

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

TOKAT DEVLET HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN ERİŞKİNLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN
VE BESLENME DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Hazırlayan
Reyhan ORAL GENÇAY

Danışman
Doç. Dr. Arda BORLU

Yüksek Lisans Tezi

Ocak 2024
KAYSERİ

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

TOKAT DEVLET HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN ERİŞKİNLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN
VE BESLENME DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Reyhan ORAL GENÇAY

Danışman
Doç. Dr. Arda BORLU

Ocak 2024
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Reyhan ORAL GENÇAY

İmza

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Yaşam Kalitelerinin ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi”adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi ‘ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Reyhan ORAL GENÇAY

Danışman

Doç. Dr. Arda BORLU

Ana Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Doç. Dr. Arda BORLU **danışmanlığında** Reyhan ORAL GENÇAY **tarafından** hazırlanan ‘Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Yaşam Kalitelerinin Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi’ adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı ‘nda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

..../...../2024

JÜRİ:

İMZA

Danışman: Doç. Dr. Arda BORLU

Üye: Doç. Dr. İskender GÜN

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Mehtap ŞAHİNGÖZ TAHTA

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tez projesinin planlanması, yürütülmesi ve yazılması aşamalarında göstermiş olduğu destek ve yardımlarından dolayı tez danışmanım Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Arda BORLU'ya teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimim boyunca derslerinden ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK, Prof. Dr. Elçin BALCI, Doç. Dr. İskender GÜN, Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya ve emekli olan değerli hocam Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, Yüksek lisans arkadaşım ve meslektaşım Uzman Diyetisyen Şeyma KARAGÖZ'e, Uzman Fizyoterapist arkadaşım Fadime YILDIZ ÖZTÜRK'e

Çalışmamın gerçekleşmesinde gerekli izinleri sağlayıp, verilerin toplanma aşamasındaki katkılarından dolayı Tokat Devlet Hastanesi çalışanlarına,

Diyetisyen, fizyoterapist ve çocuk gelişimci arkadaşlarıma,

Çok değerli dostlarım Gül EROL, Tuğçe Nazik ERGÖZ, Kübra BAŞARAN, Pelin YILDIRIM, Zuhâl KUNDAK ÇELEBİ ve Keziban YILDIRIM'a,

Biricik kuzenim Nursema ERASLAN YALÇIN'a,

Canım abime, Esra ablama, yeğenlerim Kerem ve Kutay'a,

Çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen kayınvalidem ve kayınbabama,

Tüm eğitim hayatım boyunca bana her daim maddi-manevi destek olan canım annem ve babama,

Her konuda ve koşulda bana her zaman gönülden destek olan, yanımda olan hayat arkadaşım ve biricik kızım Zeynep 'ime sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Reyhan ORAL GENÇAY

Kayseri, Ocak 2024

**TOKAT DEVLET HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
ERİŞKİNLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN VE BESLENME
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**
Reyhan ORAL GENÇAY

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2024
Danışman: Doç. Dr. Arda BORLU

ÖZET

Akdeniz tarzı beslenme kilo kontrolü, obezite ve kronik hastalıkların önlenmesi ile yaşam kalitesinin iyileştirilebileceği iddialarıyla son yıllarda öne çıkan bir beslenme tarzıdır. Çalışmada Diyet Polikliniğine başvuranların Akdeniz diyetine uyum durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kesitsel tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma kapsamında Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında herhangi bir sebeple Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 400 hasta ile yüz yüze görüşülerek anket formuyla veriler toplanmıştır. Minimum örneklem büyüklüğü Epi-Info paket programı yardımıyla Akdeniz diyetine uyum oranı %51,4 varsayılarak, %5 sapma ile %95 güven aralığında, 384 olarak hesaplanmıştır. Anket formu hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan sorular ile Kısa Form-36 yaşam kalitesi ölçeği ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksinden oluşmaktaydı. Ayrıca hastaların boy ve ağırlık ölçümleri yapılarak beden kütle indeksi hesaplamaları yapılmıştır. Verilerin analizlerinde t testi, Mann Whitney U, One Way ANOVA, Kruskal Wallis ve Pearson Ki Kare testleri kullanılmıştır. İstatistik analizlerde $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Araştırma uygulaması öncesinde Erciyes Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Katılımcıların %74,5'i kadın, %59,5'i evliydi. Katılımcıların %28,5'i normalden fazla kilolu, %44,3'ü obezdi. Grubun Akdeniz Diyeti Kalite İndeks skor ortalaması 4.26 idi ve %56,3'üne diyet müdahalesi gerekliydi. Kısa Form-36 alt boyutlarından fiziksel rol gücü, genel sağlık ve enerji puanları ile Akdeniz Diyeti Kalite İndeks skorları arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların beden kütle indeksleri, Kısa Form-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol gücü, mental sağlık alt boyutlarında anlamlı olup emosyonel rol gücü boyutu hariç zayıf, normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanların puanlarından yüksektir, emosyonel rol gücünde ise normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanlardan yüksek bulunmuştur. Grubun Akdeniz diyetine uyumu düşük, obez olmayanların yaşam kalitesi daha iyiydi. Obez bireylerin normal ağırlık düzeyine gelmeleri ile yaşam kalitelerinde artış sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: Akdeniz Diyeti; Kıdmed; Obezite; Yaşam Kalitesi; Yeterli ve Dengeli Beslenme

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND NUTRITIONAL STATUS OF ADULTS APPLICABLE TO TOKAT STATE HOSPITAL DIET CLINIC.

Reyhan ORAL GENÇAY

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Public Health

Master's Thesis, January 2024

Advisor: Assoc. Dr. Arda BORLU

ABSTRACT

Mediterranean style nutrition is a nutrition style that improves quality of life by controlling weight and preventing chronic diseases. The aim of the study was to evaluate the compliance with the Mediterranean diet and the quality of life of those who applied to the Diet Polyclinic. In our cross-sectional descriptive study, 400 patients who applied to Tokat State Hospital Diet Polyclinic between March and August 2022 were interviewed face to face and data were collected with a survey form. The minimum sample size was calculated as 384, with a 5% deviation and a 95% confidence interval, assuming a 51,4% compliance rate with the Mediterranean diet using the Epi-Info package program. The survey form consisted of sociodemographic characteristics questions, Short Form-36 quality of life scale and Mediterranean Diet Quality Index. The patients' height and weight were also measured and their body mass index was calculated. T test, Mann Whitney U, One Way ANOVA, Kruskal Wallis and Pearson Chi Square tests were used in the analyses. In statistical analyses, $p < 0.05$ values were considered significant. Before the research, permission was obtained from Erciyes University Ethics Committee. 74.5% of the participants were women, 59,5% were married, and 28,5% were overweight and 44,3% were obese. The mean Mediterranean Diet Quality Index score of the group was 4.26 and 56,3% required dietary intervention. A relationship was found between physical role difficulty, general health and energy scores, which are among the Short Form-36 subscales, and Mediterranean Diet Quality Index scores. In addition, participants' body mass index were significant in the physical function, physical role difficulty, pain, general health, emotional role difficulty, and mental health sub-dimensions of the Short Form-36 scale, and except for the emotional role difficulty dimension, the scores of the underweight, normal, and overweight were higher than the scores of the obese. In emotional role difficulty, the scores of normal and overweight individuals were found to be higher than those of obese individuals. The group's compliance with the Mediterranean diet is low. Those who were not obese had better quality of life. Obese individuals may improve their quality of life by losing weight.

Keyword: Adequate And Balanced Nutrition; Kidmed; Mediterranean Diet; Obesity; Quality Of Life.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Beslenme.....	3
2.1.1. Beslenmenin Tanımı.....	3
2.1.2. Beslenme Alışkanlıkları.....	3
2.1.3. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	3
2.1.3.1. Besin tüketiminin (alımının) saptanması.....	4
2.1.3.2. Antropometrik ölçümler.....	6
2.1.3.3. Biyokimyasal ve hematolojik testler, biyofizik testler- fonksiyonel testler.....	7
2.1.3.4. Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü.....	7
2.1.3.5. Psikososyal veriler.....	8
2.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme.....	8
2.2.1. Besin Öğeleri ve Besin Grupları.....	9

2.3. Akdeniz Diyeti ve Genel Özellikleri	10
2.3.1. KIDMED İndeksi (Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi).....	12
2.4. Yaşam Kalitesi	13
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	13
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi.....	14
2.4.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	14
2.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	15
2.5.1. Kısa Form 36 (Short Form 36-SF 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği	16
2.6. Beslenme ve Fiziksel Aktivitenin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	18
2.7. Akdeniz Diyetinin Sağlıklı Yaşam Kalitesine Etkileri	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri.....	22
3.4. Verilerin Toplanması.....	23
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	25
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	56
7. KAYNAKLAR	60
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR ve SİMGELER

Ark.	: Arkadaşları
BGOF	: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
cm	: Santimetre
Doç.	: Doçent
Dr.	: Doktor
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDL	:Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
IWQOL-LİTE:	Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği
kg	: Kilogram
KIDMED	: Mediterranean Diet Quality Index; Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi
KKH	: Kronik Koroner Kalp Hastalığı
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
m ²	: Metrekare
Ort±SS	: Ortalama± Standart Sapma
Prof.	: Profesör
SF-36	:Short Form-36 -Yaşam Kalitesi Ölçeği
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization-Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim Ve Kültür Kurumu
vb.	: Ve Benzeri
VLDL	: Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
WHO	: World Health Organization
WHOQOL-100	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHOQOL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1.	Dünya Sağlık Örgütü Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması	7
Tablo 2.2.	SF-36 Ölçeğini Oluşturan Boyutlar	18
Tablo 4.1.	Katılımcıların Genel Özelliklere İlişkin Dağılımları (n=400).....	26
Tablo 4.2.	Katılımcıların Genel Özelliklere İlişkin Dağılımları (n=400).....	28
Tablo 4.3.	Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımları (n=400)...	30
Tablo 4.4.	Katılımcıların Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumları (n=400)	31
Tablo 4.5.	Katılımcılardan Düzenli Fiziksel Aktivite Yapanların Fiziksel Aktivite Sıklıkları (n=119)	32
Tablo 4.6.	Katılımcıların KIDMED Skoruna İlişkin Dağılımları (n=400).....	32
Tablo 4.7.	Katılımcıların KIDMED Skoruna İlişkin Güvenilirlik Değerlendirmesi (n=400)	33
Tablo 4.8.	Katılımcıların Bazı Özellikleri İle KIDMED Skorundan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması- Genel Özelliklere Göre Dağılımları (n=400)	34
Tablo 4.9.	Katılımcıların KIDMED Skorundan Aldıkları Puanların Bazı Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları (n=400).....	35
Tablo 4.10.	Katılımcıların SF-36 Ölçeğine İlişkin Dağılımları (n=400).....	36
Tablo 4.11.	Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Değerlendirmeleri (n=400).....	36
Tablo 4.12.	Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Genel Özelliklere Göre Dağılımları (n=400).....	39
Tablo 4.13.	Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları (n=400).....	43
Tablo 4.14.	Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Fiziksel Aktiviteye Göre Dağılımları (n=400).....	45
Tablo 4.15.	Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutları ile KIDMED Skoru İlişkisi (n=400)	46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Akdeniz Diyeti Besin Piramidi.....	11
---	----



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir ülkenin refah seviyesinin en önemli göstergelerinden biri o toplumun sağlık düzeyidir. Yeterli ve dengeli beslenme; kişilerin ve toplumun sağlıklı ve güçlü bir şekilde yaşamını sürdürmesinde, ekonomik, ruhsal ve sosyal açıdan gelişim göstermesinde, refah düzeyinin artmasında temel şartlardan biri sayılmaktadır (Bakman, 2016). Yeterli ve dengeli beslenme; vücudun büyüme, yenilenme ve çalışma işlevini yerine getirebilmesi için ihtiyaç olan enerji ve besin öğelerinin her birinden yeterince alınması, vücutta uygun şekillerde kullanılmasına denir (Baysal, 2004).

Akdeniz diyeti, Akdeniz kıyı kenarında ve etrafında yaşayan popülasyonların yapmış oldukları bir beslenme biçimidir. Kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalık, obezite ve obeziteden kaynaklanan kronik hastalıklardan Akdeniz diyeti ile korunabildiğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır (Basa, 2019). Akdeniz diyeti ekonomik, sosyokültürel ve besinsel açıdan devam ettirilebilir bir beslenme çeşididir. Bu beslenme modeli hem biyoçeşitlilik yönünden hem de günümüzdeki ve gelecekteki kuşakların sağlıklı bir yaşam sürdürmesinde önemlidir. Akdeniz diyetinin en önemli özelliği besin çeşitliliğinin olmasıdır. Bu diyet tarzında kompleks karbonhidratların, kurubaklagillerin ve meyve-sebze tüketiminin daha çok, balık tüketiminin orta düzeyde ve kırmızı et tüketiminin daha az sıklıkta olması tavsiye edilmektedir (Bayındır Gümüş ve Yardımcı, 2020). Akdeniz tarzı beslenmede tam tahılların, balıkların, kuruyemişlerin, zeytinyağının, baklagillerin, meyve-sebzelerin ve bunların yanında bir miktar alkol tüketiminin özellikle şarap tüketimi ve diyet kaynaklı posaların yüksek oranda olmasıyla antioksidan ve tekli doymamış yağ asitlerinden zengin olmasını sağlamaktadır. Böylece Akdeniz tipi beslenme, metabolik sendromu da kapsayan kronik inflamasyonla alakalı hastalıkların önlenmesinin yanında tedavide de anti-inflamatuvar etkilerinin de olabileceği ifade edilmektedir (Giugliano ve Esposito, 2008).

Akdeniz tarzı beslenme, uzun yaşamayı sağlamakla birlikte yaşam kalitesini iyileştirmesiyle son yıllarda öne çıkan bir beslenme tarzıdır (Kudret, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “bireylerin yaşamlarındaki durumlarını; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları” olarak tanımlamaktadır (WHO,1993). Yaşam kalitesi; mutluluk, iyilik hali, fonksiyonel statü, duygusal ve ekonomik statü, psikolojik iyilik hali, sağlık algılamaları, genel sağlık statüsü, sosyal iletişimin derecesi ve ağrı hissi gibi birçok faktörü kapsayan bir terimdir (Bulut, 2013).

Sağlıklı bir hayat ve bu hayatın sürdürülmesi, organizmanın fizyolojik ve metabolik görevlerini yapabilmesi ile mümkündür. Bu yaşamsal görevlerin muntazam bir şekilde sürdürülmesinde insanın en temel ihtiyaçlarından biri olan yeterli ve dengeli beslenme, sağlığın korunmasında olduğu kadar hastalıkların engellenmesi ve iyileştirilmesinde dolayısı ile yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir yere sahiptir (Cevheroğlu ve Acaroğlu, 2015).

Bu çalışma ile Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine beslenme alışkanlığının düzenlenmesi amacıyla başvuran erişkinlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaşam kalitelerinin, Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ile Akdeniz diyetine uyum durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

2.1.1. Beslenmenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “sadece kişinin vücudunda hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, kişinin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” olarak tanımlamaktadır (<https://www.who.int>, 2023).

Beslenme hayatın sürekliliği, sıhhatin korunması ve büyümenin sağlanması amacıyla organizmaya besin alınmasıdır. Besinler, vücudun normal görevlerinin devamı ve düzeni için gereklidir. Beslenme, iklim, kalıtım ve çevre koşulları gibi birçok faktörün insan sağlığı üzerinde etkisi vardır. Beslenme bu faktörlerin başında gelmektedir (Baysal, 2004).

2.1.2. Beslenme Alışkanlıkları

İnsanların beslenme alışkanlıkları yüzyıllar içerisinde değişime uğramıştır. Her ülkenin kendine has beslenme alışkanlığı bulunmakta hatta ülkelerin bölgeleri arasında bile çeşitli farklılıklar görülmektedir. Geçmişten bu yana kişilerin amacı aç kalmamak iken git gide beslenme alışkanlıkları çeşitli etmenlerden etkilenmiştir. Şimdilerde sıklıkla tüketilen hazır gıdalar ve fast-food ürünleri yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olmakla birlikte obezite ve obeziteden kaynaklı hastalıkların ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. Yaşamın sağlıklı olarak devam etmesi ve yaşam kalitesinin yükselmesi beslenme alışkanlığının önemini ortaya koymaktadır (Ergül, 2023).

2.1.3. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Besin öğeleri ihtiyacının ne derecede karşılandığı kişilerin beslenme durumu değerlendirilerek belirlenir. Sağlık için besin öğeleri gereksinimi ve bu öğeleri alımı arasındaki dengenin oluşturulması önemli bir husustur. Besin ögesi alımı kişinin günlük besin tüketim miktarına dayalıdır. Besin öğeleri alımını etkileyen bazı faktörler vardır;

duygusal hal, maddi durum, beslenme alışkanlıkları, kültürel yapı ve iklim, türlü hastalıklar ve iştah gibi. Büyüme ve gelişme, stres, enfeksiyonlar, hamile ya da emzikli olma durumu, kronik ya da akut hastalıklar, ateş, vb. etmenler besin ögesi ihtiyaçlarını belirlemektedir (Pekcan, 2002).

Beslenme yetersizliğini tespit etmenin en net ve en kısa göstergesi bireyin enerji ve besin öğelerini alım seviyesinin; yani besin tüketiminin saptanmasıdır. Besin ögesi yetersizliği ileri düzeye geldikçe vücuttaki depolar boşalır, besin ögesinin kandaki ve dokulardaki seviyeleri azalır ve işlevsel hasarlar ile klinik belirtiler daha sonra meydana gelir (Pekcan, 2002).

