



T.C.

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İSTANBUL'DA ÖZEL BİR HASTANENİN DİYET POLİKLİNİĞİ'NE
BAŞVURANLARIN BAZI ÖZELLİKLERİNİN VE BESLENME
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

BAŞAK COŞKUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. YASEMİN BEYHAN

İSTANBUL-2013

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Başak COŞKUN tarafından hazırlanan **“İstanbul’da Özel Bir Hastanenin Diyet Polikliniğine Başvuranların Bazı Özelliklerinin ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi ”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 16.09.2013

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

İmzası

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



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Filiz AÇKURT
: Haliç Üniv.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Şule ŞAKAR
: Arel 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. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Beslenme ve Diyetetik yüksek lisans eğitimim boyunca üzerimizde büyük emekleri olan başta tez danıŐmanım Prof. Dr. Yasemin BEYHAN olmak üzere, tüm değerli hocalarıma teşekkür ederim.

ÇalıŐtıđım kurum olan Medilife Sağlık Grubu'na sağladığı olanaklardan dolayı teşekkür ederim. Ayrıca tez yapım aŐamasında hep yanımda ve manevi destek olan arkadaŐım Diyetisyen Yıldız ÖZTÜRK'e teşekkür ederim.

Hiçbir zaman desteklerini benden esirgemeyen annem ve babama da en içten sevgi, saygı ve teŐekkürlerimi sunarım.

Diyetisyen Başak COŞKUN

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa

I.TEŞEKKÜR.....	I
II. İÇİNDEKİLER.....	II
III.KISALTMALAR.....	IV
IV.ŞEKİLLER ve TABLOLAR LİSTESİ.....	V
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY.....	2
3.GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Sağlıkın Önemi, Sağlık Hizmetleri ve Hizmette Eşitlik Kavramı	5
4.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkileri.....	6
4.2.1. Türkiye’de Sağlık Politikaları.....	8
4.2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	9
4.2.1.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	10
4.2.1.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	11
4.3. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesinde, Hastalıkların Önlenmesinde Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	11
4.3.1. Besin Grupları.....	12
4.3.2. Öğün Sayısı ve İçeriğinin Önemi.....	13
4.4. Beslenme Durumunun Saptanması.....	15
4.5. Dünyada ve Türkiye’de Beslenme Durumu.....	16

4.6. Türkiye’de Beslenmeye Bağlı Sağlık Sorunları.....	18
5.GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
6.BULGULAR.....	22
7.TARTIŞMA.....	43
8.SONUÇLAR.....	52
9.ÖNERİLER.....	54
10.KAYNAKLAR.....	56
11.EKLER.....	61
EK-1 Kurum İzni.....	61
EK-2 Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu.....	62
EK-3 Anket Çalışması.....	63
12.ÖZGEÇMİŞ.....	67

III. KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BeBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BKI	Beden Kütle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FAO	Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
IU	International Units (İnternasyonal Ünite)
Kkal	Kilokalori
RDA	Recommended Dietary Allowances (Günlük Tüketim Standartları)
RE	Retinol Eşdeğeri
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
USDA	United States Department of Agriculture (ABD Tarım Dairesi)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

IV. ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Şekil 6.1: Katılımcıların Ailedeki Birey Sayısı.....	22
Şekil 6.2: Adölesanlarda Enerji, Karbonhidrat, Protein, Yağ Günlük Güvenilir Alım Düzeyleri.....	39
Şekil 6.3: Yetişkin Kadınlarda Enerji, Karbonhidrat, Protein, Yağ Günlük Güvenilir Alım Düzeyleri.....	40
Şekil 6.4: Yetişkin Erkeklerde Enerji, Karbonhidrat, Protein, Yağ Günlük Güvenilir Alım Düzeyleri.....	40
Tablo-6.1: Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo-6.2: Bireylerin Diyet Polikliniği'ne Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı.....	24
Tablo-6.3: Bireylerin Daha Önce Diyet Uygulama Durumu.....	25
Tablo-6.4: Bireylerin B.K.I. Değerleri Dağılımı.....	26
Tablo-6.5: Bireylerin Öğünle İlişkin Durumlarına Göre Dağılımı.....	27
Tablo-6.6: Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları.....	28
Tablo-6.7: Bireylerin Ev Dışında Yemek Yeme Durumları.....	29
Tablo-6.8: Bireylerin Şeker ve Tuz Tüketim Durumları.....	30
Tablo-6.9: Bireylerin Tatlandırıcı Kullanım Durumları.....	30
Tablo-6.10: Bireylerin Besin Desteği Kullanma Durumları.....	31
Tablo-6.11: Cinsiyet ile İlgili Obezite, Diyet Uygulama ve Ek Besin Kullanma Durumunun Karşılaştırması.....	32
Tablo-6.12: Obez Bireylerin Diyet Uygulama, Dışarıda Yemek Yeme, Ara Öğün	

ve İlave Şeker Tüketiminin Karşılaştırılması.....	33
Tablo-6.13: Bireylerin Eğitim Durumlarıyla Çeşitli Parametrelerin Karşılaştırılması.....	34
Tablo-6.14: Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Alımlarının Ortalama Değerleri.....	36
Tablo-6.15: Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Enerji ve Besin Öğelerinin Günlük Güvenilir Alım Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	37
Tablo-6.16: Bireylerin Yapmış Olduğu Egzersize İlişkin Bilgilerin Dağılımı.....	41
Tablo-6.17: Bireylerin Vücut Bileşimi Ortalama Değerleri.....	42

1.ÖZET

Araştırma; Medilife Sağlık Grubu'nun Çapa Hastanesinde Diyet Polikliniği'ne başvuran bireylerin başvuru nedenleri ve beslenme durumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %76,0'ı kadın, %24,0'ı erkek olup; yaş ortalaması kadınlarda 33,0±12,0, erkeklerde ise 35,3±12,7 yıldır. Katılımcıların; %18,0'ı adölesan, %62,0'ı yetişkin kadın, %20,0'ı yetişkin erkektir. Araştırmaya alınanların büyük çoğunluğu üniversite mezunudur (%48,0). Bireylerin sadece %24,0'ının herhangi bir sağlık problemi bulunmamaktadır. En fazla görülen sağlık problemi diyabet (%34,0) olup; bunu obezite (%29,0), kalp-damar hastalıkları (%24,0) ve anemi (%20,0) takip etmektedir. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi (BKI) ortalaması 31,2 7,4 olup, sadece %11,0'ının BKI'sı normal sınırlarda olup; %27,0'ının ise BKI'sı 35'in üzerindedir. Bireylerin %57,0'ı daha önce en az bir kez diyet uyguladığını belirtmiş olup, diyet uygulayanların %57,9'u diyetisyen yardımı almıştır. Bireylerin günlük posa alımı incelendiğinde; adölesanların %55,6'sı, yetişkin erkeklerin %40,0'ı ve yetişkin kadınların %38,7'sinin yetersiz posa tükettiği görülmüştür. Adölesanların çoğunun günlük posa, A, E, tiamin, C vitaminlerini ve folik asiti, minerallerden ise; potasyum, kalsiyum, magnezyum ve demiri yetersiz tükettiği belirlenmiştir. Yetişkin kadınların, B1 vitaminini, folik asiti ve demiri yetersiz tükettikleri; sodyum ve fosforu ise önerilenden daha fazla tükettikleri bulunmuştur. Yetişkin erkeklerin de sodyum ve fosforu daha fazla tükettikleri saptanmıştır. Yetişkin erkeklerin, total enerji, karbonhidrat, protein, folik asit, sodyum, potasyum, demir, magnezyum ve çinko tüketimleri yetişkin kadınlara göre fazla iken; sadece A vitamini tüketimleri daha azdır (p<0,05). Yetişkin erkeklerin B6 ve C vitamini tüketimi adölesanlara göre daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Sonuç olarak beslenmenin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve alışkanlıklar gibi pek çok faktörden etkilendiği anlaşılmaktadır. Bu konuda yapılacak plan ve politikalar toplumun çeşitli özellikleri göz önüne alınarak geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Yetişkin, adölesan, beslenme durumu

2.SUMMARY

'The evaluation of characteristics and nutritional status of patients applied to the diearry policlinic of a private hospital in Istanbul.'

This study was conducted to determine, profile of the individuals who were referred to Diet Policlinic in Çapa Hospital of Medilife Health Group, the applicant of the causes and nutritional status. Individuals participating in the study; 76,0% women and 24,0% men, were the average age of women $33,0\pm 12,0$ and $35,3\pm 12,7$ years for men. Of the participants 18,0% adolescent, 62,0% adult women and 20,0% were adult men then. The majority of those study were university graduates (48,0%). Individuals only 24,0% has any health problems. The most common health problems are; diabetes mellitus (34,0%), obesity (29,0%), cardiovascular diseases (24,0%) and anemia (20,0%). The average of (Body Mass Index) BMI is $31,2\pm 7,4$ and only 11,0% have standart average; 27,0% has over 35 of BMI. The participants of 57,0% is mentioned earlier practiced at least once a diet, and 57,9 of this group for helping from a dietician. The majority of adolescents were consumed insufficient dietary fiber, A, E, thiamine, vitamin C and folic acid, potassium, calcium, magnesium and iron. It was found that; adult women consumed insufficient B1, folic acid, iron and also sodium, phosphorus consumed more than recommended. In adult male consumed sodium and phosphorus more than recommended to. The consumption of adult male; total energy, carbohdryate, protein, folic acid, sodium, potassium, iron, magnesium and zinc higher than adult female and less than A vitamins ($p<0,05$). The consumption of male B6 and C vitamins higher than adolescents ($p<0,05$). As a result; age, gender, educational level, marriage and habits are influenced by many factors. Plans and policies on this subject should be developed taking into consideration the various features of the community.

Key words: Adult, adolescents, nutritional status

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme, insan hayatının vazgeçilemez bir parçasıdır. İnsanlar yaşamlarını sürdürmek, sağlıklı yaşamak için yeterli ve dengeli beslenmek zorundadır (Mahan and Stump, 2012). Bu koşulların yerine getirilmesinde en etkili olacak faktör ise beslenmedir. Enerji ve besin öğeleri organizmanın yapısı, fizyolojik ve metabolik durumu ve aktivitelerinin gerektirdiği, yani harcananı karşılayacak miktarda sağlandığı zaman “Yeterli ve Dengeli” beslenmeden söz edilebilir. Yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda; vücudun büyüme, gelişme ve normal çalışmasında aksaklıklar olacağından yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterilmelidir. Dengesiz beslenmenin nedenleri araştırıldığı zaman, beslenme bilgilerinden yoksunluğun büyük önem taşıdığı görülmektedir (Coutu et al., 2003; Oruç, 2008).

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca, beslenme konusundaki bilgisizlik; hatalı gıda seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır. Bu açıdan bakıldığında beslenme konusunda halkın eğitilmesi ve onlara sağlıklı yaşam tarzının bir model olarak sunulması büyük önem taşımaktadır. Birçok kronik hastalığın önerilen yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlıklı beslenme ile mortalite ve morbiditesi azaltılabilir. Sağlığı desteklemeye yönelik beslenme önerileri, hastaların aşırıya kaçmadan yeterli düzeyde besin alımına yardımcı olacak bilgilerin erişimine olanak sağlamaktadır. Optimal bir diyet programının etkin bir şekilde yaygınlaştırılabilmesi için diyetisyenlerin, sağlığın korunmasında beslenmenin oynadığı önemli rolü anlaması ve hastalara beslenme ile ilgili iletecekleri tavsiyelerde farklı diyet programlarını oluşturan diyet bileşenleri ile bunların hangi besin kaynaklarında bulduklarını önerebilecek düzeyde bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (İstek, 2006; Güldal, 2012).

Daha önceki yapılan birkaç çalışmada örneklem kırsal ve kentsel bölgelerdeki devlet hastaneleridir. Biz ise; büyükşehirde devlet hastanelerinin yaygın olduğu bir

bölgede özel bir hastaneye başvuran bireyleri örneklem olarak aldık. Bu çalışma, İstanbul'un Fatih ilçesindeki özel bir hastanenin Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran kişilerin başvuru bireylerin başvuru nedenlerini öğrenmek, başvuran kişilerin profilinin çıkarılmasını sağlamak ve beslenme durumlarıyla ilişkisinin belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, farklı sosyoekonomik düzeydeki bireylerin besin tüketim durumlarının saptanması, toplumun bu konu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının ortaya konması, erişkinlerin sosyal, kültürel, ekonomik yapılarının yanında beslenme alışkanlıklarını da belirleyerek, eksikliklerin giderilmesi yönünde öneriler yapmamızı sağlayacak şekilde planlanıp yürütülmüştür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlığın Önemi, Sağlık Hizmetleri ve Hizmette Eşitlik Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) “sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” tanımı sağlığın biyolojik boyutunun yanı sıra davranışsal ve çevresel boyutunun önemini vurgulayarak, sağlığı çok boyutlu bir olgu olarak ele almaktadır. DSÖ Anayasasında sağlık hakkı “ırk, din, politik inanç, ekonomik güç ve sosyal statü farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık düzeyine ulaşma hakkı” olarak tanımlanmıştır. Ayrıca devletlere sağlık hizmetlerini düzenleme ve denetleme görevi verilmiştir. Sağlık hakkı 1978 yılında Alma Ata Kongresi'nde “dünyadaki herkes 2000 yılına kadar buldukları toplumun sosyal yaşantısına etkin bir biçimde katılabilecek ve ekonomik yönden üretken olabilmesine izin verecek sağlık düzeyinde olacaktır” ilkesi ile evrensel bir nitelik kazanmıştır. Sağlık, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda da “herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yasama hakkına sahiptir” şeklinde güvence altına alınmıştır. Bireylerin ve toplumların sağlık durumunu ve sağlık durumundaki farklılıkları genetik, çevresel, toplumsal ve ekonomik etmenlerin yanı sıra sağlık hizmetleri ve onların kullanımı da etkilemektedir. Sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hasta kişileri olanakların elverdiği ölçüde, en erken dönemde teşhis ve tedavi etmek, kişilerin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan hizmetlerin tümünü içermektedir.

Sağlıkta eşitsizlik kavramı, sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımında çeşitli sosyal gruplar arasında var olan, kültürel, sosyo ekonomik nedenlerden kaynaklanan, ortadan kaldırılabılır ve engellenebilir nitelikteki farklılıkları ifade etmektedir (Whitehead, 2001). Sağlık hizmetlerinde eşitlik; eşit gereksinimlerde sağlık hizmetlerine eşit erişim; eşit gereksinimler için eşit kullanım, herkes için eşit kalitede hizmet herkesin mevcut hizmetlerin kullanımında eşit haklara sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta eşitsizlik; sağlık durumu, sağlıkla ilgili risk etmenleri, sağlık hizmetlerinin kullanımı için söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki eşitsizliklerde belirleyicidir. Piyasa türü sağlık hizmetlerinin gelirleri birbirinden farklı toplumsal gruplar arasında sağlık hizmeti kullanımında eşitsizlik yaratacağı ya da var olan eşitsizlikleri arttıracığı

düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer mal ve hizmetlerden farklı olan özellikleri, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına bırakılması durumunda ortaya çıkması kaçınılmaz olan eşitsizliklerin teknik nedenleri olarak sıralanabilir (Seçkin, 2009).

4.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerine Etkileri

Türkiye de Osmanlı döneminden Cumhuriyet’in ilk yıllarına kadar sağlık hizmetleri genel olarak tedavi edici hizmetlere odaklanmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında asıl ağırlık salgın hastalıklarla mücadele ve sağlık insan gücünün yetiştirilmesine verilmiştir. 1950’li yıllarda ağırlık tedavi edici sağlık hizmetlerinden yana kaymış, koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana atılmıştır. 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ile birlikte koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği, nüfusa göre planlanan dar alanda geniş, bütünleşmiş, sağlık hizmetinin ekip hizmeti olduğuna inanan, toplum katılımlı sürekli sağlık hizmeti sunumu felsefesine sahip bir yapılanmaya gidilmiştir. Sağlık sektöründeki reform hareketleri 24 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan hızlı liberalleşme politikalarına dayanmaktadır. Sağlık reformu girişimleri yeni olmamakla birlikte son yirmi yılda kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hedefi değişmez bir politika haline gelmiştir. Sağlıkta “reform” çalışmaları 1990’lı yılların başından itibaren dünyadaki birçok ülke ile birlikte hep ülke gündemindeki yerini korumuştur. Reformların üç ana teması, Genel Sağlık Sigortası’nın (GSS) kurulması, aile hekimliği ve hastanelerin özleştirilmesidir. GSS tasarıları 1967, 1968, 1976, 1981, 1984, 1990, 1992 yıllarında hazırlanmış ancak bu çalışmalar ya düşünce aşamasını geçememiş, ya taslak haline getirilebilmiş ama ilerletilememiş, ya da TBMM’ye sunulduğu halde kanunlaşmamıştır. 224 sayılı yasanın gereği olarak yapılanan sağlık ocakları yerine, bireye dayalı, ön ödemeli ve ekonomik olanaklar ölçüsünde hizmet alınabilen, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bölündüğü, muayenehane temelli aile hekimliği sisteminin kurulması bu politikaların bileşenlerinden biridir. Türkiye’deki sağlık sistemindeki hızlı değişiklikler olmaktadır. Örneğin, Mart 2004 tarihinden itibaren yürürlüğe giren bir genelge, Sosyal Sigorta Kurumu (SSK) ile Sağlık Bakanlığı hastanelerini birleştirerek SSK veya Bağ- Kur sigortası olan hastaların kendi hastanelerinden randevu alamaması

halinde özel anlaşma yapılan özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmenin yolunu açmışken 2007 yılı ilk yarısından itibaren hastaların istedikleri hastaneye (üniversite hastanelerine de) doğrudan başvurusunun yolu açılmıştır (Seçkin, 2009). Ancak başlangıçta ücretsiz olan özel hastane başvurularında, tanı ve tedavi ücretleri için hastalardan alınmaya başlanan katılım payları da sürekli değişmektedir. Performans uygulamalarının bir parçası olan sağlık personeline döner sermaye gelirlerinden pay ödenmesine ilişkin düzenlemeler de benzer durumdadır 2002 yılında Türkiye’de sağlık sektörünün durumunu inceleyen “Health Care Systems in Transition” adlı raporda koruyucu hizmetlerin önem sırasını düşüren ve tedavi edici hizmetlere yönelen bir sağlık politikasının Türkiye’nin sağlık sorunlarını çözemediği, aksine temel sağlık hizmetlerindeki insan gücünde ciddi bir düşüşe yol açtığı vurgulanmaktadır (Akyel, 2006). Buna rağmen yapılan yasal düzenlemeler ve “reform” uygulamalarından sonra bu duruma ilişkin herhangi bir değişiklik yoktur. Reformlar konusunda sağlık sektörü ve diğer kişi ve kuruluşlar çeşitli tepkiler göstermektedir. Türk Tabipler Birliği ve çeşitli kuruluşlar tarafından reformlar ile devletin sağlık alanındaki toplumsal sorumluluğunun planlama ve standart belirlemeye indirgenmek istendiğinin, bunun da köylülere, yoksullara, emekçilere sağlık hizmeti sunma ödevinden kaçınması anlamına geldiği savunulmaktadır. Hükümetin reform paketiyle, sağlık hizmeti finansmanında genel bütçenin kullanımını azaltacağı ve çok sayıda insanın sosyal güvenlik kapsamının dışında kalacağı gözlemi yapılmaktadır (Jesse et al., 2004). Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi çerçevesinde şekillenen “reformların” sağlıkta eşitsizliği arttıracığı düşüncesi çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarla doğrulanmıştır (Savaş ve ark., 2002). DSÖ ekonomik kriz nedeniyle sağlık sektörünün piyasaya açılmasının sağlık sektörü için ek kaynak yaratabildiğini, ancak bunun zengin ve yoksullar arasındaki eşitsizliklerle birlikte ortaya çıkan bir gelişme olduğunu belirtmektedir. Sağlık sisteminde “dönüşüm” ya da “reform” adı verilen uygulamaların bulunduğu bu dönemde, özellikle sağlık hizmetlerinin kullanım boyutunu ve etkileyen etmenleri tanımlamak, sağlık sisteminin sağlıkta eşitsizlikler üzerine olan etkisini ortaya çıkarmak bakımından önemlidir (Seçkin, 2009).

