



T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KAHRAMANMARAŞ İLİNDE BESLENME
ALIŞKANLIKLARININ SAĞLIK ÜZERİNE
ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ**

GÜLŞAH ERŞAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
GIDA MÜHENDİSLİĞİ ANABİLİM DALI**

KAHRAMANMARAŞ, 2018

**T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAHRAMANMARAŞ İLİNDE BESLENME
ALİŞKANLIKLARININ SAĞLIK ÜZERİNE
ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ**

GÜLŞAH ERŞAN

**Bu tez,
Gıda Mühendisliği Anabilim Dalında
YÜKSEK LİSANS
derecesi için hazırlanmıştır**

KAHRAMANMARAŞ, 2018

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Gülşah ERSAN tarafından hazırlanan “KAHRAMANMARAŞ İLİNDE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ” adlı bu tez, jürimiz tarafından 10/08/2018 tarihinde oy birliği ile Gıda Mühendisliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üy. A. Sinan ÇOLAKOĞLU (Danışman)

Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Prof. Dr. Cuma AKBAY (Üye)

Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Doç Dr. Celile DÖLEKOĞLU (Üye)

İşletme Anabilim Dalı

Adana Bilim ve Teknoloji Üniversitesi

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Mustafa ŞEKKELİ

Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, alıntı yapılan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

.....
Gülşah ERŞAN

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

**KAHRAMANMARAŞ İLİNDE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ SAĞLIK
ÜZERİNE ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

GÜLŞAH ERŞAN

ÖZET

Bu araştırmada, Kahramanmaraş ilinde yaşayan ve Mart 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında özel bir diyet polikliniğine başvuran, 7-66 yaş arası 188'i kadın, 62'si erkek olmak üzere, 250 katılımcının fiziksel ve sosyo-demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, sağlık durumları, kan analizleri ve besin tüketim sıklıklarının belirlenmesi amacıyla anket formu uygulanmıştır.

Kadın ve erkeklerin kilo ortalamasının 79,7 ve 92,2 kg ölçülmüş, buna değerlere göre birinci derece obez oldukları görülmüştür. Bireylerin gelir durumlarının düşük, en sık atladıkları öğünün sabah, beslenme tercihlerinde fast-food, çay şekeri ve ayçiçek yağı ön plana çıkmıştır. Katılımcıların %21,2'sinin kronik hastalığı olduğu, %42,0'inin yardımcı destek ürünü, özellikle bitki çayı kullandığı, yeme problemlerinin olmadığı (%80,8), iştahlarının iyi olduğu (%94,0), ve sigara (%74,8) ve alkol tüketiminin (%92,0) az olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %36,4'ü haftada en fazla 3 kez spor etkinliğinde bulunduğu görülmüştür. Kan analizlerinde, glikoz (%20,4), trigliserit (%41,2), kolesterol (%36,0), LDL (%17,6) ve HDL (%32) dışında diğerleri (HGB, HCT, AST ve ALT) %90'ının üzerinde normal aralıkta bulunmuştur.

Bireylerin besin tüketim sıklıkları sonuçlarına göre %21,6'sının hiç süt içmedikleri, %46,8'inin yoğurdu ve %47,6'sının ayranı, %76,8'inin beyaz peyniri hemen hemen her gün tükettiği ve dondurma tüketiminin mevsimden bağımsız olarak en az ayda 1 kez tüketildiği tespit edilmiştir. Bireyler arasında yağlı tohumlular tüketmeyen olmamasına rağmen, sebze ve meyve tüketimi azdır. Ekmek tercihlerini beyaz ekmekten yana kullanmakta, pirinci bulgura göre daha sık tüketmektedirler. Katılımcıların çay, çay şekeri, şekerleme ve çikolata tüketimi fazla olup, sıvı yağları katı yağlara göre; lahmacun, etli/peynirli pide, hamur işi ve şekerli tatlıları ise diğer hazır gıdalara göre daha fazla tercih etmektedirler.

Karşılaştırmalı analizlerde; cinsiyet ile glikoz, ALT, kolesterol ve LDL; yaş ile kolesterol; kilo ile kronik hastalık, kolesterol ve LDL; eğitim ile kronik hastalık; gelir ile kronik hastalık; atlanan öğün ile kronik ve glikoz; içecek türü ile kronik hastalık, ALT ve kolesterol;

fast-food ile kronik hastalık; ay Şekeri ile ALT; yağ çeşidi ile HGB, glikoz ve kolesterol; iştah ile trigliserit; yeme problemi ile trigliserit, kolesterol ve LDL; sigara ile kronik ve kan analizleri (glikoz, ALT, trigliserit, kolesterol, LDL) ile kronik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, elde edilen verilere göre, Kahramanmaraş'ta yaşayan bireylerin yeterli ve dengeli beslenmedikleri ve bu durumun sağlıkları üzerine etkileri olduğu görülmüştür. Bireylerin bu konuda eğitilmeleri ve ev dışı gıda tüketimlerinin azaltmaları tavsiye edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalıklar, beslenme alışkanlıkları, beden kütle indeksi, kan analizleri

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Fen Bilimleri Enstitüsü
Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı, Ağustos/ 2018

Danışman : Dr. Öğr. y. A. Sinan OLAKOğLU
Sayfa sayısı : 70

EFFECTS OF FOOD HABITS ON HEALTH STATUS OF PEOPLE IN KAHRAMANMARAS PROVINCE

(M.Sc. THESIS)

GÜLŞAH ERŞAN

ABSTRACT

This research was aimed to determine the physical and sociodemographic properties, nutritional habits, health status, blood parameters and food consumption frequency of 250 participants (118 women, 62 men) with aged between 7-66.

The mean weights for women and men were 79.7 and 92.2 kg, respectively, indicating that the participants were in obesity class 1. They had low in annual income, skipped breakfast, and preferred fast-food, sugar, and sunflower as cooking oil and herbal tea (42.00%) in their diet. The percentages of chronic diseases and eating disorder were 21.2 and 19.2%, respectively. All had good appetite with consumption of cigarette (74.8) and alcohol (92.0%). 36.4% of the participants exercised 3 times a week at most. Apart from glucose (20.4%), triglycerides (41.2%), cholesterol (36.0%), LDL (17.6%) and HDL (32.0%), other parameters (HGB, HCT, AST and ALT) were found at normal values (>90%).

According to food consumption frequency, 21.6% of the participants did not drink milk, but consumed yogurt (46.8%), ayran (47.6%) and feta cheese (76.8%) everyday. They also consumed ice cream at least once a month independent of seasons. At most all participants consumed nuts. The consumption of fruits and vegetables were low. They mostly preferred white bread over other cereal breads, rice over bulgur, oils over fats, and meat/cheese pide and lahmacun over other ready-to eat meals. They also consumed tea, sugar and chocolate consumptions at high amounts.

The comparative analyses indicated that there were significant relationships between gender vs glucose, ALT, cholesterol and LDL; age vs cholesterol; weight vs chronic disease, cholesterol and LDL; education vs chronic disease, income vs chronic disease; skipped meal vs chronic disease and glucose; drinks vs chronic disease, ALT and cholesterol; fast-food vs chronic disease; sugar vs ALT; oil type vs HGB, glucose and cholesterol; appetite vs triglyceride; eating disorder vs triglyceride, cholesterol and LDL; smoking vs chronic disease glucose, ALT, triglyceride, cholesterol and LDL.

In conclusion, the obtained results indicated that the participants in Kahramanmaras did not take nourishment at adequate and balance, affecting their health status. It is advisable to inform people on health diet and limit the out-of- home consumption.

Keywords: Chronic disease, nutritional habit, body mass index, blood parameters

Kahramanmaras Sutcu Imam University
Graduate School of Natural and Applied Sciences
Department of Food Engineering, August/ 2018

Supervisor : Asst. Prof. Dr. A. Sinan COLAKOGLU
Page Numbers : 70

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan, her sorun yaşadığımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki akademik hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm danışman hocam Dr. Öğr. Üy. A. Sinan ÇOLAKOĞLU'na teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum.

Yine çalışmamda yöntem açısından bana yardımda bulunarak yol gösteren kıymetli jüri üyelerim Prof. Dr. Cuma AKBAY'a ve Doç. Dr. Celile DÖLEKOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Teşekkürlerin az kalacağı diğer üniversite hocalarımdan da bana 2 yıllık yüksek lisans hayatım boyunca kazandırdıkları her şey için ve beni akademik kariyerimde söz sahibi yapacak bilgilerle donattıkları için hepsine teker teker teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak çalışmamda desteğini ve bana olan güvenini benden esirgemeyen, beni bu günlere sevgi ve saygı kelimelerinin anlamlarını bilecek şekilde yetiştirerek getiren ve benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen bu hayattaki en büyük şansım olan aileme sonsuz teşekkürler.

GÜLŞAH ERŞAN

KAHRAMANMARAŞ, 2018

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. KURAMSAL TEMELLER.....	2
2.1. Beslenme	2
2.2. Beslenme ve Sağlık İlişkisi.....	2
2.2.1. Yeterli ve dengeli beslenme	3
2.2.2. Yetersiz ve dengesiz beslenme	4
2.3. Kronik Hastalıklar	5
2.3.1. Obezite.....	6
2.3.2. Diyabet	7
2.3.3. Kardiyovasküler hastalıklar.....	9
2.3.4. Kolesterol	9
2.3.5. Yeme bozuklukları	10
2.3.5.1. Anoreksiya nervoza	10
2.3.5.2. Bulimia nervoza.....	10
2.3.5.3. Gece yeme sendromu.....	11
2.4. Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi.....	11

2.4.1. Besin alımının tespiti.....	12
2.4.2. Antropometrik yöntemler	12
2.4.3. Biyokimyasal ve biyofizik yöntemler	13
2.4.4. Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü	14
2.4.5. Psiko-sosyal veriler	14
3. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	15
4. MATERYAL VE METOD.....	18
4.1. Araştırmanın Tipi	18
4.2. Araştırmanın Örnekleme.....	18
4.3. Çalışma Planı.....	18
4.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19
5. ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA	20
5.1. Frekans Analizleri.....	20
5.1.1. Fiziksel özelliklere ilişkin verilerin analizi	20
5.1.2. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin verilerin analizi.....	20
5.1.3. Beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin analizi.....	20
5.1.4. Sağlık durumlarına ilişkin verilerin analizi	23
5.1.5. Kan analizlerine ilişkin verilerin analizi.....	23
5.1.6. Besin tüketim kayıtlarına ilişkin verilerin analizi.....	25
5.1.6.1. Süt ve süt ürünleri tüketimi	25
5.1.6.2. Et tüketimi	26
5.1.6.3. Yumurta tüketimi.....	27
5.1.6.4. Kuru baklagiller ve yağlı tohumlar tüketimi	27
5.1.6.5. Sebze ve meyve tüketimi.....	27
5.1.6.6. Tahıl ürünleri tüketimi.....	28

5.1.6.7. Şeker ve tatlı besinler tüketimi	28
5.1.6.8. Yağ tüketimi	29
5.1.6.9. İçecek tüketimi	30
5.1.6.10. Hazır besinler tüketimi	30
5.2. Karşılaştırmalı Analizler	32
5.2.1. Cinsiyet ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	32
5.2.2. Yaş ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	33
5.2.3. Kilo ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki	35
5.2.4. Eğitim durumu ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki	37
5.2.5. Gelir durumu ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki.....	37
5.2.6. Öğün atlama ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	38
5.2.7. İçecek tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki	40
5.2.8. Fast-food tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	42
5.2.9. Çay şekeri tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	43
5.2.10. Yemeklik yağ tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki	44
5.2.11. İştah ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki	46
5.2.12. Yeme problemi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki	48
5.2.13. Sigara kullanımı ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	49
5.2.14. Alkol tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	50
5.2.15. Spor ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki.....	52
5.2.16. Kan analizleri ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki	53
6. SONUÇ.....	55
Ek 1. Bireylere verilen anket formu	64
Ek 2. Besin tüketim alışkanlıkları anketi.....	66
ÖZGEÇMİŞ.....	69

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.1. Dünya Sağlık Örgütü obezite sınıflandırılması.....	7
Çizelge 5.1. Ankete katılanların fiziksel özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı	21
Çizelge 5.2. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı.....	21
Çizelge 5.3. Bireylerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımı	22
Çizelge 5.4. Bireylerin sağlık bilgilerine ilişkin verilerin dağılımı	24
Çizelge 5.5. Bireylerin kan analizlerine ilişkin verilerin dağılımı	25
Çizelge 5.6. Süt ve ürünleri tüketim kayıtlarına ilişkin veriler	26
Çizelge 5.7. Et tüketim kayıtlarına ilişkin veriler.....	26
Çizelge 5.8. Yumurta tüketim kayıtlarına ilişkin veriler	27
Çizelge 5.9. Kuru baklagiller ve yağlı tohumlar tüketim kayıtlarına ilişkin veriler.....	27
Çizelge 5.10. Sebze tüketim kayıtlarına ilişkin veriler.....	28
Çizelge 5.11. Meyve tüketim kayıtlarına ilişkin veriler	28
Çizelge 5.12. Tahıl ürünleri tüketim kayıtlarının analizi.....	29
Çizelge 5.13. Şeker ve tatlı besinler tüketim kayıtlarına ilişkin veriler	29
Çizelge 5.14. Yemeklik yağ tüketim kayıtlarına ilişkin veriler.....	30
Çizelge 5.15. İçecek tüketim kayıtlarına ilişkin veriler.....	31
Çizelge 5.16. Hazır besin tüketim kayıtlarına ilişkin veriler	31
Çizelge 5.17. Cinsiyet ile kronik hastalıkların olma durumu ilişkisi	32
Çizelge 5.18. Cinsiyet ile kan analizlerinin ilişkisi	33
Çizelge 5.19. Yaş grupları ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	34
Çizelge 5.20. Yaş grubu ile kan analizleri arasındaki ilişki	34
Çizelge 5.21. Kilo ile kronik hastalıklar olma durumu arasındaki ilişki.....	35

Çizelge 5.22. Kilo ile kan analizleri arasındaki ilişki.....	36
Çizelge 5.23. Eğitim durumu ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki.....	37
Çizelge 5.24. Gelir durumu ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	38
Çizelge 5.25. Atlanan öğün ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	38
Çizelge 5.26. Atlanan öğün ile kan analizleri arasındaki ilişki	39
Çizelge 5.27. İçecek tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	40
Çizelge 5.28. İçecek tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki	40
Çizelge 5.29. Fast-food tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	42
Çizelge 5.30. Fast-food tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki	42
Çizelge 5.31. Çay şekeri tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki.....	43
Çizelge 5.32. Çay şekeri tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki.....	44
Çizelge 5.33. Yemeklik yağ tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	45
Çizelge 5.34. Yemeklik yağ tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki.....	45
Çizelge 5.35. İştah durumu ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	47
Çizelge 5.36. İştah durumu ile kan analizleri arasındaki ilişki.....	47
Çizelge 5.37. Yeme problemi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki	48
Çizelge 5.38. Yeme problemi ile kan analizleri arasındaki ilişki.....	48
Çizelge 5.39. Sigara kullanımı ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki.....	49
Çizelge 5.40. Sigara kullanımı ile kan analizleri arasındaki ilişki	49
Çizelge 5.41. Alkol tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki.....	51
Çizelge 5.42. Alkol tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki	51
Çizelge 5.43. Spor yapma durumu ile kronik hastalık arasındaki ilişki.....	52
Çizelge 5.44. Spor yapma durumu ile kan analizleri arasındaki ilişki	52
Çizelge 5.45. Kan analizleri ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki.....	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 4.1. TANITA SC-330.....	19
-------------------------------	----

1. GİRİŞ

Günümüzde, ekonomik refahın ve eğitim seviyesinin artmasına paralel olarak gıda, sağlık hizmetleri ve barınma gibi temel ihtiyaçlara bireylerin erişimleri kolaylaşmıştır. Bunun yanında, özel ve resmi kurumların hijyen ve sanitasyon kurallarına yerine getirmeleri, bulaşıcı hastalıklardan ölümler azalmış, toplumun yaşam süresi uzamıştır. Ancak, bu durum kronik hastalıkların yaygınlık oranı artışını da beraberinde getirmiştir. 2005 yılı istatistiklerine göre, dünya genelinde ölümlerin %59,9'nun nedeni kronik hastalıklar olup, bu kronik hastalıkların yarısını kalp-damar hastalıkları meydana getirmektedir (Kılıç, 2011).

Beslenme, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için vücudun gereksinimi olan besin ögesini alması şeklinde tanımlanmaktadır Bireyin yaşaması, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesi, refah düzeyinin artması için gerekli olan temel koşullardan biridir (WHO, 2015).

Zaman kavramının her zamankinden daha önemli olduğu günümüzde hızlı yaşam ihtiyacından kaynaklanan yeni beslenme alışkanlıkları ortaya çıkmıştır. Bu tür beslenme alışkanlıklarının insan sağlığı üzerinde önemli etkileri olduğu yaygın olarak kabul görmektedir.

Geçmişten günümüze, beslenme alışkanlıkları ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar yapılagelmektedir. Bu araştırmanın, Kahramanmaraş'ta yaşayan bireyler üzerinden yapılması bakımından bölgemiz açısından önem taşımaktadır. Bu amaçla, bireylerin fiziksel ve sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra beslenme alışkanlıkları, sağlık durumları ve kan analizi sonuçları incelenmiş, bu özellikler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçların, yaşam kalitesinin korunması ve kronik hastalıkların önüne geçilebilmesine katkı sağlayacağı ümit edilmektedir.

2. KURAMSAL TEMELLER

İnsan gücü, toplumların ya da ülkelerin sosyal ve ekonomik olarak kalkınmalarında büyük önem taşıyan temel etkenlerin başında gelmektedir. Dolayısı ile toplumların kalkınmasında insanların birey olarak sağlıklı ve güçlü olmaları gerekmektedir. Her birey yaşamak için öncelikle beslenmek zorundadır. İnsanların yaşamsal ihtiyaçlarından birisi olan beslenmenin en iyi şekilde gerçekleştirilmesi, diğer gereksinimlerini karşılaması bakımından güven oluşturmaktadır. Toplumların sahip olduğu insan potansiyelinin niteliklerinin sağlıklı, üretken ve verimli hale getirebilmelerinde beslenmenin büyük önemi bulunmaktadır (Arslan ve Pekşen Akça, 2012).

Modern dünyanın yüksek temposu ve yaşam koşulları, teknoloji ve bilim sayesinde insanların uzayan ömrüne karşın pek çok yeni hastalık ve sağlık sorununun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İnsan yaşamını olumsuz etkileyen çoğu sağlık sorununun beslenme ile ilişkisi yaygın araştırma konularından birisi olarak ilgi görmektedir (Batman ve ark., 2015).

2.1. Beslenme

Beslenme, bireyin büyümesi, gelişmesi, yaşamını sürdürebilmesi, sağlığını koruması ve geliştirebilmesi için gerekli besinleri tüketmesidir (Demircioğlu ve Yabancı, 2003; Kılıç ve Şanlıer, 2007; Eroğlu ve ark., 2012). Bu tanım, beslenmenin, anne karnındaki döneminden yaşlılık dönemine kadar yaşamın her döneminde önemli olduğunu göstermektedir (Arslan ve Pekşen Akça, 2012).

Beslenmenin, insanların sadece karınlarını doyurmaları amacıyla gerçekleştirdikleri bir etkinlik olarak ifade edilmesi yetersiz bir tanımlamadır. Her ne kadar ihtiyaç duyulan besinlerin tüketilmesi ile bir beslenme etkinliğinden söz etmek mümkünse de, bu etkinliğin hedefine ulaşması bakımından belirli niteliklere sahip olması gerekmektedir. Bu bakımdan beslenme ile birlikte sağlıklı beslenme kavramından da söz etmek mümkündür. İnsanların yaşı, cinsiyeti ve fizyolojisine bağlı olarak gerek duyduğu tüm besin öğelerini yeterli miktarda tüketmesi “sağlık beslenme” kavramı ile ifade edilmektedir. Araştırmalar, sağlıklı beslenme tanımına uymayan beslenmenin fiziksel büyüme ve zeka gelişimi konusunda sorunlara neden olduğunu ortaya koymaktadır (Eroğlu ve ark., 2012).

2.2. Beslenme ve Sağlık İlişkisi

İnsan sağlığını etkileyen pek çok unsurdan bazılarını genetik ve fizyolojik özellikler,

yaşam ve iş koşulları ve iklim gibi çevresel faktörler olarak sıralamak mümkündür. Ancak, bunların başında, insan sağlığına doğrudan etkileri bakımından beslenme yer almaktadır. Yaş, cinsiyet vb. durumuna göre bireyler, günlük gereksinim duyduğu enerjiyi ve besin öğelerini yeterli miktarlarda sağlanması gerekir (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Vücudun en küçük yapı taşı olan hücrelerin düzenli olarak çalışabilmesi için, günlük olarak tüketilen besinlerden sağlanan proteinler, karbonhidratlar, yağlar, vitaminler, mineraller ve su gibi besin öğelerine gereksinim vardır (Ünver, 2004; Uzgidim, 2015). İnsanların, beslenmeye ilişkin gereksinimlerini karşılayabilmeleri için 50 civarında besin kaynağını kullanmaları gerekmektedir. Büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunabilmesi için bu besin öğelerinden günlük tüketilmesi gereken miktarlar belirlidir. Besin öğelerinin, bireyin ihtiyacı olandan az ya da gereğinden fazla alınması durumlarında yetersiz ve dengesiz beslenme durumları ortaya çıkmakta ve insan sağlığının bozulması söz konusu olmaktadır. Dolayısı ile beslenme sadece karın doyurmak amacıyla gerçekleştirilen yemek yeme davranışı olarak değil, bilinçli bir şekilde yaşam kalitesini yükseltme hedefi ile gerçekleştirilmesi gereken etkinliklerdir (Seven, 2013).