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan yöntemler;

1. Besin tüketiminin (alımının) saptanması
2. Antropometrik ölçümler
3. Biyokimyasal ve hematolojik testler, biyofizik testler-fonksiyonel testler
4. Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü
5. Psikososyal veriler

Bu yöntemlerden birkaç tanesinden veya hepsinden faydalanılabileceği gibi, genellikle belirlenecek yöntem ekonomik şartlara, zamana ve bu meselelerde eğitim almış kişiye göre belirlenir (Pekcan, 2002).

2.1.3.1. Besin tüketiminin (alımının) saptanması

Değerlendirmede doğru bir sorgulamanın yapılması için verilerin kayıt altına alınması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Pekcan, 2002). Fakat bazı kişiler için tüketilen besin miktarının ve türünün hatırlanması özellikle çocuklar ve yaşlılarda güç olabilmektedir. Eğitim durumu, yaş algılama, zekâ düzeyi, ruhsal durum, dikkat vb. haller hatırlamayı etkilemektedir (Witschi, 1990).

Kullanılan Yöntemler

1. 24 saatlik hatırlama (24 hour recall): 24 saatlik hatırlatma yöntemi Burke, McHenry, Kruse ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Sıklıkla başvurulan bir diyet belirleme yöntemidir. 24 saatlik hatırlama kişinin bir önceki 24 saat içerisinde yiyecek

ve içecek tüketimeinin detaylı olarak öğrenilmesi işlemdir. Görüşmeler diyetisyen ya da alanında uzman kişiler tarafından belirli formlar ve görseller kullanılarak yapılmaktadır. Genel itibariyle hızlı gerçekleşen bir yöntemdir. Eğitim seviyesi yüksek bireyler için ortalama 10-20 dakikalık bir zaman yeterli olabilmektedir (Witschi, 1990).

2. Besin kayıt yöntemi (food record): Çoğunlukla 3-7 gün arasında kayıt altına alınan öğünlerde tüketilen besin çeşitleri ve bunların miktarlarını detaylı bir şekilde anlatan bir yöntemdir. Kayıt formu, hiçbir bilginin yer almadığı form veya kitapçık ya da günlük ve her günün yiyeceklerini gruplandıran bilgilerin var olduğu bir belge şeklinde olabilir (Witschi, 1990). Her besinin sağladığı enerji karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller hesaplanır. Kaydedilen günlerin toplamı kayıtlı gün sayısına bölünerek ortalama bir günlük besin türlerinin ve besin öğelerinin miktarları bulunmaktadır. Çoğu zaman kullanılan günler; ardışık üç gün (iki hafta içi, bir gün hafta sonu) olarak belirlenmektedir (Pekcan, 2002). Yöntemin kullanılmasında eğitim düzeyi ve motivasyonu yüksek kişilerin kullanılması gerektiğinden katılımcının yeri özeldir (Witschi, 1990).

3. Besin tüketim sıklığı (food propensity): Bu yöntem ile besin veya besin gruplarının tüketimi gün, hafta veya ayda, sıklık şeklinde saptanmaktadır. Genellikle diyet değişiminin tavsiye edildiği kişilerde beslenme durumunda gerçekleşen değişiklikleri belirlemek için kullanılmaktadır (Pekcan, 2002).

4. Diyet öyküsü (dietary history): Besin tüketim sıklığının, 24 saatlik besin tüketiminin ve daha detaylı verilerin değerlendirildiği bir yöntemdir. Bu yöntemde beslenme alışkanlıklarını belirlemek zor olacağı için eğitilmiş ve diyetisyen bir kişiye gerek duyulmaktadır. Besinlerin saklama koşulları, hazırlanması, pişirilmesi gibi durumları detaylı sorgulanır (Pekcan, 2002).

5. Besin alımının gözlenmesi: Kişinin tüketmekte olduğu bütün besinler gözlemlenerek kayıt altına alınmaktadır. Zaman alıcı, pahalı ve zor bir yöntem olmasının yanı sıra en güvenilir yöntemler arasındadır. Okul, huzurevi, hastane gibi ortamlarda uygulamak daha kolay olmaktadır (Pekcan, 2002). Besin alımının hızlı ve genel değerlendirilmesi için 24 saat içerisinde dört temel besin grubundan tüketilmiş olan porsiyon sayısı araştırılmaktadır. Tüketilmiş olan besinin, besin bileşim skalası yardımıyla enerji ve

besin öğelerinin bazı programlar aracılığıyla hesaplanarak cinsiyet ve yaşa göre kıyaslanması doğru ve güvenilir sonuca ulaşmayı kolaylaştırır (Eker, 2006).

2.1.3.2. Antropometrik ölçümler

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanmasında; büyümeyi, yağ dışı vücut dokusunun, vücut yağ dokusu miktarının ve yağ dağılımının ne derecede olduğunu göstermek için kullanılmaktadır. Beden Kütle İndeksi (BKİ), bel çevresi, kalça çevresi, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, üst orta kol çevresi, baş çevresi, deri kıvrım kalınlıkları gibi ölçümler sık kullanılan yöntemlerdendir. Antropometrik ölçümler düzenli, doğru ve sürekli olarak kullanıldığında kişilerin beslenme durumunu doğru olarak tespit edebilmek için kullanılabilir (Susan ve Eugene, 1995). Bu bölümde; mevcut çalışmada kullanılan yöntemler açıklanmış olup diğer yöntemler aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

1. Vücut Ağırlığı: Vücut ağırlığı beslenme durumunu göstermede kolay uygulanması sebebiyle yaygın olarak kullanılır (Karavelioğlu ve Boyacıoğlu, 2003). Ağırlık; vücuttaki yağ, kas, su ve kemiklerin tümüdür. Vücuttaki su seviyesinin yükselmesi (ödem, asit birikimi vb) ya da düşmesi (diyare vb), tümör, organ büyümesi gibi faktörlerin olduğu durumlarda vücut ağırlığı ölçümü sağlıklı bir sonuç vermemektedir. (Susan ve Eugene, 1995).
2. Boy: Büyümenin takibinde ve ileri yaşlarda beslenmeyle alakalı osteoporoz gibi hastalıklarda boy kısalması takibinde boy ölçümü kullanılabilir.
3. Beden Kütle İndeksi (BKİ): Beden kütle indeksi beslenme durumunun gösterilmesinde kolaylıkla kullanılan bir yöntemdir. Obezite ve protein enerji malnutrisyonunun değerlendirilmesinde kullanmak genellikle sağlıklı bir sonuç verir. BKİ ile vücudun toplam yağ oranı arasında ilişki doğru orantılıdır. Beden kütle indeksini bulmak için kg cinsinden vücut ağırlığının m² cinsinden boya bölünmesi gerekir. $(BKİ (kg/m^2) = Ağırlık (kg) / Boy (m^2)$ (Karavelioğlu ve Boyacıoğlu, 2003). DSÖ'nün yetişkinlerde belirlediği beden kütle indeks sınıflandırması Tablo 1' de görülmektedir (<http://apps.who.in> , 2023).

Tablo 2.1. Dünya Sağlık Örgütü Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması

BKİ ARALIĞI	BKİ SINIFLANDIRMA
18.5 altı	Zayıf
18.5-24.9	Normal kilolu
25.0-29.9	Pre-obez (Hafif şişman)
30.0-34.9	I. Evre Obez
35.0-39.9	II. Evre Obez
40' ın üstünde	III. Evre Obez

2.1.3.3. Biyokimyasal ve hematolojik testler, biyofizik testler-fonksiyonel testler

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan biyokimyasal ve hematolojik testler kan (plazma, serum), beyaz ve kırmızı kan hücreleri, idrar ile karaciğer, saç, kemik gibi dokularda uygulanmaktadır. Kan proteinleri (albumin, transferrin, tiroksin-bağlayıcı prealbumin vb.), kan yağları (total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, VLDL-kolesterol vb.), hemoglobin ve hematokrit düzeyleri, kan ve idrarda vitamin ve mineral düzeyleri beslenme durumunun saptanmasında kullanılmaktadır. (Berrs ve Berkow, 2002).

Dokuların işlevsel yetenekleri ya da yapısal bozuklukları biyofizik testler ile belirlenir. Beslenme yetersizliği olduğu zaman fizyolojik fonksiyonlarda bozulmalar olmaktadır. Yetersizliğin olup olmadığını belirlemede bu bozuklukların saptanması önemlidir (Witschi, 1990).

2.1.3.4. Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü

Kişinin fiziki muayenesinin yapılması ve tıbbi öyküsünün alınması klinik belirtilerin belirlenmesinde gereklidir. Hastanede yatan hastalarda kas dokusunun ve deri altı yağ dokusunun da incelenmesi önemlidir. Kişide asit ve ödem olup olmadığı mutlaka bakılmalıdır. Klinik belirtilerin saptanması için dudaklar, dil, dişler, dişeti, deri, saç, gözler ve genital organlar incelenmektedir. Hücre değişimi deri, ağız, epitel doku ve saçta hızlı bir şekilde olduğundan yetersizliğe hassastır. Gastrointestinal sistemindeki farklılıklar ise diare ile kendini belli etmektedir. Bu yüzden hastanın gastrointestinal

sistemine dair diare ve anoreksi gibi belirtilerin anamnezi alınmalı, yutma ve çiğneme işlevlerinde değişiklikler olup olmadığı sorgulanmalıdır (Susan ve Eugene, 1995).

Klinik belirtiler besin öğeleri yetersizliğini belirlemede çoğunlukla yeterli olmamaktadır. Bundan dolayı biyokimyasal testlerin, beslenme öyküsünün ve klinik belirtilerin birlikte kullanılması önemlidir. Klinik belirtiler çoğunlukla birden çok besin ögesi yetersizliğine bağlı olarak görülebilmektedir. Klinik belirtiler beslenme yetersizliğinin en son aşamasıdır (Witschi, 1990).

2.1.3.5. Psikososyal veriler

Kişinin besinleri nasıl hazırladığı ve sakladığı, besinleri saklama imkânları, beslenme hakkındaki bilgisi, sosyoekonomik durumu, yöresel-etnik açıdan besinlere bakışı belirlenmeli ve değerlendirilmelidir. Psikososyal veriler; hastalığın başlangıcı ve seyri, hastanın eğitimi ve tedavisi yönünden çok önemlidir (Eker, 2006).

2.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenme; sağlığın korunması, vücut gelişiminin ve hayatın devamı için organizmaya besin alımıdır. Vücudun büyümesi ve çalışması, tahribata uğramış ya da işlevini yitirmiş vücut bölümlerinin değiştirilmesi veya onarılması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin yeterli miktarda alınması, vücutta fonksiyonları belirli şekillerde kullanılmasına ise 'yeterli ve dengeli beslenme' olarak adlandırılmaktadır. (Baysal, 2004). Bireylerin yaşamını dinç ve sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi yeterli ve dengeli beslenmesine bağlıdır (Demirci, 2009).

Gelişmişlik seviyesi yüksek toplumlarda aşırı ve dengesiz beslenmeden kaynaklı kronik ve metabolik hastalıklara zemin hazırladığı görülürken, daha az gelişmiş toplumlarda yetersiz ve dengesiz beslenme çok önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur (Önay, 2006).

Kişilerin; sağlıklı hayat süresini kısaltan ve çalışma kapasitesini düşüren, fiziksel ve zihinsel gelişimini olumsuz yönde etkileyen etmenlerin başında yetersiz ve dengesiz beslenme gelmektedir. Sağlıklı beslenme özellikle hayatın yaşlılık döneminde hastalıklardan korunmak açısından büyük öneme sahiptir (Carr ve Descheemaeker, 2002).

Yağ içeriği yüksek besinlerin fazla; posa, sebze, meyve ve kompleks karbonhidratların az miktarlarda tüketilmesi sağlıksız diyet örüntüsünü oluşturmaktadır. Sağlıksız diyet örüntüsü, hareketsizlik ve çevre kirliliği özellikle bazı kanser türleri, hipertansiyon, şişmanlık, koroner kalp hastalıkları, diyabet, osteoporoz, safra kesesi taşları, diş çürükleri gibi beslenmeye dayalı kronik hastalıkların oluşumuna zemin hazırladığı bildirilmektedir (Önay, 2006).

Yeterli ve dengeli beslenme; sosyal ve fiziksel huzuru sağlayan, sağlığı koruyan, bireyleri hastalıklardan uzak tutan, vücuda güç ve enerji veren, vücudu geliştiren, büyüten, dayanma gücünü artıran etkenlerin başında gelmektedir (Demirci, 2009).

2.2.1. Besin Ögeleri ve Besin Grupları

Besin ögelerini ve biyoaktif kimyasal maddeleri içererek beslenme desteği sağlayan bitki, hayvan ve mantar kaynaklı olan dokulara besin denir. Besinler, besin ögesi denilen yapı taşlarından oluşmaktadır. Makro besin ögeleri, günlük diyetle büyük miktarlarda alınan, mikro besin ögeleri ise daha az alınan ve ihtiyaç duyulanları tanımlamaktadır. Her iki besin ögesinin de vücutta birçok önemli görevleri vardır (Baysal, 2004; Ünsal, 2019).

Makro besin ögeleri; karbonhidratlar, proteinler ve yağlardan oluşmaktadır. Karbonhidratlar, monosakkaritlerden oluşurlar ve enerji sağlamada önemli bir rolleri vardır. Proteinler, aminoasitlerden oluşmuş moleküllerdir ve vücutta pek çok göreve sahiptir; en önemlisi dokuların yapımında ve onarımıdır. Yağlar, yağ asitlerinin birleşmesiyle oluşurlar ve hücre zarının yapısında bulunurlar. Enerjinin depolanması, vücut ısısının düzenlenmesi gibi görevlere sahiptirler (Baysal, 2004).

Mikro besin ögeleri; vitaminler ve minerallerden oluşmaktadır. Vücut için daha az miktarda ihtiyaç duyulan, ancak önemli görevleri olan besin ögeleridir. Vitaminler, sağlıklı dokuların oluşumunda ve vücutta türlü metabolik reaksiyonların düzenlenmesinde görev alırlar. Mineraller ise su dengesi, kemik sağlığı, sinir iletimi gibi pek çok görevde yer almaktadır (TÜBER, 2022).

Su, hayat için temel bir bileşendir ve besin ögesi olarak sayılmaktadır. Vücutta kimyasal reaksiyonların gerçekleşmesinde, vücut sıcaklığının düzenlenmesinde ve hücrelerin

çalışmasında suya ihtiyaç vardır. Su, bu ve benzeri birçok göreve sahiptir (Akın ve Akın, 2007; TÜBER, 2022).

Sağlıklı beslenme için günlük olarak çeşitli besin gruplarını tüketmek önemlidir. Besinler, içerdikleri besin öğelerine göre genellikle dört temel grupta toplanır (Ünsal, 2019). Bu gruplar; süt ve ürünleri grubu, kalsiyum, protein ve B vitaminleri gibi besin öğeleri açısından zengindir. Et, Tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar, sert kabuklu yemişler protein, demir, çinko, omega-3 yağ asitleri ve diğer besin öğeleri bakımından zengindir. Ekmek ve tahıllar grubu; karbonhidratlar, lif, B vitaminleri ve mineraller gibi besin öğeleri sağlar. Sebze ve meyve grubundan sebzeler; lif, C vitamini, folik asit ve diğer çok sayıda vitamin ve mineral içermektedir. Meyveler C vitamini, lif, antioksidanlar ve diğer vitamin ve mineraller açısından önemli bir kaynaktır (TÜBER, 2022; Ünsal, 2019).

Her ülkenin beslenme alışkanlıkları ve besin hazırlama, pişirme şartlarına göre besin piramidinde farklılıklar yapılmaktadır. Ülkemizde besinlerin üretim şekli ve kişilerin beslenme durumu göz önünde bulundurularak günlük alınması gereken temel besinlerin oluşturulmasında dört besin kategorilendirmesinin yapılması uygun görülmüş ve dört yapraklı yonca şekli kullanılmıştır. Birinci kategoride; süt ve süt ürünleri, ikinci kategoride; et-yumurta-kurubaklagiller; üçüncü kategoride; sebze ve meyveler, dördüncü kategoride ise ekmek ve tahıl grubu yer almaktadır. Bu dört besin kategorisinden her birinden yeterli düzeyde tüketilerek yeterli ve dengeli beslenme sağlanmış ve beslenmeyle alakalı hastalık riski azalmış olur. Besinler içeriğindeki besin öğeleri yönünden değişiklikler göstermektedir. İçeriğe göre benzer besinler beslenmede birbirlerinin yerine kullanılabilir (Bakman, 2016) .