4.2.1. Türkiye’de Sağlık Politikaları

Ülke çapında sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı’nın görevidir. Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra diğer kamu kurumları, hükümet dışı kuruluşlar ve özel sektör de çoğunlukla tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin yürütülmesine katkıda bulunmaktadır. Temel sağlık hizmeti ilkeleri doğrultusunda, ülke çapında koruyucu ve tedaviye yönelik sağlık hizmeti vermek, temel düzeyde Sağlık Bakanlığı’nın görevidir. Hizmetin sunulması ve bazı özel programların uygulanması görevi çeşitli Genel Müdürlükler (Temel Sağlık Hizmetleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, Sağlık Eğitimi, Tedavi Hizmetleri) ve çeşitli daire başkanlıkları (Verem, Kanser Kontrol) tarafından paylaşılmaktadır. İl düzeyinde sağlık hizmetleri Valiliklerin sorumluluğu altında Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. İl Sağlık Müdürü tedaviye yönelik hizmetler yanı sıra tüm temel sağlık hizmetlerinin sunumundan da sorumludur. Halen uygulanmakta olan Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri ağı, hizmetlerin ve olanakların köy seviyesine kadar ulaştırılabilmesi amacıyla çıkarılan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Yasa” temel alınarak 1961 yılında kurulmuştur. Köylerin büyük bir bölümünde sağlık ocağı ya da sağlık evi bulunmaktadır. Bu birimler, geriye kalan köylerden ulaşımın kolayca sağlanabileceği uzaklıktaki yerlere kurulmuştur.

Bu yasaya göre sağlık hizmetinin uç birimi 2,500-3,000 kişilik bir nüfusa hizmet veren ve bir ebenin bulunduğu Sağlık Evidir. Sağlık Ocağı 5,000-10,000 kişilik bir nüfusa hizmet verir ve personel olarak bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru, ebeler, çevre sağlığı teknisyeni, sağlık sekreteri ve bir şoför bulunur. Sağlık Ocakları tam teşekküllü ve çok yönlü temel sağlık hizmeti sunarlar. Bunlara ek olarak yine koruyucu sağlık hizmeti sunan Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve Verem Dispanserleri vardır. Bu sağlık sistemi ağı, temel sağlık hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması ve halkın sağlık eğitiminden sorumludurlar. Bu sağlık birimleri aynı zamanda sağlık bilgi sisteminin de başlıca kaynağıdır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı yürürlüğe konmuştur. Bu programın temel amacı genel sağlık hizmetlerini sosyal eşitlik çerçevesinde etkin bir biçimde organize ve finanse edip halka ulaştırmaktır. Ardından 2004 Aralık ayında Aile Hekimliği yasası meclisten geçmiştir. Buna göre her aile hekiminin, takriben 3000-4000 bireyden sorumlu olup

gerekli önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetini kayıtlı kişilere sunması beklenmektedir. Temmuz 2009'a kadar aile hekimliği 33 ilde uygulanmaya başlanmış, 17 milyon kişiye hizmet sunması beklenmektedir (Mollahaliloğlu ve ark., 2010).

Türk sağlık sektörü içinde sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılabilir.

4.2.1.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylerin genellikle ilk karşılaştıkları kuruluştur. Birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar genellikle yataksız sağlık kuruluşlarıdır ve ayakta veya evde tedavi yaygın şekilde kullanılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözmeye yönelik tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini veren bir sistemdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri özellikle kırsal alanda sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin önemli görevler üstlenmektedir. Sağlık ocakları ve merkezleri şeklinde örgütlenmeler, yalnızca ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine geçiş için kullanılan sağlık kuruluşları değil, ayakta tedavi hizmetlerinin ve birinci basamak hizmetler içinde yer alan ilaç tedavilerinin uygulandığı sağlık kuruluşlarıdır. Türkiye'de yataksız tedavi kurumlarının toplam sağlık kurumları içindeki payı oldukça yüksektir. Hizmet sunum sistemi içinde sayıca oldukça önemli bir yere sahip olan birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların uzun süreli takip ve tedavi gerektiren hizmetleri sunmadaki yetersizlikleri, tanı koyma konusundaki başarısızlıkları, farklı hekim dalları ile koordinasyonu sağlamadaki eksiklikleri göz önüne alındığında, etkin ve sağlam altyapıya sahip bir örgütlenme modelinin bu kuruluşlara uygulanmasının gerekliliği daha net ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla 09.12.2004 tarihli 25665 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" yürürlüğe girmiş ve Düzce'de pilot uygulamasına başlanmıştır. Aile hekimliği modelinin en önemli gerekçelerinden birisi öncelikler sorunu ile ilişkilidir. Türkiye'de artan ve yaşlanan nüfus, teknolojik ilerlemeler vb. nedenlerle artan sağlık hizmetleri talebine karşılık, arz yeterinde arttırılamamış ve kaynaklar ile talepler arasında büyük bir uçurum oluşmuştur. Bu uçurum adil, eşit, hakkaniyete dayalı, maliyet etkin bir öncelik planlamasını zorunlu kılmaktadır (Ata, 2007). Belirtilen nitelikler açısından öncelikli olarak ortaya konan aile hekimliği modelinin, hastalıkların başlangıçta

belirlenmesi ve tanı ve tedavi sürecinin hızlandırılması, hastalık nedeniyle ortaya çıkması muhtemel olumsuz sonuçların en aza indirilmesi açısından olumlu katkılar sağlaması beklenmektedir. Aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmış ve 33 ilde uygulamaya geçilmiştir. Toplam nüfusun %27,76'sına aile hekimliği hizmeti verilmekte olup, 2009 yılında planlanan iller dahil edildiğinde bu oran % 50'nin üzerine çıkmış olacaktır (Çom, 2008). Aile hekimliği modeline ilişkin genişletme çabaları devam etmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin adil, eşit, hakkaniyete dayalı biçimde sunulmasına katkıda bulunmak üzere ülke örnekleri göz önüne alınarak uygulanan modelin, tanı, tedavi ve süreklilik kavramlarının etkin bir şekilde yerine getirilmesi yolunda önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

4.2.1.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri sunan hastanelerin yapımı, 1930'lu yıllarda yerel yönetimlerin yetkisi altında iken, 1940'lı yılların sonlarından itibaren bu yetki Sağlık Bakanlığı tarafından devralınmıştır (Savaş ve ark., 2002). İkinci basamak sağlık hizmetleri genellikle hastaların yatırılarak tedavi edildiği hastanelerdir. Türk sağlık sistemi içerisinde ikinci basamak hizmet sunan sağlık kuruluşları kamu hastaneleri, özel hastaneler gibi yataklı hastanelerdir. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan yataklı sağlık kuruluşları temelde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel hastaneler üçgeninde yürütülmektedir. Bular dışında yer alan yataklı sağlık kurumlarının, toplam yatak sayısı içindeki payı %3,0'ın altındadır. Sağlık reformunun çokça tartışıldığı 1980'li yıllardan 2007 yılına kadar olan süreçte kamu hastanelerinin ağırlığı yine devam etmekle beraber, %78,0'lı düzeylerden %73,0 dolaylarına gerilemiştir. Buna paralel olarak üniversitelerin ve özel sağlık kuruluşlarının payı artmış ve toplamda %25,0 düzeyinin üstüne çıkmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının temel hedeflerinden olan yetkinin devri ve sağlık alanındaki özel yatırımların teşviki sebebiyle, özellikle 2003 sonrası özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin sayısında önemli bir artış gözlenmektedir. 2003 yılındaki sağlıkta reform hareketinin ardından kamu yatak sayısında önemli artışlar sağlanmış olmasına rağmen, üniversiteler ve özel hastaneler toplam içindeki payını arttırmıştır. Bu

dönemde özellikle özel sektörün sağlık hizmet sunumuna katılımını teşvik eden açılımlar sayesinde özel sektörün yatırımları artarak devam etmiştir (Çom, 2008).

4.2.1.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, yüksek teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı, belli bir hastalığın tedavisi veya belli bir yaş grubuna ilişkin hastalıkların tedavisi ile ilgilenen özel dal merkezleridir. Bunlar onkoloji merkezleri, göğüs hastalıkları hastanesi, göz hastanesi gibi belli özel dallara ilişkin hizmet sunan sağlık kuruluşlarıdır. Araştırma ve buluş alanında önemli faaliyetleri bulunan ve teknolojik değişimleri yakından takip eden üniversite hastaneleri de kendi bünyesinde özel dal merkezleri kurabilmektedir. Özellikle araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürüttüğü özel dallara ilişkin olarak, üniversiteler tarafından özel dal merkezleri kurulabilmektedir (Çom, 2008).

4.3. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesinde, Hastalıkların Önlenmesinde Yeterli ve Dengeli Beslenme

Her besin, içinde bulunan besin öğeleri açısından farklılık gösterir. Ancak bazı besinler, içerik açısından birbirine benzediğinden birbirlerinin yerine geçebilirler. Beslenme bilimi ile ilgili çalışmalar başladıktan sonra bilim adamları, besinleri gruplamaya ve her gruptan günlük tüketilmesi gereken miktarları belirlemeye başlamışlardır. Merkezi Amerika'da olan Besin ve Beslenme Konseyi, 1958 yılında besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını belirtmiştir. Besinlerin dört grup altında toplanması ve bu gruplardan tüketilecek miktarların belirlenmesi ve günlük beslenme planlarının yapılmasında büyük kolaylık sağlamaktadır. Konsey 1985 yılında besinlerin piramid içinde gösterilmesinin ve piramidin alt tabanında çok tüketilecek, üst kısmında da az tüketilecek besinlerin gösterilmesinin toplumların beslenme konusunda bilinçlendirilmesinde kolaylık sağlayacağı görüşü ile "Besin Piramidi" kullanımına geçmiştir. 1992'de USDA yeni bir beslenme piramidi hazırlamıştır. Buna göre piramitte tahıl grubu (6-11 porsiyon), sebze grubu (3-5 porsiyon), meyve grubu (2- 4 porsiyon), süt ürünleri grubu (2-3 porsiyon), et ürünleri grubu (2-3 porsiyon) ve yağ ve şekerler

grubu (“az” kullanılmak üzere) yer almıştır. Bireylerin gereksinimlerine göre piramitte yer alan her gruptan belli sayıda porsiyon tüketilerek kalori dengesi sağlanabilmektedir. Tavsiye edilen porsiyon sayısı, kişinin günde 1600 ile 2400 kalori arasında değişebilen enerji gereksinimine göre değişmektedir. Piramit en altta yer alan ve sıklıkla tüketilmesi gereken karbonhidratlarla başlamakta ve daha az tüketilmesi gereken gıdalara doğru gitmektedir. Ülkeler, piramitte kendi yemek alışkanlıkları ve koşullarına göre değişiklik yapmaktadırlar

4.3.1. Besin Grupları

Ülkemizin besin üretimi ve beslenme durumunu dikkate alarak günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubu kullanılmasının daha uygun olduğuna karar verilmiş ve grupların şekil ile ifadesinde dört yapraklı yonca kullanılmıştır (Erceğiz, 2004; Erdoğan ve Özgen, 2005). Yonca, şans dolayısı ile mutluluğu simgelemektedir. Ayrıca yapraklar kalp biçiminde gösterilmiştir. Bu durum kalp sağlığının önemini ve sevgiyi anlatmaktadır. Yaprakları çevreleyen yuvarlağın alt yarısında "Yeterli ve Dengeli Beslenme" ibaresi, üst yarısında zeytin dalları bulunmaktadır. Zeytin dalları, barışı temsil etmeleri yanında, dünyaca ünlü beslenme uzmanları tarafından sağlıklı olarak kabul edilen Akdeniz Diyetinin önemli bir unsuru olan zeytinyağını temsil ettiği için seçilmiştir. Yoncanın üst, alt, sağ ve sol yaprakları içinde besin gruplarına ait resimler vardır. Üst yaprakta süt ve süt ürünleri gösterilmiştir. Türk halkı (özellikle risk grupları: çocuk, gebe, emzikli, yaşlı) bu grubu çok az tükettiğinden grubun önemini vurgulanması için, üst yaprak olarak gösterilmiştir. Gruplar düz yazı ile ifade edildiğinde bir numaralı grup daima süt ve ürünleri olarak yazılmaktadır. İkinci grupta (yoncanın sağ yaprağı), et-yumurta-kurubaklagiller grubu yer almaktadır. Üçüncü grup (yoncanın alt yaprağı), sebze ve meyveler, dördüncü grup (yoncanın sol yaprağı), ekmek ve tahıllardır (Merdol ve ark., 2004).

1. Süt grubu: Süt ve yerine geçen besinler; yoğurt, peynir ve süttozu gibi süttten yapılmış besinler bu gruba girer. Bu gruptaki besinler, protein, kalsiyum, fosfor, B2 vitamini (riboflavin) ve B12 vitamini olmak üzere birçok besin ögesinin önemli kaynağıdır. Süt grubu, sağlıklı kemik gelişimi için elzem olan kalsiyum yönünden en

zengin besinlerdir. Yetişkinlerde günlük süt tüketiminin en az 500 gram olması önerilmektedir. Süt ve süt ürünleri yağ içeriği yönünden de zengindir. Doymuş yağ ve kolesterol ile yağda eriyen A vitamini içerirler. Yağ ve kolesterol alımını diyetle sınırlandırmaları gereken kişilerin yağ miktarı azaltılmış süt, yoğurt ve peynirleri tercih etmeleri gerekir.

2. Et-yumurta-kurubaklagil grubu: Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kurufasulye, nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Bu gruptaki besinler protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B6, B12, B1 ve A vitamini ile posa yönünden zengindirler.

3. Sebze ve meyve grubu: Bitkilerin her türlü yenilebilen kısmı sebze ve meyve grubu altında toplanır. Sebze ve meyvelerin önemli bir kısmı sudur. Bu nedenle günlük enerji, yağ ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Folik asit, A vitamininin ön ögesi olan beta-karoten, E, C, B2 vitaminleri, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler. Vücuda zararlı maddelerin vücuttan atılmasında yardımcı besinler sebze ve meyvelerdir.

4. Ekmek ve tahıl grubu: Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, ekmek, makarna, bulgur ve benzeri besinler bu grup içinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, lif) ve diğer besin öğelerini içermeleri nedeniyle sağlık açısından önemli besinlerdir. Tahıllar protein de içerir, Bu proteinin kalitesi düşük olmakla birlikte kurubaklagiller ya da eti süt, yumurta gibi besinlerle bir arada tüketildiklerinde protein kalitesi artırılabilir. Tahıllar, ayrıca bir miktar yağ da içerirler. Tahıl tanelerinin yağı E vitamininden zengindir. Tahıllar B12 dışındaki B grubu vitaminlerinden zengin, özellikle B1 vitamininin (tiamin) en iyi kaynağıdır. Bu vitaminler tahıl tanelerinin çoğunlukla kabuk ve özünde bulunur (Merdol, 2004).

4.3.2. Öğün Sayısı ve İçeriğinin Önemi

Vücuda alınan besinlerin sindirilmesi ve vücut tarafından kullanılması besinlerin bileşimlerine ve öğünler arasında geçen süreye bağlı olarak farklılık göstermektedir. Besinlerin karışımı miktarı ve veriliş aralıklarına göre, vücutta hormonal ve enzimatik birtakım değişimler olmakta ve vücut 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 yönde etkilenmesine 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 (protein yapısında bulunur) atıldığı belirtilmektedir. Organizmanın protein sentezi için protein kullanımı belirli bir zamanla sınırlıdır. Vücuda fazla miktarda protein alındığında idrarla azot atımı artar. Çünkü organizma kendisinin kullanmadığı azotu atacak bir uyum mekanizması geliştirmektedir. Yemek kısa aralıklarla yendiğinde 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 ve lipit) düzeyini arttırarak kalp hastalıkları ve diyabet oluşum riskini arttırır. Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı kadar içeriği de önemlidir. Öğünlerde besin öğelerinin dağılımı ne kadar dengeli olursa metabolizmanın da o kadar düzenli çalıştığı bilinmektedir. Yalnız tahıllardan oluşan bir diyetle beslenildiğinde vücut canlılığını kaybetmektedir. Bu durum protein sentezi ile ilgilidir. Vücudun büyüme ve gelişmesinde önemli rolü olan proteinlerin vücutta sentezlenebilmeleri için elzem amino asitlerin bir arada ve yeterli düzeylerde bulunmaları gerekir. Bir öğünde, yetersiz alınan amino asit sonraki öğünle sağlanamamaktadır. Proteini iki öğüne dağılmış olarak alanlarda azot dengede kalırken, üç öğünde yiyenlerde pozitif bir denge sağlanmaktadır (Merdol ve ark., 2004; Oruç, 2008).