2.2.1. Yeterli ve dengeli beslenme

Beslenme, tanımı gereği insanların ve dolayısı ile toplumların yaşam kalitesini doğrudan etkileyen etkenlerden birisidir. Beslenmenin niteliği ise bu hedefe ulaşılma noktasında etkili olmaktadır. Yüksek yaşam kalitesi hedefleyen bireylerin ve toplumların beslenmenin miktarına ve niteliğine önem vermesi gerekmektedir (Aksoy, 2016).

İnsanların ihtiyaç duyduğu besin miktarı sosyal konumlarına göre değişmemektedir. Ancak, yaş, cinsiyet, genetik ve fizyolojik özellikler, fiziksel aktivite ve hastalık durumu gibi faktörler, bireylerin besin gereksinimlerinde farklılıklara neden olur. Örneğin, büyüme çağındaki bir bireyin beslenme gereksinimini belirleyen enerji ve besin maddeleri ihtiyacı, yetişkin bir bireye göre daha yüksek olmaktadır. Yaşa bağlı olarak enerji ihtiyacı azalmakla birlikte, yine yaşa bağlı olarak hücrelerde meydana gelen yıpranmaların minimize edilebilmesi için bazı besin maddelerine olan ihtiyaç artmaktadır. Benzer şekilde genel olarak erkek bireylerin kadınlara göre enerji gereksinimleri daha yüksektir (Baysal, 2003).

Yukarıda belirtilen faktörler göz önüne alınarak, enerji ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarda alınması, bunların kaynağı olan besinleri besleyici değerlerini kaybetmeden ve sağlığı bozucu duruma getirmeden işleyip tüketilmesi “yeterli ve dengeli beslenme” olarak tanımlanır (WHO, 2015; Şanlıer, 2017). Araştırmalar, yeterli ve dengeli beslenmenin,

toplum sağlığını doğrudan etkileyen bir unsur olduğunu ortaya koymaktadır (Demircioğlu ve Yabancı, 2003).

Beslenme kavramı, pek çok akademik araştırmaya konu olmakla birlikte çok çeşitli çalışma alanı tarafından ilgi duyulan ve üzerinde araştırmalar yapılan bir konudur. Dünyanın hemen her ülkesi, büyük önem verdiği yeterli ve dengeli beslenme ile toplumlarının sağlıklı ve güçlü bireylerden meydana gelmesini ister. Yeterli ve dengeli beslenme, dolayısıyla, toplumların sosyo-ekonomik açıdan güçlenmesine, yüksek refah düzeyine ulaşmasına ve toplumsal huzurun sağlanması yardımcı olmaktadır (Eroğlu ve ark., 2012).

2.2.2. Yetersiz ve dengesiz beslenme

Yetersiz ve dengesiz beslenme ile ilişkili bir kavram olan malnütrisyon, vücudun büyümeyi sürdürme, doku yapım ve onarımı, bazı özel fonksiyonlar için gerekli olan besin ögeleri ve enerji alımındaki hücrenel dengesizlik ve eksiklik olarak tanımlanmaktadır. Malnütrisyon, genel ve uzun süreli kalori eksikliği olarak ifade edilen yetersiz beslenme ile ya da bu durumun tersi olan bireyin bir besin grubundan fazla beslenmesi ancak diğer besin grubundan besinleri tksetmemesi olan tek tip beslenme ile de ortaya çıkabilmektedir (Woodhouse ve Lamport, 2012). Malnütrisyon, sadece makro besin ögelerinin alımındaki azalma ile görülen protein ve enerji yetersizliği değil aynı zamanda mikro besin ögelerinin yetersizliğini de içine alan önemli bir yetersizlik sendromudur (rs, 2011).

Yetersiz ve dengesiz beslenme toplumun her kesiminde bulunan bireyler için önemli olmakla birlikte sorunlar en fazla gebe ve emzikliiler, 0-6 yaş çocuklar, okul ağı çocuklar, doğuştan ve/veya metabolizma hastalıkları vb. Özel durumu olan çocuklar ve yaşlılar üzerinde etkili olmaktadır (şanlıer, 2017). Yetersiz ve dengesiz beslenmenin neden olduğu pek çok sağlık sorunu bulunmakla birlikte, temel olarak zeka ve beden gelişimi sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Gebelik ve bebeklik dönemlerinde normal bir beyin gelişimi için yeterli beslenmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bilişsel, motor, sosyal ve duygusal becerilerin ortaya çıkması bakımından bu dönemler beyin oluşumunda önem taşıyan dönemlerdir. Yaşamın ilk dönemlerinde bu becerilerle ilişkili gelişimini yeteri kadar gerçekleştirememiş olan çocukların sonraki dönemlerde nöropsikolojik sorunlar ve okul başarisının düşük olması gibi problemlerle karşılaşma riski yüksektir (Akdevelioğlu, 2012; Prado ve Dewey, 2014).

Yetersiz beslenmenin nedenleri arasında yeterli besin bulamamak yer alsa da çoğunlukla asıl neden beslenmeyle ilgili bilinç düzeyinin düşük olmasıdır. Bireylerin

sağlıklı yaşam bilincine kavuşturulması ve bunun bir yaşam biçimi olarak belirlenmesi, sağlık koruyucularıyla birlikte eğitimcilerin üstlenmesi gereken görevlerdendir. Dolayısı ile sağlıklı bir toplum elde edilmesi ve toplumsal sağlığın korunması için beslenme eğitimine önem verilmesi gerekmektedir (Güldal, 2012).

2.3. Kronik Hastalıklar

Kronik veya süreğen hastalıklar, vücudun herhangi bir parçasında var olan, bireyin yetilerinde kayba yol açabilen, bireylerde yapısal ve fonksiyonel bozukluklara neden olabilen, uzun süreli devam eden, kimi zaman hayat boyu düzelme gözlemlenmeyen, tedavi imkânları daha sınırlı kabul edilen hastalık türlerinden oluşmaktadır (Acar, 2000; Özdemir ve Taşçı, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, "kronik hastalıklar, kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşü mümkün olmayan değişikliklere neden olan hastalıklar" şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2015). Kronik hastalıkların genel özellikleri aşağıda yer almaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013):

- Genellikle orta yaşta başlar, ömür boyu sürer ve kalıcı bir sakatlık bırakır.
- Hastalığın oluşmasında birden fazla etken vardır, kişinin bu etkenlerle karşılaşma miktarı ve süresi hastalığın oluşmasında önemlidir.
- Etmenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir.
- Hastalık süresince farklı evreler yaşanabildiği için evrenin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ve farklı çözüm yolları vardır.
- Zaman zaman iyileşme dönemine girse de tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma sokar.
- Diğer kronik durumlara neden olabilir.
- Kronik hastalıklar bütün aileyi etkiler.
- Kronik hastalıkla baş etme daha çok tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir, tedavi rejimine bağlılık ve ısrar hastalığın kontrol altına alınmasında önemlidir.
- Hastalığı olan birey ve aile baş etmede temel sorumluluğa sahiptir ve bu sorumluluk her geçen gün artar.
- Kronik hastalıklar ile baş etme, işbirliği gerektiren ve yaşayarak öğrenmeyi kapsayan bir süreçtir.
- Kronik hastalık ile yaşamak demek; hayatın belirsizliği, kararsızlığı ve değişkenliği demektir.
- Hastaların hastane ve toplum bakımına gereksinimi vardır.

- Tanı, tedavi ve rehabilitasyon için ekonomik desteğe çok fazla gereksinim vardır.
- Hastaların sık sık ve uzun süreli hastaneye yatmaları ve hastane enfeksiyon riskleri nedeniyle aile ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir.

Kronik hastalıklar, uzun süreli gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyaç duymaktadır. Her ne kadar kronik hastalıkların ortaya çıkmasında insanların yaşam tarzını değiştiren teknoloji ve kentleşmenin etkili olduğu kabul edilse de günümüzde dünya genelindeki kronik hastalıkların %80'inden fazlasının düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunduğu görülmektedir. Bu durum, kronik hastalıkların gelişmiş ülkelere ait bir sorun olmadığını, tüm dünyayı ilgilendirdiğini ortaya koymaktadır (Kaymaz, 2016).

Bilim ve teknolojiye bağlı olarak tanı ve tedavi yöntemlerinde görülen ilerlemeler ve koruyucu sağlık hizmetlerine her zamankinden daha fazla önem verilmesi, ortalama yaşam sürelerinin artmasını ve dünyanın büyük kısmında bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınabilmesini sağlamıştır. Diğer taraftan, daha yaşlı bir dünya nüfusu, hızlı kentleşmeye bağlı olarak ortaya çıkan çok çeşitli stres kaynakları ve yine teknolojinin yaşamı kolaylaştırması nedeniyle daha az hareket eden kitleler ortaya çıkmıştır. Toplumsal yaşamı derinden etkileyen ve genel olarak yaşamı kolaylaştırma özelliği öne çıkan tüm bu gelişmelerin sonuçlarından birisi de beslenme alışkanlıklarının değişmesidir. Toplumsal faaliyetlerdeki bu değişimler zaman içerisinde kronik hastalıkların ortaya çıkma hızını ve görülme sıklığını belirgin derecede artırmıştır (Akdemir, 2011; Türkmen, 2012).

Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel, zihinsel sınırlılıklar ve sakatlıklar bireyin bağımsızlığını ve sosyal etkinliklerini kısıtlayarak, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca, bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Kronik hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu, alabileceği kurumsal veya resmi destek hizmetleri, sosyal destek sistemleri (aile, komşu, akraba vb.), hastalığa uyum sürecinde ve hastalığın yarattığı sonuçlarda önemli etkileri olan faktörlerdir (Akdemir, 2011; Türkmen, 2012).

2.3.1. Obezite

Enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizlik sonucu vücuttaki yağ kitlesinin yağsız vücut kitlesine oranla artması “obezite” olarak tanımlanır (Kaya ve Özçelik, 2009; Canbay ve ark., 2016). Obezite, diyabetes mellitus, hipertansiyon, metabolik sendrom,

dislipidemi, iskemik kalp hastalığı, uyku apne sendromu ve bazı kanser türlerinde artışlara neden olan ve buna bağlı olarak bireylerin yaşam süresini ve kalitesini azaltan, toplum sağlığı açısından önemli bir tehdit unsuru niteliği taşıyan kronik bir hastalıktır (Wolk ve ark., 2001; Samur ve Yıldız, 2008; Kalan ve Yeşil, 2010; Arslan ve ark., 2013; Sarısoy ve ark., 2013; Güven ve ark., 2016; Hakkak ve Bell, 2016).

Obezite tanısında kullanılan birçok yöntem olmasına rağmen, günümüzde beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümü önerilmektedir. (Samur ve Yıldız, 2008). Genç erkeklerde vücut ağırlığının yaklaşık %15-18'ini, kızlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Yağ dokusunun vücut ağırlığına oranının erkeklerde %25'i, kadınlarda ise %30'u aşması obezitenin başlı başına bir kronik hastalık olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir (Çizelge 2.1) (Dedeoğlu, 2016).

Çizelge 2.1. Dünya Sağlık Örgütü obezite sınıflandırılması

BKİ	Tanım
<16,00	Çok zayıf
16,00-18,49	Zayıf
18,50-20,99	Normal
25,50-29,99	Hafif şişman, fazla kilolu
30,00-34,99	I. derece obez
35,00-39,99	II. derece obez
≥40,00	III. Derece obez (Morbid)

Obezitenin gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de hızlı bir şekilde yaygınlaşan ciddi bir toplumsal sağlık sorunu olduğunu ve dünya genelinde 300 milyon kişinin obez, 1 milyar kişinin ise fazla kilolu olduğunu belirtmektedir (Emanuela ve ark., 2012; WHO, 2015). Türkiye İstatistik Kurumun (TÜİK, 2016) verilerine göre; Türkiye'de 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı %19,6 iken, Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran ortalama %15,4 olarak tespit edilmiştir.

2.3.2. Diyabet

Diyabet, dünya nüfusunun önemli bir kısmını etkileyen şekerin yükselmesi ile karakterize edilen kronik ve metabolik bir hastalıktır. Diyabet için risk faktörleri arasında obezite, ileri yaş, cinsiyet, sigara içimi, sedanter (hareketsiz) yaşam, hepatit C virüsü (HCV)

genotip 3, ağır karaciğer fibrozu (karaciğer hastalığının ileri evresi), ailede diyabet öyküsü ve karaciğer/böbrek nakli yer almaktadır (Köseoğlu, 2015; Batmaz ve ark., 2016; Olgun ve Yalın, 2016).

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde hızlı bir artış gösterme eğiliminde olan diyabet, kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri arasında önemli bir yere sahiptir. Sedanter yaşam tarzı, nüfusta yaşlanma, fazla kilolar ve obezitedeki artış, pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de diyabetin sürekli artmasının başlıca nedenleri arasındadır (Abacı, 2001).

Türkiye Diyabet Vakfı (2016)'nın verilerine göre, tüm Avrupa ülkeleri içinde en hızlı diyabet artışı Türkiye’de olmuştur. Diyabet hastalarının sayısı açısından ise Türkiye, Avrupa genelinde Rusya ve Almanya'nın ardından üçüncü sırada bulunmaktadır. Günümüzde, Türkiye'deki yetişkin nüfusun yaklaşık %15'inin diyabet hastası olduğunu, dünyada ise on yıllık bir süre zarfında diyabet hastalarının oranının yaklaşık %100'lük artış göstererek %7,6'dan %13,4'e çıktığını bildirilmiştir.

Tip-1 diyabet, çoğunlukla 35 yaş altında görülen bu diyabet türü genetik zeminde beta hücrelerinin harabiyetine bağlı mutlak insülin yetersizliği ile ortaya çıkan otoimmün bir hastalıktır. En sık 10 ila 15 yaş arasında görülmekte olup tüm diyabet hastaları arasında %5 ile %10'luk kesimi teşkil etmektedir. Tip-1 diyabette tanıdan itibaren insülin kullanımı gerekliliği bulunmaktadır (Olgun ve Yalın, 2016).

Tip-2 diyabet, periferik insülin direncinin gelişmesi, hepatik glikoz üretim regülasyonunun bozulması ve pankreatik beta-hücrelerinin fonksiyonlarının azalması nedeniyle oluşan hipergliseminin oluşturduğu metabolik bir bozukluktur (Kut ve ark., 2015). Tip-2 diyabetlilerin %80'inden fazlası obezdir. Obezite ile insülin direnci arasında mutlak bir ilişki vardır. Tip-2 diyabet orta-ileri yaş hastalığı olarak kabul edilmekte, dolayısıyla 40 yaş ve üstü grupta görülmekle birlikte, son yıllarda yaşam tarzı değişikliklerine bağlı olarak genç yaşlarda hatta çocuklarda da görülme sıklığı artmaktadır. Tip-2 diyabet klasik diyabet belirtilerinin erken dönemde görülmemesi nedeniyle tanı konulmadan yıllar önce başlamaktadır (Batmaz ve ark., 2016).

Tip-1 ve Tip-2'nin yanında spesifik diyabet tipleri de vardır. Bunlar, pankreası etkileyen birçok nedenle ortaya çıkan kan şekeri yüksekliğini tanımlar. Beta hücre fonksiyonundaki genetik bozukluk, insülin fonksiyonunda genetik bozukluk, pankreasın ekzokrin hastalıkları, endokrinopatiler, ilaç ve kimyasal ajanlar, enfeksiyonlar, immün

nedenli diyabetin nadir görülen formları ve diyabetle ilişkili diğer genetik sendromlar bu grup içerisinde yer almaktadır (Olgun ve Yalın, 2016).

Gestasyonel diyabet, gebelikle ortaya çıkan ve gebelik sırasında tanı konan glikoz intoleransı olarak ifade edilir ve sıklığı toplumlar arasında farklılık göstermekle birlikte günümüzde artış eğilimindedir. Bu artışın temelinde yatan nedenler arasında obezitenin yaygınlaşması yer almaktadır (Batmaz ve ark., 2016). Gestasyonel diyabetli kadınlarda Tip-2 diyabet olma riskinin uzun dönemde yüksek olduğu kabul edilmektedir. Gestasyonel diyabetli kadınların 10 ile 20 yıl içerisinde “Bozulmuş Glikoz Toleransı” ya da Tip-2 diyabet olma riskinin %30 ile %40 arasında olduğu bilinmektedir (Olgun ve Yalın, 2016).

Dünya genelinde diyabet vakalarının sıklığı göz önünde bulundurulduğunda, Tip-2 diyabetin %90-95 aralığında en yaygın görülen diyabet türü olduğu anlaşılmaktadır. Tip-1 ve diğer spesifik diyabetler ise sırasıyla %5-10 ve %2-3 aralığında görülmektedir. Diyabet hastalığı en sık 40-59 yaş aralığında Tip-2 diyabet olarak görülmekle ve bu grup dünya genelindeki diyabet hastalarının %46’sını oluşturmaktadır (Olgun ve Yalın, 2016).

2.3.3. Kardiyovasküler hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar ve özellikle aterosklerozun (damar sertliği) günümüzde toplam hastalık yükünün önemli bir bölümünü teşkil ettiği ve ölüm nedenlerinin başında geldiği kabul edilmektedir. Hipertansiyon, sigara içimi, diyabet, hiperlipidemi koroner kalp hastalığı gelişimi için bağımsız risk faktörleridir (Özkan ve ark., 2008; Samur ve Yıldız, 2008).

DSÖ’nün 2020 yılından beklentileri arasında bu hastalıkların insan yaşamını kısıtlayan nedenler arasında birinci sırayı alacağına ilişkin tahminleri bu durumun önemli göstergelerindedir. Nitekim kardiyovasküler hastalıkların dünya genelinde epidemik niteliğe kavuştuğu görülmektedir (Babacan Abanonu, 2005).

Sanayileşmeye bağlı olarak önemli oranda artış gösteren kardiyovasküler hastalıkların gelişmiş ülkelerde yılda 2,4 milyon kişinin ölümünde etkili olduğu kabul edilmektedir. Bu tür hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin bilinmesi, ölümlerin önlenmesi bakımından önem taşımaktadır. Diyabet, hipertansiyon, fazla kilolu ya da obez olmanın kardiyovasküler hastalıklar riskini artırdığı belirlenmiştir (Samur, 2008).

2.3.4. Kolesterol

Kolesterol, hayvanların vücut dokularındaki hücre zarlarında bulunan ve kan

plazmasında taşınan bir sterol, yani bir steroid ve alkol birleşimidir. Hayvanlara oranla daha az miktarda bitkilerde yer alır. Her ne kadar temel kaynağı hayvansal besinler olsa da vücuttaki kolesterolün büyük bölümü yine vücut tarafından sentezlenmektedir. Kolesterol vücutta, diğer organlara kıyasla daha fazla hücre zarına sahip olan karaciğer, omurilik, beyin gibi organlarda ve dokularda yoğun olarak bulunmakla birlikte vücudun her hücresinde bulunur. Kanda yüksek miktarda kolesterolün bulunması, damarlarda sertleşmeye (ateroskleroz) neden olmaktadır. Safra taşlarının oluşumunun nedenleri arasında da kolesterolün safra pigmentleri ile birleşmesi yer almaktadır (Bağcı ve Can, 2015).

Türk Nefroloji Derneği raporunda (2009) dislipidemi %76,3 oranında tespit edilmiştir. Ayrıca, LDL kolesterol prevalansı %12,5 olup erkeklerde %11, kadınlarda %14 olduğunu bildirilmiştir.

2.3.5. Yeme bozuklukları

Yeme bozuklukları, yeme davranışının ileri düzeyde bozulduğu psikiyatrik bozukluklardır (Currie, 2010). Biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı giderek artmakta ve başlangıç yaşı giderek düşmektedir (Batum, 2008; Arslanoğlu, 2015).

Aslında nispeten uzun zamandan beri varlığı bilinen ve hatta tarihçesi antik çağlara kadar uzatılabilen yeme bozukluklarının bilimsel sınıflandırmaya tabi tutulmasının oldukça yeni olduğu görülmektedir (Abacı, 2001; Toker ve Hocoğlu, 2009; Wozniak ve ark., 2012; Önal Sönmez, 2017).

Yeme bozuklukları kavramı ile genellikle anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan bahsedilmekle birlikte, 1950’li yıllarda ortaya atılan “tıknırcasına yeme bozukluğu” ve benzeri türlerinin de literatüre girdiği görülmektedir (Turan ve ark., 2015).

2.3.5.1. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza tipik olarak ergenlik döneminde başladığı kabul edilen yemek yememe veya yedikten sonra kusma ile karakterize bir hastalık olarak bilinmektedir. Bireyin ergenlik dönemine özgü gelişimsel özellikleri, genetik faktörler ve nörobiyolojik etkenlerin anoreksiya nervoza için risk faktörleridir (Clark ve ark., 2011; Walter ve Kaye, 2014; Önal Sönmez, 2017).