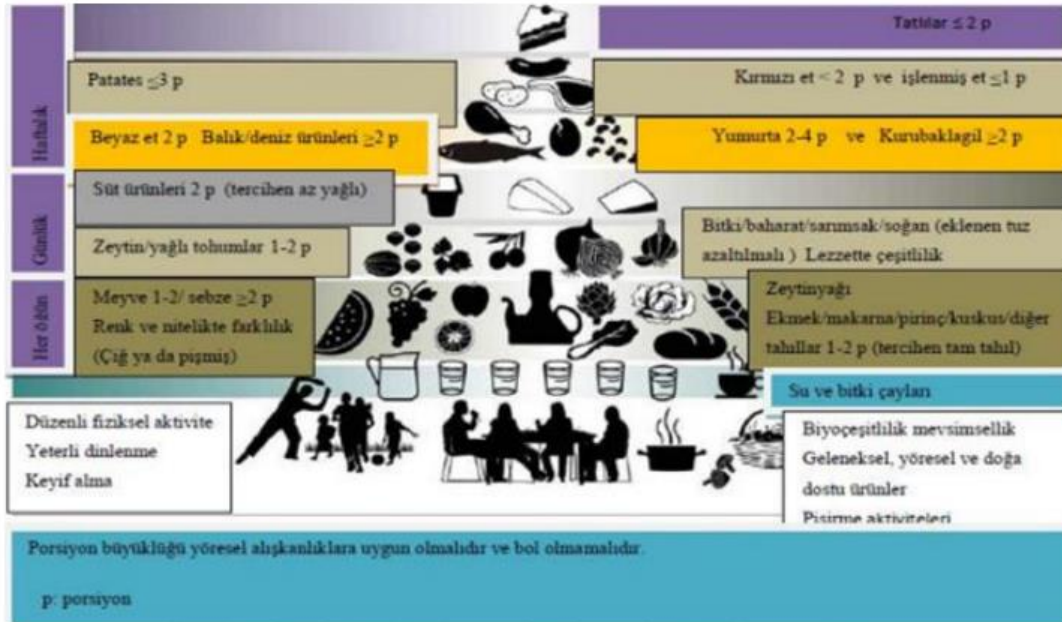
2.3. Akdeniz Diyeti ve Genel Özellikleri

1960'ların başında ayak üstü beslenme şeklinde tanımlanan 'fast food' tarzı beslenme yaygınlaşmadan önce Akdeniz bölgesi ve etrafında, genellikle zeytin ağaçlarının yetiştiği bölgelerde yaşayan kişilerin uygulamakta olduğu beslenme şeklidir (Iaccarino ve ark., 2017; Kyriacou ve ark., 2015). Akdeniz diyeti, 1960 yıllarında Angel Keys isimli kişi tarafından bu bölgedeki bazı nüfus alanlarının beslenme alışkanlıkları gözetilerek adlandırılmıştır (Boskou, 2009). Akdeniz diyeti, bu bölgedeki

popülasyonların inançları, ekonomik ve sosyo-kültürel özellikleri dikkate alınarak düşünüldüğünde heterojen bir yapıdadır (Bach ve ark., 2006).

Akdeniz diyetinde, besinler genellikle çok az seviyede ya da hiç işlenmemiştir. Ayrıca diğer doğal besinlerle; baklagiller, sebzeler, tam tahıllı gıdalar, meyveler, balık ve zeytinyağı ile zenginleştirilmiş haldedir. Akdeniz diyeti, düşük oranda doymuş yağ, kırmızı et ve bir miktar alkol tüketimini içerirken; şekerle tatlandırılmış içecekler, hazır gıdalar, işlenmiş tahıl ürünleri ve işlenmiş ya da enerjisi artırılmış yiyeceklerin yer almadığı bir diyet modelidir (Kalkuz, 2019).

Akdeniz Diyeti Besin Piramidi, UNESCO tarafından 2010 yılında 'İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirası' olarak kabul edilmiştir ve uluslararası bilimsel konsensus sonucunda da yeni Akdeniz beslenme modeli yayınlanmıştır (Bach-Faig ve ark., 2011).



Şekil 2.1. Akdeniz Diyeti Besin Piramidi (Dağoğlu, 2014).

Akdeniz Diyeti Besin Piramidi; besinler sağlıklı ve dengeli beslenme şeklinin oluşturulabilmesi için üç gruba ayrılmış ve bu üç grup; günlük, haftalık ve az sıklıkla tüketim olarak adlandırılmıştır. Süt ürünleri, tahıllar, zeytin, zeytinyağı, sebze-meyveler, kabuklu yemişler ve tohumlar; her gün tüketilmesi gereken besinler olarak belirlenmiştir. Tüketimi haftalık periyotlarda önerilen besinler ise kurubaklagiller, balık

ve kabuklu deniz ürünleri, kırmızı et, patates gibi besinlerdir. Tüketilmesi az sıklıkla önerilen besinler; basit şeker içerikli besinler ve içeceklerdir. Akdeniz diyeti beslenme piramidi, yemekle birlikte şarap tüketimini de içermektedir. Akdeniz diyeti beslenme piramidine 30 dakika düzenli fiziksel aktivite 2010 yılındaki güncellemede ile ilave edilmiştir. Akdeniz diyeti besin piramidi ayrıca yaşam tarzına yönelik öneriler de içermektedir; başka insanlarla yemeği paylaşarak dostluğun vurgulanması, yeterli dinlenme ve keyif alma gibi (Spalding, 2014).

Akdeniz Diyet modeli, sağlıklı ve dengeli diyet yağı örüntüsüne sahiptir. Bununla birlikte düşük glisemik indeks ile yüksek antioksidan ve posa alımı ile ilgilidir. Temelinde işlenmemiş bitkilerden elde edilen besinler, zeytinyağı ve deniz ürünlerinin tüketimi yer alır (Bayram ve Aktaş, 2018).

Son 60 yıldır yapılan çalışmalar ile Akdeniz Diyeti'nin kalp hastalıkları, diyabet, kanser ve Alzheimer gibi nörodejeneratif hastalıklara karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır (TÜBER, 2022). Yüksek miktarda sebze meyve, tam tahıl, balık ve ürünleri tüketiminin, bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların engellenmesi için gerekli olduğunu epidemiyolojik veriler desteklemektedir (Willett, 2006). Dolayısı ile bu beslenme tarzı günlük besin ve besin ögesi alımını en uygun düzeye taşıyarak yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olmaktadır (Sofi ve ark., 2008).

2.3.1. KIDMED İndeksi (Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi)

Serra Majem ve arkadaşları tarafından geliştirilen KIDMED indeksi, Akdeniz diyetine uyumu değerlendirmek amacıyla sıklıkla tercih edilen bir indekstir. 0-12 aralığında skorlaması bulunan KIDMED indeksi, kişisel veya bir diyetisyen gözleminde yapılan anketin sonucuna bakılarak değerlendirilmektedir (Serra-Majem ve ark., 2015).

16 sorunun bulunduğu anket formunda soruların 4'ü olumsuz, 12'si ise olumlu sorudan oluşmaktadır. Olumsuz sorular bireylerin ayaküstü gıda şeklinde nitelendirilen fast-food tüketimi, kahvaltı atlama durumu, hazır fırın ürünleri ve tatlı-şeker-şekerleme tüketimi sorulurken, olumlu sorularda ise günlük meyve-sebze tüketimi olup olmadığı ve miktarı, düzenli balık tüketimi, kahvaltıda süt / süt ürünleri tüketim sıklığı, zeytinyağı tüketimi gibi beslenme alışkanlıkları sorulmaktadır. Olumsuz sorulara verilen yanıt olumlu ise -1 puan olarak değerlendirilirken, olumlu sorulara verilen olumlu yanıt +1 puan olarak

değerlendirilmektedir. KIDMED indeksi puanları; ≤ 3 puan olan kişilerin Akdeniz diyetine düşük oranda uyum gösterdiğini, 4-7 puan arasında olanların diyete orta uyum gösterdiğini yani diyete müdahale gerektiği, ≥ 8 puanı olanların ise yüksek oranda uyum gösterdiğini ifade etmektedir (Serra-Majem ve ark., 2015; Stefan ve ark., 2017).

KIDMED indeksinin güvenilirlik durumunun araştırıldığı bir çalışmada, kişilere 2 hafta ara ile KIDMED indeksi uygulanmış ve yanıtlar değerlendirildiğinde her soruda orta uyum ile yüksek uyum arasında değişkenlik gösteren tutarlılık durumu tespit edilmiştir (Stefan ve ark., 2017).

2.4. Yaşam Kalitesi

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi; bireysellik göstermesi, sürekli bir şekilde gelişim ve değişim göstermesi, kişilerin hayatlarında nasıl yaşamak ve ne olmak istediği, çok yönlü olma özelliği, kişilerin neleri yapmaktan hoşlandığını belirtmesi, ruhsal, sosyo-kültürel ve ekonomik etmenlerden etkilenebilmesi sebebiyle tanımının yapılması güç bir terimdir (Akdemir, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü; yaşam kalitesini “kişilerin kendi kültür ve değerler sistemi bağlamında umutlarına, beklentilerine, standartlarına ve ilgilerine göre hayattaki kendi pozisyonlarını algılama biçimleridir” diye tanımlamaktadır (WHO, 1996).

Bir başka tanımda yaşam kalitesi; hayattan hoşnut olma hali, mutlu hissetme ve iyi olma hali olarak ifade edilmektedir (Eser, 2012).

Yaşam kalitesi teriminin geliştirilme amacı sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesidir. Yaşam kalitesi, bireylerin zihinsel durumunu, fiziksel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini, çevreden etkilenme düzeylerini içermektedir ve bu durumun bireylerin fonksiyonelliğini etkileme seviyesini tanımlamaktadır (Uysal ve Ertan, 2014).

Yaşam kalitesi, hastaların refah seviyesinin gelişmekte olduğu bir parametredir (Hodeeb ve ark., 2015).

Son yıllarda sadece hastalıkların tedavisi değil, bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu yüzden iyilik halinin ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi için farklı yöntemler geliştirilmektedir (Yıldız ve Çetinkaya, 2020).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Yaşam kalitesi senelerdir felsefenin tartıştığı bir terim olmuştur. Antik ve orta çağda yaşam kalitesi; en üst düzeyde erdem ve güzelliklere sahip olma, mükemmellik durumu, olarak tanımlanmıştır. Ekonomi ve sosyolojinin konuları arasında 1960'lı yıllarda girmeye başlayan yaşam kalitesi, ekonomistler ve sosyologlar açısından farklı anlamlarda değerlendirilmiştir. Sosyologlar; sosyal, çalışma ve barınma boyutları açısından değerlendirirken, ekonomistler ise milli üretim ve milli gelir satın alma gücü olarak ifade etmişlerdir. 1970'li yıllarda da psikologlar tarafından yaşam doyumu olarak değerlendirilmiştir. Tıp alanında bahsedilmesi 1970'lerden sonra olmuştur (Akdemir, 2011).

DSÖ'de 1980 yılından itibaren yaşam kalitesini ölçmek ve değerlendirmek amacıyla çalışmalar ve araştırmalar yapmaktadır. Bu sebeple bireylerin iyi olma halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalar yapmayı sağlayan yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir. Dünyanın farklı bölgelerinde 15 merkezde uygulanan pilot çalışmalar neticesinde 100 soru içeren Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100) ve bu sorular içerisinden seçilen 26 soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ölçekleri yapılmıştır (Fidaner ve ark, 1999). 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilip kullanıma sunulan SF-36, çalışmalarda sık kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinden biridir (Ware ve Sherbourne, 1992) . Yapılan çalışmalar sonraki senelerde yapılan ölçeklerin temelini atarak birçok yeni araştırma ölçeğine öncülük etmiştir. Duygulanım, stres düzeyi, bilişsel fonksiyonlar gibi sağlığın kişisel bileşenlerinin çoğunlukla dikkate alınması ve bunların fiziksel sağlıkla bağdaştırılması yeni gelişen yaşam kalitesi ölçeklerinin ortak özelliğidir (Fidan, 2003). Son yıllarda araştırmacılar ve sağlık hizmeti veren kişiler, tedavi metotlarının hastanın yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirme ve onların iyilik hallerini ifade etme açısından giderek artan bir çaba göstermektedirler (Eser, 1999).

2.4.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla direkt veya dolaylı olarak ilgilidir ve pek çok etmeni kapsayan bir terimdir. Genel yaşam kalitesi teriminde olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi meselesinde de kabul görmüş evrensel açıdan tek bir tanım yoktur.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ögelerine ilk kez, 1948 DSÖ Anayasasında yazan sağlığın tanımı içerisinde görülmektedir. Sonraki yıllarda yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının çoğunda DSÖ tanımında yer alan; sağlığın sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, kişinin sosyal, ruhsal ve bedensel yönden tam bir iyilik hali ögeleri vardır. DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; hedefleri, kaygıları, standartları ve beklentileri açısından kişilerin hayattaki pozisyonlarını ifade etmesi olarak tanımlamaktadır (Bulut, 2013).

2.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirirken jenerik (genel) ve hastalık bazında iki grup ölçek kullanılmaktadır.

Jenerik (Genel) ölçekler; türlü sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilmektedir. Genel popülasyonda kullanılır ve kapsamlı tarama yapan ölçeklerdir. Bu ölçek ile farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Ancak özellikle bir hastalık üzerine oluşturulmadıkları için bazı hastalık gruplarına daha az duyarlı olabilirler ve yaşam kalitesindeki minimal değişiklikleri tespit edemeyebilirler.

En yaygın kullanılanlar şunlardır; Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile), Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index), McMaster Sağlık İndeks Anketi (McMaster Health Index Questionnaire), Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile), Nottingham Sağlık Ölçeği (Nottingham Health Profile), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), Tıbbi Sonuç Çalışması (Medical Outcome Study General Health Survey), Esenlik İndeksi (Index of Well-Being), Dartmouth COOP Function Charts, Medical Outcome Study Short Form-36 (SF-36) sayılabilir. (Bellamy 2003; Bulut 2013; Eser 1999; Şahin 1997; Şahin 2001).

Hastalık bazında ölçekler; belli hastalık gruplarının fonksiyonel bozukluklarını veya bir bulgunun yaşam kalitesi üzerine etkisine bakmak için oluşturulmuşlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen hastalık durumuna özgü sağlık olaylarını inceledikleri için yaşam kalitesindeki minimal değişiklikleri tespit edebilirler. Fakat her ölçeğin skorum sistemi çoğunlukla farklıdır. Bu yüzden hem farklı hastalıklar arasında hem de farklı skorum sistemleri arasında karşılaştırma yapılamamaktadır. Hastalığa özgü ölçekler

şunlardır; Barthel Engellilik İndeksi, Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve McGill Ağrı Anketi sayılabilir.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin tasarlanması ve geliştirilmesi uzun ve zor bir durumdur. Bu yüzden başka insanların geliştirdikleri, geçerliliğinin ve güvenilirliğinin denenmiş olduğu ölçekler farklı toplumlar tarafından kullanılmaktadır. Böylece farklı toplumlardan alınan verileri karşılaştırmakta kolaylık sağlanmıştır. Fakat başka toplumlar için geliştirilen bir ölçeği yeni bir topluma uygulamak için bazı hususlara özellikle dikkat edilmesi gerekir. Birincisi; ölçeğin içeriğinin, kavram ve dil yönünden anlam eşitliği oluşturması, ikincisi toplum üzerinde ölçüm özelliklerinin denenmesidir (Bulut, 2013).

Uluslararası düzeyde sık kullanılan bazı ölçeklerin Türkiye’de Türkçe’ye çevrilip geçerliliği ve güvenilirliği açısından değerlendirilmesinin yapılması için çalışmalar olmaktadır. SF36 ve WHOQOL Türkçe’ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmış ölçektir (Fidan, 2003).

2.5.1. Kısa Form 36 (Short Form 36-SF 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 ölçeği yaşam kalitesi ölçekleri içinde genel ölçek özelliğine sahiptir ve kapsamlı ölçüm sağlamaktadır. SF-36, en yaygın kullanılan genel sağlık ölçeklerindedir (Müller-Nordhorn ve ark. 2004; Topal 2014).

SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilerek kullanıma sunulmuştur (Ware ve Sherbourne, 1992). SF-36 ölçeği geliştirilme aşamasında kısa ve öz olmasına, kolay uygulanabilmesine bağlı olarak geniş bir kullanım alanına sahip olmasına dikkat edilmiştir. 1990’da 20 maddeli SF-20 geliştirilmiştir. Daha sonraki yıllarda psikometrik özellikler ilave edilmiş ve kapsamı artırılmıştır ve böylece 36 maddelik şekli SF-36 hazırlanmıştır. Ölçeğin en önemli özelliği ‘kendini değerlendirme ölçeği’ olmasıdır (Ware ve ark., 1993).

Ölçek sağlık durumunun negatif olduğu kadar pozitif yönlerini de değerlendirebilmesi ve 10 dakika gibi kısa zamanda doldurulabilmesi açısından avantajlı hale gelmektedir (Carr ve ark, 1996). Herhangi bir yaş grubuna, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir ve genel sağlık terimleri yer almaktadır. Sağlık politikalarının

değerlendirilmesinde ve genel popülasyon ve klinik araştırmalarda kullanılması için hazırlanmıştır (Ware ve ark., 1993).

Ölçek 36 maddelik ve aşağıda belirtilen 8 alt boyut ile çeşitli sağlık ölçütlerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır (Ware ve Sherbourne, 1992). SF-36 ölçeğini oluşturan boyutlar;

- Fiziksel fonksiyon alt boyutu 10 madde (3a,3b,3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i,3j),
- Fiziksel rol güçlüğü alt boyutu 4 madde (4a,4b,4c,4d),
- Ağrı alt boyutu 2 madde (7, 8),
- Genel sağlık algısı alt boyutu 5 madde (1, 11a,11b,11c,11d),
- Zindelik/Canlılık alt boyutu 4 madde (9a,9e,9g,9i),
- Sosyal işlevsellik alt boyutu 2 madde (6,10),
- Ruhsal sağlık alt boyutu 5 madde (9b,9c,9d,9f,9h),
- Emosyonel rol fonksiyon alt boyutu 3 madde (5a,5b,5c)

olmak üzere toplam 36 soru ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Yukarıda sıralanan ilk 4 alt boyut puanları toplamı fiziksel boyutu, diğer 4 alt boyut puanları toplamı ise mental boyutu ifade etmektedir.