Vücudun uygun ve yeterli enerji üretimi kan şekeri düzeyi ile ilişkilidir. Kanda şekeri düzeyi ortalama 100 ml'de 70 - 100 mg olduğunda enerji düzenli üretilir. Hücreler şekeri kullandıkça şekerin kandaki düzeyinde ve enerji üretiminde azalma görülür. Bu durum kişide yorgunluk, dikkatte azalma, kuvvetsizlik, açlık hissi, bazen baş ağrısı şeklinde kendini gösterir. Kan şekeri düzeyi normalin altına düşüşü kişi daha huysuz ve uyumsuz olur. Buna karşın kan şekeri, alınan yiyeceklerle açlık düzeyinin üzerinde tutulursa enerji kolay üretilir, kişi kendini daha iyi hisseder, enerji doludur, daha çabuk ve açık düşünür ve davranışları uyumlu ve neşeli olur. Ancak aşırı besin alımı ile şekerin aşırı yükselmesi uyku hali yaratır, verimi düşürür. Bu durum şeker hastaları için tehlikelidir. Akşam yemeği ile sabah kahvaltısı arasında yaklaşık 11 – 12 saatlik bir süre geçmektedir. Kahvaltı yapılmadığında bu süre 16 –17 saate çıkar. Uygun aralıklı öğün

alınmasının yararları dikkate alınırsa bu kadar uzun süre vücudu besinsiz bırakmanın zararı açıktır (Merdol ve ark., 2004; Mahan and Stump, 2012).

4.4. Beslenme Durumunun Saptanması

Beslenmeye bağlı sağlık sorunlarının önlenmesinde öncelikle sorunun niteliğinin ve nedenlerinin ortaya konması gerekmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmeti almak üzere sağlık kuruluşuna başvuran ve diyet polikliniğine gerek kendi isteği, gerekse hekimin önerisi ile yönlendirilen bireylerin öncelikle mevcut beslenme durumlarının saptanması önceliklidir (Oruç, 2008).

Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm bireylerin ve toplumun beslenme bilincini artırarak, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda yaşam boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesinin (sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı, tütün kullanımının önlenmesi) 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 (kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, bazı kanser türleri, diyabet, osteoporoz vb.) önlenmesine yönelik yaşam biçiminin iyileştirilmesi, çevre koşullarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi, sağlıklı besine ulaşımın, tüketiminin sağlanması ile besin güvencesinin sağlanması, sağlığın geliştirilmesi amacıyla toplumun besin güvenliği, besin, beslenme ve sağlık konularında bilinçlendirilmesinin ve katılımının sağlanması büyük önem taşımaktadır.

Tüm bu nedenlerle bireyin ve toplumun beslenme durumunun saptanması ve düzenli olarak izlenmesi gerekmektedir. Böylece;

- a) Beslenme durumunun tanımlanması
- b) Nedenlerin saptanması,
- c) Çözüm yollarının bulunması olanağı doğar

Bir toplumun yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayacak ulusal besin ve beslenme plan ve politikalarının oluşturulabilmesi için o ülkeye ilişkin beslenme, besin tüketimi ve sağlık verilerinin bulunması gereklidir. Bu amaçla düzenli olarak Beslenme-

Sağlık ve Besin Tüketimi Araştırması'nın yapılması her ülke için büyük önem taşımaktadır. Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türk halkının beslenme durumuna bakıldığında Türkiye'de temel besin ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimindeki değişiklikler incelendiğinde ekmek, süt-yoğurt, et ve ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kuru baklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın, bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir (Özenoğlu ve ark., 2000).

4.5. Dünyada ve Türkiye'de Beslenme Durumu

Beslenme bireylerin ve toplumların yaşamlarını etkileyen, biyolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik bütün faktörlerden etkilenen temel bir gereksinimdir. Sağlıklı toplumların oluşması için yeterli ve dengeli beslenme tartışmasız bir önkoşuldur. Bir başka ifadeyle bireyler hem gereksinimleri kadar besinleri (besin gruplarını) tüketmeli; hem de bu tüketimi bir denge içinde sürdürülmelidir. Ancak dünyada yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde her yaş grubunda bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin, yetersiz beslenme bebek ölümlerinin altında yatan önemli bir neden olarak dikkat çekerken; kalp-damar hastalıkları, kanser gibi daha çok ileri yaş grubunda görülen sağlık sorunlarının temelinde de beslenme alışkanlıklarının çok önemli bir rolü olduğu bilinmektedir (Allen and Gillespie, 2001). Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarından etkilenen gruplar; büyüme çağındaki çocuklar, adolesanlar, doğurganlık dönemindeki kadınlar, yaşlılar, düşük ücretle ağır işte çalışan işçiler ve işsizlerdir (Baysal, 2003). Gerek yetersiz; gerekse dengesiz beslenme sorunları önemli hastalıklarla sonuçlanır. Yetersiz beslenme bireylerin gereksindikleri kadar besini alamaması sonucu oluşur. Uluslararası Gıda ve Tarım Organizasyonu (FAO) tarafından 3 Temmuz 2008 yapılan açıklamaya göre açlıkla mücadele eden kişi sayısının 2007 yılında daha önceki yıllara göre 50 milyon arttığını ortaya koymaktadır. Yoksulluğun beslediği ve az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha çok karşılaşılan bu durumun altında yatan en önemli neden olarak gıda fiyatlarındaki artış gösterilmiştir. Fiyat artışı ise özellikle tarımsal kaynakların azalması, nüfus artışı, eksik veya yanlış gıda politikaları, kaynakların dengesiz dağılımı ve

dağıtımı, küreselleşme, iklim değışiklikleri gibi nedenlerle birlikte değlendirilmelidir. Dünyada her yıl 5-10 milyar hektar tarım alanı herhangi bir nedenle yok olmaktadır. Dikkat çekilmesi gereken bir nokta gıda yetersizliğı ile ilgili sorunların çözüm önerilerine ilişkindir. Çözümler arasında gereksinimi olan gruplara gıda yardımlarının yapılması ve bu yardımların artırılmasının desteklenmesi gibi başlıklar yer almaktadır (Allen and Gillespie, 2001). Beklenmeyen gereksinimler olağandışı koşullar için ortaya çıkabilir; bu nedenle olağan dışı koşullar kapsamında bu yaklaşım benimsenebilir. Ancak; bireylerin ve toplumların karşı karşıya kaldığı açlık ve ilgili sağlık sorunlarının çözümünde bütüncül, sistematik ve sürekli bir politik kararlılık öncelikli olmalıdır. Özellikle açlığın ve beslenme yetersizliğinin altında yatan en önemli neden olarak belirtilen koşulların düzeltilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de yetersiz beslenme sorunları özellikle çocukluk yaş grubunda görülmektedir. Buna ilişkin ulusal düzeyde en son yapılmış olan çalışma Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasıdır. Bu araştırmaya göre; beş yaş altı çocukların %12,2’si akut ve süregelen herhangi bir beslenme yetersizliğı ile karşı karşıyadır. Yetersiz beslenme sorunları arasında anemi vurgulanmalıdır. Ülkemizde okul öncesi yaş grubu çocukların ortalama %50,0’ı, okul çağı çocukların %30,0’ı, gebe ve emziren kadınların %50,0’ı anemiktir. Aneminin başlıca nedenleri; demir, B6, B12 vitaminleri ve folik asit alımının yetersizliğı ya da biyoyararlılıklarının düşüklüğüdür (TNSA, 2010). Yetersiz beslenme diğer yaş grupları için öncelikli bir sorun gibi görünmemektedir. Ancak; Türkiye için yukarıda da bahsedilen ve beslenme durumunu yakından etkileyen verilerin değlendirilmesi yerinde olur. 2006 yılında ülkemizde fertlerin yaklaşık %0,74’ü yani 539 bin kişi sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, %17,81’i yani 12 930 000 kişi ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (TUİK, 2006). Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumunun 16 Haziran 2008 tarihinde yayınladığı “Hanehalkı İşgücü Araştırması 2008 Mart Dönemi Sonuçları” na göre Türkiye genelinde işsiz sayısı geçen yılın aynı dönemine göre artarak 2 milyon 496 bin kişiye yükselmiştir (Nüfusun % 10,7’si). İşsizlik oranı kentte yaşayanlarda 12,7’ye kadar yükselmektedir. Gelir dağılımında adaletsizliğin yaşandığı ülkemizde beslenme alışkanlıkları ve tüketim sıklığını yakından etkileyen minimum gıda harcaması yöntemiyle yapılan yoksulluk çalışmalarına göre ise, ülkemizde gelir dağılımının en alt %20,0’lık bölümüne inildikçe hububata dayalı ürün, şeker ve yağ ile çay-kahve tüketim

harcamalarının arttığı, buna karşılık, et, balık, meyve suyu ve şekerli mamul tüketim harcamalarının azaldığı gözlenmektedir (TÜİK, 2008).

Dengesiz beslenme de dünyada ve Türkiye’de önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle küreselleşme sonucu ayak-üstü beslenme (fast-food beslenme) tarzının yaygınlaşması, tek tip gıdalarla beslenmenin artması, sedanter yaşam gibi pek çok neden dengesiz beslenmenin yarattığı en önemli sorun olan obezite sıklığında artışı yaratmıştır. Obezite; günümüzde kalp ve damar hastalıkları, yüksek tansiyon, kanser gibi süregelen hastalıkların en önemli altta yatan nedeni olarak ifade edilmektedir. Türkiye’de 15-49 yaş evli kadınlar arasında fazla kilolu ve obez olma sıklığı %55,8’dir (Aslan, 2007). Çocukluk çağı obezitesi de dünyada ve ülkemizde artan bir sorun olarak dikkat çekmektedir. Beslenme sorunlarının giderilmesi için; sağlık hizmetlerinin eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir bir hak olduğu vurgusuyla sorunun temel kaynağı olan toplumsal eşitsizliklerin giderilmesinin önemi üzerinde durulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin içerisinde de koruyucu sağlık hizmetlerinin incelenmesi gerekmektedir (Pekcan, 2009).

4.6. Türkiye’de Beslenmeye Bağlı Sağlık Sorunları

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2008 verilerine göre bebek ölüm hızı binde 17, beş yaş altı ölüm hızı ise binde 24’dür. Bebek ölümlerindeki düşüş önemli boyutlardadır, ancak Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında halen yüksek düzeydedir. Bebeklerde düşük doğum ağırlığı (<2500 gram) ile doğum oranı %11,0’dır. Yetersiz beslenmeye bağlı büyüme ve gelişme bozuklukları önlenemez sorunlar olup, gebelik döneminde anne beslenmesinin yetersiz ve dengesiz olması en temel nedendir. Ülke genelinde yürütülen programların olumlu etkisinin TNSA-2008 verilerine yansıdığı saptanmıştır. TNSA-2008 verilerine göre tek başına 6 ay anne sütü ile beslenme oranı % 41,0 olarak bulunmuştur ve annelerin tamamına yakını (%96,7) bebeğini emzirmektedir. Ancak tamamlayıcı besinlere erken aylarda başlama uygulaması sürdürülmektedir. Türkiye’de 0-5 yaş grubu çocuklarda; büyüme ve gelişme geriliği, demir yetersizliği anemisi, raşitizm, okul çağı çocuk ve gençlerde; zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği anemisi, vitamin yetersizlikleri, iyot yetersizliği hastalıkları, diş çürükleri, yetişkin kadınlarda; zayıflık ve şişmanlık, demir yetersizliği

anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, vitamin yetersizlikleri, yetişkin bireylerde ve yaşlılarda; beslenmeye bağlı kronik hastalıklar sık görülmektedir. TNSA-2008 sonuçlarına göre Çocuklarda büyüme geriliği, kırsal (%17,4) alanlarda, kentlere (%7,6) ve doğuda (%21,0), batıya (%7,6) göre yüksektir. Ülkemizde demir yetersizliği anemisi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yaş grubunda; özellikle 0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağı çocuklar ve gençler, gebe ve emzikli kadınlar önemli risk gruplarıdır. Guatr prevalansı; ulusal düzeyde 1988 yılında tüm popülasyonda % 30,5 bulunmuştur. Bu çalışmaya göre ülkemizin her bölgesinde sorunun endemik olduğu ortaya konulmuştur. 1995 yılında 15 ilde 6-12 yaş grubu çocuklarda guatr prevalansı % 30,3 bulunmuştur. Ultrasonla yapılan bir taramada prevalans % 31,8 saptanmıştır. TNSA-2008 verilerine göre; hane halklarının %84,4'ünün iyotlu tuz kullandığı saptanmıştır. İyotlu tuz kullanımı açısından yerleşim yerlerine ve bölgelere göre önemli farklılıklar bulunmaktadır. Yeni doğan bebeklerde hipotiroidi sorununa rastlanmaktadır. Çocuklarda yapılan çalışmalar ülkemizde raşitizm görülme sıklığının %1,67-%19,0 arasında olduğunu göstermektedir. Adolesanlarda yaşam ve giyim tarzının D vitamini ile ilintisinin olduğu rapor edilmiş ve %3,0-50,0 oranında D vitamini yetersizliğinin görüldüğu belirtilmiştir. Kadınlarda (14-44 yaş), güneş ışınlarından etkin yararlanılabilecek yaz aylarında da, %44,0-100,0 oranında giyim şeklinin D vitamini sentezini etkilediği bulunmuştur. Okul çağı çocuklarda, gebelerde ve emzikli kadınlarda yapılan çalışmalarda vitamin ve mineral yetersizliklerinin önemli boyutlarda olduğu bulunmuştur. Folat yetersizliği 15-49 yaş grubu kadınlar için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bölgesel çalışmalarda diş çürüğü görülme sıklığı 6-12 yaş grubunda %64,0-100,0'dır. İçme sularında flor düzeyi düşüktür. Dengesiz beslenmeye bağlı şişmanlık ve beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) görülme sıklığı artmaktadır. Yetişkinlerde obezite prevalansı çeşitli çalışma sonuçlarına göre erkeklerde %11,0-22,0 ve kadınlarda %23,0-35,0 arasında değişmektedir. Ülkemizde son yıllarda çocuklarda şişmanlık sorunu üzerinde durulmaya başlanmıştır. Yapılan araştırmalar yakın gelecekte önlem alınmadığı takdirde sorunun önem kazanabileceğini göstermektedir. Ancak kullanılan standartlardaki farklılıklar nedeniyle farklı değerler söz konusudur. Çocuk ve adolesanlarda hafif şişmanlığın %10,0-15,0 ve şişmanlığın %1,6-16,0 arasında görüldüğu bilinmektedir. Dengesiz beslenmeye bağlı şişmanlık ve beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp-damar

hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) görülme sıklığı artmaktadır. Ülkemizde tüm ölümlerin ilk sırasında % 47,7 ile kalp damar hastalıkları yer almaktadır. Yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı %29,0 (E: %27,5; K: %36,1) bulunmuştur. Kanser, yetişkinlerde % 13,1 ile ikinci sırada ölüm nedenidir. Topluma dayalı olarak yürütülen yirmi yaş üzeri bireylerdeki çalışmalarda diyabet prevalansı %7,2 ve %8,4 oranında saptanmıştır. Cinsiyete ve bölgelere göre görülme sıklığı değişmektedir. Yıllar içerisinde görülme sıklığında önemli artışın olduğu gözlenmektedir. Fiziksel aktivite düzeyi 20-29 yaş grubu kadınların %50,0'inde çok hafif ve hafif, %45,0'ında orta düzey ve %5,0'ında ise orta düzeyin üzerinde bulunmuştur (TNSA, 2010).

5. GEREÇ-YÖNTEM

Bu araştırma Mayıs - Haziran 2013 tarihleri arasında, Medilife Sağlık Grubu Çapa Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran rastgele seçilmiş 100 birey üzerinde yapılmıştır. Araştırma öncesinde sağlık grubu başhekimliğinden izin alınmıştır (EK-1).

Bu araştırma soruşturma yöntemi kapsamında anket uygulanarak yapılmıştır. Çalışma, polikliniğe gelen bireylerden gönüllü olanlar ile yüz yüze görüşülerek, bizzat araştırmacı tarafından yapılmıştır (EK-2).

Araştırmaya alınan bireylerin anket formuna; yaş, boy, ağırlık, cinsiyet ve tanı bilgileri kaydedilmiştir (EK-3). Çalışmada bireylerin demografik özelliklerinin yanı sıra, beslenme durumlarını saptamak amacıyla bir günlük besin tüketim kaydı alınmıştır. Ayrıca günlük öğün sayısı, ev dışında yemek yeme durumları, su tüketim miktarı, ek besin desteği kullanma durumu da belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca bireylerin fiziksel aktivite alışkanlıkları da sorgulanmıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin; bizzat araştırmacı tarafından, Tanita BC-420 S marka vücut analiz ölçüm cihazı kullanılarak boy, ağırlık değerleri ölçülmüştür. Beden Kütle İndeksi (BKI); ağırlık(kg) ve ölçülen metre cinsinden boy uzunluğu verileri vücut bileşim analizi cihazına girilerek otomatik olarak hesaplanmıştır. Çıkan sonuçlar WHO'nun 2004 BKI sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Tüketilen ortalama enerji ve besin öğeleri değerleri Beslenme Bilgi Sistemleri (BeBis 6) adlı paket program kullanılarak değerlendirilmiştir. Enerji ve besin öğeleri tüketiminin saptanmasında Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde yer alan gereksinimler referans alınmıştır (Merdol ve ark., 2004). Güvenilir Alım Düzeylerinin %66,0'ından azı yetersiz, %66,0-133,0 aralığı normal düzey ve %133,0'dan fazlası ise yüksek düzey olarak değerlendirilmiştir.