2.3.5.2. Bulimia nervoza

Bulimia nervoza yinelenen tıknırcasına yeme epizotları, tıknıma sırasında yemenin

kontrol edilememesi, kilo almamak amacı ile uygunsuz telafi davranışlarında bulunulması, beden ağırlığıyla ve biçimiyle zihinsel uğraşın sürekliliği ve üç ay içinde haftada ortalama 2 tıknama tekrarı şeklinde belirtileri olan bir yeme bozukluğu türüdür. Bulimia nervoza bir alt yeme bozukluğu olarak çıkartma olan ve çıkartma olmayan şeklinde iki başlıkta incelenmektedir (Maner ve Aydın, 2007; Güleç ve ark., 2008).

Kilo almayı önlemek için bireyin sergilediği telafi davranışları arasında kusmaya zorlama, laksatif, diüretik ve lavman ilaçlarının hatalı kullanımı, aşırı egzersiz ve diyet yer almaktadır. Bir yeme bozukluğunun bulimia nervoza olarak tanımlanabilmesi için üç aylık süreçte en az haftada iki defa tıknırcasına yeme ve telafi davranışının bir arada gerçekleşmesi gerekmektedir (Kabakçı ve Demir, 2001; Güleç ve ark., 2008).

2.3.5.3. Gece yeme sendromu

Obez bireylerde görülen bu bozukluğun belirtilerini sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji (aşırı iştah), uyku bozukluğu şeklinde sıralamaktadır. Gece yeme sendromu, yeme ve uyku periyodlarının bağımsız olması, yeme biçiminde gecikmeler, gece uyanıp yemek yeme, sabah aşırı iştahsızlık, uyku bozukluğu gibi göstergeleri ile tanımlanmaktadır. Yeme biyolojik ritminin uyku ritminden ayrılması en belirgin özelliğidir. Gece yemenin artması, sabah yemelerinin azalması gibi durumların temelinde enerji alımının gecikmesi yer almaktadır. Uyku döngüsü bozulmazken yeme ritmi ile arasında 2 ile 6 saatlik fark ortaya çıkmaktadır (Atasoy ve ark., 2014).

Gece yeme sendromuna ilişkin çalışmalara, obezite ve psikolojik stres ile yakın ilişki nedeniyle psikiyatri disiplini de dahil olmaktadır (Cengiz ve ark., 2011; Küçükgöncü ve Beştepe, 2014).

2.4. Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi

Bireyin beslenme durumunun tespit edilmesi için yapılan çalışmaların her ne kadar olası beslenme sorunlarının ortaya çıkarılması için tüm insanlara yapılması gerekse de daha çok beslenme riski yüksek insanlar için uygulanmaktadır. Bu gruptaki bireyleri; büyüme çağında olan çocuklar, hastalık ya da düşük gelir düzeyi nedeniyle besin gereksinimlerini karşılayamayanlar, sıra dışı beslenme alışkanlıklarına sahip olanlar şeklinde örneklemek mümkündür (Eker, 2006). Bireyin beslenme durumunun belirlenmesinde kullanılan yöntemler; besin alımının tespiti, antropometrik yöntemler, biyokimyasal ve biyofizik yöntemler, klinik belirtiler ve sağlık öyküsü ve psikososyal veriler şekilde sıralanabilir

(Pekcan, 2008).

2.4.1. Besin alımının tespiti

Besin alımının tespitinde bireyin sorgulanması yöntemi ile diyet hikayesi ortaya konur. Bu yöntemde bireyin, tükettiği besin miktarına ilişkin bilgileri hatırlayamaması önemli bir engeldir. Besin alımının tespitinde sıklıkla kullanılan yöntemler “24 saatlik hatırlama” ve “besin tüketim sıklığı” olup, bu bilgilerin edinilmesinde bireye olduğu kadar, beslenme alanında bulunan diyetisyen ya da beslenme uzmanının bilgisine de başvurulabilmektedir (Gökçe, 2016).

2.4.2. Antropometrik yöntemler

Bu yöntemde, bireyin beslenme durumuna bağlı olarak fiziksel durumundaki değişiklikler değerlendirmeye alınmaktadır. Fiziksel olarak her insanın vücudu birbirine benzer gibi görünür fakat her insanın farklı kendine özgü fiziksel kompozisyonu vardır. Bir insanın vücut ağırlığının yaklaşık %10'u kıkırdak, kirış ve deri, %40'ı iskelet kası, %10'u kemiktir. Geriye kalan %40'lık bölümünü ise yağ depoları, iç organlar ile iç salgı bezleri oluşturur. Vücut kompozisyonu; beslenme, genetik, yaş, cinsiyet ve iklim gibi faktörlerle değişkenlik gösterir (Görgülü, 2016). Günümüzde en sık kullanılan antropometrik yöntemler şunlardır:

Vücut ağırlığı: Beslenme durumunun göstergesi olarak çoğunlukla vücut ağırlığındaki değişim kullanılmaktadır. Vücut ağırlığının 3 aylık dönemde %5 azalması hafif, %10 azalması ise şiddetli bir beslenme değişimi olarak değerlendirilmektedir (Aydın, 2013).

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Vücut ağırlığının boyun karesine bölümü ile elde edilen bir değer olup (kg/m^2), çocuk ve yetişkinlerde beslenme durumunun gösterilmesinde, hesaplama kolaylığı ve objektifliği ile yaygın olarak kullanılmaktadır. Deri altı ve toplam vücut yağının hesaplanmasında klinik değerlendirmelerde sıklıkla kullanılan BKİ aynı zamanda obezite ile ilgili çalışmalarda da yoğun olarak başvurulan bir araçtır (Bayrakdar, 2010; Köseoğlu, 2015).

Biyoelektrik impedans analizi (BİA): Başta kaslar ve yağsız dokular olmak üzere vücudun tüm bileşenlerinin elektriğe karşı dirençlerinin farklı olduğu gerçeğini esas alan BİA, vücut kompozisyonunun değişkenlerini ölçen antropometrik bir yöntemdir (Taşdemir, 2016). Epidemiyolojik araştırmalarda vücut yağ yüzdesinin belirlenmesine yönelik olarak kullanılan yöntemlerden birisi olan BİA, son yıllarda gerçekleşen gelişmelere bağlı olarak

BKİ'ye bir alternatif olarak değerlendirilmektedir (Bodur ve Anamur Uğuz, 2007).

1980'li yılların sonuna kadar sadece boy ve direnç değerleri ile hesaplanabilen denklemlere sahip olan BİA yöntemi geliştirilerek kilo, yaş, cinsiyet, bel ve kol çevresi gibi ölçümleri de dahil edilmiş ve böylelikle antropometrik ölçümlerde güvenilirliğinin artması sağlanmıştır (Yücel, 2013).

BİA, obezite araştırmalarında bireyin vücut kompozisyonunun değerlendirilmesinde kullanılan etkili bir yöntem olup, aynı zamanda nispeten düşük maliyetli ve güvenlidir (Çetin ve ark., 2015). Ancak, yaşı 7'den küçük ya da 70'ten büyük bireyler, hamileler, diyaliz hastaları ve ödemi olan bireylerin BİA ölçümlerinin doğru sonuç vermeyebileceği kabul edilmektedir (Houshyra, 2016).

2.4.3. Biyokimyasal ve biyofizik yöntemler

Biyokimyasal testler yapılarak elde edilen bulguların değerlendirilmesi, bireyin beslenme durumunun belirlenmesinde başvurulan etkili yöntemlerdendir. Bu yöntem kullanılarak elde edilen bulguların yorumlanmasında bireysel farklılıklar ve laboratuvar farklılıklarının dikkate alınması, sağlıklı sonuç alınması açısından önem taşımaktadır.

Bireyin beslenme durumunun belirlenmesinde başvurulan biyofiziksel yöntemler, yetersiz beslenmeye bağlı fizyolojik fonksiyonların bozulmasını belirlemeyi esas almaktadır. Karanlığa uyum, tat duyusunun kaybı, kapiler frajilitenin (kırılganlık seviyesi) ölçümü, kas ve sinir koordinasyonu ölçümü gibi testler biyofizik yöntemlerden bazılarıdır (Pekcan, 2008).

Kan proteinleri (albümin, transferin, tiroksin-bağlayıcı prealbumin, retinol-bağlayıcı protein, fibronektin, somatomedin C), kan yağları (total kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, VLDL-kolesterol, trigliserit), hemoglobin ve hematokrit düzeyleri, kan ve idrarda vitamin ve mineral düzeyleri bu yöntemin uygulanmasında başvurulan değerlendirmelerdendir (Pekcan, 2008).

Hematokrit (HCT), kan içindeki eritrosit hücrelerin toplam hacim fraksiyonu olup, genelde anemilerin değerlendirilmesinde; glikoz, diyabet tanısında kullanılır. AST ve ALT karaciğer hastalığının saptanmasında kullanılır. Aynı zamanda komplike olmayan kalp rahatsızlıklarında da seviyesi 2-3 kat yükselir. Trigliserit lipolitik aktivite ve sarılığın belirteçidir. Kolesterol damar sertliği ve karaciğer yağlanması tespitinde kullanılır. LDL proteini, kötü kolesterol, koroner plak formasyonuna ve kalp krizine neden olur. HDL kolesterol taşıyıcısıdır ve iyi kolesterol diye adlandırılır. Koroner kalp hastalığı için bağımsız

bir değişkendir. TSH primer hipotiroidizmi ve hipertiroizmi tanısında kullanılır (Erbil, 2007).

2.4.4. Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü

Klinik belirtilerin ortaya konması için fizik muayene ve sağlık öyküsünün tespiti gerekmektedir. Klinik belirtilerin saptanmasında deri altı yağ ve kas dokusu, asit ve ödem varlığı değerlendirilmektedir. Bu amaçla deri, saç, dişler, dişeti, dudaklar, dil, gözler ve genital organlar incelenmektedir. Hızlı hücre değişimi gerçekleşen bölgelerin yetersizliğe duyarlı olmaları, beslenme durumunun tespiti bakımından önemlidir. Klinik belirtilerin beslenme durumunun belirlenmesinde yetersiz kalması nedeniyle biyokimyasal testlerle birlikte yürütülmesi gerekmektedir (Pekcan, 2008).

2.4.5. Psiko-sosyal veriler

Bireyde görülen davranış değişikliklerinin değerlendirilmesi güç bir çalışma konusudur. Bunun yanında, psikolojik ve sosyal faktörlerin beslenme üzerinde etkili olması, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi için psiko-sosyal verilerin değerlendirilmesini yararlı kılmaktadır. Bu tür bir değerlendirmede bireyin beslenmeye ilişkin bilinç düzeyi, besin satın alma, koruma ve hazırlama olanakları, besinlere ilişkin kültürel yaklaşımlar da üzerinde durulması gereken değişkenlerdendir (Görgülü, 2016). Beslenme durumunun belirlenmesinde psiko-sosyal verilerin değerlendirilmesini önemli kılan durum hastalıkların oluşumu, tedavisi ve hastaların eğitimleri konusunda yararlı veriler sunmasıdır (Pekcan, 2008).

3. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

Hill ve ark. (2004), küreselleşen dünyada kronik hastalıklar ile beslenme arasında demografik ve epidemiyolojik geçişler olduğunu bildirmişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre, obezite, diyabet ve diğer kronik hastalıkların özellikle gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde daha yüksek bir artışın olduğu tespit edilmiştir.

Altunkaynak ve Özbek (2006), obezitenin, genetik ve çevresel etkileşimleri olan ciddi ve kronik bir hastalık olduğunu, vücutta normalden fazla miktarda yağ dokusunun olması sebebiyle geliştiğini ve çok sayıda (fiziksel aktivitede azalma, beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evlilik, doğum sayısı ve genetik) faktöre bağlı olduğunu tespit etmişlerdir. Obezitenin, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla yayıldığını, ülkemizde toplumun %30'undan fazlasının obez olduğunu ve birçok kronik hastalığı tetiklediğini bildirmişlerdir.

Türk ve ark. (2007) öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %81'inin öğün atladığını tespit etmiştir. %22'sinin ise son bir yılda diyet yaptıklarını söylemişlerdir. En sık tüketilen sağlıksız gıdaların hazır kek/bisküvi, ketçap/mayonez, kızartma, salam, sosis, cips, hamburger/hotdog/tost olduğunu kaydetmişlerdir. Tüm et çeşitlerinin ve yumurtanın öğrenciler tarafından lezzetli ve besleyici bulunduğunu ancak başta balık olmak üzere tümünün az tüketildiğini kaydetmişlerdir. Öğrencilerin besinler hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmakla beraber diyetlerinde sıklıkla sağlıksız gıdalara yer verdiklerini tespit etmişlerdir.

Tapsel ve Probst (2008) elde ettiği verilerde, gelişen ülkelerde, obezite, diyabet ve kardiyovasküler gibi yaşam tarzı ile ilgili hastalıkların malnutrisyonun var olduğu durumlarda iki katı daha yaygın olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, doğum hızındaki artışın beslenme sorunları üzerindeki olumsuz etkisini gözlemlemişlerdir.

Güleç ve ark. (2008) iki farklı statüdeki kız öğrenci yurdu öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını saptamak amacıyla yürüttükleri çalışmada, GATA ve Mehmet Akif Yurdu'nda kalan ve basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen toplam 300 kız öğrenciye anket formu uygulamış ve verileri toplamışlar. Çalışmada, öğrencilerin %86,3'ü alkol ve %78'i sigara kullanmadığını belirttiğini gözlemlemişler. Yaptıkları çalışmada öğrenciler arasında günün en önemli öğünü olan kahvaltıyı atlama ve fast-food tüketiminin yaygın olduğu tespit edilmiştir. Üniversitesi öğrencilerine sağlıklı beslenme koşullarının sunulması gerektiğini, öğrencilere düşük ücretle yeterli ve dengeli beslenme eğitimi

programlarının uygulanması ve gençlerin spor yapmaları için uygun alanlar oluşturulmasının önemi şeklinde olumlu sonuçlar ortaya çıkaracağını ön görmüşlerdir.

Ergül ve Kalkım (2011), dünya çapında 5-17 yaş arası 10 çocuktan birinin fazla kilolu ya da obez olduğunu ve obezitenin sosyal, psikolojik sorunlar doğurmasının yanı sıra hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, Tip-2 diabet, metabolik sendrom gibi çok ciddi hastalıklarla sıkı ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca obez kişilerde hayat süresinin kısaldığını ve erişkin obezlerin büyük çoğunluğunda bu durumun başlangıcının çocukluk yaşlarına uzandığının belirtildiğini dile getirmişlerdir.

Çayır ve ark. (2011) 450 kişiden oluşan bir araştırma grubunda, obezite oranını %28 olarak bulunmuşlardır. Obezitenin durumu cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek, aylık gelir gibi sosyo-demografik özellikler ve beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili olduğunu bulunmuştur. Evlilik süresi, çocuk sayısı, çocukluk çağında şişman olma durumu, daha önce obezite tedavisi görme ve daha önce zayıflamak için diyet yapma durumunun ve menopozun obezite durumunu etkilediği belirlenmiştir. Ailesinde obez bir kişi bulunanların, ana ve ara öğünleri atlayanların daha yüksek oranda obez olduğunun belirlenmesi, obezitenin beslenme biçimi ile ilişkili olduğunu düşünmektedirler.

Chen ve Zhao (2012) yaptıkları çalışmada, son çeyrek asırda, ulusal ekonominin hızla gelişmesiyle birlikte, diyet modeli ve yaşam tarzı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çin Halk Cumhuriyeti'nde hastalık ve ölümün başlıca nedenleri aşırı bulaşıcı hastalıklar, hipertansiyon, inme, koroner kalp hastalığı, diyabet ve kanserler olduğu kaydedilmiştir. Diyet değişimindeki tespit ettikleri sonuçlar tahıl ve sebze tüketiminin azalması ve hayvansal gıdaların ve yağ tüketiminin artması şeklinde belirtilmiştir. Çin beslenme şekli bitkisel besin bazlı bir diyet şeklinde olduğunu kaydetmişlerdir. Fiziksel aktivitenin azalmasıyla birlikte bu diyet değişikliklerinin ve (sedanter yaşam), sürekli tütün ve alkol tüketimindeki artışın, bulaşıcı olmayan hastalıkların hızının artmasına yol açtığını düşünmektedirler. (Chen ve Zhao, 2012).

Kayar ve Utku (2013) obez hastaların kilo kaybının sağlanması ve uygun kilonun korunması için kişiye özgü diyet ve düzenli egzersiz programının uygulanmasının en başarılı yöntem olduğunu söylemişlerdir. Davranış tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi yönteminin de obez hastaların tedavisinde uygulanan diğer yöntemler olduğunu belirtmişlerdir (Kayar ve Utku, 2013).

Aydın Avcı ve Erdoğan (2015) yaptıkları çalışmada, bir fındık fabrikasında çalışan

işçilerin obezite sıklıklarının incelemişlerdir. Kendi bulgularını bir banka çalışanlarının BKİ değerlerini inceleyen başka bir araştırma ile karşılaştırmış, sonuç olarak nispeten yüksek gelire sahip olan banka çalışanlarının fabrika işçilerine göre daha düşük obezite değerlerine sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Ayrıca nispeten yüksek gelire sahip bireylerde BKİ değerlerinin daha düşük olmasını ise bankada çalışanların yeme alışkanlıklarını düzenleme ve daha sık egzersiz yapmalarına bağlanmaktadır.

Geçgil (2015) yaptığı çalışmada, metabolik sendromla ilişkili glikoz, insülin, trigliserit, total kolesterol, HDL kolesterol, AST, ALT gibi biyokimyasal parametreler, çalışma grubunda adölesanların hasta dosyalarından elde edilmiştir. Kontrol grubundan ise kan örnekleri alınmıştır. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, bel, kalça, karın çevresi ölçümleri metabolik sendromlu adölesanlarda, sağlıklı yaşlılarından daha yüksek bulunmuştur. Günlük beslenmeleri ile sağlıklı yaşlılarına göre enerji ve karbonhidratı fazla aldıklarını fakat daha dengeli beslendiklerini gözlemlemiştir. Glikoz, insülin, trigliserit, total kolesterol, HDL kolesterol, AST, ALT gibi biyokimyasal bulguların metabolik sendromlu adölesanlar arasında yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışma sonucunda, metabolik sendromlu adölesanların, yeterli ve dengeli beslendiklerini gözlemlemiştir. Olası risk faktörleri ile genetik özellikler arasında paralel bir ilişkinin olabileceğini, bununla beraber adölesanlar ve ailelerine yapılacak çok yönlü eğitim ile risk faktörlerinin hafifletilebileceğini düşünmektedir.

Yılmaz ve Ayhan (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin bazı beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla planlamış ve yürütmüştür. Bu çalışmayı 437 hemşirelik öğrencisi üzerinde yapmış ve verileri anketler aracılığıyla toplamışlardır. Hemşirelik öğrencilerinin %62,2'sinin düzenli kahvaltı yaptığını, %55,1'i uyumadan önce bir şeyler yediğini, %8,9'u günde en az 5 porsiyon meyve-sebze, %28,4'ü günde en az 2 su bardağı süt-yoğurt tükettiğini kaydetmişlerdir. Öğrencilerin %12,1'inin hafif kilolu veya şişman bulmuşlar. Sağlıklı bir toplum için örnek oluşturacağına inandıkları hemşirelik bölümü öğrencilerinin genel beslenme alışkanlıklarının sağlıklı olmadığını, ancak verilen eğitim doğrultusunda bazı alışkanlıklarının 4. sınıfta 1. sınıfa göre olumlu yönde değişebileceğini saptamışlardır. Bu çalışmada geleceğin sağlık personeli olduklarına inandıkları hemşirelik öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarına yönelik daha kapsamlı çalışmaların yapılması ve bu konuda eğitim verilerek sağlıklı beslenme bilincinin oluşturulması gerekliliği açıklanmaktadır.

4. MATERYAL VE METOD

4.1. Araştırmanın Tipi

Yapılan araştırma yöntemi kesitsel çalışma şeklindedir. Bu çalışma yönteminde etken ve hastalık durumu tek bir anda değerlendirildiği için çalışmanın neden ve sonuç ilişkisi neticesi şüphelidir. Etkenin devamında hastalıkla sonuçlanıp sonuçlanmadığını net bir şekilde değerlendirmek olanaklı değildir.

Bu ve buna benzer araştırmalar hastalığın toplumdaki sıklığı hakkında bilgi vericidir. Toplumun sağlık durumu hakkında da bilgi verir. Ayrıca, bu çalışma tipi ucuz ve kısa sürede sonuçlandırıldığı için de avantajlıdır. Çalışma tüm topluma uygulanabileceği veya örneklem yöntemiyle yapıldığı için sonuçlarda genelleme yapılabilir. Bu tarz çalışmaların dezavantajı ise hafızaya bağlı olduğu için unutma konusu atlanmamalıdır. Bir diğer olumsuz sonucu ise etken ve hastalık durumunun neticelerinin şüpheli olabileceğidir.

4.2. Araştırmanın Örnekleme

Çalışmaya katılacak olan bireyler olasılığa bağlı olmayan bir yöntem ile belirlenmiştir. Araştırma örneklemini Kahramanmaraş ilinde yaşayan Mart 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında özel bir diyet polikliniğine başvuran 7-66 yaş arası 188'i kadın, 62'si erkek olmak üzere 250 birey oluşturmuştur.

