi (BKI) Sınıflaması

Sınıflama	BKI(kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Normal Ağırlık	19-24,9
Fazla Kilolu	25-29,9
1.Derecede Şişman (hafif)	30-34,9
2.Derecede Şişman (orta)	35-39,9
3. Derecede Şişman (ileri)	> = 40

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: : Gülper Hülya Günsoy
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara / 23.10.1982
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E Posta Adresi : hulya@gunsoy.com
Tel : 535 968 77 79

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Bahçelievler Deneme Lisesi	1998
Lisans	Başkent Üniversitesi	2004

İş Tecrübesi

	Görev	Süre
Acıbadem Hastanesi	Diyetisyen	2009 – Halen
Bayındır Hastanesi	Diyetisyen	2005 - 2009

Mesleki Dernek ve Kurum Üyeliği

Türkiye Diyetisyenler Derneği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler, Burslar

Başkent Üniversitesi Onur Derecesi Bursu (4.Sınıf)

Bildiriler/ Yayınlar

- European Journal of Nutrition Eur 2005 Mar; 44(3): 174-82. Epub 2004 May 21. "Determination of Dietary Habits As a Risk Factor of Cardiovascular Heart Disease in Turkish Adolescents"
- Headache 2013 Mar; 53(3): 514-53-525. Epub 2012 Dec 6. "IgG-Based Elimination Diet in Migraine Plus Irritable Bowel Syndrome"