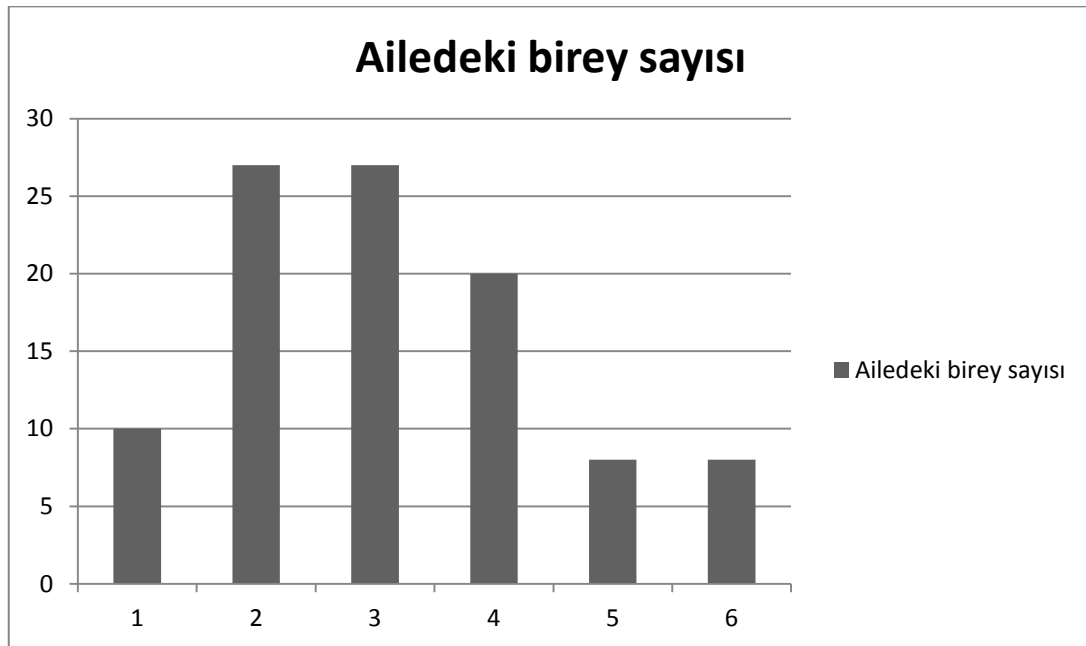
İstatiksel analizler SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile yapılmıştır. Sonuçlar, verilerin homojen dağılımı göz önünde bulundurularak, SPSS matematiksel modeli, ki-kare testi, One-Way Anova ve Student-t testi kullanılarak istatiksel olarak değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

İstanbul'da bir özel hastanedeki Diyet Polikliniği'ne başvuran bireylerin beslenme durumlarını saptamak amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 6.1'de bireylerin genel özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %76,0'ı kadın, %24,0'ı erkek olup; yaş ortalaması kadınlarda $33,12 \pm 12,16$ yıl erkeklerde ise $35,29 \pm 12,83$ yıl olarak hesaplanmıştır. Bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında; % 12,0'ının ilköğretim, %40,0'ının lise, %48,0'ının üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunu (%28,0) ev hanımları oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %76,0'ının herhangi bir sağlık problemi bulunmaktadır. Sağlık problemlerinin dağılımı incelendiğinde; %34,0'ının diyabet, %29,0'ının obezite, %26,0'ının kalp-damar hastalıkları, %20,0'ının anemi, %11,0'ının karaciğer hastalığı, %11,0'ının sindirim sistemi hastalığı, %10,0'ının tiroid hastalığı öyküsü vardır. Bireylerin %34,0'ı sigara kullanırken, %32,0'ı da alkol kullanmaktadır.

Şekil 6.1'de katılımcıların ailedeki birey sayıları gösterilmiştir. Katılımcıların ailedeki birey sayısına bakıldığında ortalaması $3,82 \pm 1,24$ olarak bulunmuştur.



Şekil 6.1: Katılımcıların ailedeki birey sayısı

Tablo 6.1: Bireylerin Genel Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	76	76,0
	Erkek	24	24,0
Eğitim durumu	İlköğretim	12	12,0
	Lise	40	40,0
	Üniversite	48	48,0
Meslek	Ev hanımı	28	28,0
	Devlet sektörü	6	6,0
	Özel sektör	25	25,0
	Mühendis	3	3,0
	Sağlık	6	6,0
	Emekli	5	5,0
	Öğrenci	20	20,0
	Öğretmen	7	7,0
Medeni durum	Evli	66	66,0
	Bekar	34	34,0
	Ayrılmış/Dul	-	-
Herhangi bir sağlık problemi	Var	76	76,0
	Yok	24	24,0
Hastalıklar	Diyabet	34	34,0
	Obezite	29	29,0
	Kalp-damar hastalıkları	26	26,0
	Anemi	20	20,0
	Karaciğer hastalıkları	11	11,0
	Sindirim sistemi hastalıkları	11	11,0
	Tiroid hastalıkları	10	10,0
	Zayıflık	7	7,0
	Böbrek hastalıkları	1	1,0
	Diğer	9	9,0
Sigara kullanımı	Evet	34	34,0
	Hayır	66	66,0
Alkol kullanma	Evet	32	32,0
	Hayır	68	68,0
TOPLAM		100	100,0

Tablo 6.2’de bireylerin Diyet Polikliniği’ne başvuru nedenlerine göre dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 6.2: Bireylerin Diyet Polikliniği’ne Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2 <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Diyet polikliniğine başvuru sebebi									
Ağırlık problemi	15	83,3	37	59,6	11	55,0	63	63,0	13,259
Sağlık problemleri	2	11,2	16	25,9	9	45,0	27	27,0	
Gebelik	1	5,5	9	14,5	-	-	10	10,0	
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Vücut görünümünden memnuniyet									
Çok memnun	1	5,6	2	3,2	1	5,0	4	4,0	5,592
Memnun	5	27,8	24	38,8	11	55,0	40	40,0	
Memnun değil	12	66,6	36	58,0	8	40,0	56	56,0	
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	

p<0,05

Tablo 6.2’de de görüldüğü gibi bireylerin çoğunun (%63,0) diyet polikliniğine başvuru nedeni ağırlık problemidir. Sağlık problemleri nedeniyle başvuran bireyler tüm bireylerin %27,0’ıdır. Araştırmaya katılan bireylerin çoğu (%56,0) vücut görünümünden memnun değildir. Bu oran yetişkin kadınlarda %58,0 olup, adölesanlarda bu oran %66,6 olarak bulunmuştur.

Tablo 6.3’te araştırmaya katılan bireylerin daha önce diyet uygulama durumu gösterilmiştir.

Tablo 6.3: Bireylerin Daha Önce Diyet Uygulama Durumu

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2 <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Daha önce diyet uygulama (n=100)									
Evet	10	55,5	52	83,8	12	60,0	74	74,0	5,624
Hayır	8	44,5	10	16,2	8	40,0	26	26,0	0,060
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Diyet önerisinin alındığı (n=74)									
Kendisi	3	33,3	18	34,6	3	25,0	24	32,4	0,194
Diyetisyen	5	50,0	21	40,4	5	41,6	31	41,9	0,908
Doktor	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bain-yayın	2	26,7	10	19,2	2	16,7	14	18,9	
Eş-dost	-	-	3	5,8	2	16,7	5	6,8	
Toplam	10	100,0	52	100,0	12	100,0	74	100,0	
Diyetisyen başvuru yeri									
Özel hastane	2	50,0	11	52,3	2	33,3	15	48,4	2,630
Devlet hastanesi	1	25,0	8	38,1	2	33,3	11	35,5	0,621
Özel klinik	1	25,0	2	9,6	2	33,3	5	16,1	
ASM	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOPLAM	4	100,0	21	100,0	6	100,0	31	100,0	

Bireylerin diyet geçmişi sorgulandığında; %63,0'ı daha önceden diyet yapmıştır. Daha önce diyet yapan bireylerin %57,9'u diyetisyen kontrolünde diyet uygulamıştır. Diyeti kendi başına uyguladığını söyleyen 24 bireyin; büyük çoğunluğu olan %54,3'ü diyeti basın-yayın organlarından temin etmiştir. Diyet yapan bireylerin %48,5'i özel hastanede diyetisyene gitmiş, %33,0'ı devlet hastanesi ve sadece %18,2'si özel kliniği olan diyetisyenden destek almıştır.

Tablo 6.4'te bireylerin B.K.I. dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 6.4: Bireylerin B.K.I Değerleri Dağılımı

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2 <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<18.5	3	16,6	2	3,2	-	-	5	5,0	
18.5-24.9	1	5,5	9	14,5	1	5,0	11	11,0	16,909
25.0-29.9	5	27,7	20	32,3	3	15,0	28	28,0	0,031
>30.0	9	49,9	31	50,0	16	70,0	56	56,0	
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	

Araştırmaya katılan bireylerin yalnızca %11,0'nın B.K.I.'si normal sınırlarda olup; %27,0'nın B.K.I.'si ise >35 kg/. m² 'den yüksektir. Katılımcıların B.K.I. ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. (p<0,05)

Tablo 6.5'te bireylerin ara öğün tüketimlerine göre dağılımı gösterilmiştir.

Bireylerin %61,0'nın üç ana öğün tükettiği görülmüştür. %14,0'nın hiç ara öğün yapmadığı saptanmıştır. Ara öğünlerde en fazla tüketilen besin meyve (%37,0) olurken; yetişkin kadın ve yetişkin erkeklerde de meyve ara öğünde en fazla tüketilen besindir. Adölesanların ara öğün tüketimine bakıldığında; en fazla tercih edilen besin %46,7 ile çikolata, şeker ve şekerlemelerdir. Ara öğün tüketimi ve yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların %33,0'ı zaman yetersizliğinden öğün atlarken; %6,0'ı ise zayıflamak için ara öğün atladığını belirtmişlerdir. Öğün atlama nedeni yaş grupları arasında benzerlik göstermektedir.

Tablo 6.5: Bireylerin Öğünlere İlişkin Durumlarına Göre Dağılımı

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Ana öğün sayısı									
1	1	5,6	2	3,2	-	-	3	3,0	<i>4,546</i>
2	6	33,3	24	38,7	6	30,0	36	36,0	
3	11	61,1	36	58,1	14	70,0	61	61,0	
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Ara öğün sayısı									
0	3	16,7	7	11,3	4	20,0	14	14,0	<i>4,678</i>
1	14	77,8	40	64,5	13	65,0	67	67,0	
2	1	5,6	13	21,0	3	15,0	17	17,0	
3	-	-	2	3,2	-	-	2	2,0	<i>0,634</i>
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Ara öğünlerde tüketilen besinler									
Meyve	4	26,6	25	45,5	8	50,0	37	43,0	<i>6,681</i>
Çikolata, tatlı, şekerli besinler	7	46,7	18	32,7	2	12,4	27	31,4	
Tuzlu besinler, kuruyemiş	1	6,7	7	12,7	3	18,8	11	12,8	
İçecek	3	20,0	5	9,1	3	18,8	11	12,8	<i>0,351</i>
Toplam	15	100,0	55	100,0	16	100,0	86	100,0	
Öğün atlama nedeni									
Zaman yetersizliği	6	33,3	19	30,6	8	40,0	33	33,0	<i>3,700</i>
Unutuyorum	2	11,1	17	27,4	4	20,0	23	23,0	
Alışkanlığım yok	5	27,8	15	24,2	5	25,0	25	25,0	
Canım istemiyor	4	22,2	7	11,3	2	10,0	13	13,0	<i>0,883</i>
Zayıflamak için	1	5,6	4	6,5	1	5,0	6	6,0	
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	

Tablo 6.6’da bireylerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 6.6: Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		χ^2 <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
Gece uyanıp atıştırma							
Evet	-	-	2	3,2	1	5,0	<i>0,262</i>
Hayır	18	100,0	60	96,8	19	95,0	<i>0,877</i>
Tercih edilen ekmek türü							
Beyaz ekmek	10	55,5	23	32,4	12	50,0	<i>4,193 0,123</i>
Esmer ekmek(tahıllı, çavdar, kepek)	8	45,5	44	62,0	12	50,0	<i>4,433 0,109</i>
Bazlama, lavaş	-	-	4	5,6	-	-	<i>2,554 0,279</i>
En çok tüketilen içecek türü							
Su	5	12,8	24	18,2	5	12,8	<i>p=0,439</i>
Çay-kahve	9	23,1	50	33,8	15	38,5	<i>p=0,033*</i>
Gazlı içecekler	10	25,6	21	15,9	12	30,8	<i>p=0,060</i>
Bitki çayları	5	12,8	29	19,9	2	5,1	<i>p=0,118</i>
Soda	3	7,8	8	6,1	2	5,1	<i>p=0,830</i>
Süt-ayran	7	17,9	8	6,1	3	7,7	<i>p=0,038</i>
Evde en fazla kullanılan yağ							
Zeytinyağı	16	48,0	55	43,3	17	41,5	<i>p=0,899</i>
Ayçiçek yağı	2	5,8	20	15,7	3	7,4	<i>p=0,097</i>
Mısırözü yağı	2	5,8	4	3,2	2	4,9	<i>p=0,761</i>
Margarin	7	20,2	19	14,9	5	12,1	<i>p=0,649</i>
Tereyağ	7	20,2	29	22,8	14	34,1	<i>p=0,114</i>

Tablo 6.6’da görüldüğü gibi yaş grupları ile ekmek türü tüketimi arasında herhangi bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte sıklıkla tüketilen içecek türlerinden

çay-kahve gibi kafeinli içecekler ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark görülmüştür (p=0,033).

Bireylere gün içinde tükettiği su miktarı sorulduğunda; %37,0'ı 8 bardak ve üzerinde su içtiğini belirtmiştir. Yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında; yetişkin kadınların ortalama su tüketimi bardak türünden 6,25±3,99, yetişkin erkeklerin 6,10±3,21 ve adölesanların ise 6,33±2,86'dır.

Tablo 6.7'de bireylerin ev dışında yemek yeme durumları gösterilmiştir.

Tablo 6.7: Bireylerin Ev Dışında Yemek Yeme Durumları

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2 <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dışarıda yemek yeme sıklığı									
Her gün	12	66,6	28	45,2	16	80,0	56	56,0	
Gün aşırı	1	5,6	4	6,5	2	10,0	7	7,0	<i>12,166</i>
Haftada 1	4	22,2	14	22,5	1	5,0	19	19,0	<i>0,058</i>
Ayda 1-2 kez	1	5,6	16	25,8	1	5,0	18	18,0	
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Dışarıda tercih edilen yemek çeşidi									
Döner, kebab, lahmacun	8	25,0	42	39,2	10	31,2	60	35,1	<i>p=0,003*</i>
Salata türleri	2	6,3	7	6,5	1	3,2	10	5,8	<i>p=0,698</i>
Ev yemekleri	9	28,1	27	25,3	9	28,1	45	26,4	<i>p=0,911</i>
Makarna, simit, pizza	6	18,7	17	15,8	4	12,5	27	15,8	<i>p=0,645</i>
Hamburger	7	21,9	14	13,2	8	25,0	29	16,9	<i>p=0,213</i>
Toplam	32	100,0	107	100,0	32	100,0	171	100,0	

Tablo 6.7'yi incelediğimizde, yaş gruplarına göre, dışarıda en çok tercih edilen yemek çeşidine bakıldığında döner, kebab, lahmacunda anlamlı bir fark bulunmuştur. En çok tüketilen içecek grubuna bakıldığında çay-kahve seçeneğinde yaş gruplarına

göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Bireylerin tercih ettiği ekmek çeşidi %64,0'lık bir oranla esmer ekmektir.

Tablo 6.8'de bireylerin yiyeceklere tuz ekleme ve içeceklerle şeker ekleme durumları incelenmiştir.

Tablo 6.8: Bireylerin İlave Şeker ve Tuz Tüketim Durumları

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		x^2 p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Şeker kullanımı									
Evet	8	44,4	18	29,0	11	55,0	37	37,0	4,896
Hayır	10	55,6	44	71,0	9	45,0	63	63,0	0,086
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Yemeklere ilave tuz ekleme durumu									
Evet	4	22,2	9	14,5	3	15,0	16	16,0	0,635
Hayır	14	77,8	53	85,5	17	85,0	84	84,0	0,728
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	

Bireylerin % 63,0'ı içeceklerine şeker ilave etmemektedir. Yaş gruplarına göre karşılaştırdığımızda gruplar arasında herhangi bir farka rastlanılmamıştır. ($p>0,05$) Bireylerin sadece % 16,0'ı yemeklerine tuz ilave etmektedir.

Tablo 6.9'da bireylerin tatlandırıcı kullanma durumları incelenmiştir.

Tablo 6.9: Bireylerin Tatlandırıcı Kullanma Durumları

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		x^2 p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tatlandırıcı kullanma									
Evet	-	-	9	14,5	2	10,0	11	11,0	3,028
Hayır	18	100,0	53	85,5	18	90,0	89	89,0	0,220
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Tatlandırıcı									

cinsi (n=11)									
Sakarın	-	-	1	11,1	-	-	1	9,1	0,244
Sükraloz	-	-	8	88,9	2	100,0	10	90,9	0,621
Toplam	-	-	9	100,0	2	100,0	11	100,0	

Tablo 6.9’da görüldüğü gibi; araştırmaya katılan bireylerin %89.0’ı tatlandırıcı kullanmamaktadır. Tatlandırıcı kullanan bireylerin büyük çoğunluğu (%90,9) sükraloz içerikli tatlandırıcı tercih etmektedir.