4.3. Çalışma Planı

Çalışmaya katılan bireylere çalışmanın amaçları açıklanarak bilgilendirilmiştir. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, fiziksel özelliklerini, beslenme alışkanlıklarını ve sağlık durumlarını belirlemek için Ek 1'de verilen anket formu düzenlenmiştir. Kişilerin kan bulgularını öğrenebilmek amacıyla özel bir hastanede yapılmış olan kan tahlil sonuçları alınmıştır. Ayrıca, bireylerin beslenme alışkanlıklarının elde edilmesi için Ek 2'de yer alan besin tüketim sıklıkları da sorulmuş ve verilen cevaplar kaydedilmiştir. Bireylerin Bioelektrik İmpedans Analizi (BİA) ölçümleri TANİTA SC-330 (TARTI Medikal, İstanbul) ile yapılmıştır (Şekil 5.1). Bu cihaz ile bireylerin kilo, yağsız doku, yağ ve kas yüzdesi, yağlanma oranı, hücre dışı sıvı miktarı ölçülmektedir.



Şekil 4.1. TANITA SC-330

4.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Bireylerin fiziksel ve sosyo-demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve sağlık durumları ile ilgili elde edilen verilerin frekans tabloları oluşturulmuştur (SPSS, v24.0, IBM, ABD). Tanita ile belirlenen ölçümlerin tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler) yapılmıştır. Bireylerin fiziksel ve sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu, kan değerleri ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkiler ki-kare analizleri ile belirlenmiştir.

5. ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA

5.1. Frekans Analizleri

5.1.1. Fiziksel özelliklere ilişkin verilerin analizi

Araştırmaya katılanların %75,2'sinin kadın ve %24,8'inin erkek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, cinsiyeti kadın olan katılımcıların yaşa göre dağılımında %35,1'inin 26-35, %33,5'inin 16-25, %18,1'inin 36-45, erkek olan katılımcıların ise %40,3'ünün 26-35, %24,2'sinin 16-25, %16,1'inin 36-45 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Boy ve kilo ortalamaları, kadınlarda 163,0 cm ve 79,7 kg, erkeklerde ise 173,3 cm ve 92,2 kg olarak ölçülmüştür (Çizelge 5.1).

BKİ değerlerinin frekans analizleri incelendiğinde, kadınlarda en yüksek BKİ değeri 52,1 ile 26-35 yaş arasında, erkeklerde ise 48,6 ile 36-45 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerde ileri yaşlarda BKİ değerlerinde artışın kadınlardan yüksek olduğu görülmüştür. BKİ değerlerine göre, bireylerin çoğunluğunun birinci derece obez ve sedanter bir yaşantıya sahip olduğu görülmüştür.

Minimum BMH değeri, 0-15 yaş aralığında görülmüş olup, kadınlarda 986 kcal, erkeklerde ise 1018 kcal olarak bulunmuştur. Maksimum BMH değeri, kadınlarda 3213 kcal ile 46 yaşın üzerinde, erkeklerde ise 2646 kcal olarak 16-25 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir.

5.1.2. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin verilerin analizi

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı Çizelge 5.2'de verilmiştir. Medeni durumları incelendiğinde, %58,0'ının evli olduğu, %53,2'inin çalışmadığı, %37,6'sının üniversite ve %32,4'ünün lise mezunu olduğu, %90,4'ünün ailesiyle yaşadıkları, %43,6'sının 1500 TL ve daha az gelire sahip olduğu görülmüştür.

5.1.3. Beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin analizi

Katılımcıların en sık atladığı öğünün %47,6 ile sabah, yemeklerde tercih edilen içecek türünün %34,0'ının gazlı içecek olduğu, %68,4'ünün fast-food tüketiminde bulduklarını, fast-food tüketenlerin %38,0'ının ayda bir kez fast-food tükettikleri kullandığı görülmüştür (Çizelge 5.3).

Bireylerin %57,2'sinin çaya şeker kullandığı, çaya şeker kullananların %21,2'sinin ise 2 şeker attığı belirlenmiştir. Ayrıca, %24,4'ünün haftada 2-3 kez ev dışı gıda,

%22,4'ünün ayda bir, %20,8'inin çok nadir ev dışı gıda tükettiği, %46,8'inin yemeklerinde en sık kullandıkları yağ çeşidinin ayçiçek yağı, %19,6'sının mısırözü yağı, %19,2'sinin tereyağını kullandıkları, margarini yemeklerde tercih etmedikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 5.1. Ankete katılanların fiziksel özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı

Yaş Aralığı	N	%	BOY			KİLO			BKİ			BMH		
			Min.	Max.	Ort.	Min.	Max.	Ort.	Min.	Max.	Ort.	Min.	Max.	Ort.
Kadın														
0-15	9	4,8	137,0	172,0	152,7	45,5	83,1	62,2	22,3	32,9	26,4	986,0	1314,0	1128,8
16-25	63	33,5	151,0	180,0	164,6	40,6	119,2	79,5	15,9	41,5	31,0	1103,0	1929,0	1492,4
26-35	64	35,1	150,0	179,0	163,5	7,4	141,9	76,4	17,0	52,1	29,0	1460,0	2349,0	1497,2
36-45	34	18,1	150,0	175,0	162,6	61,1	119,8	86,0	22,4	45,6	32,5	1271,0	2217,0	1617,1
≥46	16	8,5	150,0	170,0	160,5	62,6	110,7	90,8	22,7	42,7	35,5	1253,0	3213,0	1693,8
Toplam	188	100,0	137,0	180,0	163,0	7,4	141,9	79,7	15,9	40,2	30,7	1132,0	2698,0	1516,4
Erkek														
0-15	9	14,5	150,0	170,0	157,6	45,1	93,2	66,4	20,0	32,6	26,5	1018,0	1719,0	1289,9
16-25	15	24,2	162,0	190,0	174,3	46,5	119,2	80,7	17,0	45,4	26,6	1530,0	2646,0	1628,5
26-35	25	40,3	160,0	188,0	176,5	60,3	136,3	99,6	19,9	47,2	32,0	1418,0	2517,0	2081,9
36-45	10	16,1	161,0	185,0	175,8	81,2	135,0	108,1	27,4	48,6	35,0	1150,0	2348,0	2021,2
≥46	3	4,8	173,0	190,0	181,0	89,1	135,9	112,0	24,7	41,9	34,6	2109,0	2536,0	2279,3
Toplam	62	100,0	150,0	190,0	173,3	45,1	136,3	92,2	17,0	48,6	30,5	1353,0	2646,0	1857,0

BKİ: Vücut Kitle İndeksi; BMH: Bazal Metabolizma Hızı

Çizelge 5.2. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı

Değişkenler	Gruplar	N	%
Eğitim Durumu	İlkokul	34	13,6
	Ortaokul	37	14,8
	Lise	81	32,4
	Üniversite	94	37,6
	Lisansüstü	4	1,6
Medeni Durum	Bekâr	105	42,0
	Evli	145	58,0
İş Durumu	Çalışıyor	117	46,8
	Çalışmıyor	133	53,2
Eşin İş Durumu	Çalışıyor	117	46,8
	Çalışmıyor	133	53,2
Gelir Durumu	1500'den az	109	43,6
	1501-2000	45	18,0
	2001-3000	70	28,0
	3001 ve üzeri	26	10,4
Kimle Yaşıyor	Aile	226	90,4
	Yalnız	20	8,0
	Yurtta	4	1,6

Bu çalışma sonucunda en sık atlanan öğünün sabah olması geçmiş yıllarda yapılan literatür çalışmalarını destekleyici yönde olmuştur (Türk ve ark., 2007; Güleç ve ark., 2008). Bunun yanı sıra, bireylerin yemeklerde sıvı yağları tercih edip katı yağları tercih etmemeleri de geçmiş literatür çalışması ile aynı doğrultuda sonuçlar vermiştir (Polat, 2010).

Çizelge 5.3. Bireylerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin verilerin dağılımı

Değişkenler	Gruplar	N	%
En sık atladığınız öğün	Sabah	119	47,6
	Öğle	118	47,2
	Akşam	13	5,2
Yemeklerle tercih edilen içecek türü	Su	47	18,0
	Meyve suyu	48	14,2
	Gazlı içecekler	85	34,0
	Ayran	57	22,8
	Alkollü içecekler	0	0,0
	Çay	15	6,0
Fast-food tüketme durumu	Evet	171	68,4
	Hayır	79	31,6
Fast-food tüketme sıklığı	Her gün	1	0,5
	Haftada 1-2	49	28,7
	Haftada 2-3	49	28,7
	Ayda 1	65	38,0
	Yılda 1	7	4,1
	Hiç	0	0,0
Çayda şeker kullanma durumu	Evet	143	57,2
	Hayır	107	42,8
Çaya şeker kullanma adedi	1	34	23,8
	2	53	37,1
	3	39	27,3
	4	12	8,4
	≥5	5	3,5
Ev dışı gıda tercih sıklığı	Her gün	17	6,8
	Haftada 1-2	50	20,0
	Haftada 2-3	61	24,4
	Ayda 1	56	22,4
	Yılda 1	52	20,8
	Hiç	14	5,6
En sık kullanılan yağ çeşidi	Zeytinyağı	36	14,4
	Ayçiçek yağı	117	46,8
	Mısırözü yağı	49	19,6
	Tereyağı	48	19,2
	Margarin	1	0,4
	Diğer sıvı yağlar	0	0,0

5.1.4. Sağlık durumlarına ilişkin verilerin analizi

Katılımcıların %21,2'sinin kronik hastalığının, %19,2'sinin yeme probleminin olduğu, %94,0'ının iştah durumunun iyi olduğu ve %97,2'sinin besin alerjisi olmadığı tespit edilmiştir (Çizelge 5.4). Kronik hastalığı olanların yeme probleminin olmaması ve iştahlarının iyi olması geçmiş yıllarda yapılan çalışma sonuçları göz önüne alındığında beklenen bir durumdur. Bu etkenler, kronik hastalığa yakalanma sıklığını artırdığı bildirilmiştir (Özkan, 2017).

Yasaklı besin olup olmama durumu incelendiğinde, besin alerjisi olanların %42,8'inin yumurtaya, %28,6'sının ceviz ve domatese karşı alerjisi olduğu, %68,8'inin ailede genetik rahatsızlık öyküsü bulunmadığı ve %13,2'sinin düzenli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların %51,4'ünün antidiyabetik kullandığı görülmüştür.

Katılımcıların %42,0'ının yardımcı destek ürünü kullandığı ve bu ürünü kullananların %61,0'ının haftada 1-3 defa kullandığı tespit edilmiştir. Yardımcı destek ürünü kullananların en fazla bitki çayı (%89,5) kullandığı görülmüştür. Bu sonuç, bitki çaylarının fonksiyonel gıda tercihinde önemli bir yere sahip olduğunu belirten literatür çalışması ile desteklemektedir (Özçelik ve ark., 2016).

Katılımcıların, %74,8'inin sigara ve %92,0'ının alkol kullanmadıklarını ve alkol kullananların da %40,0'ının ayda bir kez alkol tükettikleri tespit edilmiştir. Bireylerin %63,6'sının spor yapmadığını ve spor yapanların %48,3'ünün 3 haftada 1 kez spor yaptığı tespit edilmiştir. Bu araştırmanın yapıldığı bölgenin alkol ve sigara kullanımının yaygın olmadığı ve spora fazla önem vermediği görülmüştür.

5.1.5. Kan analizlerine ilişkin verilerin analizi

Bireylere ait kan analizi bulguları Çizelge 5.5'te verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %90 ve üzerinin hemoglobin (HGB), hemotokrit (HCT), aspartat amino transferaz (AST), ALT (alanin amino transferaz) ve tiroit stimule edici hormon (TSH) değeri normal bulunmuştur. Bireylerin %20,0'ında glikoz yüksek, %41,2'sinde trigiliserit, %36,0'ında kolesterol, %17,6'sında LDL ve %32,0'ında HDL normal değerlerin dışında bulunmuştur. Glikozu yüksek olan bireylerde, dolaylı olarak AST ve ALT değerleri de yüksek olduğu tespit edilmiştir. Obez hastalarda karaciğer fonksiyon testlerinin incelendiği bir çalışmada, kolesterol ve trigiliseritlerin yüksek olduğu bildirilmiştir (Uysal, 2005).

Çizelge 5.4. Bireylerin sağlık bilgilerine ilişkin verilerin dağılımı

Değişkenler	Gruplar	N	%
Kronik rahatsızlık olma durumu	Evet	53	21,2
	Hayır	197	78,8
Ailede genetik rahatsızlık öyküsü olma durumu	Evet	78	31,2
	Hayır	172	68,8
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu	Evet	33	13,2
	Hayır	217	86,8
Kullanılan ilaç türleri	Tiroid ilaçları	4	12,1
	Diyabet	18	51,6
	Obezite	4	12,1
	Diğer	8	24,2
Yardımcı destek ürünü kullanımı	Evet	105	42,0
	Hayır	145	58,0
Kullanım sıklığı	1-3	64	61,0
	4-6	28	26,7
	≥7	13	12,3
Cinsi	Bitki Çayları	94	89,5
	Omega-3	6	5,8
	Diğer	5	4,7
İştah durumu	İyi	235	94,0
	Kötü	15	6,0
Yeme problemi olma durumu	Evet	48	19,2
	Hayır	202	80,8
Besin alerjisi olma durumu	Evet	7	2,8
	Hayır	243	97,2
Yasaklı besin	Ceviz	2	28,6
	Domates	2	28,6
	Yumurta	3	42,8
Sigara kullanma durumu	Evet	41	16,4
	Hayır	187	74,8
	Bıraktım	22	8,8
Alkol kullanma durumu	Evet	20	8,0
	Hayır	230	92,0
Alkol tüketim sıklığı	Her gün	2	10,0
	Haftada 2-3	6	30,0
	Haftada 1	1	5,0
	Ayda 1	8	40,0
	Yılda 1	3	15,0
Spor yapma durumu	Evet	91	36,4
	Hayır	159	63,6
Yapıyorsa haftada sıklığı?	2	26	28,6
	3	44	48,3
	4	7	7,7
	5	7	7,7
	6	7	7,7

Çizelge 5.5. Bireylerin kan analizlerine ilişkin verilerin dağılımı

Değişkenler	Gruplar	N	%
HGB	Düşük	17	6,8
	Normal	229	91,6
	Yüksek	4	1,6
HCT	Düşük	24	9,6
	Normal	225	90,0
	Yüksek	1	0,4
Glikoz	Normoglisemi	199	79,6
	Hiperglisemi	51	20,4
AST	Normal	238	95,2
	Yüksek	12	4,8
ALT	Normal	233	93,2
	Yüksek	17	6,8
Trigliserit	Düşük	12	4,8
	Normal	147	58,8
	Yüksek	91	36,4
Kolesterol	Düşük	5	2,0
	Normal	160	64,0
	Yüksek	85	34,0
LDL	Düşük	6	2,4
	Normal	206	82,4
	Yüksek	38	15,2
HDL	Düşük	40	16,0
	Normal	170	68,0
	Yüksek	40	16,0

5.1.6. Besin tüketim kayıtlarına ilişkin verilerin analizi

5.1.6.1. Süt ve süt ürünleri tüketimi

Süt ve süt ürünleri tüketim kayıtları incelendiğinde; en dikkat çeken, katılımcıların %21,6'sının hiç süt içmedikleri görülmüştür. Diğer yandan, bireylerden, hemen hemen her gün %46,8'inin yoğurdu ve %47,6'sının ise ayrarı tükettiği tespit edilmiştir. Araştırmada dikkat çeken diğer bir ürün dondurma olmuştur. Bireyler mevsimlerden bağımsız olarak %67,6'sı ayda bir kez ve daha fazla dondurma tükettiği bulunmuştur. Bu durum, yöreye özgü “Maraş Dondurması” olarak bilinen üründen kaynaklandığı ve yaz-kış üretiminin devam etmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların peynir tercihleri incelendiğinde, %76,8'inin hemen hemen her gün beyaz peynir tükettiği tespit edilmiştir. Diğer peynir çeşitleri arasında en az tüketilen %64,8 ile tulum peyniri olmuştur. Bu durum, önemli bir keçi sütü üretim yeri olan ilde, “Maraş peyniri” olarak bilinen beyaz peynir tüketiminden ileri gelmiş olabileceği düşünülmektedir.

Çizelge 5.6. Süt ve ürünleri tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Süt	N	0	35	15	58	58	14	4	12	54
	%	0,0	14,0	6,0	23,2	23,2	5,6	1,6	4,8	21,6
Yoğurt	N	43	98	19	47	39	1	0	3	0
	%	17,2	39,2	7,6	18,8	15,6	0,4	0,0	1,2	0,0
Ayran	N	21	60	59	39	57	6	0	6	2
	%	8,4	24,0	23,6	15,6	22,8	2,4	0,0	2,4	0,8
Kefir	N	0	0	1	5	18	24	14	39	149
	%	0,0	0,0	0,4	2,0	7,2	9,6	5,6	15,6	59,6
Dondurma	N	0	1	3	1	12	52	100	78	3
	%	0,0	0,4	1,2	0,4	4,8	20,8	40,0	31,2	1,2
Beyaz peynir	N	1	97	95	31	19	3	1	1	2
	%	0,4	38,8	38,0	12,4	7,6	1,2	0,4	0,4	0,8
Kaşar	N	0	3	21	33	60	33	22	46	32
	%	0,0	1,2	8,4	13,2	24,0	13,2	8,8	18,4	12,8
Krem peynir	N	0	1	7	12	46	14	17	64	89
	%	0,0	0,4	2,8	4,8	18,4	5,6	6,8	25,6	35,6
Tulum	N	0	1	2	0	20	10	10	45	162
	%	0,0	0,4	0,8	0,0	8,0	4,0	4,0	18,0	64,8
Çökelek	N	0	25	11	21	69	14	31	79	0
	%	0,0	10,0	4,4	8,4	27,6	5,6	12,4	31,6	0,0

5.1.6.2. Et tüketimi

Araştırmaya katılanların et tüketim kayıtları incelendiğinde, bireylerin tavuk/hindi etlerine göre kırmızı et tüketiminin fazla olduğu, ancak tüketim sıklığına göre tavuk/hindi etleri tercihlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırmada, ayrıca, bireylerin %58,0'ının hiç sakatat tüketmediği, balığı ise seyrek olarak tükettikleri tespit edilmiştir (Çizelge 5.7).

Çizelge 5.7. Et tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Kırmızı et	N	0	20	28	73	121	8	0	0	0
	%	0,0	8,0	11,2	29,2	48,4	3,2	0,0	0,0	0,0
Tavuk/Hindi eti	N	0	0	69	95	68	8	2	6	2
	%	0,0	0,0	27,6	38,0	27,2	3,2	0,8	2,4	0,8
Balık	N	0	0	1	3	64	46	47	74	15
	%	0,0	0,0	0,4	1,2	25,6	18,4	18,8	29,6	6,0
Av etleri	N	0	0	0	0	0	0	0	6	244
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	97,6
Sakatat	N	0	0	1	0	10	14	36	44	145
	%	0,0	0,0	0,4	0,0	4,0	5,6	14,4	17,6	58,0

5.1.6.3. Yumurta tüketimi

Araştırmanın olumlu sonuçlarından bir tanesi yumurtanın bireyler tarafından tercih edilen besin olmasıdır. Katılımcıların yumurta tüketim kayıtları incelendiğinde; %58,4'ünün her gün yumurta yediği tespit edilmiştir (Çizelge 5.8). Bu veri, üniversite öğrencileri ile yapılmış bir çalışmada elde edilen yumurta tüketimi değerleri ile benzerlik göstermektedir (İskender ve Kanbay, 2014).

Çizelge 5.8. Yumurta tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Yumurta	N	0	146	51	36	11	1	0	3	2
	%	0,0	58,4	20,4	14,4	4,4	0,4	0,0	1,2	0,8

5.1.6.4. Kuru baklagiller ve yağlı tohumlar tüketimi

Katılımcıların %28,4'ünün haftada 5-6 kez kuru baklagiller yediğini, %19,2'inin ise her gün yağlı tohumlar (fındık, fıstık, ceviz vb) yediği tespit edilmiştir. Yağlı tohumlar tüketmeyen birey görülmemiştir (Çizelge 5.9).

Çizelge 5.9. Kuru baklagiller ve yağlı tohumlar tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Kuru baklagiller	N	0	2	71	27	59	39	37	13	2
	%	0,0	0,8	28,4	10,8	23,6	15,6	14,8	5,2	0,8
Yağlı tohumlular	N	1	48	27	48	47	24	13	42	0
	%	0,4	19,2	10,8	19,2	18,8	9,6	5,2	16,8	0,0

5.1.6.5. Sebze ve meyve tüketimi

Katılımcıların %27,2'sinin her gün yeşil yapraklı sebzeler yediğini ve %42,4'ünün haftada 1-2 kez diğer sebzelerden yediği tespit edilmiştir (Çizelge 5.10). Ayrıca, %50,0'ının haftada 1-2 kez kuru meyvelerden %22,4'ünün taze meyvelerden yediği, %7,6'sının ise hiç kuru meyve yemediği tespit edilmiştir (Çizelge 5.11).

Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'ye özgü beslenme rehberine göre, her gün, tabağın yarısının sebze ve meyveler içermesi tavsiyesinde bulunmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, bölge halkının sebze ve meyve tüketiminin az olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelik

öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, günlük meyve ve sebze tüketimi %8,9 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların bilgi düzeyleri yüksek olmalarına rağmen, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz ve Ayhan, 2017).