Tablo 2.2. SF-36 ölçeğini oluşturan boyutlar

Alt ölçekler	Soru Sayısı	Yüksek Puan	Düşük Puan
Fiziksel fonksiyon	10	En güç aktiviteler dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlık kısıtlaması olmaksızın yapabilme	En kolay aktiviteler dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık
Fiziksel rol gücü	4	Fiziksel sağlık nedeniyle iş ve günlük etkinliklerde sorunların olmaması	Fiziksel sağlık nedeniyle iş ve günlük etkinliklerde sorunların olması
Ağrı	2	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı
Genel sağlık algısı	5	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma	Sağlığın kötü olduğuna ve kötüye gideceğine inanma
Canlılık (Zindelik)	4	Daima canlı ve enerjik hissetme	Devamlı yorgun ve tükenmiş hissetme
Sosyal işlevsellik	2	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel veya emosyonel problemlere bağlı olarak kesintiye uğramaması	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel veya emosyonel problemlere bağlı olarak kesintiye uğraması
Ruhsal sağlık	5	Devamlı sakinlik, mutluluk ve rahatlık hali	Devamlı sinirlilik ve depresyon hali
Emosyonel (Duyusal) rol gücü	3	Emosyonel problemler sebebiyle işte veya diğer günlük etkinliklerde problemlerin olmaması	Emosyonel problemler sebebiyle işte veya diğer günlük etkinliklerde problemler

Her alt ölçek için SF-36 ölçeğinde ayrı ayrı puanlar hesaplanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında puanlarla değerlendirmektedir. Kötü sağlık durumu 0 puan olarak değerlendirilirken, iyi sağlık durumu 100 puan olarak gösterilmektedir (Bakman, 2016)

2.6. Beslenme ve Fiziksel Aktivitenin Yaşam Kalitesine Etkisi

Beslenme ve beslenmeden kaynaklı sağlık problemleri yaşam kalitesine doğrudan veya dolaylı bir şekilde etki etmektedir. Yanlış ve aşırı beslenmeden kaynaklanan obezite ve bununla ilişkili problemlerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Marchesini ve ark., 2000).

İyi ve doğru şekilde beslenme, yetersiz beslenmeden kaynaklı malnutrisyonu engellemektedir ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırmaktadır. Yaşam kalitesi

tanımları içerisinde yaşamdan duyulan memnuniyet hem fiziksel hem de mental refahı kapsamaktadır (Amarantos ve ark., 2001).

Sağlıklı, aktif ve üretken bir yaşamda fiziksel aktivite büyük öneme sahiptir. Fiziksel aktivitenin önemine dair son zamanlarda pek çok çalışma yapılmıştır ve toplum motivasyonu adına; sivil toplum örgütleri ve devlet tarafından da desteklenmektedir. Fiziksel aktivite; yaşlanmaya bağlı gelişen fizyolojik değişiklikleri ve inaktif yaşamdan kaynaklanan metabolik sendrom, diyabetes mellitus, hipertansiyon gibi olası hastalıkların görülme sıklığını azaltmaya yardımcı olmaktadır. Bunun yanında hücresel düzeyde de yaşlanmayı azaltıcı yani antiaging bir etkide sahiptir (Rebelo-Marques ve ark., 2018).

Yaşam kalitesini etkileyen başlıca faktörler arasında beslenme ve fiziksel aktivite gelmektedir. Beslenme ve fiziksel aktivite; koroner kalp hastalığı, osteoporoz, hipertansiyon, çeşitli kanser türleri, tip 2 diyabet, erken ölüm ile ilgilidir (McNaughton ve ark, 2012). Yüksek kalorili beslenme, sedanter yaşam şekli ve davranışlar; fiziksel aktivitede azalmaya neden olarak enerji tüketiminin düşmesine böylece obezitenin artmasına sebep olmaktadır (Hajian-Tilaki ve Heidari, 2007).

Obezite, morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olarak yaşam kalitesini azaltmaktadır. Hipertansiyon, metabolik sendrom, dislipidemi gibi morbiditeler haricinde kardiyovasküler hastalıklar ve kanser ile ilişkili olarak artan mortalite riski ile birliktedir. Obezite derecesi ile bu risk artmaktadır (Constantine ve ark., 2008).

Yapılan bazı çalışmalar obezitenin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerine olumsuz, kilo vermenin ise olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir.

IWQOL uygulayarak yapılan bir çalışmada 23-65 yaş aralığında 20 erkek ve 141 kadın obez hasta bir yıl boyunca takip edilmiş ve yaşanan kilo kaybının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırdığı tespit edilmiştir (Kolotkin ve ark., 2001).

SF-36 ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, 16-64 yaş arası 5633 kişide fazla kilolu olmanın ve obezitenin yaşam kalitesine olan etkisinin yaşa ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve obezitenin de yaşam kalitesini azalttığı tespit edilmiştir (Larsson ve ark., 2002).

Yapılan bir başka çalışmada BKİ'si ve bel çevresi fazla olan kişilerde günlük işlevsellikteki azalmadan dolayı yaşam kalitesi ölçümü düşük çıkmıştır (Han ve ark., 1998).

2.7. Akdeniz Diyetinin Sağlıklı Yaşam Kalitesine Etkileri

Günümüzde Akdeniz tipi beslenme, yaşam kalitesini artırmanın yanında uzun yaşamayı da sağlaması ile ilginin git gide arttığı bir beslenme şeklidir. Akdeniz tarzı beslenmede tam tahılların, balıkların, kuruyemişlerin, zeytinyağının, baklagillerin, meyve-sebzelerin ve bunların yanında bir miktar alkol tüketiminin ve diyet kaynaklı posaların yüksek oranda olmasıyla antioksidan ve tekli doymamış yağ asitlerinden zengindir. Böylece Akdeniz tipi beslenme, metabolik sendromu da kapsayan kronik inflamasyon ile ilişkili hastalıkların önlenmesiyle birlikte tedavide de anti-inflamatuvar etkilerinin de görülebileceği belirtilmektedir. Böylece Akdeniz tarzı beslenmenin sağlığın korunmasında olduğu kadar hastalıkların engellenmesi ve iyileştirilmesinde dolayısı ile yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir yere sahiptir (Giugliano ve Esposito, 2008).

Akdeniz tipi beslenmenin sağlıklı yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek için yapılmış bazı çalışmalar yapılmıştır. Metabolik sendromu olan kişilerle yapılan bir çalışmada ortalama yaşları 54 olan 273 erkek ve kadından oluşan Akdeniz tipi beslenme modeliyle beslenen kişiler 7 yıl boyunca takip edilmiştir. Kişilerin Akdeniz tipi beslenme modeline uyumları beş grupta değerlendirilmiştir. Uyumun yüksek olduğu beşinci grupta metabolik sendrom bileşenlerinde diğer gruplara göre anlamlı düşüş olduğu saptanmıştır (Rumawas ve ark., 2009).

Yaşları ortalama 10.7+/-0.98 olan 1140 kız ve erkekten oluşan Kıbrıs'ta yapılan başka bir çalışmada, obez çocuklar KIDMED indeksi ile BKİ'lerine bakılmış, KIDMED indeksi yüksek olan çocukların obezite durumunun % 80 oranında azaldığı tespit edilmiştir (Lazarou ve ark., 2010).

Akdeniz tipi beslenmenin plazma lipitleri ve vücut ağırlığı üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada yaşları 30-65 olan 77 sağlıklı kadın bireyler 12 hafta boyunca takip edilmiştir. Çalışma sonucunda Akdeniz tipi beslenme modeline uyum arttığı zaman

beden kütle indeksinin azaldığı LDL ve HDL kolesterol ile trigliserid değerlerinde anlamlı düşüş olduğu saptanmıştır (Goulet ve ark., 2003).

Akdeniz diyetine uyum ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla İspanya 'da yapılan EPIC Kohort çalışmasında yaşları 29-69 olan 41,078 erkek ve kadınlar ortalama 10.4 yıl takip edilmiştir. Çalışma sonucunda, Akdeniz diyet skoru arttığında KKH riskin azaldığı ve her 1 puan artışında KKH riskin % 6 oranında azaldığı tespit edilmiştir (Buckland ve ark., 2009).

10 Avrupa ülkesinde EPIC-PANACEA projesi kapsamında yapılan bir çalışmada ise, yaşları 25-70 arasında olan 373,803 obez kadın (270,348) ve erkek (103,455) bireyin Akdeniz tipi beslenme alışkanlıklarının ağırlık değişimine etkisi araştırılmış ve bireylerin antropometrik ölçümleri 5 yıl boyunca izlenmiştir. Sonuçta, Akdeniz diyet skoru yüksek olan bireylerde 20,16 kiloluk bir ağırlık kaybı olduğu saptanmıştır (Romaguera ve ark., 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırmamızın amacı; Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran erişkinlerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaşam kalitelerinin ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ile Akdeniz diyetine uyum durumlarının değerlendirilmesidir. Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 2022 yılında Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran erişkinler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Minimum örneklem büyüklüğü Epi-Info paket programı yardımıyla evreni bilinmeyen örneklem hesabıyla erişkinlerde kötü yaşam kalitesine sahip olma oranı daha önce yapılmış benzer bir araştırmada hesap edilmiş %51,4 değeri varsayılarak, %5 sapma ile %95 güven aralığında, 384 olarak hesaplanmış, çalışmaya 400 kişi alınmıştır (Pelin, 2017).

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran kişiler olmaları
2. Bireylerin anketleri doldurmaya gönüllü olmaları
3. 18 yaş üzeri bireyler olmaları
4. Bireylerin okur-yazar olmaları

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

1. İletişim engeli oluşturacak kadar ağır hastalık veya durumunun olması
2. Gebe ve emzikli olmak

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri Mart-Ağustos 2022 tarihleri arasında toplandı. Uygulama sürecinde Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran erişkinlere çalışmanın amacı kısaca açıklandıktan sonra anket ve içerik konusunda bilgi aktarılmış, ardından onam için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) okutulup imzalatılmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak 5 bölümden oluşan ve yaklaşık 15 dakika süren bir anket formu "yüz yüze görüşme tekniği" uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Anketin birinci bölümünde gönüllülerin sosyodemografik özellikleri, genel sağlık durumları, polikliniğe başvuru durumlarına ait sorular ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri olmak üzere 13 soru bulunmaktadır. Katılımcıların boy uzunluğu 1 mm aralıklı boy ölçerle, ağırlıkları ise TANITA marka biyoelektriksel impedans analiz cihazıyla ölçülmüştür. BKİ, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ile "vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m²)" formülü kullanılarak hesaplandı ve referans değerler kullanılarak değerlendirilmiştir (Şendağ Sağır, 2019). Uzun yıllar yaşayan birey sayısının ve yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlılar sınıfını bazı alt gruplara ayırma gerekliliği olmuştur. Bu amaçla DSÖ 65 ve üzeri yaşlardaki sınıfı (65-74 yaşlar) "genç yaşlı", (75-84 yaşlar) "orta yaşlı" ve (85 ve üzeri yaşlar) "ileri yaşlı" olmak üzere üç sınıfa ayırmıştır. Günümüze bakıldığında ise DSÖ toplumdaki yaş sınıflamasını tekrar düzenlemiştir. Yaş sınıflarını dikkate alan DSÖ 2017' de toplumdaki kişileri şu şekilde ayırmıştır: 0-17 yaş için Ergen, 18-65 yaş için Genç, 66-79 yaş için Genç-yaşlı, 80 ve üzeri yaş için Yaşlı kavramları kullanılmıştır (<https://solunum.org.tr>, 2023). Katılımcıların yaş sınıflandırması DSÖ'nün yaş grupları referans alınarak değerlendirilmiştir.

İkinci bölümde; gönüllülerin beslenme ve yeme alışkanlıklarının sorgulandığı 8 soru yer almaktadır.

Üçüncü bölümde; kişilerin beyanına göre düzenli fiziksel aktivite yapma durumlarının sorgulandığı 3 soru bulunmaktadır.

Anketin dördüncü bölümünde erişkinlerin Akdeniz diyetine uyum düzeyinin belirlenmesi için KIDMED kullanılmıştır.

Serra-Majem ve ark. (2004)"nın geliştirdiği, beslenme alışkanlıklarını değerlendirme amacıyla uygulanan Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED), Akdeniz tipi beslenmenin özelliklerini içeren 16 soruluk bir indekstir.

KIDMED indeksinde olumlu 12, olumsuz 4 soru vardır. Olumlu sorulara evet yanıtı +1 puan, olumsuz sorulara evet yanıtı ise -1 puan getirmekte ve bu puanların toplanması sonucunda toplam puan elde edilmektedir. Toplam puan sınıflaması 3 kategoriye ayrılmaktadır;

İyi (≥ 8 puan) ; Akdeniz diyetine yüksek oranda uyumu,

Orta (4-7 puan) ; Akdeniz diyetine uyumun geliştirilmesi gerektiği,

Düşük (≤ 3 puan) ;düşük beslenme kalitesi olarak ifade edilmektedir (Dağoğlu, 2019).

Anketin beşinci bölümünde ise erişkinlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla

SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Sağlıkla İlişkili Yařam Kalitesi Ölçeđi SF-36, 1992 yılında Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilen, Türk toplumunda ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiđit ve ark. tarafından yapılan bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Koçyiđit ve ark., 1999; Ware ve Sherbourne, 1992). Kısa, uygulaması kolay ve kullanım amacı açasından geniş bir ölçektir. SF-36, kişilerin genel sağlıklarıyla alakalı soruların yanında fiziksel fonksiyon (10 soru), fiziksel rol güçlüğü (4 soru), genel sağlık (5 soru), ağrı (2 soru), enerji (vitalite) (4 soru), sosyal fonksiyon (2 soru), emosyonel rol güçlüğü (3 soru) ve mental sağlık (5 soru) şeklinde 8 alt boyutta 36 soru bulundurmaktadır. İlk 4 alt boyut puanları toplamı fiziksel boyutu, diğer 4 alt boyut puanları toplamı ise mental boyutu ifade etmektedir. Bununla birlikte son 12 ayda iğerisinde kişinin sağlığındaki değerimle alakalı bir soru daha bulunmaktadır fakat řu anda ölçümde yer almamaktadır. Bahsi gečen soru haricinde kişilere son 4 haftaya yönelik sorular sorulmaktadır. 4 ve 5. sorulara evet-hayır şeklinde cevap verilirken, diğer sorular Likert tiptedir. Her alt boyutta ayrı ayrı puanlar hesaplanmaktadır ve bu boyutların puanları 0-100 arasındadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (Bulut, 2013).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Nicel ölçümlere ait veriler ortalama ve standart sapma ($x \pm ss$) veya Medyan [1. Çeyrek Değer-3.Çeyrek Değer] ile; nitel değişkenler ait veriler sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak tanımlandı. Nicel ölçümlere ilişkin gruplar arası farklar parametrik şartlar sağlandığında Bağımsız Örneklen T Testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile; parametrik şartlar sağlanamadığında ise Kruskal Wallis Varyans Analizi değerlendirilmiştir. İkili karşılaştırmalar için Post-Hoc Tukey HSD veya Tamhane's T^2 ile ayrıca Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney Testi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri Cronbach's Alpha değerleri hesaplanarak ölçülmüştür. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi için ise Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı IBM SPSS Statistics 22, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Verilerin hafıza faktöründen etkilenmesi; katılımcıların yanlış, eksik bilgi verme olasılığı.

Çalışma sonuçları evrene genellemez.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma uygulaması öncesinde Erciyes Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Karar no: 2022/119 Tarih 09.02.2022) izin alındı. Veri toplama aşamasında katılımcılar araştırmanın amacı ile ilgili bilgilendirildi ve onam formu okutularak yazılı onamları alındı.