Bireylerin besin desteği kullanma durumu Tablo 6.10’da ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Tablo 6.10: Bireylerin Besin Desteği Kullanma Durumu

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2 <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Besin desteği kullanma durumu									
Evet	4	22,2	18	29,0	3	15,0	25	25,0	1,678
Hayır	14	77,8	44	71,0	17	85,0	75	75,0	0,432
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Besin desteği kullanmadaki amaç (n=25)									
Zinde, sağlıklı yaşam için	-	-	5	27,8	2	66,7	7	28,0	
Hastalık için	-	-	5	27,8	-	-	5	20,0	10,687
Hastalıklardan korunmak	2	50,0	7	38,9	-	-	9	36,0	0,099
Kilo kontrol	2	50,0	1	5,5	1	33,3	4	16,0	
Toplam	4	100,0	18	100,0	3	100,0	25	100,0	
Kullandığımız besin desteğini öneren kişi (n=25)									
Eş, dost, arkadaş	1	25,0	2	11,1	2	66,7	5	20,0	
Doktor	-	-	12	66,7	-	-	12	48,0	14,063

Eczacı	1	25,0	3	16,7	-	-	4	16,0	0,029*
Basın-yayın	2	50,0	1	5,6	1	33,3	4	16,0	
Toplam	4	100,0	18	100,0	3	100,0	25	100,0	

$p < 0,05$

Araştırmaya katılan bireylerin %25,0'ı besin desteği kullanmaktadır. Besin desteği kullanma amaçları; %36,0'lık bir oranla hastalıklardan korunmak, %28,0 ile zinde, sağlıklı olmak, %20,0 ile hastalık ve %16,0 ile kilo kontrol sağlamak içindir. Bireylerin besin desteği kullanma durumu incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak; besin desteğini öneren kişi ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p=0,029$) Bireylerin %48,0'ı doktor tarafından önerilen besin desteğini kullanmışlardır.

Tablo 6.11'de cinsiyet ile diğer bazı parametrelerin karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 6.11: Cinsiyet ile Obezite, Diyet Uygulama ve Ek Besin Kullanma Durumunun Karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		Toplam		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
Obezite							
Var	21	21,6	8	33,3	29	29,0	0,288
Yok	55	72,4	16	66,7	71	71,0	0,592
Toplam	76	100,0	24	100,0	100	100,0	
Daha önce diyet yapma durumu							
Evet	48	63,2	9	37,5	57	57,0	4,899
Hayır	28	36,8	15	62,5	43	43,0	0,027*
Toplam	76	100,0	24	100,0	100	100,0	
Ek besin kullanma durumu							
Evet	21	21,6	4	16,7	25	25,0	1,170
Hayır	55	72,4	20	83,3	75	75,0	0,279
Toplam	76	100,0	24	100,0	100	100,0	

Cinsiyet ile obezite durumu karşılaştırıldığında herhangi bir anlamlılık bulunamamıştır. Cinsiyet ile bireylerin daha önce diyet yapıp yapmaması arasında ise anlamlı bir fark vardır ($p < 0,005$).

Tablo 6.12’de obez bireylerin birkaç parametreyle ilişkisi gösterilmiştir.

Tablo 6.12: Obez Bireylerin Diyet Uygulama, Dışarıda Yemek Yeme, Ara Öğün ve İlave Şeker Tüketimini İlişkisi

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2 <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Daha önce diyet yapma durumu (n=26)									
Evet	1	20,0	12	80,0	3	42,8	16	61,5	5,448
Hayır	4	80,0	3	20,0	6	57,2	13	38,5	0,066
Toplam	5	100,0	15	100,0	9	100,0	29	100,0	
Dışarıda yemek yeme sıklığı (n=26)									
Her gün	1	20,0	2	13,3	9	100,0	12	38,5	
Haftada 3-4 kez	-	-	1	6,7	-	-	1	3,8	19,110
Haftada 1 kez	4	80,0	6	40,0	-	-	10	34,6	0,004*
Ayda 1-2 kez	-	-	6	40,0	-	-	6	23,1	
Toplam	5	100,0	15	100,0	9	100,0	29	100,0	
Ara öğün tüketimi (n=26)									
Evet	3	75,0	12	80,0	5	71,5	20	77,0	3,486
Hayır	2	25,0	3	20,0	4	28,5	9	23,0	0,480
Toplam	5	100,0	15	100,0	9	100,0	29	100,0	
İlave şeker (n=26)									
Evet	4	75,0	5	33,4	5	57,1	14	46,1	2,671
Hayır	1	25,0	10	66,6	4	42,9	15	53,9	0,263
Toplam	5	100,0	15	100,0	9	100,0	29	100,0	

Obez bireylerin dışarıda yemek yeme sıklığı ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p=0,004$) Obez bireylerin %38,4’ü her gün dışarıda yemek yediğini belirtmişlerdir. Obez bireylerde şeker tüketimi karşılaştırıldığında herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 6.13'te bireylerin eğitim durumlarıyla çeşitli karşılaştırmalar yapıp sunulmuştur.

Tablo 6.13: Bireylerin Eğitim Durumlarıyla Çeşitli Parametrelerin Karşılaştırılması

	İlköğretim		Lise		Üniversite		Toplam		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ek besin kullanma durumu									
Evet	1	8,3	6	15,0	18	47,0	25	25,0	8,085
Hayır	11	91,7	34	85,0	30	63,0	75	75,0	0,044*
Toplam	12	100,0	40	100,0	48	100,0	100	100,0	
Tatlandırıcı kullanma durumu									
Evet	-	-	7	23,3	4	5,6	11	11,0	7,259
Hayır	12	100,0	33	76,7	44	94,4	89	89,0	0,064
Toplam	12	100,0	40	100,0	48	100,0	100	100,0	
B.K.I. sınıflandırması									
<18.5	-	-	2	6,5	3	5,3	5	5,0	
18.5-24.9	-	-	1	3,3	10	17,5	11	11,0	25,208
25.0-29.9	3	25,0	10	32,2	15	26,3	28	28,0	0,239
30.0-34.9	2	16,6	10	32,2	17	29,8	29	29,0	
>35.0	7	58,4	8	25,8	12	21,1	27	27,0	
Toplam	12	100,0	31	100,0	57	100,0	100	100,0	

Bireylerin eğitim durumlarıyla ek besin kullanma durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Ek besin kullanan bireylerin %68,0'ı üniversite mezunudur. Yine aynı şekilde eğitim durumları ve tatlandırıcı kullanımı arasında da anlamlı bir fark vardır. Eğitim durumu ile B.K.I. sınıflandırması karşılaştırıldığında; üniversite mezunlarının %77,2'si normal B.K.I. sınırlarının üzerindedir.

Tablo 6.14'te bireylerin yaş gruplarına göre günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının ortalama değerleri gösterilmiştir.

Katılımcıların günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu incelendiğinde günlük ortalama enerji alımları adölesanlarda 1760,33±380,13 kkal, yetişkin kadınlarda 1538,73±448,59 kkal, yetişkin erkeklerde ise 2026,54±774,13 kkal'dir. Enerji

tüketiminde; yetişkin kadın ve yetişkin erkekler arasında anlamlı bir fark vardır. ($p=0,02$) Besin grupları incelendiğinde; adölesanlarda toplam enerjinin $\%15,72\pm3,02$ 'si proteinler, $\%45,72\pm7,11$ 'i, karbonhidratlardan, $\%34,55\pm7,00$ 'si yağlardan gelmektedir. Yetişkin kadınlardaki dağılım; $\%17,88\pm11,24$ 'ü proteinlerden, $\%47,20\pm10,50$ 'si karbonhidratlardan, $\%37,83\pm10,25$ 'i ise yağlardan gelmektedir. Yetişkin erkeklerde ise bu oran sırasıyla; $\%16,80\pm5,99$, $\%48,65\pm12,77$ ve $\%31,95\pm10,71$ 'dir.

Yetişkin kadınlar ve yetişkin erkekler arasında; enerji, karbonhidrat, protein, A, folik asit, sodyum, potasyum, kalsiyum, demir ve çinko tüketimlerinde anlamlı bir farka rastlanılmıştır ($p<0,05$). Yetişkin erkekler ve adölesanlar arasında da B6 ve C vitamini tüketimi açısından anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 6.14: Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Günlük Enerji ve Besin Öğeleri Alımlarının Ortalama Değerleri

Besin Öğeleri	Adölesan Ort±SS (n=18)	Yetişkin kadın Ort±SS (n=62)	Yetişkin erkek Ort±SS (n=20)	F	p
Enerji (kcal)	1760,33±380,13	1538,73±448,59	2026,54±774,13	6,820	0,002*
Su (ml)	940,48±289,61	878,05±278,75	1137,09±318,63	6,080	0,003*
Protein (g)	66,68±17,21	58,48±17,17	72,34±28,24	4,124	0,019*
Yağ (g)	66,37±15,31	62,22±23,73	71,55±35,97	1,053	0,353
Karbonhidrat (g)	213,28±69,49	181,17±74,76	240,22±124,56	3,875	0,024*
Protein (%)	15,72±3,02	17,88±11,24	16,80±5,99	0,401	0,671
Yağ (%)	34,55±7,00	37,83±10,25	31,95±10,71	2,944	0,057
Karbonhidrat (%)	45,72±7,11	47,20±10,50	48,65±12,77	0,455	0,636
Posa (g)	18,43±9,44	19,70±8,66	24,56±10,12	2,689	0,073
Kolesterol (mg)	165,14±96,17	216,23±134,50	219,42±127,88	1,230	0,297
Vitamin A (IU)	538,11±380,13	879,79±517,06	1001,62±540,14	4,510	0,013*
Vitamin E (mg)	14,0±8,78	13,88±8,30	19,53±15,92	2,374	0,099
Tiamin (mg)	0,70±0,34	0,69±0,26	0,99±0,43	7,133	0,001*
Riboflavin (mg)	1,05±0,23	1,18±0,37	1,30±0,34	2,457	0,091
Folik asit (mcg)	196,78±127,83	211,44±79,62	284,20±97,20	5,491	0,006*
Vitamin C (mg)	47,0±31,34	72,75±51,47	100,42±58,60	5,409	0,006*
Sodyum (mg)	2729,46±1149,80	2690,69±916,39	3759,49±2046,56	5,696	0,005*
Potasyum (mg)	1981,04±826,44	2018,61±598,58	2484,95±720,49	4,059	0,020*
Kalsiyum (mg)	560,85±256,75	739,67±294,64	685,76±288,43	2,724	0,071
Magnezyum (mg)	241,21±99,6	230,72±74,93	306,11±131,58	5,014	0,008*
Fosfor (mg)	1010,16±276,95	1022,64±303,58	1193,41±358,79	2,506	0,087
Demir (mg)	10,57±3,73	9,61±2,99	13,42±4,93	8,525	0,000*

Tablo 6.15:Yaş Gruplarına Göre Enerji ve Diğer Besin Öğelerinin Günlük Güvenilir Alım Düzeylerine Göre Değerlendirilmesi

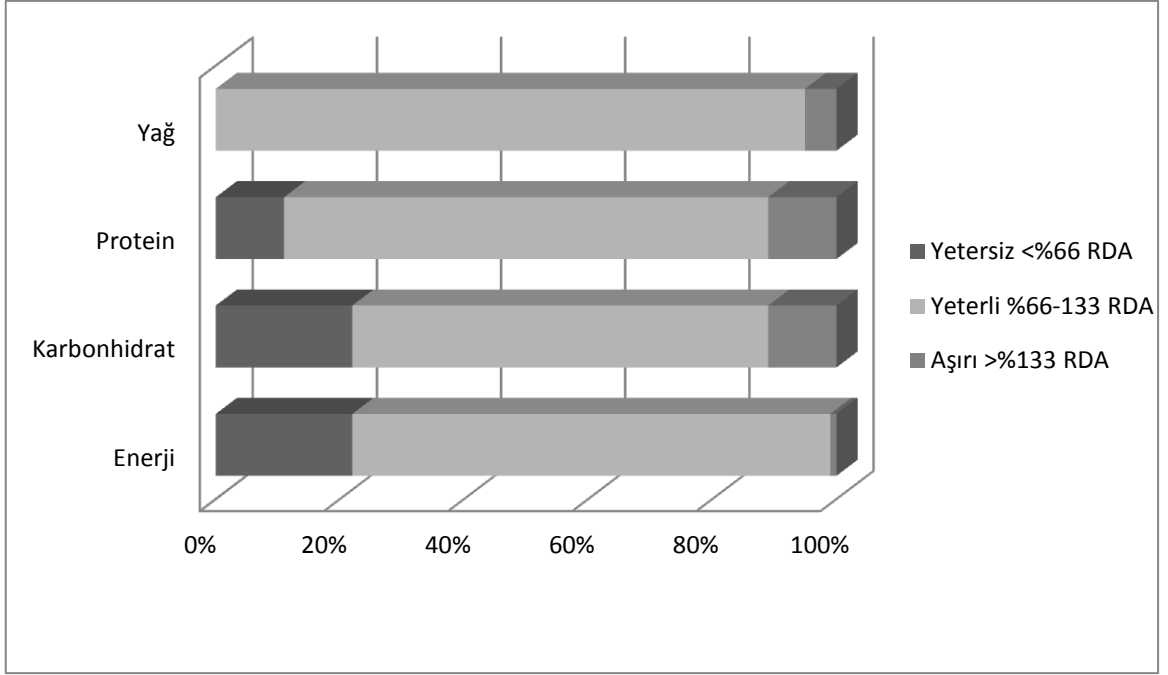
	Adölesan			Yetişkin kadın			Yetişkin erkek			χ^2	<i>p</i>
	<67,0 %	67-133,0 %	>133,0 %	<67,0 %	67-133,0 %	>133,0 %	<67,0 %	67-133,0 %	>133,0 %		
Enerji (kcal)	22,2	77,8	0	29,0	66,2	4,8	35,0	60,0	5,0	68,200	0,002
Karbonhidrat (gr)	22,2	66,7	11,1	33,9	61,7	4,4	35,0	55,0	10,0	38,875	0,024
Protein (gr)	11,1	77,8	11,1	14,6	70,9	14,5	20,0	55,0	25,0	40,124	0,019
Yağ (gr)	0	99,4	5,6	48,3	38,8	12,9	10,0	85,0	5,0	1,053	0,353
Posa (gr)	55,6	38,8	5,6	38,7	54,8	6,5	40,0	50,0	10,0	2,689	0,073
A vitamini (IU)	66,7	22,2	11,1	22,6	43,6	33,8	35,0	45,0	20,0	44,510	0,013
E vitamini (mg)	44,4	27,8	27,8	40,3	43,5	32,2	35,0	30,0	35,0	2,374	0,055
B1 vitamini (mg)	72,2	27,8	0	64,5	33,8	1,7	30,0	65,0	5,0	71,330	0,001
B2 vitamini (mg)	5,5	94,5	0	14,5	61,2	24,3	10,0	85,0	10,0	2,457	0,081
B6 vitamini (mg)	27,7	61,1	11,2	22,6	70,9	6,5	10,0	70,0	20,0	47,780	0,010
Toplam folik asit (mcg)	94,4	0	5,6	79,0	20,9	0	35,0	65,0	0	54,910	0,006
C vitamini (mg)	66,6	16,7	16,7	58,1	25,8	16,1	25,0	50,0	25,0	50,409	0,060
Sodyum (mg)	5,5	50,0	44,5	6,4	45,1	48,3	5,0	40,0	55,0	56,656	0,050
Potasyum (mg)	72,2	22,3	5,5	50,0	50,0	0	25,0	70,0	5,0	40,590	0,020
Kalsiyum (mg)	94,5	5,5	0	41,9	50,0	8,1	40,0	60,0	0	2,724	0,071
Magnezyum (mg)	66,6	33,4	0	46,8	53,2	0	45,0	45,0	10,0	50,014	0,008
Fosfor (mg)	33,4	61,1	5,5	1,6	35,4	63,0	0	30,0	70,0	2,506	0,087
Demir (mg)	61,1	27,7	11,2	82,2	17,8	0	5,0	55,0	40,0	85,525	0,000
Çinko (mg)	16,6	11,2	72,2	22,5	74,1	6,4	20,0	50,0	30,0	60,060	0,003

p<0,05

Tablo 6.15’de bireylerin enerji ve diğer besin öğeleri tüketimlerinin günlük önerilen güvenilir alım düzeylerine göre değerlendirilmesi gösterilmiştir. Buna göre %67,0’in altı yetersiz, %67,0-133,0 normal, %133,0’in üstü ise yüksek düzey tüketim olarak kabul edilmiştir.