Çizelge 5.10. Sebze tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Yeşil yapraklı sebzeler	N	6	68	33	48	67	8	1	15	4
	%	2,4	27,2	13,2	19,2	26,8	3,2	0,4	6,0	1,6
Diğer sebzeler	N	1	3	33	67	106	15	8	16	1
	%	0,4	1,2	13,2	26,8	42,4	6,0	3,2	6,4	0,4

Çizelge 5.11. Meyve tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Taze meyveler	N	0	25	17	33	56	27	20	53	19
	%	0,0	10,0	6,8	13,2	22,4	10,8	8,0	21,2	7,6
Kuru meyveler	N	0	4	23	60	125	25	4	8	1
	%	0,0	1,6	9,2	24,0	50,0	10,0	1,6	3,2	0,4

5.1.6.6. Tahıl ürünleri tüketimi

Araştırmaya katılan katılımcıların ekmek tercihlerinde beyaz ekmek ön plana çıkmış her öğün ve her gün beyaz ekmek tüketimi %62,2 olarak belirlenmiştir. Kepekli ve diğer tahıl ekmeklerini tüketmeyen bireylerin oranı %56,4 ve %58,8'dir. Pirinç tüketimi bulgur tüketimine göre daha fazla olmuştur. Ayrıca, bireylerin %43,6'sı haftada 3-4 kez olmak üzere makarna tükettiği tespit edilmiştir (Çizelge 5.12). Bu sonuçlar, Türkiye'ye özgü beslenme rehberi verileri ile paraleldir. Bu rehber göre, ekmek ve bulgur tüketimi bireylerin başlıca besin kaynaklarını oluşturmakta ve tahıl ürünleri yaygın olarak tüketilmektedir.

5.1.6.7. Şeker ve tatlı besinler tüketimi

Araştırmaya katılanların %45,6'sının her gün şeker tükettiği %39,6'sının hiç şeker tüketmediği tespit edilmiştir. Ayrıca, bireylerin %48,8'i şekerlemeleri ve %69,2'si çikolatayı haftada 1-2 kez ve daha fazla tükettikleri görülmüştür. Bal tüketimi en yüksek %31,6 olup, haftada 3-4 kez tüketildiği tespit edilmiştir (Çizelge 5.13). Bu çalışmada; DSÖ'nun 2015 yılında yetişkinler ve çocuklardaki şeker ve şekerli içeren ürünlerin tüketiminin fazla olduğunu belirttiği rehberi doğrulayan sonuçlar bulunmuştur.

Çizelge 5.12. Tahıl ürünleri tüketim kayıtlarının analizi

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Beyaz ekmek	N	64	94	4	20	32	5	3	15	13
	%	25,6	37,6	1,6	8,0	12,8	2,0	1,2	6,0	5,2
Kepekli ekmek	N	1	13	17	17	20	15	5	21	141
	%	0,4	5,2	6,8	6,8	8,0	6,0	2,0	8,4	56,4
Diğer tahıl ekmekleri	N	5	9	10	10	22	3	15	29	147
	%	2,0	3,6	4,0	4,0	8,8	1,2	6,0	11,6	58,8
Bazlama	N	0	0	0	0	40	67	75	63	5
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	26,8	30,0	25,2	2,0
Yufka	N	0	4	2	5	57	60	27	89	6
	%	0,0	1,6	0,8	2,0	22,8	24,0	10,8	35,6	2,4
Pirinç	N	0	7	53	71	102	14	1	2	0
	%	0,0	2,8	21,2	28,4	40,8	5,6	0,4	0,8	0,0
Bulgur	N	0	7	70	74	64	17	3	15	0
	%	0,0	2,8	28,0	29,6	25,6	6,8	1,2	6,0	0,0
Makarna/Erişte	N	0	0	51	109	71	11	1	7	0
	%	0,0	0,0	20,4	43,6	28,4	4,4	0,4	2,8	0,0
Buğday unu	N	0	0	4	3	27	88	47	80	1
	%	0,0	0,0	1,6	1,2	10,8	35,2	18,8	32,0	0,4
Börek	N	0	2	2	3	53	67	51	70	2
	%	0,0	0,8	0,8	1,2	21,2	26,8	20,4	28,0	0,8
Kurabiye	N	0	0	1	3	17	76	64	78	11
	%	0,0	0,0	0,4	1,2	6,8	30,4	25,6	31,2	4,4

Çizelge 5.13. Şeker ve tatlı besinler tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Şeker	N	20	114	1	4	5	3	1	3	99
	%	8,0	45,6	0,4	1,6	2,0	1,2	0,4	1,2	39,6
Şekerleme/Lokum	N	0	2	46	39	35	30	29	47	22
	%	0	0,8	18,4	15,6	14,0	12,0	11,6	18,8	8,8
Çikolata	N	0	8	10	36	119	12	24	32	9
	%	0	3,2	4,0	14,4	47,6	4,8	9,6	12,8	3,6
Bal	N	0	9	17	34	79	37	15	50	8
	%	0	3,6	6,8	13,6	31,6	14,8	6,0	20,0	3,2

5.1.6.8. Yağ tüketimi

Yağ tüketim kayıtları incelendiğinde; %54,0'ının margarin ve %25,2'sinin tereyağı kullanmadığı ve herkesin zeytinyağını tükettiği tespit edilmiştir. Alınan besin tüketim kayıtlarına göre en sık kullanılan yemeklik yağ çeşidinin zeytinyağı dışındaki diğer sıvı yağlar olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 5.14).

Çizelge 5.14. Yemeklik yağ tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Zeytinyağı	N	6	28	2	9	33	60	41	71	0
	%	2,4	11,2	0,8	3,6	13,2	24,0	16,4	28,4	0,0
Diğer sıvı yağlar	N	7	175	8	2	12	0	7	34	5
	%	2,8	70,0	3,2	0,8	4,8	0,0	2,8	13,6	2,0
Margarin	N	0	0	1	0	16	17	26	55	135
	%	0,0	0,0	0,4	0,0	6,4	6,8	10,4	22,0	54,0
Tereyağı	N	0	22	19	12	4	35	40	55	63
	%	0,0	8,8	7,6	4,8	1,6	14,0	16,0	22,0	25,2

5.1.6.9. İçecek tüketimi

Araştırmaya katılan katılımcıların besin tüketim kayıtları incelendiğinde; %24,4'ünün haftada 1-2 kez hazır meyve suyu içtiğinin, %26,4'ünün hiç gazlı içecek tüketmediği ve %26,0'ının maden suları içmediği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların %56,8'inin her gün çay içtiği %58,4'ünün hiç bitki çayı içmediği Ayrıca alkollü içecek tüketenlerin büyük bir çoğunluğu ayda bir kez alkollü içecek tercih etmektedirler (Çizelge 5.15).

Katılımcıların %24,4'ünün haftada 1-2 kez hazır meyve suyu içtiği, %26,4'ünün gazlı içecek, %26,0'ının maden suları, %58,4'ünün bitki çayı ve %92,0'sinin ise alkollü içki tüketmediği tespit edilmiştir. En çok ve sıklıkla içilen içecek türü %56,8 (her gün) çay olmuştur.

5.1.6.10. Hazır besinler tüketimi

Katılımcıların %66 ve üzeri hazır yemek tercih etmedikleri tespit edilmiştir. Ancak hamburger vb ürünlerde kullanılan hazır köfte tüketimi farklı tüketim sıklıklarında %74,8 seviyesinde bulunmuştur. Bunun yanında, bireylerin hazır salata ve meze tüketimi %62 ve %59,6 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin nispeten yüksek olması dışarıda yenilen yemeklerin yanında verilen salata ve mezelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bireylerin yarısı dondurulmuş besinleri tüketmediğini bildirmiştir. Bireyler, etli/peynirli pide, lahmacunu ve sütlü tatlıları en sık haftada 1-2 kez, hamur işi tatlıları ise en sık 15 günde 1 tükettiklerini bildirmişlerdir. Cips tüketmeyen bireylerin oranı %53,6 olarak gözlemlenmiştir (Çizelge 5.16).

Çizelge 5.15. İçecek tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Meyve suları	N	24	26	19	24	61	19	10	31	36
	%	9,6	10,4	7,6	9,6	24,4	7,6	4,0	12,4	14,4
Gazlı içecek	N	31	40	5	12	33	13	9	41	66
	%	12,4	16,0	2,0	4,8	13,2	5,2	3,6	16,4	26,4
Maden suları	N	4	55	17	28	37	8	6	30	65
	%	1,6	22,0	6,0	11,2	14,8	3,2	2,4	12,0	26,0
Çay	N	75	142	6	2	7	0	0	4	14
	%	30,0	56,8	2,4	0,8	2,8	0,0	0,0	1,6	5,6
Bitki çayları	N	1	6	20	40	33	1	2	2	145
	%	0,4	2,4	8,0	16,0	13,2	0,4	0,8	0,8	58,0
Bira	N	0	2	0	0	8	0	9	4	230
	%	0,0	0,8	0,0	0,0	0,4	3,2	3,6	1,6	92,0
Şarap	N	0	0	0	0	8	0	8	4	230
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	3,2	1,6	92,0
Rakı	N	0	0	0	0	8	0	8	4	230
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	3,2	1,6	92,0
D. alkollü içkiler	N	0	0	0	1	7	0	8	4	230
	%	0,0	0,0	0,0	0,4	2,8	0,0	3,2	1,6	92,0

Çizelge 5.16. Hazır besin tüketim kayıtlarına ilişkin veriler

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Kahvaltılık tahıl ürünleri	N	0	2	3	6	19	5	10	49	156
	%	0,0	0,8	1,2	2,4	7,6	2,0	4,0	19,6	62,4
Hazır çorba	N	0	2	1	13	33	7	11	18	165
	%	0,0	0,8	0,4	5,2	13,2	2,8	4,4	7,2	66,0
Hazır sebze yemeği	N	0	1	0	1	5	4	5	11	223
	%	0,0	0,4	0,0	0,4	2,0	1,6	2,0	4,4	89,2
Hazır köfte	N	0	2	0	44	55	5	58	23	63
	%	0,0	0,8	0,0	17,6	22,0	2,0	23,2	9,2	25,2
Hazır börek	N	0	1	1	12	17	3	27	15	174
	%	0,0	0,4	0,4	4,8	6,8	1,2	10,8	6,0	69,6
Hazır sarma	N	0	0	0	2	4	1	4	12	227
	%	0,0	0,0	0,0	0,8	1,6	0,4	1,6	4,8	90,8
Hazır salata	N	0	1	4	39	55	7	40	9	95
	%	0,0	0,4	1,6	15,6	22,0	2,8	16,0	3,6	38,0
Hazır meze	N	0	1	8	39	43	6	38	14	101
	%	0,0	0,4	3,2	15,6	17,2	2,4	15,2	5,6	40,4
Hazır pasta	N	0	0	0	0	5	30	59	125	31
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	12,0	23,6	50,0	12,4
Dondurulmuş besinler	N	0	0	0	1	17	18	16	72	126
	%	0,0	0,0	0,0	0,4	6,8	7,2	6,4	28,8	50,4

Çizelge 5.16. (devamı)

Ürün		Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
Etli/peynirli pide	N	0	0	1	2	92	71	55	29	0
	%	0,0	0,0	0,4	0,8	36,8	28,4	22,0	11,6	0,0
Lahmacun	N	0	1	0	3	117	74	48	7	0
	%	0,0	0,4	0,0	1,2	46,8	29,6	19,2	2,8	0,0
Patates kızartması	N	0	1	15	65	65	49	21	27	7
	%	0,0	0,4	6,0	26,0	26,0	19,6	8,4	10,8	2,8
Hamur işi tatlılar	N	0	0	1	2	20	77	63	82	5
	%	0,0	0,0	0,4	0,8	8,0	30,8	25,2	32,8	2,0
Sütlü tatlılar	N	0	4	2	20	94	24	45	57	4
	%	0,0	1,6	0,8	8,0	37,6	9,6	18,0	22,8	1,6
Cips	N	0	5	2	5	30	17	15	42	134
	%	0,0	2,0	0,8	2,0	12,0	6,8	6,0	16,8	53,6

5.2. Karşılaştırmalı Analizler

5.2.1. Cinsiyet ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Cinsiyet ile kronik rahatsızlık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 5.17). Bu sonuç, Sağlık Bakanlığı (2017)'nin Kronik Hastalıklar raporu ile bağdaşmamaktadır. Rapora göre kronik hastalıklar kadınlarda daha yaygın olarak görüldüğü yönünde saptama yapılmıştır. Farklı sonuç bulunmasının nedeni, araştırmada kullanılan örneklem sayısının cinsiyetlere göre eşit dağılmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çizelge 5.17. Cinsiyet ile kronik hastalıkların olma durumu ilişkisi

Cinsiyet/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Kadın	39	73,5	149	75,6	9,672	0,089
Erkek	14	26,5	48	24,4		

Bireylerin kan analizleri ile cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiş ve HGB, HCT, ALT, kolesterol, LDL ve HDL arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur (Çizelge 5.18), Kadınlarda HGB seviyesinin daha düşük, glikoz, kolesterol ve LDL'nin ise daha yüksek olduğu, ALT değerinin ise erkeklerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kolesterol seviyesinin kadınlarda daha yüksek bulunmasının muhtemel nedeninin erkeklerin çalışın ve hareketli bir yaşantıya sahip olmalarıdır.

Çizelge 5.18. Cinsiyet ile kan analizlerinin ilişkisi

Cinsiyet/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Kadın	17	100,0	170	74,2	1	25,0	11,456	0,002
Erkek	0	0,0	59	25,8	3	75,0		
HCT								
Kadın	22	91,7	165	73,3	1	100,0	4,413	0,090
Erkek	2	8,3	60	26,7	0	0,0		
Glikoz								
Kadın	0	0,0	156	78,4	32	62,7	5,329	0,021
Erkek	0	0,0	43	21,6	19	37,3		
AST								
Kadın	0	0,0	181	76,1	7	58,3	1,923	0,178
Erkek	0	0,0	57	23,9	5	41,7		
ALT								
Kadın	0	0,0	181	77,7	7	41,2	11,322	0,002
Erkek	0	0,0	52	22,3	10	58,8		
TRİGLİSERİT								
Kadın	10	83,3	117	79,6	60	66,7	5,169	0,068
Erkek	2	16,7	30	20,4	30	33,3		
KOLESTEROL								
Kadın	1	20,0	124	77,5	62	73,8	7,257	0,021
Erkek	4	80,0	36	22,5	22	26,2		
LDL								
Kadın	19	47,5	134	78,8	35	87,5	18,728	0,000
Erkek	21	52,5	36	21,2	5	12,5		
HDL								
Kadın	19	47,5	134	78,8	35	87,5	18,728	0,000
Erkek	21	52,5	36	21,2	5	12,5		

5.2.2. Yaş ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Yaş grupları ile kronik rahatsızlık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 5.19). Sağlık Bakanlığı (2017)'nin Kronik Hastalıklar raporuna göre, yaşın artması kronik hastalıklar için bir risk faktörüdür. Bu çalışmanın sonucunun istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması, araştırmada 16-25 yaş aralığında bireylerin sayısının fazla olması ile ilgili olabilir. Ayrıca, yaş grubu ile yalnızca kolesterol arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($p<0,05$). (Çizelge 5.20). 16-25 yaş arasında kolesterol değeri düşük, 26-35 arasında ise yüksek bulunmuştur.

Çizelge 5.19. Yaş grupları ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Yaş/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
0-15	2	3,8	16	8,1	11,490	0,522
16-25	11	20,8	67	34,0		
26-35	21	39,6	70	35,5		
36-45	10	18,9	34	17,3		
≥46	9	19,0	10	5,1		

Çizelge 5.20. Yaş grubu ile kan analizleri arasındaki ilişki

Yaş/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
0-15	0	0	18	7,8	0	0,0	8,636	0,907
16-25	4	23,5	72	31,4	2	50,0		
26-35	7	41,2	82	35,8	2	50,0		
36-45	5	29,4	39	17,1	0	0,0		
≥46	1	5,9	18	7,8	0	0,0		
HCT								
0-15	0	0,0	18	8,0	0	0,0	20,585	0,127
16-25	7	29,2	71	31,6	0	0,0		
26-35	6	25,0	84	37,3	1	100,0		
36-45	8	33,3	36	16,0	0	0,0		
≥46	3	12,5	16	7,1	0	0,0		
Glikoz								
0-15	0	0,0	14	7,0	4	7,8	9,474	0,122
16-25	0	0,0	68	34,2	10	19,6		
26-35	0	0,0	74	37,2	17	33,3		
36-45	0	0,0	31	15,6	13	25,5		
≥46	0	0,0	12	6,0	7	13,7		
AST								
0-15	0	0,0	18	7,5	0	0,0	4,369	0,659
16-25	0	0,0	76	31,9	2	16,7		
26-35	0	0,0	85	35,7	6	50,0		
36-45	0	0,0	41	17,2	3	25,0		
≥46	0	0,0	18	7,6	1	8,3		
ALT								
0-15	0	0,0	17	7,3	1	5,9	3,527	0,761
16-25	0	0,0	75	32,2	3	17,6		
26-35	0	0,0	83	35,6	8	47,1		
36-45	0	0,0	40	17,2	4	23,5		
≥46	0	0,0	18	7,8	1	5,9		
TRİGLİSERİT								
0-15	1	8,3	13	8,8	4	4,4	19,702	0,073
16-25	5	41,7	54	36,7	19	21,1		
26-35	6	50,0	48	32,7	36	40,0		
36-45	0	0,0	25	17,0	19	21,1		
≥46	0	0,0	7	4,8	12	13,3		

Çizelge 5.20. (devamı)

Yaş/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
KOLESTEROL								
0-15	0	0,0	14	8,7	3	3,6		
16-25	4	80,0	57	35,6	17	20,2		
26-35	0	0,0	59	36,9	32	38,1	30,792	0,002
36-45	0	0,0	25	15,6	19	22,6		
≥46	1	20,0	5	3,2	13	15,5		
LDL								
0-15	1	16,7	17	8,3	0	0,0		
16-25	1	16,7	69	33,5	8	2,1		
26-35	3	50,0	71	34,5	17	44,7	1,977	0,392
36-45	1	16,1	34	16,5	9	23,7		
≥46	0	0,0	15	7,2	4	10,5		
HDL								
0-15	2	5,0	14	8,2	2	5,0		
16-25	11	27,5	50	29,4	17	42,5		
26-35	18	45,0	60	35,3	13	32,5	5,855	0,944
36-45	6	15,0	31	18,2	7	17,5		
≥46	3	7,5	15	8,9	1	2,5		

5.2.3. Kilo ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Kilo ile kronik rahatsızlık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup ($p<0,05$), kilosu fazla olan katılımcıların kronik rahatsızlığa yakalanma olasılığının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 5.21). Benzer bir sonuç, Chen ve Zao (2012)'nin obez bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada da belirlenmiştir.

Diğer yandan, bireylerin kilo ile kan analizlerinden yalnızca kolesterol ve LDL arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 5.22). Kolesterol ve LDL değerleri en çok 76-105,9 kg, en az ise 46-75,9 kg arasındadır. Bu durumun yanı sıra trigliserit ve glikoz seviyesinin de yüksek olması beklenmiştir ancak araştırmaya katılan bireylerin kilo gruplarının aralığının geniş olmasından dolayı ilişki olmadığı düşünülmektedir.

Çizelge 5.21. Kilo ile kronik hastalıklar olma durumu arasındaki ilişki

Kilo/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
5-45,9	0	0,0	8	4,1		
46-75,9	12	22,6	76	38,5		
76-105,9	33	62,2	87	44,1	7,647	0,042
106-135,9	7	13,2	25	12,6		
≥136	1	2,0	1	0,7		

Çizelge 5.22. Kilo ile kan analizleri arasındaki ilişki

Kilo/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
5-45,9	1	5,8	6	2,6	1	25,0	1,125	0,996
46-75,9	6	35,2	82	36,3	0	0,0		
76-105,9	8	48,0	111	49,1	1	25,0		
106-135,9	2	12,0	29	10,9	1	25,0		
≥136	0	0,0	1	2,1	1	25,0		
HCT								
5-45,9	1	4,1	7	3,1	0	0,0	0,996	0,608
46-75,9	8	32,8	80	35,5	0	0,0		
76-105,9	12	49,2	107	47,5	1	100,0		
106-135,9	3	13,9	29	12,8	0	0,0		
≥136	0	0,0	2	1,1	0	0,0		
Glikoz								
5-45,9	0	0,0	1	3,5	1	4,0	8,391	0,078
46-75,9	0	0,0	8	28,0	3	12,0		
76-105,9	0	0,0	12	42,0	9	36,0		
106-135,9	0	0,0	3	12,5	7	28,0		
≥136	0	0,0	4	14,0	5	20,0		
AST								
5-45,9	0	0,0	18	7,5	0	0,0	2,836	0,586
46-75,9	0	0,0	76	31,9	2	16,6		
76-105,9	0	0,0	85	35,9	6	50,0		
106-135,9	0	0,0	41	17,2	3	25,0		
≥136	0	0,0	18	7,5	1	8,4		
ALT								
5-45,9	0	0,0	17	7,3	1	5,9	2,122	0,713
46-75,9	0	0,0	75	32,1	3	17,7		
76-105,9	0	0,0	83	35,6	8	47,2		
106-135,9	0	0,0	40	17,1	4	23,6		
≥136	0	0,0	18	7,9	1	5,9		
TRİGLİSERİT								
5-45,9	1	8,4	6	4,1	1	1,1	16,050	0,096
46-75,9	7	58,3	66	45,1	14	15,5		
76-105,9	3	24,9	61	41,5	56	62,0		
106-135,9	1	8,4	13	8,6	18	20,3		
≥136	0	0,0	1	0,7	1	1,1		
KOLESTEROL								
5-45,9	0	0,0	8	5,0	0	0,0	16,350	0,000
46-75,9	3	60,0	64	40,0	20	23,8		
76-105,9	1	20,0	73	45,6	46	54,7		
106-135,9	1	20,0	14	6,8	17	20,2		
≥136	0	0,0	1	2,6	1	1,3		

Çizelge 5.22. (devamı)

Kilo/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
LDL								
5-45,9	1	16,6	7	3,4	0	0,0		
46-75,9	1	16,6	75	36,4	12	31,5		
76-105,9	4	66,8	98	47,5	18	47,3	15,848	0,000
106-135,9	0	0,0	24	11,6	8	21,2		
≥136	0	0,0	2	1,1	0	0,0		
HDL								
5-45,9	1	2,5	6	3,5	1	2,5		
46-75,9	8	20,0	59	34,7	21	52,5		
76-105,9	26	65,0	79	46,4	15	37,5	0,075	0,963
106-135,9	5	12,5	24	14,1	3	7,5		
≥136	0	0,0	2	1,3	0	0,0		

5.2.4. Eğitim durumu ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların eğitim durumu ile kronik rahatsızlık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 5.23). Çalışma sonucuna göre, eğitim düzeyinin artması kronik hastalıklar için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bir toplumda eğitim düzeyinin yüksek olmasının toplumun gelişmişlik göstergelerinden birisi olduğu test edildiğinde, gelişmiş ülkelerde kalp stres hastalıklarının artış gösteriyor olması, çalışmanın bu bulgusu ile uyumlu bulunmaktadır (Şahpaz, 2016).