4. BULGULAR

Katılımcıların 298'i (%74,5) kadın, 238'i (%59,5) evlidir. Katılımcıların 144'ü (%36) üniversite mezunudur ve 230'u (%57,5) orta seviye ekonomik duruma sahiptir. Tanı konulan kronik hastalığı bulunanların sayısı 244'tür (%61) ve bu kişilerden 104 'ünün (%42,6) tanı konulan kronik hastalık türü obezitedir. Katılımcıların 114 'ü (%28,5) fazla kilolu, 93'ü (%23,3) birinci derece obezdir. Katılımcılardan 304 (%76) kişi sigara kullanımına hayır cevabını vermiş ve 34 (%8,8) kişi sigara kullanımını bırakmıştır. Katılımcılardan 164'ü doktor önerisi ile (%41), 122 'si (%30,5) zayıflama nedeni ile diyet polikliniğine başvurmuşlardır. Katılımcıların 369' u (%92,3) gençtir. Tablo 4.1'de genel özelliklere ilişkin nitel dağılımlar verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Genel Özelliklere İlişkin Dağılımları (n=400)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	298	74,5
	Erkek	102	25,5
Medeni Durum	Evli Değil	162	40,5
	Evli	238	59,5
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	101	25,3
	Ortaokul Mezunu	36	9,0
	Lise Mezunu	105	26,2
	Üniversite	144	36,0
	Lisansüstü	14	3,5
Ekonomik Durum	Çok İyi	22	5,5
	İyi	135	33,7
	Orta	230	57,5
	Kötü	12	3,0
	Çok Kötü	1	0,3
Tanı Konulan Hastalık Varlığı	Evet	244	61,0
	Hayır	156	39,0
Tanı Konulan Hastalık Türü	Obezite	104	42,6
	Diyabet	52	21,3
	Kalp-Damar Hastalıkları	23	9,4
	Hipertansiyon	29	11,9
	Karaciğer Yağlanması	16	6,6
	Diğer	20	8,2
Sigara Kullanımı	Evet	61	15,3
	Hayır	304	76,0
	Bıraktım	35	8,8
Diyet Polikliniğine Başvurma Nedeni	Doktorum Önerdi	164	41,0
	Daha Önce Başvurmuştum Kontrole Geldim	41	10,3
	Zayıflamak İçin	122	30,5
	Kilo Almak İçin	39	9,8

Tablo 4.1. Katılımcıların Genel Özelliklere İlişkin Dağılımları (n=400) (Devamı)

Yaş	Diğer	34	8,5
	Genç	369	92,3
	Genç-Yaşlı	31	7,8
BKİ	Zayıf	27	6,8
	Normal	82	20,5
	Fazla Kilolu	114	28,5
	1. Evre Obezite	93	23,3
	2. Evre Obezite	50	12,5
3. Evre Obezite	34	8,5	

Tablo 4.2’de katılımcıların bazı nicel verilerine dair dağılımlar verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $41,72 \pm 15,39$ (18-79 aralığında) yıl, boy ortalaması $161,37 \pm 8,96$ (134-190 aralığında) santimetre, ağırlık ortalaması $76,59 \pm 18,59$ (38-141,20 aralığında) kilogram, BKİ ortalaması $29,4 \pm 7,24$ (14,90-56,40 aralığında) kilogram/metrekare olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Genel Özelliklere İlişkin Dağılımları (n=400)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	41,72	15,39	18,00	79,00
Boy (cm)	161,37	8,96	134,00	190,00
Ağırlık (kg)	76,59	18,59	38,00	141,20
BKİ	29,45	7,24	14,90	56,40

Tablo 4.3’te katılımcıların beslenme alışkanlıklarına ilişkin dağılımları verilmiştir. Katılımcılardan 246’sı (%61,5) bir gün içinde iki ana öğün, 4’ü (%1,0) ise bir ana öğün tüketmektedir. Katılımcılardan 231’i (%57,8) günde en az bir ana öğün atlamaktadır. 133’ü (%57,6) öğle yemeğini, 94’ü (%40,7) ise kahvaltı öğününü atlamaktadır. Katılımcılara öğün atlama sebepleri sorulduğunda 93’ü (%40,3) alışkanlığım yok, 53’ü (%22,9) iştahsızım, 47’si (% 20,3) ise vaktim yetersiz cevabını vermiştir. Katılımcılardan 341’i (%85,3) genellikle ana öğünlerini evde tükettiklerini belirtmiştir. Katılımcılardan 130’u (%32,5) bir gün içinde hiç ara öğün tüketmezken, 124’ü (%31)

iki ara öğün tüketmektedir ve katılımcıların 158'inin (%59,2) ara öğünde en çok tercih ettiği besin meyve olmuştur. Hayatı boyunca en az bir kez diyet yapan katılımcı sayısı 172 (%43,8) kişidir ve bu kişilerden 88'i (%51,2) diyetlerine uymuştur.



Tablo 4.3. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımları (n=400)

		n	%
Katılımcıların Bir Gün İçinde Tükettikleri Ana Öğün Sayısı	1,00	4	1,0
	2,00	246	61,5
	3,00	150	37,5
	Yok	130	32,5
Katılımcıların Bir Gün İçinde Tükettikleri Ara Öğün Sayısı	1,00	124	31,0
	2,00	95	23,8
	3,00	40	10,0
	4,00	9	2,3
	5,00	2	0,5
Katılımcıların Ara Öğünde Tükettikleri Besinler	Sağlıksız atıştırmalık	46	17,2
	Kuruyemiş	34	12,7
	Meyve	158	59,2
	Süt	3	1,1
	Yoğurt	26	9,7
Ana Öğün Atlama Durumu	Atlayan	231	57,8
	Atlamayan	169	42,3
Atlanan Ana Öğün	Sabah	94	40,7
	Öğle	133	57,6
	Akşam	4	1,7
Atlanan Ana Öğün Sebebi	Vaktim Yetersiz	47	20,3
	İştahsızlık	53	22,9
	Zayıflamak İstiyorum	25	10,8
	Alışkanlığım Yok	93	40,3
	Hazırlamadığım İçin	13	5,6
Katılımcıların Genellikle Ana Öğünlerini Tükettikleri Yerler	Evde	341	85,3
	Yurtta	15	3,8
	Okul Kantininde	2	0,5
	Okulun Yemekhanesinde	1	0,3
	Fast-Food Restoranda	2	0,5
	Lokanta	5	1,3

Tablo 4.3. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımları (n=400) (Devamı)

	Diğer	34	8,3
Hayatı Boyunca En Az Bir Kez Diyet Yapma Durumu	Yapan	172	43,8
	Yapmayan	228	56,3
Hayatında En Az Bir Kez Diyet Yapmış Olanların Diyete Uyum Durumu	Uyan	88	51,2
	Uymayan	84	48,8

Fiziksel aktivite yapan katılımcı sayısı 119 (%29,8) dur. Katılımcıların 81'i (%68,1) en çok fiziksel aktivite türü olarak yürüyüşü tercih etmişlerdir. Tablo 4.4'de fiziksel aktiviteye ilişkin nitel dağılımlar verilmiştir.

Tablo 4 4. Katılımcıların Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumları (n=400)

		n	%
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapanlar	Yapan	119	29,8
	Yapmayan	281	70,3
Yapılan Fiziksel Aktivite Türü	Yürüyüş	81	68,1
	Aerobik-Step	13	10,9
	Yüzme	9	7,6
	Plates	8	6,7
	Yoga	3	2,5
	Diğer	5	4,2

Tablo 4.5'te haftalık fiziksel aktivite ortalaması $3,70 \pm 1,78$ (1-7 aralığında) gün olarak bulunmuştur. Tablo 5'te fiziksel aktiviteye ilişkin nicel dağılımlar verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcılardan Düzenli Fiziksel Aktivite Yapanların Fiziksel Aktivite Sıklıkları (n=119)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Fiziksel Aktivite Yapanların Aktivite Sıklıkları (Hafta)	3,70	1,78	1,0	7,0

Katılımcıların KIDMED skoruna ilişkin dağılımlarının verildiği Tablo 4.6’da KIDMED skoru ortalaması $4,26 \pm 2,38$ (0-10 aralığında) bulunmuştur. Optimal diyetli kişi sayısı 33 (%8,3), diyet müdahalesi gerekli kişi sayısı 225 (%56,3), çok düşük kalitede diyetle sahip kişi sayısı 142 (%35,5) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların KIDMED Skoruna İlişkin Dağılımları (n=400)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
KIDMED Skoru	4,26	2,38	0	10,0

	n	%	
KIDMED Skor Değerlendirmesi	Optimal Diyetli Kişiler	33	8,3
	Diyet Müdahalesi Gereken	225	56,3
	Çok Düşük Kalitede Diyet	142	35,5

Tablo 4.7’de katılımcıların KIDMED skoruna ilişkin Cronbach’s Alpha güvenilirlik değerlendirmesi yapılmış ve ölçek güvenilirliği düşük çıkmıştır.

Tablo 4.7. Katılımcıların KIDMED Skoruna İlişkin Güvenilirlik Değerlendirmesi (n=400)

	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha (α)
Akdeniz Diyet Kalite İndeksi	16	0,471

Cronbach's Alpha değerinin yorumu aşağıdaki şekilde yapılır (Sümbüloğlu, 2009):

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ Ölçek Güvenilir Değil

$0,40 \leq \alpha < 0,60$Ölçek Güvenilirliği Düşük

$0,60 \leq \alpha < 1,00$Ölçek Güvenilirliği Yüksek

Tablo 4.8'de katılımcıların KIDMED skorundan aldıkları puanların genel özelliklere göre dağılımına bakılmıştır. Medeni durumu, eğitim durumu, tanı konulan hastalık varlığı, tanı konulan hastalık türü, sigara kullanım durumu ile KIDMED skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Evli olmayan katılımcıların puan ortalamaları ($3,81 \pm 2,3$) evli olanların puan ortalamasından ($4,56 \pm 2,39$) düşüktür. Katılımcılardan en yüksek puan ortalamasına sahip olanlar ortaokul mezunu ($4,97 \pm 2,18$) olup en düşük puan ortalamasına sahip katılımcı grubunu üniversite mezunları ($3,83 \pm 2,44$) oluşturmuştur. Tanı konulan hastalığı bulunanların puan ortalamaları ($4,52 \pm 2,3$) hastalık tanısı bulunmayan katılımcıların puan ortalamasından ($3,86 \pm 2,46$) yüksektir. Tanı konulan hastalık türü olarak kalp damar hastalıkları bulunan katılımcıların puan ortalamaları ($5,35 \pm 2,52$) en yüksek çıkmıştır. Katılımcılardan sigara kullandılarına bakıldığında daha önce sigara kullanırken bırakmış olanların ($4,43 \pm 2,51$) puan ortalamaları sigara kullananlar ($3,56 \pm 2,1$) ve sigara kullanmayanların ($4,38 \pm 2,4$) puan ortalamalarından yüksektir ($p < 0,05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların Bazı Özellikleri İle KIDMED Skorundan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması- Genel Özelliklere Göre Dağılımları (N=400)

		n	Ort±SS	Test	p
Cinsiyet	Kadın	298	4,29±2,29	t:0,362	0,718
	Erkek	102	4,19±2,65		
Yaş	Genç	369	4,20±2,38	1,727	0,085
	Genç-Yaşlı	31	4,97±2,29		
BKİ	Zayıf	27	3,22±2,14	1,514	0,184
	Normal	82	4,09±2,48		
	Fazla Kilolu	114	4,49±2,38		
	1. Evre Obezite	93	4,48±2,34		
	2. Evre Obezite	50	4,22±2,70		
Medeni Durum	Evli Değil	162	3,81±2,3	t:3,118	0,002*
	Evli	238	4,56±2,39		
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	101	4,57±2,25 ^a	F:2,913	0,034*
	Ortaokul Mezunu	36	4,97±2,18 ^a		
	Lise Mezunu	105	4,26±2,28 ^{ab}		
	Üniversite	144	3,83±2,44 ^b		
	Lisans Üstü	14	4,64±3,34 ^{ab}		
Ekonomik Durum	Çok İyi	22	4,09±2,07 ^a	F:1,323	0,267
	İyi	135	4,30±2,49 ^a		
	Orta	230	4,33±2,34 ^{ab}		
	Kötü-Çok Kötü	13	3,0±2,24		
Tanı Konulan Hastalık Varlığı	Evet	244	4,52±2,3	t:2,714	0,007*
	Hayır	156	3,86±2,46		
Tanı Konulan Hastalık Türü	Obezite	104	4,09±2,39 ^a	F:2,753	0,019*
	Diyabet	52	4,96±2,2 ^b		
	Kalp-Damar Hastalıkları	23	5,35±2,52 ^b		
	Hipertansiyon	29	5,24±2,03 ^b		
	Karaciğer Yağlanması	16	4±2,1 ^{ab}		
	Diğer	20	4±1,81 ^{ab}		
Sigara Kullanımı	Evet	61	3,56±2,1 ^a	F:3,173	0,043*
	Hayır	304	4,38±2,4 ^b		
	Biraktım	35	4,43±2,51 ^{ab}		

Tablo 4.8. Katılımcıların Bazı Özellikleri İle KIDMED Skorundan Aldıkları Puanların Karşılaştırılması- Genel Özelliklere Göre Dağılımları (N=400) (**Devamı**)

Diyet Polikliniğine Başvurma Nedeni	Doktorum Önerdi	164	4,39±2,39	F:1,435	0,222
	Daha Önce	41	4,56±2,63		
	<u>Basvurmam</u>				
	Zayıflamak İçin	122	4,33±2,34		
	Kilo Almak İçin	39	3,56±2,23		
	Diğer	34	3,82±2,3		

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

t:Bağımsız Örneklem T Testi; F:Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

Çoklu Karşılaştırmalar (Post Hoc Test) Tukey HSD ile incelenmiştir.

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

Tablo 4.9’da katılımcıların KIDMED skorundan aldıkları puanların bazı beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı verilmiş olup ana öğün atlamayanların puan ortalaması (4,91±2,22) ana öğün atlayanların puan ortalamasından (3,78±2,39) yüksek çıkmış ve atlanan ana öğün seçiminde sabah öğünü en düşük puanı ortalamasını (3,0[2,0-5,0]) almıştır (p<0,05).

Tablo 4.9. Katılımcıların KIDMED Skorundan Aldıkları Puanların Bazı Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları (n=400)

		n	Ort±SS/Med[Ç1-Ç3]	Test	p
Ana Öğün Atlama Durumu	Atlayan	231	3,78±2,39	t:4,806	<0,001*
	Atlamayan	169	4,91±2,22		
Atlanan Ana Öğün	Sabah	94	3,0[2,0-5,0] ^a	KW:14,271	0,001*
	Öğle	133	4,0[3,0-6,0] ^b		
	Akşam	4	5,50[4,50-6,50] ^{ab}		
Hayatı Boyunca En Az Bir Kez Diyet Yapma Durumu	Yapan	172	4,35±2,34	t:0,698	0,486
	Yapmayan	228	4,19±2,41		

Veriler Ortalama±Standart Sapma veya Medyan[Ç1-Ç3] şeklinde verilmiştir.

Ç1: 1. Çeyrek Değer; Ç3: 1. Çeyrek Değer

t:Bağımsız Örneklem T Testi; KW:Kruskal Wallis Varyans Analizi

Çoklu Karşılaştırmalar Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney ile incelenmiştir.

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

Tablo 4.10’da katılımcıların SF-36 ölçeğine ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. SF-36 ölçeği alt boyutlarına ilişkin puanlarda en yüksek puan ortalaması fiziksel fonksiyon (72,63±24,46), en düşük puan ortalaması enerji (vitalite) (54,89±19,55) alt boyutuna aittir.

Tablo 4.10. Katılımcıların SF-36 Ölçeğine İlişkin Dağılımları (n=400)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Fiziksel Fonksiyon	72,63	24,46	0	100,00
Fiziksel Rol Güçlüğü	64,75	41,75	0	100,00
Ağrı	71,88	26,16	0	100,00
Genel Sağlık	57,55	17,07	10,00	100,00
Enerji (Vitalite)	54,89	19,55	0	100,00
Sosyal Fonksiyon	71,81	25,33	0	100,00
Emosyonel Rol Güçlüğü	60,17	44,11	0	100,00
Mental Sağlık	64,67	16,19	0	100,00

Tablo 4.11’de katılımcıların SF-36 ölçeği alt boyutların dair güvenilirlik analizi verilmiş olup bütün alt boyutlarda ölçek güvenilirliği yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.11. Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Güvenilirlik Değerlendirmeleri (n=400)

	Madde Sayısı	Cronbach’s Alpha (α)
Fiziksel Fonksiyon	10	0,893
Fiziksel Rol Güçlüğü	4	0,896
Ağrı	2	0,883
Genel Sağlık	5	0,702
Enerji (Vitalite)	4	0,738
Sosyal Fonksiyon	2	0,727
Emosyonel Rol Güçlüğü	3	0,884
Mental Sağlık	5	0,654

Cronbach’s Alpha değerinin yorumu aşağıdaki şekilde yapılır (Sümbüloğlu, 2009):

- 0,00 ≤ α < 0,40..... Ölçek Güvenilir Değil
- 0,40 ≤ α < 0,60.....Ölçek Güvenilirliği Düşük
- 0,60 ≤ α < 1,00.....Ölçek Güvenilirliği Yüksek

Tablo 4.12’de katılımcıların SF-36 ölçeği alt boyutlarının genel özelliklere göre dağılımları verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyetleri ve SF-36 ölçeği arasında fiziksel rol güçlüğü (erkek;72,55±37,48, kadın;62,08±42,85), ağrı (erkek;77,77±26,59, kadın;69,86±25,74), genel sağlık (erkek;62,45±16,87, kadın;55,87±16,84), enerji(vitalite) (erkek;60,59±18,5, kadın; 52,94±19,54) ve emosyonel rol güçlüğü (erkek;72,22±39,82, kadın;56,04±44,81) alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olup bu boyutların tümünde erkeklerin puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Gençlerin fiziksel fonksiyon (74,25±23,92) ve fiziksel rol güçlüğü (66,26±41,54) puan ortalamaları genç-yaşlıların fiziksel fonksiyon (53,23±22,64) ve fiziksel rol güçlüğü (46,77±40,69) puan ortalamalarına göre anlamlı olup yüksek çıkmıştır. Gençlerin emosyonel rol güçlüğü (58,99±44,42) puan ortalamaları genç-yaşlıların emosyonel rol güçlüğü (74,19±38,21) puan ortalamalarına göre anlamlı olup düşük çıkmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların BKİ’leri, SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutlarında anlamlı olup emosyonel rol güçlüğü boyutu hariç zayıf, normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanların puanlarından yüksek çıkmıştır, emosyonel rol güçlüğünde ise normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanlardan yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların medeni durumları ile SF-36 ölçeği arasında fiziksel fonksiyon (evli değil; 78,33±22,32, evli; 68,74±25,12), fiziksel rol güçlüğü (evli değil; 72,38±38,67, evli; 59,56±43,03), ağrı (evli değil; 75,49±23,28, evli; 69,41±27,73) alt boyutlarda anlamlı olup evli olmayanların puan ortalamaları evli olanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Katılımcıların eğitim durumu ve SF-36 ölçeği arasında fiziksel fonksiyon (ilkokul; 55,74±26,19, lisansüstü; 77,5±27,72), fiziksel rol güçlüğü (ilkokul; 45,79±44,31, lisansüstü; 83,93±30,39), ağrı (ilkokul; 58,17±30,25, lisansüstü; 83,75±19,21), genel sağlık (ilkokul; 54,16±17,05, lisansüstü; 62,86±19,68), emosyonel rol güçlüğü (ilkokul; 53,47±46,21, lisansüstü; 80,95±33,88) alt boyutlarında anlamlı olup lisansüstü mezunlarının puan ortalamaları ilkokul mezunlarının puan ortalamalarına göre daha yüksektir ($p<0,05$).