Enerji tüketimleri incelendiğinde; genel olarak tüm gruplarda normal sınırlar içinde tüketilmiş olup yetişkin kadın ile yetişkin erkek arasında anlamlı bir fark vardır ($F=6,820$ $p<0,05$). Araştırmaya katılan bireylerden yetişkin kadın ve yetişkin erkek arasında karbonhidrat ve protein tüketimi açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerde protein tüketimi daha fazladır. Yetişkin erkeklerin büyük çoğunluğunun (%85,0) yağ tüketimi günlük önerilen güvenilir alım düzeyine göre normal sınırlar içindeyken, yetişkin kadınların büyük çoğunluğunun (%48,3) yağ tüketimi günlük güvenilir alım düzeyine göre alt sınırdadır. Bireylerin günlük posa alımı ile günlük güvenilir posa değerleri karşılaştırıldığında; adölesanların %55,6’sı, yetişkin erkeklerin %40,0’ı ve yetişkin kadınların %38,7’si yetersiz posa aldığı görülmektedir. A, B1 ve B2 vitaminleri tüketimi sırasıyla yetişkin kadın ve erkekler, yetişkin kadın ve adölesanlar, yetişkin erkekler ve adölesanlar arasında fark göstermektedir. Yaş grupları ile E ve B2 vitaminleri karşılaştırıldığında herhangi bir fark görülmemektedir ($p>0,05$). Adölesanların %94,4’ü folik asiti günlük önerilen güvenilir alım düzeyine göre yetersiz tüketirken; yetişkin kadınlarda bu oran %79,0’dır, yetişkin erkeklerin ise sadece %35,0’ı folik asiti yetersiz tüketmektedir. Kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark vardır. Araştırmaya katılan adölesanların %94,5’i kalsiyumu yetersiz tüketmektedir. Yetişkin kadınların %41,9’u kalsiyumu yetersiz tüketirken, erkeklerin ise %40,0’ı yetersiz tüketmektedir. Yetişkin kadınların günlük demir tüketimi ile Günlük Önerilen Güvenilir Alım Düzeyleri demir değerleri karşılaştırıldığında %82,0’ı önerilen miktardan az tüketmektedir. Adölesanların %61,1’i demiri Günlük Önerilen Güvenilir Alım Düzeylerine göre yetersiz tüketirken, erkeklerin ise sadece %5,0’ı demiri yetersiz tüketmektedir. Magnezyum ve çinko tüketiminde gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. ($p<0,05$)

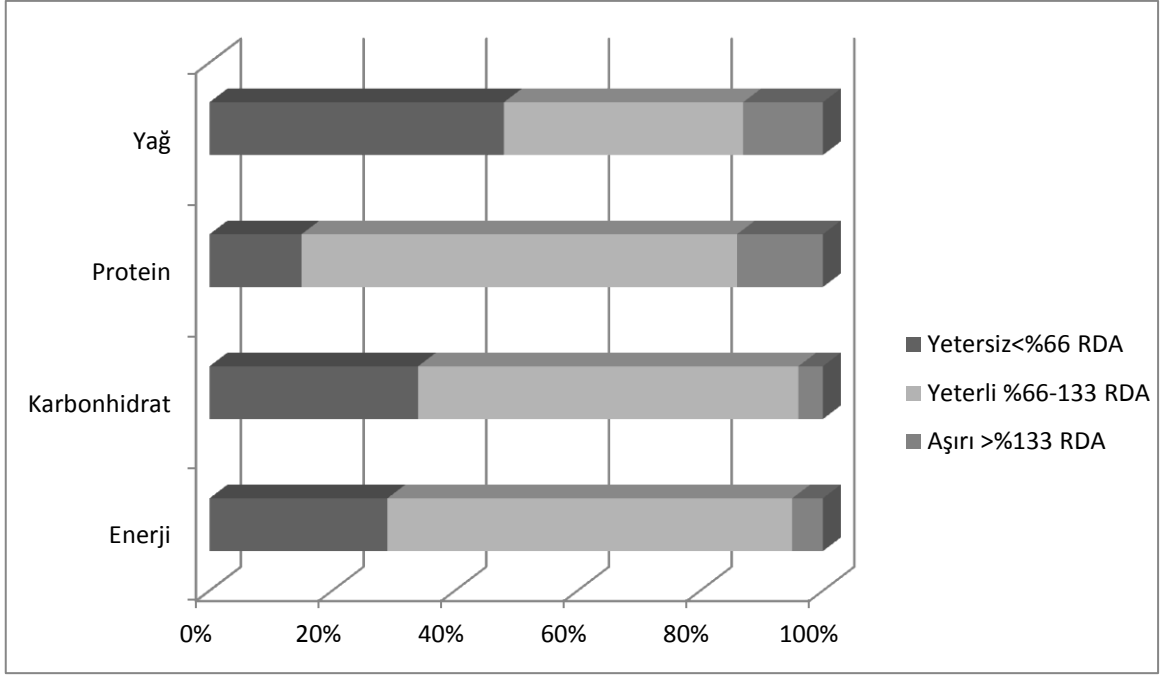
Adölesanlar, yetişkin kadınlar ve yetişkin erkeklerin total enerji, karbonhidrat, protein ve yağ tüketimleri, günlük güvenilir alım düzeyine göre karşılaştırmaları şekil üzerinden gösterilmiştir.



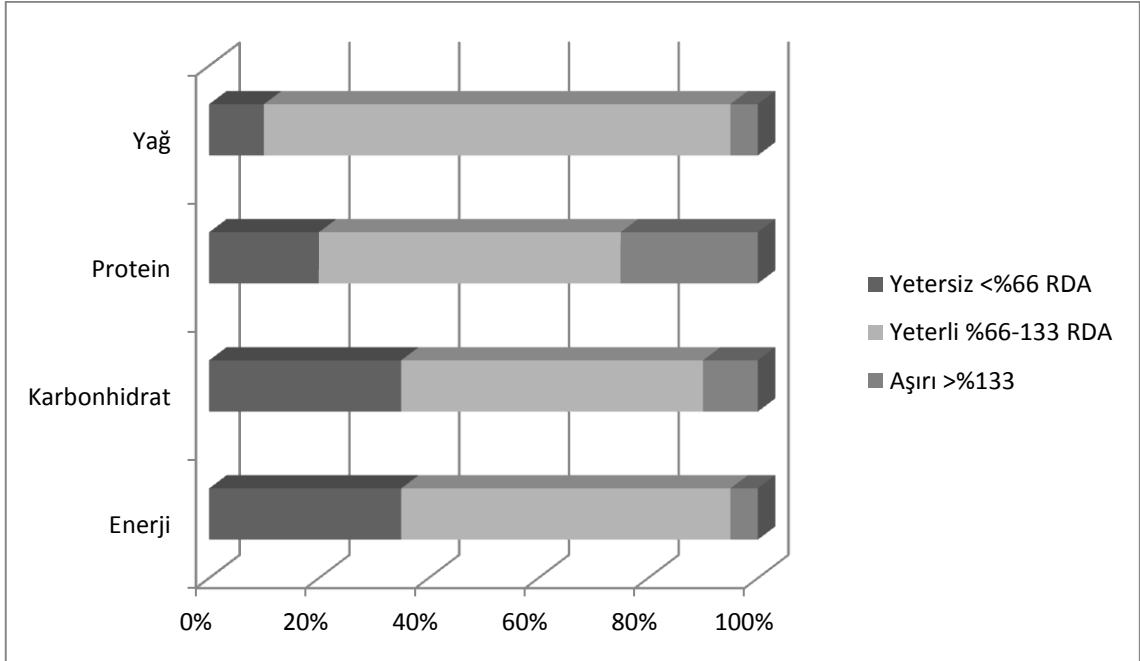
Şekil-2: Adölesanlarda enerji, karbonhidrat, protein, yağ RDA karşılaştırmaları

Adölesanların almış oldukları günlük enerji ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %22,2'sinin yetersiz, %77,8'inin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Günlük karbonhidrat alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %22,2'sinin yetersiz, %66,7'sinin yeterli ve %11,1'inin aşırı olduğu bulunmuştur. Günlük protein alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %11,1'nin yetersiz, %77,8'inin yeterli ve %11,1'nin aşırı olduğu tespit edilmiştir. Günlük yağ alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %99,4'ünün yeterli ve %5,6'sının aşırı olduğu bulunmuştur.

Yetişkin kadınların almış oldukları günlük enerji ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %29,0'ının yetersiz, %66,2'sinin yeterli ve %4,8'inin aşırı olduğu tespit edilmiştir. Günlük karbonhidrat alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %33,9'unun yetersiz, %61,7'sinin yeterli ve %4,4'ünün aşırı olduğu bulunmuştur. Günlük protein alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %14,6'sının yetersiz, %70,9'unun yeterli ve %14,5'inin aşırı olduğu tespit edilmiştir. Günlük yağ alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %48,3'ünün yetersiz, %38,8'inin yeterli ve %12,9'unun aşırı olduğu bulunmuştur.



Şekil-3: Yetişkin kadınlarda enerji, karbonhidrat, protein, yağ RDA karşılaştırmaları



Şekil-4: Yetişkin erkeklerde enerji, karbonhidrat, protein, yağ RDA karşılaştırmaları

Yetişkin erkeklerin almış oldukları günlük enerji ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %35,0'nın yetersiz, %60,0'nın yeterli ve %5,0'nın aşırı olduğu tespit edilmiştir. Günlük karbonhidrat alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %35,0'nın yetersiz, %55,0'nın yeterli ve %10,0'nın

aşırı olduğu bulunmuştur. Günlük protein alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %20,0'nin yetersiz, %55,0'nin yeterli ve %25,0'nin aşırı olduğu tespit edilmiştir. Günlük yağ alımları ile önerilen güvenilir alım düzeyleri karşılaştırıldığında; %10,0'nin yetersiz, %85,0'nin yeterli ve %5,0'nin aşırı olduğu bulunmuştur.

Tablo-6.16'da bireylerin yaptığı egzersiz bilgilerinin dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 6.16: Bireylerin Yapmış Oldukları Egzersize İlişkin Bilgilerin Dağılımı

	Adölesan		Yetişkin kadın		Yetişkin erkek		Toplam		χ^2
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Düzenli egzersiz yapma									
Evet	2	11,1	16	25,8	5	25,0	23	23,0	1,758
Hayır	16	88,9	46	74,2	15	75,0	77	77,0	0,415
Toplam	18	100,0	62	100,0	20	100,0	100	100,0	
Yapılan egzersiz (n=23)									
Kardiyo tipi	1	50,0	6	37,5	3	60,0	10	43,5	
Yürüyüş	-	-	3	18,8	-	-	3	13,0	10,896
Yüzme	-	-	6	37,5	2	40,0	8	34,7	0,208
Pilates, aerobik	1	50,0	1	6,3	-	-	2	8,5	
Toplam	2	100,0	16	100,0	5	100,0	23	100,0	
Egzersiz sıklığı (n=23)									
Her gün	1	50,0	2	12,5	1	20,0	4	17,4	
Haftada 2-3	1	50,0	12	75,0	3	60,0	16	69,6	2,156
Haftada 1	-	-	2	12,5	1	20,0	3	13,0	0,707
Toplam	2	100,0	16	100,0	5	100,0	23	100,0	

Tablo 16.6'da görüldüğü gibi bireylerin sadece %23,0'ı düzenli egzersiz yapmaktadır. En fazla tercih edilen egzersiz tipi kardiyo olup; bu egzersiz türünü en

fazla tercih eden grup yetişkin kadınlardır. Egzersiz yapan bireyler bu egzersizlerini en yüksek oranda (%69,4) haftada 2-3 kez sürdürmektedir.

Tablo 6.17’de bireylerin vücut bileşim analizinin ortalama değerleri sunulmuştur.

Tablo 6.17: Bireylerin Vücut Bileşimi Ortalama Değerleri

	Adölesan Ort±SS (n=18)	Yetişkin kadın Ort±SS (n=62)	Yetişkin erkek Ort±SS (n=20)	F	p
Boy	167,22±9,69	162,15±7,91	174,55±7,16	3,061	0,051
Kilo	79,24±20,44	80,4±17,54	100,73±29,89	7,570	0,001*
B.K.I.	28,64±7,83	30,88±7,07	34,51±7,00	3,304	0,041*
Fat %	30,15±13,17	36,98±9,14	31,5±8,51	3,989	0,022*
Fat mass	25,41±14,23	31,46±13,97	34,60±14,77	1,978	0,145
FFM	51,71±10,99	49,29±5,88	70,64±9,71	50,290	0,000*
TBW	37,77±7,96	35,88±4,85	51,72±7,11	48,090	0,000*

Yaş grupları ile vücut bileşimi değerleri karşılaştırıldığında; kilo, B.K.I. , vücut yağ yüzdesi, yağsız vücut kitlesi ve total vücut suyu arasında anlamlı farklıklar gözlenmiştir. (p<0,05)

7. TARTIŞMA

Bu çalışma; İstanbul'da özel bir hastanenin Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran bireylerin beslenme durumunu incelenmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu (%76,0) kadın, %24,0'ı erkektir. Yaş gruplarına göre sınıflandırıldığında ise; %18,0'ı adolesan, %62,0'ı yetişkin kadın ve %20,0'ı yetişkin erkektir (Tablo 6.1). Ankara'daki bir hastanede yapılan bu tür çalışmadaki katılımcıların da çoğunun (%62,0) kadın, %38,0'ının ise erkek olduğu saptanmıştır (Akman, 2004). Benzer şekilde İstanbul'da bir üniversite hastanesindeki başka bir çalışmadaki kadın katılımcıların oranı %77,7 iken erkek katılımcılar %22,7'lik bir kısmı oluşturmuştur (Çayır, 2003).

Katılımcıların yaş ortalaması $33,61 \pm 12,23$ 'tür. Eker'in (2006) çalışmasındaki bireylerin yaş ortalaması daha yüksek ($40,85 \pm 15,50$) iken; Köremezli'nin (2007) yapmış olduğu çalışmada ise; yaş ortalaması $36,04$ olarak bulunmuştur. Bireylerin eğitim durumuna bakıldığında, %88,0'ı lise ve üstü eğitim seviyesinde iken; sadece %12,0'ı ilköğretim mezunudur (Tablo 6.1). Eker'in (2006) yapmış olduğu çalışmada ise; katılımcıların %40,3'ü lise ve üzeri eğitim almışken; büyük çoğunluğu (%44,8) ilköğretim mezunudur. Araştırmaya katılan bireylerin ailedeki birey sayısı ortalama $3,13 \pm 1,38$ 'dir (Şekil 6.1). Eker'in (2006) çalışmasında da ailedeki birey sayısı $3,82 \pm 1,24$ olarak hesaplanmıştır.

Bireylerin meslek durumları incelendiğinde; %28,0'ının ev hanımı, %25,0'ının serbest meslek, %20,0'nın öğrenci, %13,0'ının devlet sektöründe; %6,0'ının sağlık sektöründe; %5,0'ının ise emekli olduğu görülmektedir (Tablo 6.1). Sayın'ın (2009) yapmış olduğu özel bir merkeze başvuran yetişkin kadınların beslenme durumlarının değerlendirilmesiyle ilgili bir çalışmada da; bireylerin %24,0'ının ev hanımı; %22,0'ının memur, %18,0'ının öğrenci, %12,0'ının serbest meslek ve %4,0'ının emekli olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin %66,0'ı evli, %34,0'ı ise bekadır. Oruç'un (2008) obez kadınlar üzerinde yapmış olduğu bir başka çalışmada da; katılımcıların çoğunun (%80,0) evli, %20,0'ının bekar olduğu belirtilmiştir. Sayın'ın (2009) yapmış olduğu çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur.

Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığına bakıldığında (Tablo 6.1) çoğunun (%76,0) sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Bilge'nin (2009) Edirne'de tekstil üzerine kurulan bir işletmedeki bireylerin beslenme durumlarını incelediği bir çalışmada ise; katılımcıların %25,4'nün sağlık sorunu olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç zaten herhangi bir sağlık sorunu yüzünden çalışmamızdaki katılımcıların hastaneye başvurmaları nedeniyle doğal karşılanabilir. Sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde ise; sorunların çoğunluğunun (%34,0) diyabet olduğu, bunu sırasıyla obezite (%29,0), kalp-damar hastalıkları (%24,0) ve aneminin (%20,0) takip ettiği saptanmıştır (Tablo 6.1). Dünyada 2010 yılında 285 milyon kişinin diyabetli olduğu; 2030'da bu oranın 366 milyonun üzerine çıkacağı öngörülmektedir (Mahan and Stump, 2012). Ülkemizde ise TURDEP-I'e (1998) göre; diyabet oranının 12 yılda %7,7'den %13,7'ye yükseldiği bulunmuştur. Diyabet sıklığı kadınlarda erkeklere göre biraz daha yüksek oranda olup kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamızda ikinci sırada yer alan obezite ise gene dünyada ve ülkemizde sağlığı tehdit eden bir diğer unsurdur. Dünyada 500 milyon obez birey vardır. TURDEP-II'de (Satman İ, 2010) ülkemizde obezite sıklığının %32,0 olduğu ileri sürülmüştür. Birçok çalışmada da; kadınlarda obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak erişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3'ü kilolu veya obezdir (Erdoğan ve Özgen, 2005).

Bireylerin diyet polikliniğine başvurma nedenlerine bakıldığında (Tablo 6.2); tüm gruplarda ilk sırayı ağırlık probleminin aldığı görülmektedir (%67,0). Bireylerin büyük çoğunluğu (%56,0) vücut görünümünden memnun değildir. Katılımcıların toplamda %57,0'ı geçmişinde en az bir kez diyet uygulamıştır. Diyet uygulama oranı tüm gruplarla karşılaştırıldığında kadınlarda %66,2 oranıyla en yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 6.3). Araştırmaya katılanların çoğunluğu (%57,9) diyetisyen yardımı almıştır. Bu konuda diyetisyen yardımı almayan bireylerin çoğu (%54,3) basın-yayın organlarından elde ettikleri bilgiler doğrultusunda, kendi kendilerine diyet uyguladıklarını belirtmişlerdir. Buradan, son yıllarda basın-yayın organlarının bireyler üzerinde çok etkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Dede'nin (2011) yapmış olduğu benzer çalışmada da benzer sonuçlar bulunurken; Sayın'ın (2009) çalışmasında bu konuda profesyonel yardım alanların oranı daha yüksek, almayan bireylerin ise; basın-yayın organlarından yararlanma oranı daha düşük bulunmuştur. Diğer çalışmalara göre; bizim

çalışmamızdaki profesyonel yardım alma oranının daha yüksek oluşu, çalışmamızdaki bireylerin eğitim düzeyinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Bireylerin BKİ değerlerine bakıldığında %56,0'ının obez olduğu görülmektedir (Tablo 6.4). Çayır'ın (2011) yapmış olduğu 'Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi' konulu çalışmada ise bu oran %51,5 bulunmuştur. Aynı çalışmada, kadınlardaki obezite oranı, erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise obezite en yüksek oranda; yetişkin erkeklerde bulunmuş, bunu yetişkin kadınlar ve adölesanlar takip etmiştir. Bunun nedeni; kadınların son yıllarda hem estetik hem de sağlık açısından daha duyarlı olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca bu sonuçlar polikliniğimize başvuran kadınların erkeklere göre başvuru oranının daha yüksek olması ile de paralellik gösterdiği şeklinde açıklanabilir.

Beslenme alışkanlıkları, çağlar boyunca süregelen değişikliklerle biçimlenir ve alışkanlığın değiştirilmesi uzun süreli davranış değiştirme yöntemleri uygulaması ile başarılabilir. Toplumlar da yerleşen yanlış beslenme alışkanlıkları, değişik yaş grubu ve cinsiyet gibi değişkenlerde sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Karabudak, 2008).