Çizelge 5.23. Eğitim durumu ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Eğitim/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
İlkokul	12	19,0	22	11,1		
Ortaokul	15	23,8	32	16,2		
Lise	10	15,8	71	36,0	10,820	0,013
Üniversite	26	41,4	68	34,5		
Lisanüstü	0	0,0	4	2,0		

5.2.5. Gelir durumu ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki

Araştırmaya katılanların gelir durumu ile kronik rahatsızlık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelenmiş ve gelir durumu ile kronik rahatsızlık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 5.24). Kronik hastalığı olan bireylerin %35,8'inin gelir durumu 1500 TL ve altındadır. Bu bulgu ile uyum olmayan DSÖ raporunda ise, dünya genelinde

bireylerin gelir düzeyi ile obezite durumları arasında orantılı bir ilişki olduğu ortaya koymaktadır (WHO, 2015). Buna yöndeki çalışmalar, en yüksek gelir dilimdeki katılımcıların en yüksek sigara kullanımı oranına sahip olduklarını ve bu durumun kronik hastalık oranını artırdığını göstermektedir.

Araştırmalar, yaygın bir kanı olarak fast-food ağırlıklı beslenmenin düşük gelir düzeyine sahip kesim tarafından tüketildiği inancına aykırı olarak, orta ve üst gelir düzeyine sahip kesim tarafından daha fazla tüketildiğini göstermektedir (Zagorsky, 2014). Bu tespit, bu çalışmada elde edilen bulgular arasında bağlantı kurulması bakımından önem taşımaktadır.

Çizelge 5.24. Gelir durumu ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Gelir/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
≤1500	19	35,8	90	54,2	9,148	0,063
1501-2000	10	18,8	35	17,7		
2001-3000	15	28,3	55	27,9		
3001-4000	9	17,1	16	8,1		
4001-6000	0	0,0	0	0,0		
≥6001	0	0,0	1	0,5		

5.2.6. Öğün atlama ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Katılımcıların kronik hastalık olma durumunun, yemek öğünü atlama durumuna göre ilişkisine bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 5.25). Kronik hastalığı olan bireylerin en sık sabah öğününü, en az ise akşam öğünü atladığı bulunmuştur. Bu durum ile paralel sonuçlar iki yurt öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını saptamak için yapılan çalışmada ve tıp öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları üzerine yapılmış bir çalışmada görülmüştür (Güleç ve ark., 2008; Ayhan ve ark., 2012).

Çizelge 5.25. Atlanan öğün ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Atlama öğünü/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Sabah	98	49,7	21	39,6	5,794	0,050
Öğle	97	46,7	26	49,1		
Akşam	7	3,6	6	11,3		

Bireylerin öğün atlama alışkanlıkları ile kan analizleri arasındaki ilişki incelenmiş ve sadece glikoz seviyesi ile kronik hastalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 5.26). Glikoz seviyesi yüksek olan bireylerin en sık sabah ve öğle öğünlerini atladıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra öğün atlama ile ilgili geçmiş yıllarda yapılan literatür çalışmaları da incelendiğinde bu alışkanlığın sağlık durumunun bozulması üzerinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Çayır ve ark., 2011).

Çizelge 5.26. Atlanan öğün ile kan analizleri arasındaki ilişki

Atlanan öğün /Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki- Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Sabah	7	41,2	109	47,6	3	75,0	1,764	0,746
Öğle	9	52,9	108	47,2	1	25,0		
Akşam	1	5,9	12	5,2	0	0,0		
HCT								
Sabah	9	37,5	110	48,9	0	0,0	4,039	0,374
Öğle	13	54,2	104	46,2	1	100,0		
Akşam	2	8,3	11	4,9	0	0,0		
Glikoz								
Sabah	0	0,0	99	49,7	20	39,2	5,716	0,046
Öğle	0	0,0	93	46,7	25	49,0		
Akşam	0	0,0	7	3,5	6	11,8		
AST								
Sabah	0	0,0	113	47,5	6	58,3	0,882	0,676
Öğle	0	0,0	113	47,5	5	41,7		
Akşam	0	0,0	12	5,0	1	8,3		
ALT								
Sabah	0	0,0	110	47,2	9	52,9	2,520	0,276
Öğle	0	0,0	112	48,1	6	35,3		
Akşam	0	0,0	11	4,7	2	11,8		
TRİGLİSERİT								
Sabah	8	66,7	74	50,3	37	41,1	5,590	0,205
Öğle	4	33,3	68	46,3	45	50,0		
Akşam	0	0,0	5	3,4	8	8,9		
KOLESTEROL								
Sabah	5	100,0	78	48,8	36	42,9	5,949	0,185
Öğle	0	0,0	74	46,3	43	51,2		
Akşam	0	0,0	8	5,0	5	6,0		
LDL								
Sabah	3	50,0	102	49,5	14	36,8	2,758	0,596
Öğle	3	50,0	94	45,6	21	55,3		
Akşam	0	0,0	10	4,9	3	7,9		
HDL								
Sabah	22	55,0	77	45,3	20	50,0	3,678	0,449
Öğle	16	40,0	82	48,2	20	50,0		
Akşam	2	5,0	11	6,5	0	0,0		

5.2.7. İçecek tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Kronik hastalık olma durumu ile içecek türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 5.27). Kronik hastalığı olan bireylerin yemeklerin yanında en çok gazlı içecek, kronik hastalığı olmayanların ise ayran tercih ettikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 5.27. İçecek tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

İçecek türü/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Su	39	19,8	6	11,3		
Meyve Suyu	40	20,3	8	15,1		
Gazlı İçecek	69	35,0	16	30,2	9,139	0,058
Ayran	37	18,8	20	37,7		
Çay	12	6,1	3	5,7		

Bireylerin yemeklerin yanında tercih ettikleri içecek türü ile kan analizleri arasındaki ilişkilerde içecek türünün yalnızca trigliserit seviyesini etkilediği ve trigliserit seviyesi yüksek olanların yemeklerin yanında gazlı içecek tercih ettikleri görülmüştür (Çizelge 5.28). Gazlı içecek tercihlerinin glikoz, kolesterol ve LDL seviyesini de yükseltmesi beklenmiştir, ancak, araştırmada kronik hastalığı olan ve hazır meşrubat ürünlerini tüketen bireylerin sayısının az olmasından dolayı etkilemediği varsayılmaktadır.

Çizelge 5.28. İçecek tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki

İçecek türü/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Su	5	29,4	39	17,0	1	25,0		
Meyve Suyu	2	11,8	46	20,1	0	0,0		
Gazlı İçecek	3	17,6	80	34,9	2	50,0	6,272	0,552
Ayran	6	35,3	50	21,8	1	25,0		
Çay	1	5,9	14	6,1	0	0,0		
HCT								
Su	7	29,2	38	16,9	0	0,0		
Meyve Suyu	3	12,5	45	20,0	0	0,0		
Gazlı İçecek	4	16,7	80	35,6	1	100,0	10,864	0,150
Ayran	7	29,2	50	22,2	0	0,0		
Çay	3	12,5	12	5,3	0	0,0		

Çizelge 5.28. (devamı)

İçecek türü/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
Glikoz								
Su	0	0,0	37	18,6	8	15,7	3,987	0,404
Meyve Suyu	0	0,0	39	19,6	9	17,6		
Gazlı İçecek	0	0,0	71	35,7	14	25,5		
Ayran	0	0,0	40	20,1	17	33,3		
Çay	0	0,0	12	6,0	3	5,9		
AST								
Su	0	0,0	44	18,5	1	8,3	1,973	0,725
Meyve Suyu	0	0,0	45	18,9	3	25,0		
Gazlı İçecek	0	0,0	79	33,2	6	50,0		
Ayran	0	0,0	55	23,1	2	16,7		
Çay	0	0,0	15	6,3	0	0,0		
ALT								
Su	0	0,0	44	18,9	1	5,9	8,107	0,065
Meyve Suyu	0	0,0	42	18,0	6	35,3		
Gazlı İçecek	0	0,0	76	32,6	9	52,9		
Ayran	0	0,0	56	24,0	1	5,9		
Çay	0	0,0	15	6,4	0	0,0		
TRİGLİSERİT								
Su	4	33,3	33	24,6	7	7,8	25,467	0,001
Meyve Suyu	5	41,7	23	15,6	20	22,2		
Gazlı İçecek	1	8,3	58	39,5	26	28,9		
Ayran	1	8,3	27	18,4	29	32,2		
Çay	1	8,3	6	4,1	8	8,9		
KOLESTEROL								
Su	2	40,0	36	22,5	7	8,3	13,053	0,062
Meyve Suyu	1	20,0	32	20,0	15	17,9		
Gazlı İçecek	2	40,0	51	31,9	31	36,9		
Ayran	0	0,0	31	19,4	26	31,0		
Çay	0	0,0	10	6,3	5	6,0		
LDL								
Su	2	33,3	40	19,4	3	7,9	8,138	0,349
Meyve Suyu	1	16,7	36	17,5	11	28,9		
Gazlı İçecek	2	33,3	73	35,4	10	26,3		
Ayran	1	16,7	44	21,4	12	31,6		
Çay	0	0,0	13	6,3	2	5,3		
HDL								
Su	5	12,5	31	18,2	9	22,5	7,002	0,532
Meyve Suyu	6	15,0	38	22,4	4	10,0		
Gazlı İçecek	13	32,5	57	33,5	15	37,5		
Ayran	13	32,5	35	20,6	9	22,5		
Çay	3	7,5	9	5,3	3	7,5		

5.2.8. Fast-food tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Katılımcıların fast-food tüketimine bakıldığında, kronik hastalığı olmayanların %70,6'sının, kronik hastalığı olanların ise %29,4'ünün fast-food tükettiği ve kronik hastalık olma durumu ile fast-food tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 5.29). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması raporunda ortaya konan bulgularla bu sonuç ile uyuşmamaktadır. Bu raporda, fast-food tüketimi ile kronik hastalıkların birebir ilişkili olduğunu belirtmektedir (Anonim, 2014). Yapılan başka bir araştırmada, katılımcıların %50'den fazlasının en az haftada birkaç defa ev dışı gıda tükettikleri ortaya konmuştur (Tapsell ve Probst, 2008). Bu çalışmanın diğerlerinden farklı olmasının muhtemel nedeninin kronik hastalığı olup, fast-food tüketen bireylerin oranının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 5.29. Fast-food tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Fast-food tüketimi/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Evet	58	29,4	21	39,6	2,003	0,183
Hayır	139	70,6	32	60,4		

Fast-food tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki incelenmiş ve fast-food tüketimi ile HCT düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$), fast-food ürünlerin et tüketimini artırdığından dolayı bu ürünlerin tüketiminin HCT seviyelerini yükselttiği bulunmuştur (Çizelge 5.30). Bunun yanı sıra trigliserit, kolesterol ve LDL'nin de yüksek olması beklenmiştir ancak, bireylerin %68,4-69,4'ünün kan analizlerinin normal olmasından dolayı etkilemediği düşünülmektedir.

Çizelge 5.30. Fast-food tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki

Fast-food tüketimi /Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Evet	8	47,1	71	31,0	0	0,0	6,272	0,552
Hayır	9	52,9	158	69,0	4	100,0		
HCT								
Evet	12	50,0	159	70,7	0	100,0	6,157	0,033
Hayır	12	50,0	66	29,3	1	0,0		

Çizelge 5.30. (devamı)

Fast-food tüketimi /Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
Glikoz								
Evet	0	0,0	138	69,3	33	64,7	0,405	0,613
Hayır	0	0,0	61	30,7	18	35,3		
AST								
Evet	0	0,0	164	68,9	7	58,3	0,591	0,526
Hayır	0	0,0	74	31,1	5	41,7		
ALT								
Evet	0	0,0	158	67,8	13	76,5	0,550	0,593
Hayır	0	0,0	175	32,2	4	23,5		
TRİGLİSERİT								
Evet	9	25,0	101	68,7	61	67,8	0,212	0,893
Hayır	3	75,0	46	31,3	29	32,2		
KOLESTEROL								
Evet	4	80,0	111	69,4	55	65,5	0,633	0,708
Hayır	1	20,0	49	30,6	29	34,5		
LDL								
Evet	4	66,7	141	68,4	26	68,4	0,148	1,000
Hayır	2	33,3	65	31,6	12	31,6		
HDL								
Evet	29	72,5	114	67,1	28	70,0	0,453	0,803
Hayır	11	27,5	56	32,9	12	30,0		

5.2.9. Çay şekeri tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Kronik hastalık olma durumu ile çay şekeri kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 5.31). Sonucun böyle çıkmasında, kronik rahatsızlığı olan bireylerin %57,7'sinin çay şekeri kullanmaması etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma bu yönüyle geçmiş çalışmalar ile bağdaşmamaktadır. Obez hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin çaylarında şeker kullandıklarını ve bu durumun obezite derecelerini artırdığını göstermiştir (Kayar ve Utku, 2013).

Çizelge 5.31. Çay şekeri tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Çay şekeri tüketimi/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Evet	83	42,3	23	43,4	0,019	1,000
Hayır	113	57,7	30	56,6		

Bireylerin çay şekeri kullanım durumu ile kan analizleri arasındaki ilişki incelenmiş ve çay şekeri kullanımının ALT değerini yükselttiği ve buna bağlı olarak karaciğer yağlanması için risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 5.32). Çay şekeri kullanımının glikoz, AST, trigliserit, kolesterol ve LDL düzeylerini de yükseltmesi de beklenirdi ancak, bireylerin %54,7-55,6'sının kan değerlerinin normal olmasının bu değerler üzerinde etkili olmadığı tahmin edilmektedir.

Çizelge 5.32. Çay şekeri tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki

Çay şekeri tüketimi /Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Evet	4	23,5	100	43,9	2	50,0	3,306	0,187
Hayır	13	76,5	128	56,1	2	50,0		
HCT								
Evet	17	70,8	126	56,3	0	0,0	3,109	0,158
Hayır	7	29,2	98	43,8	1	100,0		
Glikoz								
Evet	0	0,0	114	57,6	29	56,9	0,008	1,000
Hayır	0	0,0	84	42,4	22	43,1		
AST								
Evet	0	0,0	135	57,0	8	66,7	0,440	0,565
Hayır	0	0,0	102	43,0	4	33,3		
ALT								
Evet	0	0,0	129	55,6	14	82,4	4,636	0,041
Hayır	0	0,0	103	44,4	3	17,6		
TRİGLİSERİT								
Evet	8	66,7	80	45,2	54	60,0	1,036	0,617
Hayır	4	33,3	66	54,8	36	40,0		
KOLESTEROL								
Evet	5	100,0	89	55,6	48	57,8	3,734	0,148
Hayır	0	0,0	71	44,4	35	42,2		
LDL								
Evet	4	66,7	113	55,1	26	31,6	2,503	0,269
Hayır	2	33,3	92	44,9	12	68,4		
HDL								
Evet	28	70,0	93	54,7	17	43,6	3,112	0,213
Hayır	12	30,0	77	45,3	22	56,4		

5.2.10. Yemeklik yağ tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Katılımcıların yemeklik yağ çeşidi kullanımına ile kronik hastalık olma durumları incelendiğinde bakıldığında; aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı

bulunmuştur ($p>0,05$) (Çizelge 5.33). Diğer yandan, kronik hastalığı olanların %49,7'sinin ayçiçek yağı, olmayanların ise %35,8'inin zeytinyağı kullandığı tespit edilmiştir. Bu durumun bireylerin yemeklerde katı yağ kullanmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çizelge 5.33. Yemeklik yağ tüketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Yağ çeşidi/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Zeytinyağı	26	13,2	10	18,9	3,418	0,335
Ayçiçek yağı	98	49,7	19	35,8		
Mısırozü yağı	38	19,3	12	22,6		
Tereyağı	35	17,8	12	22,6		

Bireylerin yemeklik yağ tüketiminde kullandıkları yağ çeşidi ile kan analizleri arasındaki ilişki incelenmiş ve yemeklik yağ çeşidinin HGB, glikoz ve kolesterol seviyesini istatistiksel olarak yükselttiği görülmüştür (Çizelge 5.34). Bu değerleri yüksek olanların ayçiçek yağı tükettiği görülmüştür. Ayrıca yağ tüketim miktarının fazla olması bu değerleri yükselttiği öngörülmektedir.

Çizelge 5.34. Yemeklik yağ tüketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki

Yağ çeşidi /Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Zeytinyağı	2	11,8	34	14,8	0	0,0	11,806	0,026
Ayçiçek yağı	10	58,8	107	46,7	0	0,0		
Mısırozü yağı	4	23,5	46	20,1	0	0,0		
Tereyağı	1	5,9	42	18,3	4	100,0		
HCT								
Zeytinyağı	4	16,7	32	14,2	0	0,0	5,912	0,430
Ayçiçek yağı	12	50,0	105	46,7	0	0,0		
Mısırozü yağı	6	25,0	43	19,1	1	100,0		
Tereyağı	2	8,3	45	20,0	0	0,0		
Glikoz								
Zeytinyağı	0	0,0	27	13,6	9	17,6	11,254	0,009
Ayçiçek yağı	0	0,0	97	48,7	20	39,2		
Mısırozü yağı	0	0,0	45	22,6	5	9,8		
Tereyağı	0	0,0	30	15,1	17	33,3		
AST								
Zeytinyağı	0	0,0	34	14,3	2	16,7	2,228	0,529
Ayçiçek yağı	0	0,0	113	47,5	4	33,3		
Mısırozü yağı	0	0,0	48	20,2	2	16,7		
Tereyağı	0	0,0	43	18,1	4	33,3		

Çizelge 5.34. (devamı)

Yağ çeşidi /Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
ALT								
Zeytinyağı	0	0,0	34	14,6	2	11,8	5,029	0,161
Ayçiçek yağı	0	0,0	111	47,6	6	35,3		
Mısırozü yağı	0	0,0	48	20,6	2	11,8		
Tereyağı	0	0,0	40	17,2	7	41,2		
TRİGLİSERİT								
Zeytinyağı	2	16,7	21	14,3	13	14,4	7,056	0,293
Ayçiçek yağı	4	33,3	71	48,3	41	45,6		
Mısırozü yağı	4	33,3	33	22,4	13	14,4		
Tereyağı	2	16,7	22	15,0	23	25,6		
KOLESTEROL								
Zeytinyağı	1	20,0	18	11,3	16	19,0	11,518	0,043
Ayçiçek yağı	1	20,0	84	52,5	32	38,1		
Mısırozü yağı	0	0,0	33	20,6	17	20,2		
Tereyağı	3	60,0	25	15,6	19	22,6		
LDL								
Zeytinyağı	1	16,7	27	13,1	8	21,1	5,608	0,416
Ayçiçek yağı	1	16,7	101	49,0	15	39,5		
Mısırozü yağı	2	33,3	41	19,9	7	18,4		
Tereyağı	2	33,3	37	18,0	8	21,1		
HDL								
Zeytinyağı	3	7,5	24	14,1	9	22,5	10,911	0,086
Ayçiçek yağı	19	47,5	82	48,2	16	40,0		
Mısırozü yağı	5	12,5	34	20,0	11	27,5		
Tereyağı	13	32,5	30	17,6	4	10,0		

5.2.11. İştah ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Katılımcıların iştah durumunun kronik hastalığı olma durumuna göre bakıldığında; kronik rahatsızlığı olmayanların %93,4'ü, kronik rahatsızlığı olanların ise %96,2'si iyi olarak belirttiği ve buna bağlı olarak kronik hastalık olma durumu ile iştah durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 5.35). Altunkaynak ve Özbek (2006)'in obezitenin risk faktörlerini tespit etmek için yaptıkları çalışmada, iştah durumunun kronik hastalıkların oluşumda belirleyici olduğunu belirtmesi açısından farklılık göstermektedir. Çalışmadaki farklılığın muhtemel nedeninin belirleyici düzeyde kronik hastalığı olan bireylerin az (%21,2) olmasından ileri geldiği düşünülmektedir.