Katılımcıların ekonomik durumları ve SF-36 ölçeği arasında fiziksel fonksiyon (çok iyi; 72,95±19,8, kötü-çok kötü; 67,69±28,69), ağrı (çok iyi; 71,93±25,4, kötü-çok kötü; 57,69±23,75), enerji(vitalite) (çok iyi; 59,09±15,48, kötü-çok kötü; 45,77±19,56) alt boyutlarında anlamlı olup ekonomik durumu çok iyi olanların puan ortalamaları kötü-çok kötü olanlardan daha yüksektir (p<0,05).

Katılımcıların tanı konulan hastalık varlığı ve SF-36 ölçeği arasında fiziksel fonksiyon (evet; 66,5±25,2, hayır; 82,21±19,81), fiziksel rol güçlüğü (evet; 56,25±43,2, hayır; 78,04±35,62), ağrı (evet; 67,81±27,14, hayır; 78,24±23,23), genel sağlık (evet; 54,88±18,01, hayır; 61,73±14,58), emosyonel rol güçlüğü (evet; 56,42±45,16, hayır; 66,03±41,9) alt boyutlarında anlamlı olup tanı konulan hastalığı olanların olmayanlara göre puan ortalamaları daha yüksektir (p<0,05).

Katılımcıların tanı konulan hastalık türü ve SF-36 ölçeği arasında sadece sosyal fonksiyon alt boyutunda anlamlılık olup kalp-damar hastalıkları puan ortalaması (80,43±19,52) en yüksektir (p<0,05).

Katılımcıların diyet polikliniğine başvurma nedeni ve SF-36 ölçeği arasında sadece fiziksel fonksiyon alt boyutunda anlamlılık olup diyet polikliniğine kilo almak için başvuranların puan ortalamaları (84,36±18,75) en yüksektir (p<0,05).

Tablo 4.12. Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Genel Özelliklere Göre Dağılımları (n=400)

		SF-36 ÖLÇEĞİ								
		n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji (Vitalite)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
Cinsiyet	Kadın	298	71,44±24,51	62,08±42,85	69,86±25,74	55,87±16,84	52,94±19,54	70,55±25,79	56,04±44,81	64,11±16,21
	Erkek	102	76,08±24,09	72,55±37,48	77,77±26,59	62,45±16,87	60,59±18,5	75,49±23,66	72,22±39,82	66,31±16,12
t;p		1,656;0,099	2,345;0,020*	2,657;0,008*	3,404;0,001*	3,459;0,001*	1,703;0,089	3,428;0,001*	1,188;0,235	
Yaş	Genç	369	74,25±23,92	66,26±41,54	72,59±25,6	57,44±16,73	54,82±19,3	72,05±25,31	58,99±44,42	64,47±15,94
	Genç-Yaşlı	31	53,23±22,64	46,77±40,69	63,39±31,26	58,87±20,96	55,65±22,61	68,95±25,79	74,19±38,21	67,1±19,12
t;p		4,719;<0,001*	2,512;0,012*	1,887;0,060	0,448;0,654	0,224;0,823	0,654;0,513	2,100;0,043*	0,868;0,386	
BKİ	Zayıf	27	86,48±15,86 ^a	70,37±40,45 ^{ab}	78,15±22,16 ^{ab}	63,15±17,49 ^{ab}	57,78±22,8	75±26,17	50,62±45,64 ^a	63,7±20,21 ^{ab}
	Normal	82	83,17±19,33 ^a	75,91±37,57 ^a	79,3±22,72 ^a	60,98±14,15 ^a	56,59±19,8	75,15±23,69	70,73±38,63 ^b	66,88±16,31
	Fazla Kilolu	114	73,99±23,37 ^b	71,49±39,05 ^a	73,49±26,16 ^{ab}	59,91±14,8 ^{ab}	58,03±17,54	72,7±26,11	66,67±43,9 ^{ab}	68,14±13,97 ^a
	1. Evre Obezite	93	70,48±22,09 ^b	60,48±44,13 ^{ab}	69,49±26,39 ^{ab}	53,44±18,4 ^b	52,31±20,01	72,45±25,11	54,12±45,82 ^a	61,98±16,32
	2. Evre Obezite	50	63,7±25,45 ^b	45,5±40,94 ^b	62,5±27,49 ^b	54,3±19,09 ^{ab}	51,8±20,75	65,75±27,41	51,33±44,78 ^a	63,44±15,71
	3. Evre Obezite	34	50,59±29,15 ^c	50,74±43,29 ^{ab}	63,9±28,59 ^b	52,94±19,89 ^{ab}	49,56±18,15	65,44±22,2	50±44,38 ^{ab}	57,65±17,06 ^b
F;p		13,742;<0,001*	5,213; <0,001*	3,929;0,002*	3,738;0,003*	1,929;0,088	1,421;0,216	2,866;0,015*	3,315;0,006*	
Medeni Durum	Evli Değil	162	78,33±22,32	72,38±38,67	75,49±23,28	57,59±17,57	54,32±19,94	72,76±24,13	59,88±44,14	63,26±15,74
	Evli	238	68,74±25,12	59,56±43,03	69,41±27,73	57,52±16,76	55,27±19,31	71,17±26,14	60,36±44,19	65,63±16,46
t;p		4,009;<0,001*	3,108;0,002*	2,372;0,018*	0,041;0,967	0,478;0,633	0,618;0,537	0,108;0,914	1,439;0,151	

Tablo 4.12. Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Genel Özelliklere Göre Dağılımları (n=400) (Devamı)

Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	101	55,74±26,19 ^a	45,79±44,31 ^{ab}	58,17±30,25 ^{ab}	54,16±17,05 ^a	51,39±18,86	68,19±26,72	53,47±46,21	64±17,33
	Ortaokul Mezunu	36	67,64±23,65	56,94±44,16 ^{bc}	68,4±26,68 ^{bc}	53,06±19,25 ^{ab}	52,36±19,51	66,67±21,13	51,85±46,08	61,67±14,45
	Lise Mezunu	105	76,9±22,16 ^{bc}	66,9±40,65 ^c	77±22,14 ^c	57,57±16,35 ^{ab}	56,33±20	72,5±25,73	57,78±42,93	64,27±16,74
	Üniversite	144	82,12±17,65 ^c	76,56±35,75 ^c	77,47±22,46 ^c	60,52±16,27 ^b	56,77±19,31	75±25,13	66,67±42,82	66,06±15,25
	Lisansüstü	14	77,5±27,72 ^{ac}	83,93±30,39 ^c	83,75±19,21 ^c	62,86±19,68 ^{ab}	56,43±22,23	73,21±21,29	80,95±33,88	66±18,01
F;p			22,894;<0,001*	10,047;<0,001*	11,575;<0,001*	3,114;0,015*	1,467;0,212	1,495;0,203	2,578;0,037*	0,654;0,624
Ekonomik Durum	Çok İyi	22	72,95±19,8 ^{ab}	68,18±39,48	71,93±25,4 ^{ab}	58,41±21,62	59,09±15,48 ^{ab}	69,89±28,52	51,52±46,83	64,73±17,53
	İyi	135	78,37±21,83 ^a	72,04±38,52	77,52±23,55 ^b	58,74±16,35	58,52±18,63 ^a	74,26±24,37	64,94±43,54	65,93±15,44
	Orta	230	69,5±25,57 ^b	60,98±43,1	69,36±27,24 ^a	57,2±16,88	52,87±20,06 ^b	71,47±25,2	59,28±43,71	64,45±16,61
	Kötü-Çok Kötü	13	67,69±28,69 ^{ab}	50±45,64	57,69±23,75 ^a	50±19,15	45,77±19,56 ^{ab}	55,77±28,24	41,03±49,35	55,38±11,87
F;p			4,001;0,008*	2,619;0,051	4,176;0,006*	1,119;0,341	3,726;0,012*	2,236;0,084	1,664;0,174	1,719;0,163
Tanı Konulan Hastalık	Evet	244	66,5±25,2	56,25±43,2	67,81±27,14	54,88±18,01	53,38±19,53	70,03±25,84	56,42±45,16	63,74±15,96
	Hayır	156	82,21±19,81	78,04±35,62	78,24±23,23	61,73±14,58	57,24±19,4	74,6±24,32	66,03±41,9	66,13±16,49
t;p			6,947; <0,001*	5,486; <0,001*	4,098; <0,001*	4,177; <0,001*	1,934;0,054	1,764;0,078	2,169;0,031*	1,442;0,150
Tanı Konulan Hastalık Türü	Obezite	104	66,3±23,76	56,25±42,91	66,2±26,22	52,98±18,78	50,43±17,57	67,31±25,2 ^a	51,6±44,28	61,23±14,76
	Diyabet	52	62,88±28,87	58,17±45,03	65,38±30,49	55,87±17,4	55,19±20,44	67,31±29,2 ^{ac}	54,49±48,07	62,54±18,25
	Kalp-Damar	23	65±23,35	56,52±45,36	77,72±25,47	58,04±18,01	60,65±19,09	80,43±19,52 ^b	68,12±44,36	69,74±15,15
	Hipertansiyon	29	69,66±24,67	53,45±43,67	69,91±23,98	58,28±20,58	55,69±23,82	78,45±21,36	66,67±42,72	67,17±18,99
	Karaciğer	16	73,13±30,54	64,06±40,79	77,81±26,91	56,25±10,08	58,75±17,37	77,34±27,85	56,25±46,7	68±13,23
	Diğer	20	68,75±21,51	48,75±42,52	60±26,85	52,5±16,9	48±20,09	61,25±25,62 ^a	58,33±45,72	64,6±11,55

Tablo 4.12. Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Genel Özelliklere Göre Dağılımları (n=400) (Devamı)

F;p		0,571;0,723		0,266;0,931	1,589;0,164	0,694;0,628	1,860;0,102	2,501;0,031*	0,868;0,503	1,757;0,123
Sigara Kullanımı	Evet	61	78,36±21,67	67,62±42,17	75,61±28,46	57,46±16,24	55,82±17,73	74,8±26,07	68,31±42,79	63,54±17,44
	Hayır	304	71,02±24,99	64,64±41,92	70,69±26,21	57,75±17,29	54,36±19,95	71,18±25,48	57,68±44,49	65,11±16,35
	Bıraktım	35	76,57±22,91	60,71±40,35	75,64±20,58	56±16,93	57,86±19,22	72,14±22,91	67,62±41,61	62,86±12,25
F;p		2,814;0,061		0,308;0,735	1,300;0,274	0,165;0,848	0,583;0,559	0,521;0,595	2,033;0,132	0,476;0,622
Diyet Polikliniğine Başvurma Nedeni	Doktorum Önerdi	164	69,18±25,87 ^a	60,21±41,98	69,54±27,88	56,52±16,42	55,61±19,34	73,09±24,56	66,26±41,61	65,88±16,97
	Daha Önce	41	73,41±24,71	67,68±41,55	75,18±25,56	58,78±15,96	54,51±15,24	68,9±25,79	60,16±46,68	65,85±14,14
	Zayıflamak İçin	122	71,48±23,47 ^a	64,55±42,86	70,1±25,65	56,48±18,13	54,22±20,23	68,44±26,95	51,37±45,79	63,21±15,25
	Kilo Almak İçin	39	84,36±18,75 ^b	73,08±38,64	80,13±21,02	62,56±15,72	55,9±21,64	75,32±25,08	56,41±43,36	62,36±18,02
	Diğer	34	78,97±22,18	74,26±39,16	76,03±23,82	59,12±18,65	53,09±21,07	77,21±21,86	66,67±44,19	65,29±15,96
F;p		3,815;0,005*		1,370;0,244	1,830;0,122	1,238;0,294	0,192;0,943	1,358;0,248	2,280;0,060	0,739;0,566

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

t:Bağımsız Örneklem T Testi; F:Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova)

Çoklu Karşılaştırmalar (Post Hoc Test) Tukey HSD veya Tamhane's T² ile incelenmiştir.

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

Tablo 4.13’de katılımcıların SF-36 ölçeği ile bazı beslenme alışkanlıkları karşılaştırılmış ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda anlamlı olup ana öğün atlayanların puan ortalaması (54,98±45,61) ana öğün atlamayanlardan (67,26±41,06) düşük çıkmıştır. Hayatı boyunca en az bir kez diyet yapıp yapmama durumu ile fiziksel fonksiyon alt boyutu arasındaki ilişki anlamlı olup yapanların puan ortalamaları (75,54±22,21) yapmayanlardan (70,36±25,89) yüksektir ($p<0,05$).



Tablo 4.13. Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları (n=400)

		SF-36 ÖLÇEĞİ								
		n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji (Vitalite)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
Ana Öğün	Atlaman	231	72,45±24,65	65,69±42,22	72±25,25	56,9±17,33	54,09±18,79	70,73±25,75	54,98±45,61	64,68±15,56
Atlama	Atlamayan	169	72,87±24,26	63,46±41,19	71,7±27,42	58,43±16,72	55,98±20,55	73,3±24,74	67,26±41,06	64,66±17,07
		t;p	0,171;0,864	0,527;0,598	0,114;0,910	0,884;0,377	0,953;0,341	1,004;0,316	2,819;0,005*	0,008;0,994
Atlaman Ana Öğün	Sabah	94	74,84±25,88	69,15±41,55	74,63±25,44	57,66±17,38	53,67±17,92	71,01±24,33	58,87±44,91	63,62±16,02
	Öğle	133	71,05±23,84	64,47±42,1	70,79±25,15	56,43±17,4	54,59±19,4	70,77±26,69	52,63±46,1	65,5±15,12
	Akşam	4	62,5±20,62	25±50	50,63±10,48	55±17,32	47,5±21,79	62,5±32,27	41,67±50	62±21,79
		KW;p	3,906;0,142	3,781;0,151	5,071;0,079	0,616;0,735	0,410;0,815	0,378;0,828	1,390;0,499	0,808;0,668
Hayatı Boyunca En Az Bir Kez Diyet Yapma	Yapan	172	75,54±22,21	68±40,53	73,26±24,65	58,31±18,83	56,37±19,71	71,5±25,94	57,14±44,76	64,57±15,54
	Yapmayan	228	70,36±25,89	62,22±42,59	70,8±27,28	56,96±15,58	53,73±19,39	72,06±24,9	62,52±43,56	64,75±16,72
		t;p	2,154;0,032*	1,375;0,170	0,932;0,352	0,771;0,441	1,34;0,181	0,217;0,828	1,21;0,227	0,107;0,915

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

t:Bağımsız Örneklem T Testi; KW:Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.14 katılımcıların SF-36 ölçeği alt boyutlarının fiziksel aktiviteye göre dağılımları verilmiştir. Buna göre düzenli fiziksel aktivite yapanlar ile fiziksel fonksiyon (yapan; 79,71±19,85, yapmayan; 69,63±25,61), fiziksel rol güçlüğü (yapan; 77,94±35,98, yapmayan; 59,16±42,82), ağrı (yapan; 76,95±23,92, yapmayan; 69,72±26,8), genel sağlık (yapan; 63,66±15,73, yapmayan; 54,96±16,98), enerji (vitalite) (yapan; 59,92±17,89, yapmayan; 52,76±19,86) alt boyutlarında anlamlı olup bu boyutların tümünde düzenli fiziksel aktivite yapanların puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0,05$).



Tablo 4. 14. Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutlarının Fiziksel Aktiviteye Göre Dağılımları (n=400)

		SF-36 ÖLÇEĞİ								
		n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji (Vitalite)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
Düzenli	Yapan	119	79,71±19,85	77,94±35,98	76,95±23,92	63,66±15,73	59,92±17,89	73,84±25,83	63,59±44,47	65,98±15,58
Fiziksel Aktivite	Yapmayan	281	69,63±25,61	59,16±42,82	69,72±26,8	54,96±16,98	52,76±19,86	70,95±25,11	58,72±43,96	64,11±16,44
		t;p	4,242; <0,001*	4,502; <0,001*	2,544;0,011*	4,781; <0,001*	3,539; <0,001*	1,044;0,297	1,009;0,314	1,056;0,292
Yapılan	Yürüyüş	81	79,32±19,78	75,31±37,18	75,65±25,31	63,64±15,51	60,99±18,45	72,99±28,81	60,08±45,77	67,46±15,35
Fiziksel	Aerobik-Step	13	75±19,04	78,85±33,61	71,15±21,69	64,62±15,34	52,31±19,32	67,31±20,12	61,54±42,7	54,77±20,49
Aktivite Türü	Yüzme	9	85±25,74	66,67±50	77,78±21,63	63,33±16,2	62,22±16,6	86,11±14,58	66,67±50	68,44±9,26
	Pilates-Yoga-Diğer	16	82,5±18,07	96,88±8,54	87,81±17,17	63,13±18,25	59,38±14,01	76,56±15,73	81,25±34,36	66,25±12,13
		KW;p	3,423;0,331	4,451;0,217	4,257;0,235	0,295;0,961	2,051;0,562	3,699;0,296	2,681;0,444	5,596;0,133

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

t:Bağımsız Örneklem T Testi; KW:Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.15’te katılımcıların KIDMED skoru ve SF-36 ölçeği karşılaştırıldığında KIDMED skoru fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, enerji (vitalite) alt boyutlarında anlamlı olup pozitif yönlü fakat zayıf düzeyde bir korelasyon mevcuttur (p<0,05).