Bireyin beslenme alışkanlıklarının önemli göstergelerinden birisi, günlük gereksinim duyulan besinlerin tüketildiği öğün sayısının yeterliliğidir. Uzmanlar 3 ana öğün ve tercihen 2 veya 3 ara öğün tüketimini önermektedir. Bu açıdan bakıldığında bireylerin ana öğün tüketimi açısından olumsuz bir veriye rastlanılmamıştır. Adölesanların %16,7'si, yetişkin kadınların %11,3'ü ve yetişkin erkeklerin %20,0'ı ara öğün tüketmemektedir (Tablo 6.5). Kabaran ve Gezer'in (2013) çalışmasında ise adölesanların %65,2'sinin ara öğün tüketmediği saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %55,8'i ara öğünde uzman kişiler tarafından önerilen meyve ve kuruyemişleri tüketmektedir. Bunun aksi olarak da bireylerin %31,4 oranla çikolata ve şekerli ürünler ve %12,8'lik bir oranla da kuruyemişler ve içecekler takip etmektedir. Dede'nin (2011) yapmış olduğu çalışmada bireyler ara öğünde en fazla meyve (%27,1) tüketirken onu bisküvi veya kraker gibi paket ürünler (%9,8) takip etmektedir. Bireyleri obezite yönünden incelediğimizde ise; obez bireylerin %23,0'ı öğün atlarken; Çayır'ın (2011) bir devlet hastanesinde obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesini konu alan çalışmasında ise bu oran daha yüksek (%36,4) bulunmuştur. Köremezli'nin (2007) çalışmasında bireylerin %67,0'ının öğün atladığı ve öğün atlayanların %62,0'ının obez

olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların öğün atlama nedenlerinin başında; en yüksek oranla (%33,0) zaman yetersizliği gelmiştir. Türkiye’de tüm İl Sağlık Müdürlükleri’nde görev yapan sağlık çalışanlarında yapılmış olan çalışmadaki sonuçlar ise bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Şanlıer, 2011). Sayın’ın (2009) çalışmasında ise bireylerin büyük çoğunluğunun (%84,8) zayıflamak amacıyla öğün atladıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamızdaki bireylerin büyük çoğunluğu daha önce diyetisyen yardımı aldığı için; ara öğün tüketimi konusunda daha yüksek bilinç düzeyine sahip olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan bireylerden yetişkin kadınların %62,0’ı ekmekek çeşidi olarak kepek ekmeği veya tam tahıl ekmeği tüketmektedir (Tablo 6.5). Güldal’ın (2012) çalışmasındaki kadınların %46,2’si kepek ekmekek ve türevlerini tüketmektedir. Günlük beslenmenin önemli bir parçası olan ekmekek, vücudumuza enerji veren besin öğelerinden karbonhidrat içermektedir. Tam tahıllı ekmekek; kan şekerini dengede tutarak doyumluk sağlamakta, sindirim sistemi sağlığının korunmasında etkin olmakta ve buna bağlı olarak kolon kanser riskini azaltmaktadır. Ayrıca içerdiği yüksek lif oranının yanı sıra; B vitaminleri açısından da zengin olması sağlıklı beslenme açısından büyük önem taşımaktadır.

Beslenme sadece fizyolojik bir olgu değil; aynı zamanda sosyal ve psikolojik yönü de olan bir olgudur. Ev dışında beslenme bu açıdan düşünüldüğünde günümüz yaşamında önemli bir yere sahiptir. Günümüzün sosyo-ekonomik koşulları ve sağlık kuralları yiyecek içecek gereksiniminin karşılanmasını rastgele bir şekilde değil, bilinçli ve bilimsel temellere dayalı olarak yapılmasını zorunlu kılmakta, gelişen teknolojiyi göz önünde bulundurarak daha iyi, ucuz ve kaliteli biçimde sunulmasını gerektirmektedir (Türksoy, 2002). Ev dışında beslenme açısından bakıldığında; çalışmamızdaki bireylerin çoğunlukla (%31,2) kebab, döner vb. yiyecekleri tükettiği, bunu %28,1 oranıyla sulu ev yemeklerinin izlediği görülmüştür (Tablo 6.7) Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ise; bireylerin ev dışındaki tercihi %22,1’lik bir oranla sulu yemek olup; ikinci sırayı %11,4’lük oranla fast-food tarzı yiyecekler takip etmektedir (Şanlıer, 2011).

Sağlıklı beslenme ilkeleri çerçevesinde saf şeker ve tuzun sınırlı tüketilmesi önerilmektedir. Çalışmamızda bireylerin tuz tüketimine bakıldığında; %16,0’ının yemeklerin tadına bakmadan ekstra tuz eklediği gözlenmiştir (Tablo 6.8). Güldal’ın

(2012) çalışmasındaki bireylerin %36,9'u yemeklerin tadına bakmadan tuz eklemektedir. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığınca yürütülen çalışmalarda Türkiye'de bir kişinin günlük tuz tüketimi oranının WHO'nun önerisinden 3 kattan daha fazla olduğu saptanmıştır. Yemeklere bizim çalışmamızda olduğu gibi tadına bakmadan tuz eklenmesi; başta hipertansiyon olmak üzere; kalp-damar hastalıkları ve böbrek hastalıkları riskini arttırmaktadır. Nitekim, toplumun %30,0'ının sodyuma duyarlı yüksek kan basıncına sahip olduğu düşünülmektedir (Çom, 2011). Çalışmamızdaki bireylerin %37,0'ı içeceklerine şeker ilave etmektedir (Tablo 6.8). Uysal ve Akpınar'ın (2013) çalışmasında ise; bireylerin %14,8'inin şeker eklediği saptanmıştır. Nitekim; Vermunt et al, (2003) şekerin düşük enerjili tatlandırıcılarla yer değiştirilmesinin, kısa dönem kilo kontrolü için yararlı olacağını bildirmişlerdir. Bu açıdan bakıldığında da çalışmamızdaki bireylerin %11,0'ının tatlandırıcı kullandığı görülmektedir (Tablo 6.9). Kullanılan tatlandırıcının da %90,9 oranında sükraloz içerikli tatlandırıcının olduğu belirtilmiştir. Bitkisel tatlandırıcıların reklamlarda yaygınlaşması nedeniyle; eskisi gibi aspartam, sakarin kullanılmamaktadır. Köremezli'nin (2007) çalışmasındaki bireylerin %5,0'ı tatlandırıcı kullanmaktadır ve sıklıkla kullanılan tatlandırıcının aspartam (%20,0) olduğu gözlenmiştir.

Yeterli ve dengeli beslenme günlük gereksinim duyulan enerji ve besin öğelerinin besinlerle doğal olarak yeterince alınması demektir. Yeterli ve dengeli bir diyet sağlık için gerekli bütün besin öğelerini karşıladığı için besin desteği alınmasına gerek yoktur. Ancak bazı özel durumları olan bireylerin besin desteği kullanmaları gerekebilir (Pekcan, 2008). Bu yönden incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin %25,0'ının besin desteği kullandığı görülmektedir (Tablo 6.10). Yaş gruplarına göre bakıldığında ise yetişkin kadınlarda besin desteği kullanma oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Besin desteği kullanan bireylerin %48,0'ı doktor tarafından önerildiği için besin desteğini kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Sayın'ın (2009) araştırmasında ek besin desteği kullanma oranı %38,0 olup; kullanan bireylerin %73,7'si doktor önerdiği için ek besin desteği aldığı saptanmıştır. Benzer biçimde Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ek besin desteği olarak vitamin mineral preparatları alanların oranı %28,0 olarak bulunmuştur (Yardımcı ve Özçelik, 2006). Doğal olarak yeterli ve dengeli bir beslenme modelinde ek besin desteğine ihtiyaç

olmamakla birlikte; klinik eksikliği saptanmış olan ve hekimce önerilen besin desteği kullanımı önerilmektedir.

Katılımcıların günlük enerji ve besin ögeleri tüketim durumu incelendiğinde günlük ortalama enerji alımları adölesanlarda 1760 kkal, yetişkin kadınlarda 1538 kkal, yetişkin erkeklerde ise 2026 kkal olarak ölçülmüştür (Tablo 6.14). WHO'ya göre Türkiye'de yıllar itibariyle kişi başına günlük enerji gereksinim 2200 kkal'den 2258 kkal'a çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda genelde Türkiye'de yetişkin populasyon içerisinde kronik enerji yetersizliğinin görülmediği bildirilmiştir (Pekcan, 2006). Navai et al (2003) İran'da 423 kişide (154 erkek ve 269 kadın) hipertansiyon, obezite ve besin alımlarını inceledikleri araştırmalarında ortalama enerji alımının 2441 kkal olduğu bulunmuştur. Karim'in (2009) beslenme konusu ile ilgili Çinli yetişkin bireyler üzerinde yaptığı bir araştırmada günlük ortalama enerji alımı erkekler için 2105 kkal, kadınlar için ise 1530 kkal olarak saptanmıştır. Yiğit'in (2006) Düzce'de adölesanların obezite durumuyla ilgili çalışmasında da; günlük ortalama enerji tüketiminin erkek öğrencilerde ortalama 1839 kkal, kız öğrencilerde 1758 kkal olduğu belirlenmiştir. Enerjinin adölesanlarda %45,72'si karbonhidrattan, %15,72'si proteinlerden ve %34,55'i yağlardan gelmektedir. Yetişkin kadınlarda bu oran; %47,20, %17,88 ve %37,83 olup; yetişkin erkeklerde ise; %48,65, %16,80 ve %31,95'tir. Bilindiği gibi; Dünya Sağlık Örgütü günlük diyet enerjisinin karbonhidrattan gelen oranının %55-60, proteinlerden gelen oranın %15-20 ve yağlardan gelen oranın ise %25-30 olmasını önermektedir. Bizim çalışmamızda bireylerde; günlük enerjinin karbonhidrattan gelen oranının Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine göre önerilenden daha düşük, yağlardan gelen oranını ise önerilenden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Diyet ile alınan yağ oranının yüksek olması, serum kolesterol düzeyinin normalin üzerine çıkmasına ve buna bağlı olarak aterosklerotik lezyon oluşumuna sebep olmaktadır. Bu nedenle günlük ortalama enerjinin yağlardan gelen kısmının %30,0'ı geçmemesi önerilmektedir (Sofi et al., 2005). Eker'in (2006) ve Kocabaş'ın (2003) çalışmasında ise günlük enerjinin yağdan gelen oranları, bizim çalışmamızdaki sonuçlara göre daha önerilen sınırlar içinde bulunmuştur.

Çalışmamızda günlük alınan posa miktarına bakıldığında; adölesanların günlük ortalama posa alımı 18,43 gr, yetişkin kadınların 19,70 gr ve yetişkin erkeklerin 24,56 gr olarak bulunmuştur. Bilindiği gibi posa; bağırsakların düzenli çalışması, kan

kolesterol seviyesinin düşürülmesi ve kan şekerinin daha yavaş yükselmesinde rol oynamaktadır. Günde 14 gr posa alımı enerji alımını %10,0 oranında azaltmaktadır ve vücut ağırlığında 4 ay içinde 1,9 kg'lık bir kayıp olmaktadır. Amerikan Kalp Derneği'nin tavsiye ettiği diyet posası tüketimi günde 25-30 gram arasındadır. Genel olarak posa tüketiminin artırılmasının ulusal düzeyde obezite prevalasının azalmasına yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Hovvarth et al., 2001). Eker'in (2006) çalışmasında da günlük posa alımı bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Samsun ili merkezinde yetişkin kadınlar üzerine yapılan çalışmada ise günlük posa alımı ortalaması 30,6 gr bulunmuştur (Dede, 2011).

Adölesanların çoğunun günlük posa, vitaminlerden A, E, C, tiamin ve folik asiti, minerallerden ise; potasyum, kalsiyum, magnezyum ve demiri yetersiz tükettikleri, bunun yanı sıra çinkoyu önerilen günlük güvenilir alım düzeyinden fazla tükettiği gözlenmektedir (Tablo 6.15). Sadece adölesanlarda yapılan başka bir çalışmada, çoklu doymamış yağ asitleri, magnezyum, çinko ve E, B12 vitamini ve folik asit alımı önerilen değerlerden az, fosfor alımı ise fazla bulunmuştur (Karasu, 2006). Bizim araştırmamızdaki yetişkin kadınlar; B1 vitaminini, folik asidi ve demiri önerilenden yetersiz tüketmekte olup; sodyum ve fosforu önerilenden fazla tüketmektedir. İlt'er'in (2008) çalışmasında; araştırma örneklemini oluşturan kadınların da bizim çalışmamızdaki gibi vitaminlerin alımlarının yetersiz olduğu ortaya konmuştur. Adölesan ve yetişkin kadınlarda sıklıkla demiri yetersiz tüketmeye bağlı olarak anemi görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki doğurganlık çağındaki bireylerin %63,0'ında beslenme yetersizliğine bağlı anemi görülürken, gelişmiş ülkelerde bu oranın %10,0 olduğu bildirilmektedir (Beutler et al, 2003). Ülkemizde özellikle kadınların et ürünlerini yeteri kadar tüketmemesi ve çay tüketiminin çok fazla olması aneminin görülme nedenlerinden olabilir. Çayda bulunan tanenlerin tüketilen yiyeceklerle beraber veya yiyeceklerin tüketiminden çok kısa süre sonra içilmesi demir emilimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bosi, 2006). Yetişkin erkeklerin sodyum ve fosforu fazla tükettikleri bulunmuştur. Eker'in (2006) Edirne ilinde yaşayanlar üzerinde yapmış olduğu çalışmadaki erişkinlerin bazı vitamin ve mineral alımına bakıldığında; çoğunun A, B2, B5, B12 vitamininin; minerallerden demir, fosfor ve çinko alımının 2/3 RDA değerlerini aştığı belirlenmiştir Bununla birlikte; katılımcıların tiamin, E ve C vitamini, kalsiyum, magnezyum alımının oldukça yetersiz olduğu

saptanmıştır. Tepe Prefabrik İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.'de çalışan 150 erkek işçinin beslenme durumlarının incelendiği başka bir çalışmada da; bireylerin kalsiyum, A vitamini, riboflavin tüketiminin yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir (Yazıcı, 1992). Çalışmamıza genel olarak baktığımızda sodyum alımının her iki cinsiyette de yüksek olduğu görülmektedir. Bunun yemeklerin tadına bile bakmadan tuz atılarak tüketiminin fazlalığından ve sodyum değeri yüksek olan besinlerin fazla tüketiminden ileri geldiği söylenilebilir. Günlük sodyum ihtiyacı 2400 mg'dır ve bunun üzerinde alımı hipertansiyona ve buna bağlı olarak kalp-damar hastalıklarına yol açmaktadır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü tuz tüketimini azaltmaya yönelik çalışmalar bulunmaktadır.

Sağlığın sürdürülebilmesi ve geliştirilmesinde fiziksel aktivite yani hareketli yaşam tarzı önemli bir yere sahiptir. Çalışmaya katılan bireylerin %23,0'ı düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Yaş grupları arasında egzersiz yapma oranı en yüksek grup yetişkin kadınlardır (%25,8). En fazla tercih edilen de özel bir salonda kardio tipi egzersizdir. Bireylerin %69,6'sı haftada 2-3 gün egzersiz yapmaktadır (Tablo-16). Eker'in (2006) çalışmasına katılan kişilerin sadece %14,8'i düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır. Yardımcı ve Özçelik (2006)'in 650 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada düzenli egzersiz yapma oranı bizim çalışmamızdakine benzer bulunmuştur (%22,5). Kavaz'ın (2009) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde kamu sektöründe çalışan kadınların beslenme bilgi düzeylerini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada ise; düzenli egzersiz yapan kadınların % 71,2'sinin aktivite olarak yürüyüş yaptığı bulunmuştur. Dede'nin yapmış olduğu çalışmada ise; katılımcıların % 52,9'unun günlük yaşamında fiziksel aktiviteye yer verdiği, bu kişilere ne tür bir egzersiz yaptıkları sorulduğunda; ilk sırayı yürüyüşün, (%66,1) ikinci sırayı ise aerobik/step/pilatesin (%13,1) aldığı belirtilmiştir. Fiziksel aktivitenin arzu edilen vücut ağırlığına ulaşmaya ve vücut kompozisyonundaki değişime olumlu etki yaptığı kadar toplam vücut yağı ve vücut yağ dağılımı üzerine de olumlu etkileri vardır (Ersoy, 2011). Son yıllarda tüm dünyada mücadelesi yoğun bir şekilde devam eden, uzun süreli enerji dengesizliği sonucunda oluşan ve birçok hastalığın ortaya çıkmasına zemin hazırlayarak yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen obezitenin en önemli sebeplerinden biri de fiziksel aktivitenin yetersiz olmasıdır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezitenin görülme sıklığı gittikçe artmakta, obezite görülme yaşı düşmekte ve sağlık üzerindeki etkileri

ciddi boyutlara ulaşmaktadır. Oysa ki, düzenli yapılan fiziksel aktiviteler obeziteye eşlik eden riskleri azaltmakta ve obez bireylerde ağırlık kaybına yardımcı olmaktadır (Tunay, 2008).

8. SONUÇLAR

Bu çalışma, İstanbul'da özel bir hastanenin Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran bireylerin başvuru nedenlerini belirlemek, başvuran kişilerin özelliklerini saptamak ve beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Bireylerin çoğunluğu herhangi bir sağlık problemine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Diyabet (%34,0), obezite (%29,0), kalp-damar hastalıkları (%26,0), anemi (%20,0), karaciğer hastalıkları (%11,0), sindirim sistemi hastalıkları (%11,0), tiroid hastalıkları (%10,0), zayıflık (%7,0) ve diğer hastalıklar (%10,0) en sık karşılaşılan sağlık sorunlarıdır.
- Araştırmaya katılan bireylerin çoğu kilo problemi nedeniyle polikliniğe başvurmuştur. Daha önce diyet uygulama oranı %57,0 olup, bu kişilerin çoğu diyetisyen yardımı almıştır. Gene diyet uygulayanların büyük çoğunluğu özel hastaneyi tercih etmişlerdir.
- Bireylerin sadece %11,0'ının BKİ'si normal sınırlardadır. %27,0'ının BKİ'si ise $>35 \text{ kg/m}^2$ 'den yüksektir. En yüksek obezite oranına sahip olan grup yetişkin erkeklerdir.
- Bireylerin yarısından fazlası her gün dışarıda yemek yediği bulunmuştur. Çoğunluğu; döner, kebab, lahmacun olan yöresel yemeklerimizi tercih etmektedir.
- Araştırmaya katılan bireylerin %25,0 besin desteği kullanmakta olup; bu kişilerin birçoğu hastalıklardan korunmak amacıyla besin desteği kullandıklarını belirtmişlerdir.
- 1 günlük besin tüketim kaydı sonucunda; adölesanların ortalama enerji alımı $1760,33 \pm 380,13 \text{ kkal}$; yetişkin kadınların $1538,73 \pm 448,59 \text{ kkal}$, yetişkin erkeklerin ise; $2026,54 \pm 774,13$ 'tür.
- Adölesanların çoğunun günlük posa, A, E, tiamin, C vitaminlerini ve folik asiti, minerallerden ise; potasyum, kalsiyum, magnezyum ve demiri, yetişkin kadınların, B1 vitaminini, folik asiti ve demiri yetersiz tükettikleri; sodyum ve fosforu ise önerilenden daha fazla tükettikleri bulunmuştur. Yetişkin erkeklerin ise; sodyum ve fosforu ise daha fazla tükettikleri saptanmıştır. Yetişkin

erkeklerin, total enerji, karbonhidrat, protein, folik asit, sodyum, potasyum, demir, magnezyum ve çinko tüketimleri yetişkin kadınlara göre fazla iken; sadece A vitamini tüketimleri daha azdır ($p<0,05$). Yetişkin erkeklerin B6 ve C vitamini tüketimi adölesanlara göre daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$).