Çizelge 5.35. İştah durumu ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

İştah/Kronik	Yok		Var		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
İyi	184	93,4	51	96,2	0,519	0,538
Kötü	13	6,6	2	3,8		

Bireylerin iştah durumu ile kan analizleri arasındaki ilişki incelendiğinde; iştah durumu ile trigliserit arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İştah durumu iyi olanların trigliserit seviyesinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 5.36). Trigliserit seviyesinin yanında glikoz, kolesterol ve LDL seviyelerinin de etkilenmesi beklenirdi. Ancak, sonucun bu şekilde bulunmasında %93'ün üzerinde sağlıklı bireylerden oluşan örneklem grubunun etkisinin olduğu kanısına varılmıştır.

Çizelge 5.36. İştah durumu ile kan analizleri arasındaki ilişki

İştah/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
İyi	16	94,1	215	93,9	4	100,0	0,314	1,000
Kötü	1	5,9	14	6,1	0	0,0		
HCT								
İyi	22	91,7	212	94,2	1	100,0	1,742	0,665
Kötü	2	8,3	13	5,8	0	0,0		
Glikoz								
İyi	0	0,0	186	93,5	49	96,1	0,491	0,545
Kötü	0	0,0	13	6,5	2	3,9		
AST								
İyi	0	0,0	223	93,7	12	100,0	0,805	0,624
Kötü	0	0,0	15	6,3	0	0,0		
ALT								
İyi	0	0,0	218	93,6	17	100,0	1,164	0,208
Kötü	0	0,0	15	6,4	0	0,0		
TRİGLİSERİT								
İyi	8	66,7	138	93,9	88	97,8	7,056	0,293
Kötü	4	33,3	9	6,1	2	2,2		
KOLESTEROL								
İyi	3	60,0	149	93,1	82	97,6	8,470	0,012
Kötü	2	40,0	11	6,9	2	2,4		
LDL								
İyi	6	100,0	192	93,2	37	97,4	0,658	0,641
Kötü	0	0,0	14	6,8	1	2,6		
HDL								
İyi	35	87,5	163	95,9	37	92,5	4,280	0,101
Kötü	5	12,5	7	4,1	3	7,5		

5.2.12. Yeme problemi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Katılımcıların, kronik rahatsızlığı olmayanların %78,7'si, kronik hastalığı olanların ise %88,7'si yeme problemi olmadığını belirlenmiştir. Dolayısıyla, yeme problemi ile kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 5.37). DSÖ verilerine göre de obezite bir yeme problemi olarak görülmektedir ve kronik hastalıklara bağlı ölüm oranını artırdığı belirtilmiştir (WHO, 2015).

Çizelge 5.37. Yeme problemi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Yeme problemi/Kronik	Yok		Var		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Evet	155	78,7	47	88,7	2,692	0,118
Hayır	42	21,3	6	11,3		

Bireylerin “Yeme probleminiz var mı?” sorusuna verdikleri hayır şeklindeki cevapların kan analizlerinden yalnızca trigliserit, kolesterol ve LDL’yi istatistiksel olarak etkilediği ($p<0,05$), bu kan değerleri yüksek olanların yeme probleminin olmadığı görülmüştür (Çizelge 5.38).

Çizelge 5.38. Yeme problemi ile kan analizleri arasındaki ilişki

Yeme problemi/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Evet	15	88,2	184	80,3	3	75,0	0,858	0,616
Hayır	2	11,8	45	19,7	1	25,0		
HCT								
Evet	4	16,7	181	80,4	1	100,0	0,520	1,000
Hayır	20	83,3	44	19,6	0	0,0		
Glikoz								
Evet	0	0,0	40	20,1	8	15,7	0,510	0,554
Hayır	0	0,0	159	79,9	43	84,3		
AST								
Evet	0	0,0	47	19,7	11	91,7	0,959	0,471
Hayır	0	0,0	191	80,3	1	8,3		
ALT								
Evet	0	0,0	47	20,2	1	5,9	2,085	0,208
Hayır	0	0,0	186	79,8	16	94,1		
TRİGLİSERİT								
Evet	5	41,7	33	22,4	10	97,8	11,750	0,002
Hayır	7	58,3	114	77,6	80	11,1		

Çizelge 5.38. (devamı)

Yeme problemi/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
KOLESTEROL								
Evet	2	40,0	40	75,0	6	7,1	14,121	0,001
Hayır	3	60,0	120	25,0	78	92,9		
LDL								
Evet	3	50,0	43	20,9	48	57,2	9,079	0,008
Hayır	3	50,0	163	79,1	36	42,8		
HDL								
Evet	7	17,5	34	20,0	7	92,5	0,160	0,912
Hayır	33	82,5	136	80,0	33	7,5		

5.2.13. Sigara kullanımı ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Araştırmaya katılan katılımcıların sigara kullanımına göre kronik hastalık olma durumuna bakıldığında; kronik hastalığı olmayanların sigarayı tüketmediğini ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin bir olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 5.39). Obez kadınlarda yeme bağımlılığı üzerine yapılan bir çalışmada, sigaranın kronik hastalık riskini artırdığı yönünde paralel sonuçlar verilmiştir (Özçelik ve ark., 2016)(Özçelik ve ark., 2017).

Yapılan çalışmada örneklemin %78,4'lük kısmının tütün ürünleri tüketmemesinden dolayı sigara içme durumu ile kan analizleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 5.40).

Çizelge 5.39. Sigara kullanımı ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Sigara kullanımı/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Evet	11	20,7	30	15,2	8,351	0,017
Hayır	39	73,5	148	75,1		
Bıraktım	3	5,8	19	9,7		

Çizelge 5.40. Sigara kullanımı ile kan analizleri arasındaki ilişki

Sigara kullanımı/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Evet	0	0,0	40	17,5	1	25,0	6,651	0,112
Hayır	16	94,1	169	73,8	2	50,0		
Bıraktım	1	5,9	20	88,7	1	25,0		

Çizelge 5.40. (devamı)

Sigara kullanımı/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HCT								
Evet	1	4,2	40	17,8	0	0,0	4,773	0,356
Hayır	20	83,3	166	73,8	1	100,0		
Bıraktım	3	12,5	19	8,4	0	0,0		
Glikoz								
Evet	0	0,0	31	15,6	10	19,6	1,625	0,474
Hayır	0	0,0	152	76,4	35	68,6		
Bıraktım	0	0,0	16	8,0	6	11,8		
AST								
Evet	0	0,0	37	15,5	4	33,3	4,597	0,081
Hayır	0	0,0	181	76,1	6	50,0		
Bıraktım	0	0,0	20	8,4	2	16,7		
ALT								
Evet	0	0,0	36	15,5	5	29,4	5,036	0,061
Hayır	0	0,0	178	76,4	9	52,9		
Bıraktım	0	0,0	19	8,2	3	17,6		
TRİGLİSERİT								
Evet	0	0,0	22	15,0	19	21,1	8,174	0,066
Hayır	11	91,7	116	78,9	59	65,6		
Bıraktım	1	8,3	9	6,1	12	13,3		
KOLESTEROL								
Evet	1	20,0	23	14,4	17	20,2	5,529	0,193
Hayır	3	60,0	126	78,8	57	67,9		
Bıraktım	1	20,0	11	6,9	10	11,9		
LDL								
Evet	1	16,7	35	17,0	5	13,2	0,730	0,961
Hayır	5	83,3	153	74,3	29	76,3		
Bıraktım	0	0,0	18	8,7	4	10,5		
HDL								
Evet	11	27,5	25	14,7	5	12,5	7,720	0,093
Hayır	23	57,5	131	77,1	33	82,5		
Bıraktım	6	15,0	14	8,2	2	5,0		

5.2.14. Alkol tüketimi ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Katılımcıların alkol kullanma durumunun kronik hastalık olma durumuna göre bakıldığında; kronik hastalığı olmayanların %92,4'ü ile kronik hastalığı olanların %90,6'sının tüketmediği, dolayısıyla, alkol kullanma ile kronik hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Çizelge 5.41). Aynı zamanda, alkollü tüketimi ile kan analizleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 5.42). Yapılan analizlerin sonucunun

anlamli olmamasinin nedeninin bireyler arasin da alkol tuketiminin az olmasindan kaynaklandigi kanısına varilmistir. Alkol kullanımı ile mortalite ve morbidite oranları arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı hedefleyen bir araştırmada, alkol kullanımının koroner kalp hastalıklarının artışında dolaylı etkisi olduğu görülmüştür (Mojziso va ve Kuchta, 2001).

Çizelge 5.41. Alkol tuketimi ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Alkol tuketimi/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Evet	182	92,4	48	90,6	0,188	0,775
Hayır	15	7,6	5	9,4		

Çizelge 5.42. Alkol tuketimi ile kan analizleri arasındaki ilişki

Alkol tuketimi/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Evet	0	0,0	19	8,3	1	25,0	2,998	0,155
Hayır	17	100,0	210	91,7	3	75,0		
HCT								
Evet	0	0,0	20	8,9	0	0,0	2,863	0,294
Hayır	24	100,0	205	91,1	1	100,0		
Glikoz								
Evet	0	0,0	16	8,0	4	7,8	0,002	1,000
Hayır	0	0,0	183	92,0	47	92,2		
AST								
Evet	0	0,0	17	7,1	3	25,0	4,950	0,061
Hayır	0	0,0	221	92,9	9	75,0		
ALT								
Evet	0	0,0	17	7,3	3	17,6	2,306	0,144
Hayır	0	0,0	216	92,7	14	82,4		
TRİGLİSERİT								
Evet	0	0,0	13	8,8	7	7,8	0,514	0,854
Hayır	12	100,0	134	91,2	83	92,2		
KOLESTEROL								
Evet	0	0,0	11	6,9	9	10,7	1,187	0,651
Hayır	5	100,0	149	93,1	75	89,3		
LDL								
Evet	1	16,7	191	92,7	4	10,5	0,730	0,961
Hayır	5	83,3	15	7,3	34	89,5		
HDL								
Evet	3	7,5	10	5,9	7	17,5	5,330	0,073
Hayır	37	92,5	160	94,1	33	82,5		

5.2.15. Spor ile kronik hastalıklar ve kan analizleri arasındaki ilişki

Katılımcıların kronik hastalık olma durumunun spor yapma durumuna göre bakıldığında; kronik hastalığı olmayanların %62,4'ünün, kronik hastalığı olanların ise %67,9'unun spor yapmadığı tespit edilmiştir. Çizelge 5.43 ve 5.44'te görüleceği üzere, spor yapma durumu ile kronik hastalık olma durumu ve kan analizleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan grubun yalnızca %36'lık kısmı spor yapması sonucun anlamsız bulunmasının muhtemel nedenidir.

Çizelge 5.43. Spor yapma durumu ile kronik hastalık arasındaki ilişki

Spor/Kronik	Yok		Var		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
Evet	123	62,4	36	69,7	0,543	0,522
Hayır	74	37,6	17	32,1		

Çizelge 5.44. Spor yapma durumu ile kan analizleri arasındaki ilişki

Spor/Kan analizleri	Düşük		Normal		Yüksek		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%	N	%		
HGB								
Evet	5	29,4	83	36,2	3	75,0	2,735	0,268
Hayır	12	70,6	146	63,8	1	25,0		
HCT								
Evet	9	37,5	82	36,4	1	100,0	0,579	1,000
Hayır	15	62,5	143	63,6	0	0,0		
Glikoz								
Evet	0	0,0	73	36,7	18	35,3	0,034	0,872
Hayır	0	0,0	126	63,3	33	64,7		
AST								
Evet	0	0,0	84	35,3	7	58,3	2,619	0,128
Hayır	0	0,0	154	64,7	5	41,7		
ALT								
Evet	0	0,0	82	35,2	9	52,9	2,156	0,191
Hayır	0	0,0	151	64,8	8	47,1		
TRİGLİSERİT								
Evet	6	50,0	55	37,6	30	33,3	1,447	0,484
Hayır	6	50,0	92	62,6	60	66,7		
KOLESTEROL								
Evet	2	40,0	53	33,1	36	42,9	2,413	0,318
Hayır	3	60,0	107	66,9	48	57,1		
LDL								
Evet	1	16,7	75	36,4	15	39,5	0,996	0,299
Hayır	5	83,3	131	63,6	23	60,5		
HDL								
Evet	12	30,0	69	40,6	10	75,0	4,143	0,121
Hayır	28	70,0	101	59,4	30	25,0		

5.2.16. Kan analizleri ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki

Kronik hastalık olma durumu ile glikoz, ALT, trigliserit, kolesterol ve LDL düzeyleri arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların kronik hastalıklar ile kan analizleri sonuçları incelendiğinde, kronik hastalığı olanların %87,6'sının glikozun, %58,5'inin trigliseritinin ve %56,6'sının kolesterolünün istatistiksel olarak önemli ve yüksek olduğu ($p<0,05$), diğer kan parametrelerinin ise büyük bir çoğunluğunun normal düzeylerde ($p>0,05$) belirlenmiştir (Çizelge 5.45). DSÖ (2002) raporunda 2 milyar kişinin HGB seviyesinin düşüklüğüne bağlı demir eksikliği anemisi yaşadığını belirtmiştir. TÜİK (2008) sağlık verilerine göre de, Türkiye genelinde her kronik hastalık grubunda bu değerlerin fazla olduğu rapor edilmiştir.

Çizelge 5.45. Kan analizleri ile kronik hastalık olma durumu arasındaki ilişki

Kan analizleri/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
HGB						
Düşük	15	7,6	2	3,8	1,046	0,630
Normal	179	90,9	50	94,3		
Yüksek	3	1,5	1	1,9		
HCT						
Düşük	22	11,2	2	3,8	2,982	0,307
Normal	174	88,3	51	96,2		
Yüksek	1	0,5	0	0,0		
GLİKOZ						
Düşük	0	0,0	0	0,0	15,075	0,018
Normal	59	56,2	140	96,5		
Yüksek	46	43,8	5	3,5		
AST						
Düşük	0	0,0	0	0,0	2,169	0,213
Normal	186	94,4	47	88,7		
Yüksek	11	5,6	6	11,3		
ALT						
Düşük	0	0,0	0	0,0	6,258	0,023
Normal	191	97,0	47	88,7		
Yüksek	6	3,0	6	11,3		
TRİGLİSERİT						
Düşük	12	6,1	0	0,0	16,050	0,000
Normal	125	63,8	22	41,5		
Yüksek	59	30,1	31	58,5		
KOLESTEROL						
Düşük	5	2,6	0	0,0	14,121	0,001
Normal	137	69,9	23	43,4		
Yüksek	54	27,5	30	56,6		

Çizelge 5.45. (devamı)

Kan analizleri/Kronik	Var		Yok		Ki-Kare	P Değeri
	N	%	N	%		
LDL						
Düşük	4	2,0	2	3,8	14,444	0,000
Normal	172	87,3	34	64,2		
Yüksek	21	10,7	17	32,1		
HDL						
Düşük	31	15,7	9	17,0	0,075	1,000
Normal	134	68,0	36	67,9		
Yüksek	32	16,2	8	15,1		

6. SONUÇ

Kentleşme, tüm dünyada kendisini etkin olarak gösteren önemli değişimlere neden olmuştur. İnsanların her türlü faaliyetlerinde hızlı olmasını gerektiren bu değişimler, zamanın her zaman olduğundan daha değerli olmasına ve buna bağlı olarak tüm etkinliklerin olabilecek en kısa sürede tamamlanması için yeniden düzenlenmesine ihtiyaç doğmasına neden olmuştur. Bu hızlı yaşamın etkilediği önemli etkinliklerden birisi de beslenme alışkanlıklarıdır.

Bu çalışmada, beslenme alışkanlıkları ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu bağlamda, bazı besin gruplarının kronik hastalıkların göstergesi olan değerler üzerindeki etkilerini tespit etmeye yönelik araştırma yapılmıştır.

Genel olarak araştırmaya katılan bireylerin 1. derece obez oldukları ve sedanter yaşam sürdükleri gözlenmiştir. Bireylerin gelir düzeyleri düşük; sabah öğünü en fazla atlanan öğün, sigara ve alkol tüketimlerinin hemen hemen hiç olmadığı tespit edilmiştir. Yardımcı besin olarak bitki çayları tüketimi ön plana çıkmış olup, besin tercihlerinde her gün yoğurt, ayran, beyaz peynir ve yumurta ön plana çıkmış, süt tüketimi %48'lerde kalmıştır. Bireylerin her mevsim en az ayda bir kez dondurma tükettikleri de görülmüştür. Katılımcılar yağlı tohumları tüketmelerine karşın, sebze ve meyve tüketimleri az bulunmuştur. Beyaz ekmeği diğer tahıl ekmeklerine, pirinci bulgura göre, ayçiçek yağını diğer yemeklik yağlara göre ve pide/lahmacunu diğer hazır besinlere göre daha sık tercih etmektedirler. Katılımcıların çoğunluğunun çaylarında şeker kullandıkları ve genellikle çaylarına 2 küp şeker attıkları ve yarıdan fazlasının en az ayda bir kez fast-food tükettiği tespit edilmiştir. Bireylerin genelde normal olup, glikoz, trigliserit, kolesterol ve LDL değerleri normal değerlerin dışında bulunmuştur. Bu beslenme ve kan analizleri sonuçlarına göre katılımcıların %21,2'sinde kronik hastalık görülmüştür.

Elde edilen bu veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler tavsiye edilebilir:

- Daha geniş örneklemlerle çalışmalar yapılmalı ve her gelir düzeyinden bireylerin olduğu ve yaş aralığı daha az olan örneklem seçilmelidir.
- Doğru ve yeterli beslenme ile ilgili bilinçlenmeye yönelik çalışmalar Sağlık Bakanlığı ve Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından ele alınmalı ve bu yönde yapılacak çalışmalar periyodik olarak tekrarlanmalı ve denetimi yapılmalıdır.
- Bireylere üç ana üç ara öğünle beslenmenin faydaları anlatılmalı ve çocukluk

çağından başlayarak öğün atlamama alışkanlığı kazandırılmalıdır. Kantin ve kafelerde tercih edilebilecek sağlıklı alternatifler sunulmalıdır.

- Ev dışı gıda tüketiminin sık olduğu bölgelerde sağlıklı gıda ürünleri satışları teşvik edilmeli bunların faydaları marketlerde görsellerle verilmelidir. Alış-veriş yapmadan önce bir hazırlık yapmaları gerektiği ve aç karnına alış-verişe çıkmamaları reklamlarda bahsedilmelidir.
- Küp şeker yerine toz şeker kullanılmalı ve bireylere şeker kullanımında kısıtlılık getirilmelidir. Yemeklerin yanında kuru meyve tarzında atıştırmalıklar sunulmalıdır.
- Beslenme destek ürünlerinin kullanım amaçları ve temin edilme yöntemleri bireyler anlatılmalı içerikleri bilinmeyen hiçbir destek ürünlerinin kullanılmaması gerektiği kamu spotu ile belirtilmelidir.
- Bireylere spor yapabilecekleri alanlar yapılmalı ve spor yapma alışkanlığı özendirilmelidir.
- Kronik hastalıklara neden olan hatalı beslenme durumlarının önüne geçilebilmesi için gerekli tanıtım çalışmaları yapılmalıdır. Bu araştırmanın sınırlılıklarından kaynaklanan eksikliklerin tamamlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abacı, A. 2001. Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39:1-5.
- Acar, A.E. 2000. Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 68s.
- Akdemir, N. 2011. Kronik Hastalıklar ve Sorunları. In: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Akdemir, N., Birol, L. (Eds.). Sistem Ofset, İstanbul, pp. 193-200.
- Akdevelioğlu, Y. 2012. Banka Çalışanlarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3:15-20.
- Aksoy, M. 2016. Beslenme ve İlaç Etkileşimi. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 667s.
- Altunkaynak, B.Z., Özbek, E. 2006. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13:138-142.
- Anonim. 2014. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 931, Ankara, 636s.
- Arslan, E., Özçelik, F., Demirbaş, Ş. 2013. Obezite ile İlişkili Kanser Türleri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 7:176-184.
- Arslan, R., Pekşen Akça, R. 2012. Çocukların Eğitiminde Rol Model Oluşturacak Olan Eğitimci ve Usta Öğretici Adaylarının Beslenme Alışkanlıkları. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4:101-119.
- Arslanoğlu, E. 2015. Adölesan Voleybolculara Uygulanan Yapılandırılmış Grup Müdahalesinin Yeme Tutumu, Depresyon Düzeyi, Beden Algısı ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya, 175s.
- Atasoy, N., Saraçlı, Ö., Konuk, N., Ankaralı, H., Güriz, S.O., Akdemir, A., Sevinçer, G.M., Atik, L. 2014. Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15:238-247.
- Aydın Avcı, İ., Kavalalı Erdoğan, T. 2015. Fındık Fabrikasında Çalışan İşçilerde Obezite Sıklığı ve Sağlıklı Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14:364-369.
- Aydın, İ. 2013. Ürolojik Cerrahi İşlem Uygulanan Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Mersin, 78s.
- Ayhan, D.E., Günaydın, E., Gönlüaçık, E., Arslan, U. 2012. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38:97-104.