Tablo 4.15. Katılımcıların SF-36 Ölçeği Alt Boyutları ile KIDMED Skoru İlişkisi (n=400)

		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Ağrı	Genel Sağlık	Enerji (Vitalite)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Güçlüğü	Mental Sağlık
KIDMED	Pearson	0,001	0,141	0,066	0,205	0,115	0,083	0,090	0,066
Skoru	Sig. (2-Tailed)	0,999	0,005*	0,188	<0,001*	0,021*	0,098	0,072	0,190

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Korelasyon katsayısı (r) nin yorumu:

r < 0,4 arasında ise zayıf **korelasyon**.

r 0,4-0,6 arasında ise orta şiddette **korelasyon**.

r 0,6-1,0 arasında ise yüksek **korelasyon**. yorumu yapılır

5. TARTIŞMA

Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine beslenme alışkanlığının düzenlenmesi amacıyla başvuran 18 yaş ve üzeri 400 kişinin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaşam kalitelerinin, Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ile beslenmelerinin Akdeniz diyetine uyumunun değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada katılımcıların %74,5'i kadınlardan oluşmaktadır. Kadınlar obeziteyi bir sağlık sorunu olarak değerlendirme de erkeklere göre daha hassastır. Ayrıca beden algısı açısından kadınlar erkeklerden daha dikkatlidirler. Bundan dolayı diyet polikliniğine başvuranların istatistiksel çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Ata ve ark., 2014).

Tanı konulan kronik hastalığı bulunanların sayısı %61'dir ve bu kişilerden %42,6'sının tanı konulan kronik hastalık türü obezitedir. Türkiye'de yapılan çalışmalara göre 22 milyon kronik hastalığı olan kişi bulunmaktadır (Kaya ve Gamzıskan, 2022). Türkiye İstatistik Kurumu 2019 yılı verilerine göre Türkiye'de toplumdaki her beş bireyden biri obezdir (Demiray ve Yorulmaz, 2023). Obezitenin; kardiyovasküler, endokrin, sindirim sistemi, solunum, kas ve iskelet gibi sistemler ile psikososyal durum üzerindeki negatif etkileri dolayısıyla pek çok sağlık sorununun başlıca etkeni olduğu bilinmektedir (Demiray ve Yorulmaz, 2023).

Katılımcıların BKİ ortalamaları $29,4 \pm 7,24$ kg/m²'dir ve 291 kişi normal BKİ değerlerinin üzerindedir. Buna göre katılımcıların yaklaşık dörtte üçü fazla kilolu ve obez sınıflandırmasındadır.

Katılımcıların %61,5'i günde iki ana öğün beslenirken bu kişilerin en çok atladıkları ana öğün %57,6 ile öğle öğünüdür. Atlanan öğün sebeplerinden vaktin yetersiz olması, iştahsızlık ve alışkanlığın olmaması ön plana çıkmaktadır. Öğün tüketim yeri evde olanların oranı %85,3'tür. Katılımcıların çoğunluğunu kadınlar oluşturduğu için öğün tüketim yerinin ev olması ve öğle öğününün en çok atlanan öğün olması çalışma sürecinde beklediğimiz bir sonuçtur. Hafif kilolu ve obez kişilerde yapılan bir

çalışmada, kişilerin % 50,4'ünün öğün atladığı görülmüştür. En çok atlanan öğün ise öğle öğünü olarak bulunmuştur. Kişilerin çoğu (%53,3) kahvaltıyı geç saatlerde yaptıkları için öğle öğününü atlamıştır (Marin-Guerrero ve ark., 2008). Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %55,4'ünün en çok öğle yemeğini atladıkları bildirilmiştir (Yurtseven ve ark., 2014). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada kişilerin %43,4'ünün öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün %52,6 oranıyla öğle öğünü olduğu saptanmıştır (Ermiş ve ark., 2015). Yetişkinler üzerine yapılan başka bir çalışmada ise öğün atlayan katılımcıların oranı %49,7'dir. Atlanan öğün olarak öğle öğünü %71,1 ile ilk sıradadır. Öğle öğününün atlanma nedeni ise çalışmamıza paralel olarak zaman yetersizliği en çok belirtilen sebep olmuştur (Ciğerli, 2023).

Çalışmamızda hayatında en az bir kez diyet yapmış olan katılımcı oranı %43,8 iken bu kişilerin %51,2'si diyetlerine uymamıştır. Diyet polikliniğine başvuran kişilerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %37,6'sı daha önceden diyet yapmıştır (Özdemir, 2019). Diyet polikliniğine başvuran kişilerle yapılan başka bir çalışmada bu oran %47,7 çıkmıştır (Çayır ve ark., 2011). Diyet polikliniğine zayıflamak amacıyla başvuran hastalarla yapılan başka bir çalışmada ise bu oran %43,1'dir (Özyazgan, 2016). Katılımcıların diyet yapma durumlarına yaşadıkları yer, sosyo-ekonomik ve eğitim durumları, mental sağlıkları ve kronik hastalık varlığı gibi faktörlerin etki ettiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda düzenli olarak fiziksel aktivite yapan katılımcıların oranı %29,8 bulunmuş olup en çok yapılan fiziksel aktivite türü %68,1 ile yürüyüştür. Diyet polikliniğine başvuran 20-64 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite yapanların oranı %18,6 bulunmuştur ve katılımcıların %85'i fiziksel aktivite türü olarak yürüyüş seçmiştir (Yılmaz, 2014). Çalışmaya katılan katılımcılardan fiziksel aktivite yapanların oranı çalışmamızdaki gibi düşük bulunmuştur ve yine çalışmamızda da katılımcıların en fazla tercih ettikleri fiziksel aktivite türü yürüyüştür. Fiziksel aktivite türü olarak yürüyüşün en çok tercih edilme sebebinin, toplumun her kesimi için ulaşılabilir ve uygulanabilir olduğu düşünülmektedir.

KIDMED skoru dağılımına bakılan çalışmamızda katılımcıların %35,5'i düşük kaliteli bir diyet (≤ 3 puan), %56,3'ü orta kalite (4-7 puan) ve %8,3'ü iyi kalitede diyet (≥ 8 puan) uyguladığı tespit edilmiştir. KIDMED skoru ortalaması $4,26 \pm 2,38$ bulunmuştur.

Çalışmamızda evli olan bireylerin KIDMED skoru ortalaması evli olmayan bireylerin KIDMED skoru ortalamasına göre daha yüksek çıkmıştır. 100 kişilik yetişkin bireylerin katıldığı, KIDMED ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, çalışmamıza paralel olarak evli olanların KIDMED skoru ortalaması evli olmayanların KIDMED skoru ortalamasından yüksek çıkmıştır (Karaca, 2023). Evli olan bireylerin daha düzenli bir hayata sahip olmaları ve düzenli mutfak alışverişi yapmaları, ev yemeğinin evli olmayan bireylere göre daha sıklıkla pişmesi gibi nedenler Akdeniz diyetine uyumlarının yüksek olmasını sağlamış olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumu ile KIDMED skoru arasındaki karşılaştırmada üniversite mezunları hariç diğer eğitim seviyelerindeki kişilerin KIDMED puan ortalamalarına göre Akdeniz diyetine orta uyum (diyet müdahalesi gerekli) gösterdikleri saptanmıştır. 75 kadın ve 25 erkek yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi ve KIDMED skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Karaca, 2023). Mudanya'da 151 yetişkin üzerinde yapılan başka bir çalışmada da eğitim düzeyi ve KIDMED skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Ciğerli, 2023). Sonuçların farklı çıkmasına araştırmaya katılan kişi sayısı ve sosyodemografik farklılıkların etki ettiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda tanı konulan hastalığı olanların KIDMED skor ortalaması tanı konulan hastalığı olmayanların KIDMED skor ortalamasından yüksek bulunmuştur. Yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada tanı konulan hastalığı olmayan katılımcıların KIDMED skor ortalaması tanı konulan hastalığı olanların KIDMED skor ortalamasından düşük bulunmuştur (Ciğerli, 2023). Her iki çalışmada da tanı konulan hastalığı olanların KIDMED skoru daha yüksektir. Hastalık tanısı alan kişilerin doktor önerisiyle veya takip amaçlı diyet polikliniğine başvurmaları sebebiyle sağlıklı beslenme konusunda dolayısıyla Akdeniz diyeti hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları böylece tanı almayanlara göre yüksek oranda Akdeniz diyetine uyum gösterdikleri düşünülebilir.

Çalışmamızda tanı konulan hastalıklar arasında kalp damar hastalıkları KIDMED skorunda en yüksek skora sahiptir ve kalp damar hastalığı olan kişilerin KIDMED puan

ortalamalarına göre Akdeniz diyetine orta uyum (diyet müdahalesi gerekli) gösterdikleri saptanmıştır. Günümüzde Akdeniz diyeti sayesinde obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalık, kanser gibi birçok hastalıktan korunabildiğine yönelik kanıtlar mevcuttur (Basa, 2019).

Çalışmamızda sigara kullanımı ile KIDMED skoru karşılaştırıldığında sigara kullananların skor ortalaması sigara kullanmayanlar ve daha önce sigara kullanıp şu anda kullanmayanlardan düşük çıkmıştır. Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada çalışmamıza paralel olarak Akdeniz diyet skoru düşük olan katılımcıların daha yüksek oranda sigara içme skoruna sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mateo-Gallego ve ark., 2017). Sonuçlara göre sigara kullanımı Akdeniz diyetine uyumu düşürmektedir.

Çalışmamızda hayatı boyunca en az bir kez diyet yapma durumu ile KIDMED skoru karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Diyet polikliniğine başvuran 151 yetişkinin diyet yapma durumunun araştırıldığı bir çalışmada ise verilen yanıtlara göre oluşturulan gruplar ve KIDMED skoru arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. KIDMED skor puanlarının düzenli diyet yapanlarda yapmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ciğerli, 2023). Sonuçların farklı çıkmasının araştırmaya katılan kişi sayısı ve sosyodemografik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet ile SF-36 ölçeği karşılaştırmasında fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, enerji ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında anlamlı olup bu boyutların puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır. Hipertansiyon tanısı almış 321 yetişkin katılımcı ile yapılan bir araştırmada SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutlarında puan ortalamaları çalışmamıza paralel olarak erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Göçgeldi ve ark., 2008). Kadınlar erkeklere göre ev ve iş hayatında daha fazla sorumluluk aldığı için yaşam kalitelerinin daha düşük olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gençlerin fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü puan ortalamaları genç-yaşlıların fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü puan ortalamalarına göre anlamlı olup yüksek çıkmıştır. Gençlerin emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları genç-yaşlıların emosyonel rol güçlüğü puan ortalamalarına göre anlamlı olup düşük çıkmıştır. Yaş aralığı 20-84 arasında olan 5404 hipertansif hastanın yaşam kalitesi düzeylerine bakılmış; yaş ilerledikçe yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır.

Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık puanlarının ileri yaş grubunda genç yaş grubuna göre, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü puanlarının 75 yaş ve üzerindeki katılımcıların daha genç yaştakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Bardage ve ark., 2001). 9703 katılımcı ile yapılan bir çalışmada SF-36 ölçeğinin bütün alt boyutlarında ileri yaştakilerin puanlarının genç yaştakilere göre daha düşük puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür (Li ve ark., 2005). Yaş aralığı 20-88 olan 1998 kişinin katılımıyla yapılan başka bir çalışmada ise SF-36 ölçeğinin bütün alt boyutlarında yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam kalitesi puanlarının düştüğü, bu düşüşün fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji (vitalite), sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları için istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada en genç erkek grup en yüksek yaşam kalitesi skorlarına sahipken, en yaşlı kadın grubun en düşük skora sahip olduğu bulunmuştur (Burström ve ark., 2001). 18 yaş üstü 864 katılımcıdan oluşan başka bir çalışmada WHOQOL-BREF sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği puanları ileri yaşlarda daha düşük olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark., 2005). Çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu sonuçlar olmasına rağmen emosyonel rol güçlüğü boyutundaki farkın çalışmamızdaki örneklem büyüklüğünden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların SF-36 ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar ile BKİ sınıflandırması karşılaştırıldığında; Katılımcıların BKİ'leri, SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutlarında anlamlı olup emosyonel rol güçlüğü boyutu hariç zayıf, normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanların puanlarından yüksek çıkmıştır, emosyonel rol güçlüğünde ise normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanlardan yüksek çıkmıştır. Yaş aralığı 20-65 olan 1752 obez ve 400 normal ağırlıkta yetişkinle SF-36 ölçeği kullanarak yapılan bir çalışmada, obez kadınların normal BKİ'ye sahip kadınlara göre ölçeğin sekiz alt boyutunun enerji(vitalite) hariç diğer yedisinde, obez erkeklerin normal BKİ'ye sahip erkeklere göre ölçeğin sekiz alt boyutunun emosyonel rol güçlüğü ve enerji hariç altısında SF-36 skorları istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Saraç ve ark., 2007). Bu araştırmaya paralel olarak çalışmamızda zayıf ve normal BKİ grubundaki katılımcıların SF-36 ölçeği alt boyut puanları bakıldığında obez bireylere göre daha yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur. Yine hastaneye kilo

vermek amacıyla başvuran 312 obez hastanın SF-36 ölçeği kullanarak yapılan bir çalışmada obez hastaların SF-36 puan ortalamaları bütün alt boyutlarda genel populasyondan daha düşük bulunmuştur (Fontaine ve ark., 1996). İkinci ve üçüncü derece obez bireyler ile diğeri normal kilolu olarak sınıflandırılan 345 kardeş çiftinin yaşam kalitesini karşılaştırdığı çalışmada SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutlarında puan ortalamaları obez katılımcıların normal kilolu kardeşlerine göre düşük çıkmıştır (Richards ve ark., 2000). Obezite; hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet gibi kronik hastalıklara neden olmaktadır. Obeziteden kaynaklanan kronik hastalıklar sosyal, ruhsal ve fiziksel problemler sebebiyle yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (Yıldız ve Çetinkaya, 2020)

Çalışmamızda medeni durum ile SF-36 ölçeği karşılaştırmasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı alt boyutlarında anlamlı olup bu alt boyutlarda evli olmayanların puan ortalamaları evli olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. SF-36 ölçeği kullanılarak 30-65 yaş arası diyabetli yetişkin bireylerle yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer olarak medeni durum ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Kudret, 2016). Bu çalışmada çalışmamızdan farklı olarak evli olanların puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızda %40,5 evli olmayan katılımcı varken %59,5 evli katılımcı vardır. Bahsi geçen çalışmaya katılan kişilerin %85,5'i evlilerden oluşurken, %1,5'i bekarlardan, %13'ü boşanmış/dul kişilerden oluştuğu için böyle bir farklılık oluştuğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu sınıflandırmasına göre eğitim durumu yüksek olanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü puanlarındaki ortalamaları yüksek çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi yüksek olanların fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık ve emosyonel rol güçlüğü skorları da yüksektir (Li ve ark., 2005). Başka bir çalışmada ise eğitim seviyesi arttıkça fiziksel fonksiyon ve ağrı alt boyutlarında artış olduğu gözlemlenmiştir (Bardage ve ark., 2001). Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin daha araştırmacı ve bilinçli olmasıyla sağlıklı yaşama dair fiziksel ve mental olarak daha dikkatli davrandıkları böylece yaşam kalitelerinde artış olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ekonomik durumu sınıflandırmasına göre ekonomik durumu iyi ve çok iyi olanların fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji (vitalite) alt boyutlarında puan ortalamaları

orta ve kötü-çok kötü olanlara göre yüksek çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada sosyoekonomik durumun belirleyicilerinden olan aylık hane toplam geliri yüksek olanlarda genel sağlık hariç bütün SF-36 ölçeği alt boyutlarında yüksek skorlar elde edilmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008). Kişilerin ekonomik yetersizliğin getirdiği yeterli ve dengeli beslenememesiyle gelişen beslenme bozuklukları, duyuşsal ve fiziksel işlevlerde azalmaya bağılı zorluklar birçok sosyal faktör yaşam kalitesine etki eder. Ekonomik durumun iyi olması yaşam kalitesinin de iyi olmasında etkili bir faktördür (Çalıştır ve ark., 2006).

Çalışmamızda tanı konulmuş hastalık durumu karşılaştırmasında cevaba ‘evet’ yanıtını verenlerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü puanlarındaki ortalamaları ‘hayır’ cevabını verenlere göre düşük çıkmıştır. Çalışmamıza paralel olarak diyabetik hastalarda yaşam kalitesi araştırmasında, ek kronik hastalık varlığının, yaşam kalitesine negatif olarak etkilediği tespit edilmiştir (Çıtıl ve ark., 2010). Yine başka bir çalışmada ise birçok bedensel hastalık varlığının yaşam kalitesini özellikle de “Fiziksel fonksiyon ve Sosyal Fonksiyon” boyutları üzerine negatif etkisi olduğu saptanmıştır (Brazier, 1992). Çalışmamızda tanı konulan kronik hastalığı bulunanların %42,6 ‘sının obezite tanısı aldığı göz önünde bulundurduğumuzda obeziteden kaynaklanan kronik hastalıklar; ruhsal, sosyal ve fiziksel problemler sebebiyle yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur (Yıldız ve Çetinkaya, 2020).