9. ÖNERİLER

Toplumda her yaş grubunu etkileyen beslenmeye bağlı olarak gelişen hastalıklar giderek yaygınlaşmaktadır. Tuz, şeker, doymuş yağ açısından zengin, total yağ oranı yüksek olan sağlıksız besinleri tüketme alışkanlıkları ile hareketsiz yaşam sonucu oluşan pozitif enerji dengesi obeziteye neden olur ve obezite tedavi edilmezse, beraberinde pek çok sağlık sorunu ortaya çıkmaktadır. Besinlerin enerji yoğunluklarından çok, kimyasal yapılarına bağlı olarak vücutta gelişen fizyolojik sonuçları konusunda da toplum bireyleri bilinçlenmeye gereksinim duymaktadır. Çalışmamızdan çıkan bu sonuçlara göre şu şekilde önerilerde bulunulabilir.

- Erken yaşlardan itibaren doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması için ilköğretimden itibaren bu konuda ders müfredat programları içinde yer almalıdır. Eğitimcilerle hizmet içi eğitim seminerleri verilmelidir. Bu seminerlerde besin öğeleri, besin içerikleri, beslenme yetersizliği sorunları, besinlerin hazırlanması, pişirilmesi, saklanması yöntemleri, beslenme, sağlık ve iş verimi arasındaki ilişkiler anlatılmalı ve bu eğitimler yıl içinde tekrarlanmalıdır.
- Araştırmamızda da görüldüğü gibi beslenme; birçok faktörlerden etkilenmektedir. Ülke genelinde beslenmeyi etkileyen faktörlerin de irdelendiği beslenme araştırmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sayede ülke genelinin beslenme profili belirlenmelidir.
- Bireyler beslenme konusunda uzman olan kişileri tercih etmeli veya yönlendirilmelidir. Bu noktada beslenme uzmanlarına görev düşmektedir. Toplumdaki beslenme sorunlarının çözümü için, geniş beslenme eğitim programları düzenlenmeli ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin sadece kadınların değil, toplumdaki tüm bireylerin beslenme konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Bireyler beslenmenin sağlık üzerine etkileri hakkında bilgi edindikleri takdirde, besin seçimi ve tüketiminde bilinçli ve düzenli davranmaya yönelebileceklerdir.
- Son olarak kişilerin; yeterli dengeli beslenmenin yanı sıra düzenli fiziksel aktivite için fırsat yaratmaları, bunu bir yaşam biçimi haline getirmeleri;

akabinde oluşabilecek pek çok sağlık sorununun düzeltilmesine de yardımcı olacaktır.

10. KAYNAKLAR

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

Allen L., Gillespie S. (2001). "What Works? A review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions", United Nations Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition, Asian Development Bank, ACC/SCN Nutrition Policy Paper No.19.

Akyel H. (2006). Sosyal güvenlik sistemi açısından sağlık hizmetlerinin sorunları ve genel sağlık sigortasının uygulanabilirliğine yönelik bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Ankara

Aslan D. (2007) Kadın Sağlığı ve Beslenme Sorunları Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 16 (6), 8-11.

Ata N. (2007). Aile Hekimliği'ne Götüren Nedenler. Aile Hekimliği Dergisi. 1(1): 19-20.

Attila S. (2006). Kronik ve Dejeneratif Hastalıklarda Beslenme. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Güler Ç, Akın L. 1. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s.823-824.

Baysal A. (2003). Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25(4).

BeBiS (Beslenme Bilgi Sistemi) bilgisayar yazılım programı versiyon (Ebispro für Windows Stuttgart, Germany; Türkçe Versiyonu, Veri kaynakları: Bundeslebensmittelschlüssel, 11.3

Bilge E. (2009). Bir İşletmede Çalışanların Beslenme Durumları ve Enerji Harcamalarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne. (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ufuk Berberoğlu)

Coutu MF, Dupuis G, D'Antono B, Rochon L. (2003) Illness representation and change in dietary habits in hypercholesterolemic patients. Journal of Behavioral Medicine, 26(2):133-152.

Çayır A., Atak N., Köse S.K. (2011). Beslenme ve Diyet Kliniği'ne başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64(1); s:13-19.

Çoban H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Coşkun Can Aktan).

Çom S. (2011) (eds) Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2011-2015. Sağlık Bakanlığı Yayınları no:835, Deniz Matbaacılık, Ankara.

Çom S. (2008). Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum. Aile Hekimliği Dergisi. 2(5-6): 30-34.

Dede H. (2011). Samsun İli Merkezinde Yaşayan Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Funda Pınar Çakıroğlu)

Eker E. (2006). Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi Edirne. (Danışman: Doç. Dr. Nezh Dağdeviren)

Erceğiz Bilgiç, İ. (2004) Eğitim Düzeyleri Farklı Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Stresin Beslenme Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nevin Şanlıer)

Ersoy G. (2011). Egzersiz ve Spor Yapanlar İçin Beslenme. 4. Basım. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara. S:4-5.

Güldal S. (2012) Yetişkinlerde Tayin Edilen Bazı Kan Parametrelerinin, Beslenme Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeyleri İle Olan İlişkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Bolkan Şimşek)

İlter N. (2008) Çalışan Kadınların Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Melda Karavuş)

İstek N. (2006) Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyet Polikliniğine Yönlendirilen Hastalarda Diyete Uyumu Etkileyen Kimi

Faktörler. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Düzce (Danışman: Yard. Doç. Dr. Atilla Senih Mayda).

Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A (2004). Health care systems in transition: Estonia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Kabaran S., Gezer C. (2013) Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki çocuk ve adolesanlarda Akdeniz diyetine uyum ile obezitenin belirlenmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 1;11-20.

Karabudak E. (2008) Vejeteryan Beslenmesi. 1. Baskı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Karasu, Ö. (2006). Yatılı Olan ve Olmayan Lise Öğrencilerinin Beslenme Bilgisi ve Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Yasemin Ersoy)

Karim N. (2009) Evaluation of nutritional status among a group of young Chinese adults in Kuala Lumpur, Malaysia. Asia Pacific J Clin Nutr 9(2);82-86.

Kavas A. (2003). Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Baskı. Literatür Yayıncılık, Ankara, s:1-4.

Kocabaş A. (2003). Farklı Sosyoekonomik Düzeyde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Diyet Örüntüleri Ve Diyet Kalite İndekslerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Sevinç Yücecan)

Köksal O, Atilla S. (2006). Toplum Beslenmesi. İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, s.453-480.

Köremezli, H. (2007) Amasya Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Beslenme Alışkanlıklarının Kan Lipit Düzeyi Değişimine Etkisi Üzerine Araştırmalar. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Aysel B. Öktem)

Mahan L.K, Stump S.E. (2012) Krause's Food, Nutrition & Diet Therapy. Saunders, USA, 13th Edition, s:497-559

Merdol ve ark. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara 2004.

Navai, L., Khoshnik, R.L. and Kımıagar, M., Hypertension, obesity and food intake in Islamshahr, Iran. IV. Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Antalya, 2003, s:384.

Oruç M. (2008) Otuz Yaş Üstü Obez Kadınların Antropometrik ve Biyokimyasal Bulguları ile Beslenme Durumları Arasındaki İlişki. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nevin Şanlıer)

Özenoğlu A, Sabuncu T, Ünüvar E (2000). Eksojen Obesitesi Olan Adölesanların Günlük Diyetlerinde Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Dağılımı. Endokrinolojide Yönelişler 9(1): 38-43.

Pekcan G. (2006) Food and nutrition policies: What's being done in Turkey. Public Health Nutrition, 9(1A);158-162.

Pekcan G. (2008). Beslenme Durumunun Saptanması 1. Baskı. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara.

Pekcan G. (2009). Türkiye'de beslenme ve sağlık durumuna genel bakış. Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri II. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu Kitabı, Ankara.

Satman İ. (2010) TURDEP-II. T.C. Sağlık Bakanlığı

Savaş S.B., Karahan Ö., Saka, Ö.R. (2002). Health Care Systems in Transition: Turkey. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 4(4).

Sayın I. (2009). Zayıflamak Amacıyla Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Fiziksel Aktivite ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Seçkin R.Ç. (2009). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde Yaşayanların Ayaktan Tanı-Tedavi Edici ve Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımları ve Etkileyen Etmenler. Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Bursa, (Danışman: Prof. Dr. A. Hamdi AYTEKİN)

Sofi, F., Innocenti, G., Dini, C., Masi, L., Battistini, NC., Brandi, ML., Rotella, CM., Gensini, GF., Abbate, R. (2005) Low adherence of a clinically healthy Italian population to nutritional recommendations for primary prevention of chronic diseases. Nutr Metab Card Dis, 26;(2)

Şanlıer N. (2003) Anne ve Çocuk Beslenmesi. 2. Baskı. Pegem Yayınları. Ankara.

Şanlıer N. (2011). Sağlık Çalışanlarında Obezite ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu. 1. Baskı, .Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2009.

TÜİK (2006). Yoksulluk Çalışması Sonuçları, <http://www.tuik.gov.tr> (Erişim tarihi: 20 Haziran 2013).

TÜİK (2008). Hanehalkı İşgücü Araştırması 2008 Mart Dönemi Sonuçları, <http://www.tuik.gov.tr> (Erişim tarihi: 20 Haziran 2013)

Tunay, V.B. (2008) Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. 1. Basım Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara.

Türksoy A. (2002). Yiyecek ve İçecek Hizmetleri Yönetimi. 2. Basım Turhan Kitabevi. Ankara.

Uysal Y., Akpınar E. (2013) Tip 2 Ddiyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 38(1);38-40.

Vermunt S., Pasma W., Schaafsma G., Kardinaal, M. (2003) Effects of sugar intake on body weight: A Review, Obesity, 91-99.

WHO Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Disease (2003) WHO Technical report Series 916, Geneva, Switzerland.

Whitehead M. (2001). Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2. Baskı, Ankara.

Yardımcı.H., Özçelik AÖ. (2006) Menapoz sonrası dönemdeki kadınlarda egzersizin toplam ve intraabdominal yağ üzerine etkisi. JAMA Türkiye, 16 (3); 182.

Yazıcı S. (1992) İnşaat Malzemesi Üretiminde Çalışan İşçilerin Beslenme Durumlarının Saptanması. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nevzat Yıldırım)

Yiğit Y. (2006) Düzce İli İsmet Paşa İlköğretim Okulu 6, 7, 8.Sınıflara Devam Eden Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeyleri, Alışkanlıkları ve Obezite Durumları Üzerine Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fulya Aytekin)

http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. (Erişim tarihi:
20 Nisan 2013).

11. EKLER

EK-1: KURUM İZİNİ



06.05.2013

T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE;

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda eğitimini sürdüren Başak COŞKUN'un, Prof. Dr. Yasemin BEYHAN danışmanlığında hazırlayacağı 'İstanbul'da Özel Bir Hastanede Diyet Polikliniği'ne Başvuranların Profili, Başvuru Nedenleri ve Beslenme Durumlarıyla İlişkisi' konulu araştırmasının anketini hastanemizde yapması tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

MEDİLİFE ÇAPA HASTANESİ

Başhekim

ÖZEL ÇAPA MEDİLİFE HASTANESİ
Başhekim ve Sorumlu Müdür
Dr. Dr. Cengiz ÖZAL SENTÖRK
Çapa Cerrahi Uzmanı
Dip. Tesc. No: 58005 - 99352
Hastane Kodu: 12345068

EK-2: 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:

EK-3: ANKET ÇALIŞMASI
‘İstanbul’da Özel Bir Hastanede, Diyet Polikliniği’ne Başvuranların Profili, Başvuru Nedenleri ve Beslenme Durumlarıyla İlişkisi’ KONULU ANKET ÇALIŞMASI

I: GENEL BİLGİLER

1- CİNSİYET:

2- YAŞ:

3- EĞİTİM DURUMU:

4- MESLEK:

5- MEDENİ DURUM:

6- GEBELİK SAYISI:

7- Ailedeki birey sayısı

8- Neden diyet polikliniğine başvurduunuz?
.....

9- Herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

a.)Hayır b.)Obezite c.)Zayıflık d.)Diyabet

e.)Hipertansiyon f.)Anemi g.)Böbrek hastalıkları h.)Karaciğer hastalıkları

ı.)Kalp-Damar hastalıkları i.)Mide-bağırsak hastalıkları j.)Tiroid hastalıkları

k.)Kanser l.)Diğer

10- Geçirdiğiniz bir ameliyat var mı? Varsa nedir?

11- Vücut görünümünüzden memnun musunuz?

a.)Memnun değilim b.)Ne memnunum ne değilim c.)Memnunum

12- Daha önce diyet yaptınız mı? a.)Evet b.)Hayır

13- Yaptıysanız kendiniz mi yoksa bir diyetisyen ile mi yaptınız?

14- Kendiniz yaptıysanız diyeti nerden temin ettiniz?

15- Diyetisyen eşliğinde diyet yaptıysanız özel hastane mi, devlet hastanesi mi yoksa özel klinik mi tercih etmişsiniz?

16- Bugüne kadar en fazla kaç kilo oldunuz?

II:BESLENME DURUMU:

17- Günde kaç öğün yemek yersiniz?

..... ana öğün,ara öğün

18- Ara öğünlerde genellikle hangi tür besinleri tüketirsiniz?

19- Öğün atlama nedeniniz nedir?

a.)Zaman yetersizliği b.)Unutuyorum c.)Alışkanlığım yok

d.)Canım istemiyor e.)Zayıflamak için

20- Gece uyanıp bir şeyler atıştırır mısınız?

a.)Evet b.)Hayır

21- Dışarıda ne sıklıkla yemek yersiniz?

a.)Her gün b.)Haftada 2-3 kez c.)Her hafta d.)Ayda 2-3 kez e.)Hiç

22- Dışarıda yemek yediğinizde en çok tercih ettiğiniz yiyecekler aşağıdakilerden hangisidir?

a.)Döner, kebab, lahmacun b.)Salata türleri c.)Ev yemekleri

d.)Makarna, simit, hamur e.)Hamburger, pizza

23- Günde kaç bardak su içersiniz?

24- En çok tükettiğiniz içecek türü hangisidir?

a.)Su b.)Çay-kahve c.)Gazlı içecekler (kol vs.) d.)Bitki çayları

e.)Soda f.)Süt-ayran

25- Çay, kahve, bitki çaylarına şeker atar mısınız? a.)Evet b.)Hayır

26- Yemeklere ekstra tuz ilave eder misiniz a.)Evet b.)Hayır

27- Sigara kullanıyor musunuz? a.) Evet b.)Hayır

28- Alkol tüketir misiniz? Tüketirseniz ne sıklıkla tüketirsiniz ve cinsi nedir?

29- Aşağıdaki ekmek türlerinden genelde hangisini tercih edersiniz?

a.)Beyaz ekmek b.)Tahıllı kepekli esmer ekmek c.)Bazlama, lavaş

30- Tatlandırıcı kullanır mısınız? Kullanıyorsanız hangisi?

a.)Evet b.)Hayır

31- Evde hangi yağ en fazla kullanılır?

a.)Zeytinyağı b.)Ayçiçek yağı c.)Mısırözü yağı d.)Margari e.)Tereyağ

32- Diyet ürün kullanır mısınız? Kullanırsanız hangi ürünlerin diyetini alırsınız?

a.) Evet b.)Hayır

33- Herhangi bir ek besin desteği kullanıyor musunuz?

a.)Evet b.)Hayır

34- Besin desteği kullanmadaki amacınız nedir?

a.)Yorgunluk için b.)Hastalığım için
c.)Sağlıklı kaliteli yaşam için d.)Zayıflamak için

35- Kullandığınız besin desteğini kim önerdi?

a.)Arkadaş, komşu b.)Doktor c.)Eczacı

36-Düzenli spor yapar mısınız?

a.)Evet b.)Hayır

37-Ne sıklıkla ve hangi sporu yapmaktasınız?

.....

III.TARTI ÖLÇÜM DEĞERLERİ:

BOY:

KİLO:

B.K.I:

FAT % --FAT MASS:

FFM:

TBW:

IV. BİR GÜNLÜK BESİN TÜKETİM KAYDI:

SABAH:

ARA:

ÖĞLEN:

ARA:

AKŞAM:

ARA:

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :Başak COŞKUN
Doğum Yeri ve Tarihi :İstanbul- 30/08/1989
Medeni Hali :Bekar
Yabancı Dil :İngilizce
E -Posta Adresi :dytbasak@gmail.com
Tel :05393873253

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Adile Mermerci Anadolu Lisesi	2007
Lisans	Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü	2011

İş Tecrübesi

	Görev	Süre
Medilife Sağlık Grubu	Diyetisyen	2012- halen
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak.	Diyetisyen	2011-2012

Mesleki Dernek ve Kurum Üyeliği

Türkiye Diyetisyenler Derneği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler, Burslar

YÖK %50 Üniversite Bursu

Bildiriler / Yayınlar

Haliç Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması' adlı poster sunumu - **Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri III. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu 2011- Ankara**