- Babacan Abanonu, G. 2005. Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 80s.
- Bağcı, E., Can, E. 2015. Tatlı Su Balıklarında Yağ Asitleri, Kolesterol ve Yağda Eriyen Vitaminler. *Tunceli Üniversitesi Bilim ve Gençlik Dergisi*, 3:90-109.
- Batman, O., Sarıışık, M., Gökçe, A. 2015. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarına Dair Kısıtlar Nelerdir? Yükseköğrenim Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. International Conference On Eurasian Economies, 9-11 Eylül, Beykent Üniversitesi, Kazan Federal Üniversitesi ve Manas Üniversitesi, Kazan, Rusya, pp. 257-265.
- Batmaz, G., Molla, F., Karaca, N., Gökmen Karasu, A.F., Dane, B. 2016. Gestasyonel Diyabet Taraması Preeklampsiyi Öngörebilir Mi? *Perinatoloji Dergisi*, 24:6-10.
- Batum, P. 2008. Kişilik Bozuklukları ve Yeme Bozuklukları: Etiyolojik İlişkiler ve Cevaplanmamış Sorular. *Türk Psikoloji Yazıları*, 11:65-73.
- Bayrakdar, A. 2010. Çocuklarda Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Beden Kitle İndeksinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla, 52s.
- Baysal, A. 2003. Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi. *Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25:66-72.
- Bodur, S., Anamur Uğuz, M. 2007. 11-15 Yaş Çocuklarda Vücut Yağ Yüzdesinin Beden Kütle İndeksi ve Biyoelektriksel İmpedans Analizi ile Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17:21-27.
- Canbay, Ö., Doğru, E., Katayıfçı, N., Duman, F., Şahpolat, M., Kaya, İ., Dağ, E. 2016. Bir Üniversite Hastanesi Çalışanlarında Obezite Görülme Sıklığının ve Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12:129-135.
- Cengiz, Y., Gönenli Toker, S., Karamustafalıoğlu, O., Bakım, B., Özçelik, B. 2011. Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Gece Yeme Sendromunun Yaygınlığı ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. *Yeni Symposium*, 49:83-88.
- Chen, J., Zhao, W. 2012. Diet, Nutrition and Chronic Disease in Mainland China. *Journal of Food and Drug Analysis*, 20:222-225.
- Clark, T.K., Weiss, A.R.D., Berrettini, W.H. 2011. The Genetics of Anorexia Nervosa. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 91:181-188.
- Currie, A. 2010. Sport and Eating Disorders – Understanding and Managing the Risks. *Asian Journal of Sports Medicine*, 1:63-68.
- Çayır, A., Atak, N., Köse, S.K. 2011. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64:13-19.
- Çetin, İ., Muhtaroglu, S., Yılmaz, B., Kurtoğlu, S. 2015. Biyoelektrik İmpedans Analiz Metodu ile Obez Çocuklarda Cinsiyete Göre Vücut Bileşimlerinin Segmental Olarak

- Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 42:449-454.
- Dedeoğlu, Ö. 2016. Obezlerde Vücut Yağ Dağılımı ve Epikardiyal Yağ ile Vitamin D, Osteokalsin ve Pentraksin 3 Arasındaki İlişki. Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli, 74s.
- Demircioğlu, Y., Yabancı, N. 2003. Beslenmenin Bilişsel Gelişim Fonksiyonları ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24:170-179.
- Eker, E. 2006. Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 131s.
- Emanuela, F., Grazia, M., Marco de, R., Maria Paola, L., Giorgio, F., Marco, B. 2012. Inflammation as a Link between Obesity and Metabolic Syndrome. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2012:doi:10.1155/2012/476380.
- Erbil, M.K. 2007. Laboratuvar Testleri ve Klinik Kullanımı. GATA Komutanlığı Basımevi, Ankara, 678.
- Ergül, Ş., Kalkım, A. 2011. Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10:223-230.
- Eroğlu, Y., Şentürk, H.E., Karacabey, K. 2012. Gaziantep Üniversitesi Akademik ve İdari Personelin Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9:131-141.
- Geçgil, E. 2015. 14-18 Yaş Grubu Metabolik Sendromlu Çocuklarda Beslenme Alışkanlığının İlgili Risk Faktörleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 49s.
- Gökçe, P. 2016. Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Beslenme Durumunun Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 73s.
- Görgülü, T. 2016. Vücut Kompozisyonu ve Çeviklik Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 40s.
- Güldal, S. 2012. Yetişkinlerde Tayin Edilen Bazı Kan Parametrelerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bilgi Düzeyleri ile Olan İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 173s.
- Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E., Bakır, B. 2008. Ankara'da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50:102-109.
- Güven, S.C., Özdemir, O., Dinçer, F., , (19): 76-84. 2016. Osteoartrit ve Obezite İlişkisi. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 19:76-84.
- Hakkak, R., Bell, A. 2016. Obesity and the Link to Chronic Disease Development. *Journal of Obesity and Chronic Diseases*, 1:1-3.
- Hill, D., Nishida, C., James, W.P.T. 2004. A Life Course Approach to Diet. *Public Health*

Nutrition, 7:101-121.

- Houshyra, Y. 2016. Akne Hastalarında Vücut Kompozisyonu. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, 95s.
- İskender, H., Kanbay, Y. 2014. Üniversite Öğrencilerinin Yumurta Tüketim Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 25:57-62.
- Kabakçı, E., Demir, B. 2001. Yeme Bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 32:125-131.
- Kalan, I., Yeşil, Y. 2010. Obezite ile İlişkili Kronik Hastalıklar. *MİSED*, 23-24:78-81.
- Kaya, H., Özçelik, O. 2009. Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesinde Vücut Kitle İndeksi ve Biyoelektrik İmpedans Analiz Metodlarının Etkinliğinin Yaş ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23:1-5.
- Kayar, H., Utku, S. 2013. Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6:1-8.
- Kaymaz, E. 2016. Devlet ve Özel Okullarda Öğrenim Gören Ortaokul Öğrencilerinin Obezite, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla, 53s.
- Kılıç, E., Şanlıer, N. 2007. Üç Kuşak Kadınının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15:31-44.
- Kılıç, M. 2011. Kronik Hastalıkların Önlenmesinde Davranışsal Risk Faktörlerinin Önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10:733-740.
- Köseoğlu, Y. 2015. Obez Kişilerde Kilo Kaybıyla Birlikte Beden İmajı Algılarındaki Değişimin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 48s.
- Kut, A., Boşkuş, Y., Çaycı, Ö., Geçkil, A.Ü. 2015. Tip 2 Diyabetik Hastalarda Statin Kullanımı ile Glisemik Kontrol Arasında İlişki Var mıdır? *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 19:179-186.
- Küçüköncü, E., Beştepe, E. 2014. Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Gece Yeme Sendromu. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 51:368-375.
- Maner, F., Aydın, A. 2007. Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler. *Düşünen Adam*, 20:25-37.
- Mojziso, G., Kuchta, M. 2001. Dietary Flavonoids and Risk of Coronary Heart Disease. *Physiological Research*, 50:529-535.
- Olgun, N., Yalın, H. 2016. Diyabetle Mücadelede Diyabet Risklerinin Belirlenmesi ve Tanılama. *Turkish Family Physician*, 2:41-49.
- Önal Sönmez, A. 2017. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel*

Yaklaşımlar, 9:301-316.

- Örs, S. 2011. Hastanede Yatan Çocukların Beslenme Durumu ve Hastane Malnütrisyonu Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 74s.
- Özçelik, B., Altuntaş, I., Yücepe, A. 2016. Fonksiyonel Bir İçecek Olarak Çay. *İçecek ve Teknolojileri Dergisi*, 31:70-72.
- Özdemir, Ü., Taşçı, S. 2013. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1:57-72.
- Özkan, Y., Çolak, R., Koca, S.S., Dağ, S., Kılıç Kan, E., Sırma, N. 2008. Diyabet ve Hiperlipidemi: Tedavide Ne Kadar Başarılıyız? *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22:97-100.
- Pekcan, G. 2008. Beslenme Durumunun Saptanması. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 726, Ankara, 52s.
- Polat, F. 2010. Yemeklik Yağ Sektöründe Tüketici Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Analizi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 208s.
- Prado, E.L., Dewey, K.G. 2014. Nutrition and Brain Development in Early Life. *Nutrition Reviews*, 72:267-284.
- Samur, G. 2008. Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 728, Ankara, 20s.
- Samur, G., Yıldız, E.A. 2008. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon. T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 729, Ankara, 16s.
- Sarısoy, G., Atmaca, A., Ecemiş, G., Gümüş, K., Pazvantoğlu, O. 2013. Obezite Hastalarında Dürtüsellik ve Dürtüsellüğün Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14:53-61.
- Seven, H. 2013. Yetişkinlerde Duygusal Yeme Davranışının Beslenme Durumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 73s.
- Şahpaz, F. 2016. Periton Diyalizi Hastalarında Homosistein Düzeylerindeki Artışın Ateroskleroza Etkisi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 7:47-51.
- Şanlıer, N. 2017. Beslenme ve Besin Öğeleri. In: *Anne ve Çocuk Beslenmesi*, Arlı, M., Şanlıer, N., Küçükkömürler, S., Yaman, M. (Eds.). Pegem Akademi, Ankara, pp. 1-44.
- Tapsell, L.C., Probst, Y.C. 2008. Nutrition in the Prevention of Chronic Disease. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 98:94-105.
- Taşdemir, A. 2016. Sağlıklı Bireylerde Kardiyorespiratuvar Fitnes Düzeyinin Vücut Kompozisyon Analizi ve Diz Kas Gücü ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne, 67s.

- Toker, D.E., Hoccoğlu, Ç. 2009. Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 22:36-42.
- Turan, Ş., Aksoy Poyraz, C., Özdemir, A. 2015. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7:419-435.
- Türk, M., Gürsoy, Ş.T., Ergin, I. 2007. Kentsel Bölgede Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. *Genel Tıp Dergisi*, 17:81-87.
- Türkmen, E. 2012. Kronik Hastalıklar ve Önemi. In: *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, Durna, Z. (Ed.). Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, pp. 37-49.
- Uysal, A. 2005. Obez Olgularda Obezite ile Karaciğer Fonksiyon Testleri Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, 63s.
- Uzgidim, B. 2015. Okul Öncesi Çocukların Günlük Besin Gereksinimlerinin Karşılama Durumları. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 96s.
- Ünver, Y. 2004. Beş-Altı Yaş Okul Öncesi Dönemi Çocukları için Geliştirilecek, Besin Gruplarına Yönelik Beslenme Eğitim Programlarının, Çocuklarının Beslenme Bilgisi ve Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, 72s.
- Walter, H., Kaye, M.D. 2014. Eating Disorders: Understanding Anorexia Nervosa. *Psychiatric Times*, 31:1-3.
- WHO. 2015. World Health Statistics 2015. World Health Organization. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 164p.
- Wolk, A., Gridley, G., Svensson, M., Nyrên, O., McLoughlin, J.K., Fraumeni, J.F., Adami, H.O. 2001. A Prospective Study of Obesity and Cancer Risk (Sweden). *Cancer Causes Control*, 12:13-21.
- Woodhouse, A., Lamport, M.A. 2012. The Relationship of Food and Academic Performance: A Preliminary Examination of the Factors of Nutritional Neuroscience, Malnutrition, and Diet Adequacy. *Christian Perspectives in Education*, 5:1-14.
- Wozniak, G., Rekleiti, M., Roupá, Z. 2012. Contribution of Social and Family Factors in Anorexia Nervosa. *Health Science Journal*, 6:257-269.
- Yılmaz, Ö., Ayhan, N. 2017. Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6:17-24.
- Yücel, E. 2013. Hemodiyaliz Hastalarında Nutrisyonel Durumun Belirlenmesinde Biyoelektrik İmpedans Analiz Yöntemlerinin Güvenilirliğinin Saptanması. Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 64s.
- Zagorsky, J.L. 2014. Is It Really Just the Poor Who Eat Fast Food? The Impact of Income and Wealth on US Consumption. (erişim tarihi: 20.02.2017), <https://cpb-us-west-2->

juc1ugur1qwqqo4.stackpathdns.com/u.osu.edu/dist/0/594/files/2014/03/FastFood_Master-1sgtti4.pdf.

Ek 1. Bireylere verilen anket formu

Anket No:

Fiziksel Özellikler						
Cinsiyetiniz	Kadın	Erkek				
Yaşınız	.....				
Boyunuz	.....				
Kilonuz	.....				
BKI	.....				
BMH	.....				
Metabolik Yaşınız	.....				
Sosyo-Demografik Özellikler						
Eğitim Durumunuz	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Lisansüstü	
Medeni Durumunuz	Evli	Bekar				
İş Durumunuz	Çalışıyor	Çalışmıyor				
Eşiniz Çalışıyor Mu?	Evet	Hayır				
Gelir Durumunuz (Aylık)	1500'den az	1501-2000	2001-3000	3001-4000	4001-6000	6000'den fazla
Kimle Yaşıyorsunuz?	Aile	Yalnız	Yurtta			
Beslenme Alışkanlıkları						
En Sık Atladığımız Öğün	Sabah	Öğle	Akşam			
Yemeklerle Tercih Ettiğiniz İçecek Türü	Su	Meyve Suyu	Gazlı İçecekler	Ayran	Alkollü İçecekler	Çay
Fast-Food Tüketiyor Musunuz?	Evet	Hayır				
Tüketiyorsanız Ne Sıklıkla?	Her gün	Haftada 1	Haftada 2-3	Ayda 1	Yılda 1	
Çayınıza Şeker Kullanıyor Musun?	Evet	Hayır				
Kullanıyorsanız Kaç Adet?	.....				
Ev Dışında Gıda Tercih Sıklığımız	Her gün	Haftada 1	Haftada 2-3	Ayda bir	Yılda 1	Hiç
En Sık Kullandığımız Yemeklik Yağ Çeşidi	Zeytinyağı	Ayçiçek Yağı	Mısırözü Yağı	Tereyağı	Margarin	Diğer

BKİ: Vücut Kitle İndeksi; BMH: Bazal Metabolizma Hızı

Ek 1. (devamı)

Sağlık Durumu			
Bilinen Bir Kronik Rahatsızlığınız Var Mı?	Evet	Hayır	
Ailede Genetik Bir Rahatsızlık Öyküsü Var Mı?	Evet	Hayır	
Düzenli Olarak Kullandığımız İlaç Var Mı?	Evet	Hayır	
Kullanıyorsanız İlaç Türü	.....	
Bitki Çayları ve Yardımcı Beslenme Ürünleri Kullanıyor Musunuz?	Evet	Hayır	
Kullanıyorsanız Ne Sıklıkta?	.....	
Hangi Tür?	.....	
İştah Durumunuz	İyi	Kötü	
Yeme Probleminiz Var Mı?	Evet	Hayır	
Besin Alerjisi/İntoleransı Var Mı?	Evet	Hayır	
Besin Alerjisi Var ise Yasaklanan Besin	.....	
Sigara Kullanıyor Musunuz?	Evet	Hayır	Bıraktım
Kullanıyorsanız Günde Kaç Adet?	.....	
Alkol Kullanıyor Musunuz?	Evet	Hayır	
Kullanıyorsanız Tüketim Sıklığımız?	Her gün	Haftada 1	Haftada 2-3
	Ayda bir	Yılda 1	
Kullanıyorsanız Tüketim Miktarınız (cc)?	.....	
Spor Yapıyor Musunuz?	Evet	Hayır	
Yapıyorsanız Haftada Kaç Kez?	.....	
Kan Analizleri			
HGB	.....	TRİGLİSERİT	.....
HCT	.....	KOLESTEROL	.....
GLİKOZ	.....	LDL	.....
AST	.....	HDL	.....
ALT	.....	

Ek 2. Besin tüketim alışkanlıkları anketi

	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
--	----------	---------	-------------	-------------	-------------	------------	--------	--------	-----

HAYVANSAL ÜRÜNLER

SÜT VE SÜT ÜRÜNLERİ									
SÜT									
YOĞURT									
AYRAN									
KEFİR									
DONDURMA									
BEYAZ PEYNİR									
KAŞAR									
KREM PEYNİR									
TULUM PEYNİRİ									
ÇÖKELEK									
ET ÇEŞİTLERİ									
KIRMIZI ET (SIĞIR, KOYUN, KEÇİ)									
TAVUK, HİNDİ ETİ									
BALIK									
AV ETLERİ									
SAKATLAR									
YUMURTA									

BİTKİSEL ÜRÜNLER

KURU BAKLAGİL VE YAĞLI TOHUMLAR									
KURU BAKLAGİLLER									
YAĞLI TOHUMLULAR									
SEBZELER									
YEŞİL YAPRAKLI SEBZELER									
DİĞER SEBZELER									
MEYVELER									
TAZE MEYVELER									
KURU MEYVELER									
TAHILLAR									
BEYAZ EKMEK									
KEPEKLİ EKMEK									
DİĞER TAHİL EKMEKLERİ									
BAZLAMA									
YUFKA									

Ek 2. (devamı)

	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
PİRİNÇ									
BULGUR									
MAKARNA, ERİŞTE VB.									
BUĞDAY UNU									
BÖREK									
KURABIYE									

ŞEKER VE TATLI BESİNLER

ŞEKER									
ŞEKERLEME, LOKUM									
ÇİKOLATA									
BAL									
REÇEL									
PEKMEZ									

YEMEKLİK BİTKİSEL YAĞLAR

ZEYTİNYAĞI									
DİĞER SIVI YAĞLAR									
MARGARİN									
TEREYAĞI									

İÇECEKLER

HAZIR MEYVE SULARI									
GAZLI İÇECEKLER									
MADEN SULARI									
ÇAY									
BİTKİ ÇAYLARI									
BİRA									
ŞARAP									
RAKI									
DİĞER ALKOLLÜ İÇKİLER									

HAZIR BESİNLER

KAHVALTILIK TAHIL ÜRÜNLERİ									
HAZIR ÇORBA									
HAZIR SEBZE YEMEĞİ									
HAZIR BÖREK									
HAZIR SARMA									
HAZIR SALATA									
HAZIR MEZE									

Ek 2. (devamı)

	Her öğün	Her gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 günde 1	Ayda 1	Seyrek	Hiç
HAZIR KÖFTE									
HAZIR PASTA									
DONDURULMUŞ BESİN									
ETLİ/PEYNİRLİ PİDE									
LAHMACUN									
PATATES KIZARTMASI									
HAMUR İŞİ TATLILAR									
SÜTLÜ TATLILAR									
CİPS									

ÖZGEÇMİŞ

Adı, Soyadı : GÜLŞAH ERŞAN
Doğum Tarihi : 13. 03. 1991
Doğum Yeri : KAHRAMANMARAŞ
Medeni Hâli : BEKAR

İletişim

İş Telefonu : 0533-599-11-34
Cep Telefonu : 0544 207 99 00
E-posta : glsh-ersn@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

Yüksek Lisans : Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Fen Bilimleri 2015-2018
Enstitüsü, Gıda Mühendisliği
Lisans : Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2010-2014
Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Lise : Kadriye Çalık Anadolu Lisesi (Okul birinciliği) 2005-2009
İlköğretim : Süleyman Demirel İlköğretim Okulu 2001-2004
Yunus Emre İlköğretim Okulu 1996-2001

Yabancı Dil

	<u>İNGİLİZCE</u>	<u>ALMANCA</u>
Okuma :	Orta	Orta
Yazma :	İyi	İyi
Konuşma :	Orta	Temel Düzey

Bilgisayar

İyi derecede Microsoft Office 2007/2010/2016(365) (WORD, EXCEL, POWERPOINT), SPSS ve BEBİS programları

Sertifika Bilgileri

✓ Medipol Üniversitesi/Bariatric Cerrahi Diyetisyenliği MART 2015
✓ Karadeniz Teknik Üniversitesi, Her Yönüyle Obezite Diyetisyenliği MART 2014
✓ Atatürk Üniversitesi, Geleceğini Netleştir Sempozyumu EYLÜL 2012
✓ Atatürk Üniversitesi, Spor Diyetisyenliği MART 2016
✓ Atatürk Üniversitesi, Meslek Günleri MART 2016
✓ İstanbul Acıbadem Üniversitesi/Çocuklarda Metabolik Hastalıklar Kursu MAYIS 2017

- ✓ İstanbul Acıbadem Üniversitesi/Onkoloji Diyetisyenliği Kursu MAYIS 2017
- ✓ 6. Ulusal Beslenme Kongresi ve Sağlıklı Yaşam Sempozyumu MAYIS 2017
- ✓ 10'uncu Gıda Mühendisliği Kongresi KASIM 2017

İş Deneyimi

- ✓ Özel Sular Hayat Hastanesi, Diyetisten, TEMMUZ 2014-
HALEN
- ✓ Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Stajyer Diyetisyen OCAK 2014-
MAYIS 2014
- ✓ Atatürk Üniversitesi Mediko Yemekhanesi, Stajyer Diyetisyen MAYIS 2014-
HAZİRAN 2014
- ✓ Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Stajyer Diyetisyen EYLÜL 2013-
OCAK 2014
- ✓ Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Stajyer Diyetisyen HAZİRAN 2013-
AĞUSTOS 2013
- ✓ Kahramanmaraş Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Stajyer Diyetisyen TEMMUZ 2012-
AĞUSTOS 2012

Referanslar

ÖĞR. GÖR. HANDAN ÇİLOĞLU AKALIN
UZM. DYT. ÖMER FURKAN KAÇAR
DYT. GAMZE SAHİ
UZM. DYT. GÜLNİHAL DİNÇER
ARŞ. GÖR. MEVRA AYDIN ÇİL
DYT. ŞEBNEM ERDEMGÜR
DYT. ÖZLEM ÖRNEK
DYT. EBRU ZEYREK

Hobileri

Spor yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak, günlük gazete ve haftalık dergide köşe yazarlığı yapmak, film izlemek, seyahat etmek, yeni bilgiler keşfetmek ve araştırmak, alış-veriş yapmak, tarihi ve turistik yerleri görmek ve araba kullanmak.

Mesleki Kuruluşlara Üyelik

- ✓ TÜRKİYE DİYETİSYENLER DERNEĞİ
- ✓ GENÇ DİYETİSYENLER
- ✓ SAĞLIKLI YAŞAM DERNEĞİ
- ✓ DİYETİSYEN DÜNYASI