Çalışmamızda tanı konulan hastalığın çeşidine göre kalp damar hastalığına sahip olan kişilerin SF-36 puan ortalaması en yüksek değere sahiptir; bu kişilerin normal sosyal etkinliklerin fiziksel veya emosyonel problemlere bağılı olarak kesintiye uğramaması anlamına gelen sosyal fonksiyon alt boyutunda yaşam kalitelerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda ana öğün atlama durumu ve SF-36 ölçeği karşılaştırılmasında alt boyutlardan emosyonel rol güçlüğünde anlamlı olup ana öğün atlayanların emosyonel rol güçlüğü puanı ana öğün atlamayanlara göre düşük çıkmıştır. Yapılan 30-65 yaş arası 200 diyabetli birey (110 kadın-90 erkek) üzerinde SF-36 kullanılarak yapılan bir çalışmada ise fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, enerji (vitalite), mental sağlık alt boyutlarında anlamlı olup öğün atlayanların atlamayanlara göre puan ortalamaları düşük

çıkmiştir. Yine bu çalışmada diyet yapanlar ile yapmayanların SF-36 ile karşılaştırılmasında alt boyutların hiçbirinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kudret, 2016). Bizim çalışmamızda ise hayatında en az bir kez diyet yapma durumu ve SF-36 karşılaştırmasında sadece fiziksel fonksiyon alt boyutunda anlamlılık olup diyet yapanların fiziksel fonksiyon puan ortalamaları diyet yapmayan kişilerin puan ortalamalarından daha yüksek çıkmıştır. Sonuçların farklılık göstermesinin örneklem büyüklüğü ve katılımcıların kadın-erkek oranının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile SF-36 ölçeği arasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, enerji (vitalite) alt boyutlarında düzenli fiziksel aktivite yapanların puan ortalamaları yapmayanlara göre yüksek çıkmıştır. Katılımcıların kadınlardan oluştuğu bir çalışmada SF-36 ölçeğinin bütün alt boyutlarında düzenli fiziksel aktivite yapanların puan ortalamaları yapmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır (Bulut, 2013). Başka bir çalışmada sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi araştırılmış, fiziksel aktivite düzeyleri düşük, orta, yüksek olarak sınıflandırılmış ve bütün SF-36 alt boyutlarında fiziksel aktivite düzeyi yükseldikçe SF-36 ölçeği tüm alt boyutlarında puan ortalaması da yükselmiştir (Yıldırım ve ark., 2019) Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar bahsi geçen çalışmalar ile uyumlu olup sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve genel sağlık alt boyutlarında anlamlı olmamasının yapılan çalışmalardaki katılımcıların tek grup üzerinde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Diyet polikliniğine başvuru nedeni ile SF-36 karşılaştırmasında sadece fiziksel fonksiyon alt boyunda anlamlılık olup kilo almak için gelenlerin puan ortalamaları en yüksektir. Bu kişilerin en güç aktiviteler dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlık kısıtlaması olmaksızın yapabilme anlamına gelen fiziksel fonksiyon alt boyutunda yaşam kalitelerinin yüksek olduğu görülmektedir.

KIDMED skoru ve SF-36 ölçeği karşılaştırıldığında KIDMED skoru fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, enerji (vitalite) alt boyutlarında anlamlı olup KIDMED skoru artarken bu boyutların puan ortalamaları da artmaktadır fakat zayıf düzeyde bir korelasyon mevcuttur. 6430 erkek ve kadından oluşan (55-70 yaş arası), Akdeniz diyeti uyum ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada Akdeniz diyet skoru SF-36 ölçeğinin

bütün alt boyutlarında anlamlı ilişki olup Akdeniz diyet skoru arttıkça yaşam kalitesin puanları da artmaktadır (Galilea-Zabalza ve ark., 2018). 60 yaş ve üzeri 2376 kişiyle SF-12 ile 14 maddeden oluşan Akdeniz diyeti uyum ölçeği kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise Akdeniz diyet skoru ile fiziksel boyut arasında ilişki tespit edilirken, mental boyut ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Perez-Tasigchana ve ark., 2016). Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar bahsi geçen çalışmalar ile uyumlu olup Akdeniz diyetinin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu yönündedir fakat çalışmalar arasındaki anlamlı çıkan bazı boyut farklılıklarının yapılan çalışmalardaki katılımcıların kişi sayısı ve kullanılan ölçeklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırma öncesi diyet polikliniğine başvuran kişilerin verileri değerlendirilmiş olup genç erişkin (üniversite çağı) bireylerin sayıca fazla olduğu görülmüştür; bu yüzden KIDMED ölçeği denenmek istenmiştir fakat veri toplama zamanında beklenen genç erişkin başvurusu olmadığından KIDMED skoruna ilişkin Cronbach's Alpha güvenilirlik değerlendirmesi düşük çıkmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

SONUÇLAR

Bu çalışmanın sonucunda;

1. Katılımcıların %74,5'i kadın, %59,5'i evlidir.
2. Katılımcıların %36'sı üniversite mezunudur ve %57,5'i orta seviye ekonomik duruma sahiptir.
3. Tanı konulan kronik hastalığı bulunanların sayısı %61'dir ve bu kişilerden %42,6'sının tanı konulan kronik hastalık türü obezitedir.
4. Katılımcıların %28,5'i fazla kilolu, %23,3'ü birinci derece obezdir. BKİ ortalaması $29,4 \pm 7,24$ kg/m²'dir. Katılımcıların BKİ ortalaması obezite sınıflandırmasında fazla kilolu grubundadır.
5. Katılımcıların %76'sı sigara kullanımına hayır cevabını vermiş ve %8,8'i sigara kullanımını bırakmıştır.
6. Katılımcılardan %41'i doktor önerisi ile %30,5'i zayıflama nedeni ile diyet polikliniğine başvurmuşlardır.
7. Katılımcıların %92,3'ü 18-65 yaş aralığında ve yaş ortalaması $41,74 \pm 15,39$ olarak bulunmuştur.
8. Katılımcıların %61,5'i bir gün içinde iki ana öğün tüketmektedir. %57,6'sı öğle yemeğini, %40,7'si ise kahvaltı öğününü atlamaktadır. Katılımcılara öğün atlama sebepleri sorulduğunda %40,3'ü alışkanlığım yok cevabını vermiştir. Katılımcılardan %85,3'ü genellikle ana öğünlerini evde tükettiklerini belirtmiştir.
9. Katılımcılardan %32,5'i bir gün içinde hiç ara öğün tüketmezken, %31'i iki ara öğün tüketmektedir ve katılımcıların %59,2'si ara öğünde en çok meyve tercih etmektedir.

10. Hayatı boyunca en az bir kez diyet yapan katılımcı sayısı %43,8'dir ve bu kişilerden %51,2'si diyetlerine uymuştur.
11. Fiziksel aktivite yapan katılımcı sayısı %29,8'dir. En çok tercih edilen fiziksel aktivite türü yürüyüşdür (%68,1).
12. KIDMED skoruna göre optimal diyetli kişi sayısı %8,3, diyet müdahalesi gerekli kişi sayısı %56,3, çok düşük kalitede diyetli kişi sayısı %35,5)'tir.
13. Çalışmamızda evli olan bireylerin KIDMED skoru ortalaması evli olmayan bireylerin KIDMED skoru ortalamasından yüksektir. Çalışmamızda eğitim durumu ile KIDMED skoru arasındaki karşılaştırmada üniversite mezunları hariç diğer eğitim seviyelerindeki kişilerin KIDMED puan ortalamalarına göre Akdeniz diyetine orta uyum (diyet müdahalesi gerekli) gösterdikleri saptanmıştır. Tanı konulan hastalığı olanların KIDMED skor ortalaması tanı konulan hastalığı olmayanların KIDMED skor ortalamasından yüksektir. Kalp damar hastalıkları KIDMED skorunda en yüksek puana sahiptir. Çalışmamızda sigara kullanımı ile KIDMED skoru karşılaştırıldığında sigara kullananların skor ortalaması sigara kullanmayanlar ve daha önce sigara kullanıp şu anda kullanmayanlardan düşük çıkmıştır.
14. Katılımcıların ana öğün atlama durumu ve atlanan ana öğün seçimiyle KIDMED skoru arasında anlamlı bir ilişki olup öğün atlamayanların KIDMED skoru daha yüksektir.
15. Katılımcıların cinsiyetleri ve SF-36 ölçeği arasında fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, enerji (vitalite) ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında anlamlı bir ilişki vardır. Bu alt boyutlarda kadınlar erkeklere göre daha düşük puandadır.
16. Katılımcıların yaşları ve SF-36 ölçeği arasında gençlerin fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü puan ortalamaları genç-yaşlıların fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü puan ortalamalarına göre anlamlı olup yüksek çıkmıştır. Gençlerin emosyonel rol güçlüğü puan ortalamaları genç-yaşlıların emosyonel rol güçlüğü puan ortalamalarına göre anlamlı olup düşük çıkmıştır.
17. Katılımcıların SF-36 ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar ile BKİ sınıflandırması karşılaştırıldığında; Katılımcıların BKİ'leri, SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt boyutlarında anlamlı olup emosyonel rol güçlüğü

boyutu hariç zayıf, normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanların puanlarından yüksek çıkmıştır, emosyonel rol güçlüğünde ise normal ve fazla kilolu olanların puanları obez olanlardan yüksek çıkmıştır.

18. Katılımcıların medeni durumları ile SF-36 ölçeği arasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu alt boyutlarda evli olmayan puan ortalamaları evli olanlara göre daha yüksektir.
19. Katılımcıların eğitim durumu sınıflandırmasına göre eğitim durumu yüksek olanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü puanlarındaki ortalamaları yüksek çıkmış ve bu alt boyutlar ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
20. Katılımcıların ekonomik durumu sınıflandırmasına göre ekonomik durumu iyi ve çok iyi olanların fiziksel fonksiyon, ağrı, enerji (vitalite) alt boyutlarında puan ortalamaları orta ve kötü-çok kötü olanlara göre yüksek çıkmış ve bu alt boyutlar ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
21. Katılımcıların tanı konulan hastalık varlığı ve SF-36 ölçeği arasında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tanı konulmuş hastalığı bulunanların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü puanları daha düşüktür.
22. Katılımcıların sigara kullanımı ile SF-36 ölçeği alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
23. Katılımcıların diyet polikliniğine başvuru nedeni ile SF-36 karşılaştırmasında sadece fiziksel fonksiyon alt boyunda anlamlılık olup kilo almak için gelenlerin puan ortalamaları en yüksektir.
24. Katılımcıların ana öğün atlama durumu ve SF-36 ölçeği karşılaştırılmasında alt boyutlardan emosyonel rol güçlüğünde anlamlı olup ana öğün atlayanların emosyonel rol güçlüğü puanı ana öğün atlamayanlara göre düşük çıkmıştır.
25. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile SF-36 ölçeği alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, enerji (vitalite) arasında anlamlı bir ilişki olup düzenli fiziksel aktivite yapanların puan ortalamaları yapmayanlara göre yüksek çıkmıştır. Fiziksel aktivite türü ile SF-36 ölçeği puanında anlamlı bir fark yoktur.

26. Katılımcıların KIDMED skoru ve SF-36 ölçeği karşılaştırıldığında KIDMED skoru fiziksel rol gücülüğü, genel sağlık, enerji (vitalite) alt boyutlarında anlamlı olup pozitif yönlü fakat zayıf düzeyde bir korelasyon mevcuttur.

ÖNERİLER

1. Diyet polikliniğine başvuran erkek sayısı kadın sayısına göre düşüktür. Diyet polikliniğinin işlevselliği hakkında erkeklere daha çok bilgilendirme ve eğitim verilip, teşvik edilmelidir.
2. Düzenli fiziksel aktivite yapmak yaşam kalitesini artırmaktadır. Toplumdaki bireylere küçük yaşlardan itibaren özellikle eğitim kurumları başta olmak üzere tüm kurum ve kuruluşlarda fiziksel aktivitenin önemine dair eğitim ve etkinlikler düzenlenmelidir.
3. Eğitim durumu yüksek olması yaşam kalitesini yükseltmiştir. Toplumun eğitim seviyesini yükseltmeye yönelik çalışmalar ve teşvikler yapılmalıdır.
4. Katılımcıların KIDMED skoru ile fiziksel rol gücülüğü, genel sağlık, enerji (vitalite) alt boyutları arasında anlamlı, pozitif yönlü fakat zayıf düzeyde bir korelasyon mevcuttur. 18 yaş üstü erişkinlerin yer aldığı, KIDMED ve SF-36 ölçeklerinin birlikte kullanıldığı, besin tüketim kaydının alındığı, besin içerikli soruların yer aldığı, beslenme alışkanlıklarının daha detaylı sorgulandığı daha geniş örneklemlerle çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.
5. Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları düşük bulunmuştur. Diyet müdahalesi gereken kişilerin diyet polikliniğinde düzenli olarak takibinin yapılması ile Akdeniz diyetine uyumlarının artacağı düşünülmektedir.
6. Obez olmayanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek çıkmıştır. Obez bireylerin normal ağırlık düzeyine gelmeleri ile yaşam kalitelerinde artış sağlanabilir. Dengeli ve yeterli beslenme hakkında eğitimler ve fiziksel aktiviteye teşvik ile toplumun yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik çalışmalar desteklenmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Akdemir N. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, (Eds) Akdemir N, Birol L. Geliştirilmiş 3. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2011.
- Akın M, Akın G. Suyun önemi, Türkiye’de su potansiyeli, su havzaları ve su kirliliği. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi, 2007;47(2):105-118.
- Amarantos E, Martinez A, Dwyer J. Nutrition and quality of life in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 Oct;56 Spec No 2: 54-64.
- Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. Ankara Medical Journal,2014;14: 74-84
- Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. Arch Med Res 2005; 36: 136-141.
- Bach A, Serra-Majem L, Carrasco JL, Roman B, Ngo J, Bertomeu I, et al. The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. Public Health Nutr, 2006;9(1A):132-146.
- Bach-Faig A, Berry E, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, Serra-Majem L. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public health nutrition, 2011;14(12A): 2274-2284.
- Bakman M. Beslenme Alışkanlığının Yeniden Düzenlenmesinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, 2016;7
- Bardage C, Isacson Dag GL. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol, 2001; 54: 172-181.
- Basa EG. Çölyak Hastalarında Kıdmed İndeksi (Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi) İle Beslenme Şekli Ve İçeriğinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, 2019; 2.

- Bayındır Gümüş A. Yardımcı H. Üniversite öğrencilerinin günlük besin ögesi alımlarının Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ile ilişkisi. ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg, 2020;6 (2):167-173.
- Bayram SŞ, Aktaş N. Akdeniz Diyeti ve Akdeniz Diyet Kalitesinin ölçümünde sıklıkla kullanılan indeksler. İçinde: Karaman MR, Artık N, Şanlıer N, editörler. International Eurasian Congress on "Natural Nutrition and Healthy Life' 12- 15 Temmuz 2018. Ankara: Ankara University Institute of Food Safety "Pelın Ofset&Press; 2018: 572-578.
- Baysal A. 2004. Beslenme. Hatıpoğlu Yayınevi, 10. Baskı, Ankara. ss: 520
- Beers MH, Berkow R. (Çeviri: Özenoğlu A, Artan Ş). Beslenme bozuklukları. The Merck Manual Tanı Tedavi El Kitabı'nda. İstanbul: Yüce reklam/yayım/dağıtım aş; 2002:1-23.
- Bellamy N. Principles of Outcome Assessment. Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (editors). Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003: 893-905.
- Bilir N. Bölüm 1: Yaşlılık Tanımı, Yaşlılık Kavramı, Epidemiyolojik Özellikler, sayfa 16. Ertürk A, Bahadır A, Koşar F. Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları Kitabı: PDF: TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 2018 Erişim Adresi: <https://solunum.org.tr/TusadData/Book/677/17102018112853-001.pdf> Erişim Tarihi: 23 Kasım 2023
- Boskou D. Other important minor constituents. Olive oil. Minor constituents and health, 2009; 4: 45-54.
- Brazier JE. Validating the SF 36 Health Survey Questionnaire: New outcome measure primary care. BMJ, 1992; 30: 160-164.
- Buckland G, Gonzalez C, Agudo A, Vilardell M, Berenguer A, Amiano P. Adherence to the Mediterranean Diet and Risk of Coronary Heart Disease in the Spanish EPIC Cohort Study. Am. J. Epidemiol, 2009; 1518-1529.
- Bulut İ. Elazığ Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Yaşam Kaliteleri Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, 2013; 23

- Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 2001; (55); 42: 51-69.
- Cabrera SG, Fernández NH, Hernández CR, Nissensohn M, Román-Viña B, Serra-Majem L. Test KIDMED test; Prevalence of low Nutr Hosp. adherence to the Mediterranean Diet in children and young; A systematic review. *Nutr Hosp.* 2015; 32(6): 2390-2399
- Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of Life Measures, *British Journal of Rheumatology* 1996; 35: 275-281.
- Carr T, Descheemaeker K. 2002. *Nutrition and health*. Blackwell Science Ltd. 185 p.
- Cevheroğlu S, Acaroğlu R. Total parenteral beslenen hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Derg.* 2015; (23) 2: 96-104.
- Ciğerli GTT. Mudanya’da yaşayan yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları, Akdeniz diyet skoru ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2023: 44
- Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006; 9: 30- 33.
- Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011; 64: 013-019.
- Çıtıl R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 2010; (32) 4: 253-264.
- Dağoğlu İ. Preobez Ve Obez Kadınlarda Beden Kütle İndeksi İle Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi ve Diyet Kalite Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, 2019: 15.
- Demiray G, Yorulmaz F. Halk sağlığı bakışıyla obezite yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 2023; 13 (1): 147-155.
- Demirci M. Beslenme. Namık Kemal Üniversitesi Yayınları, 4.baskı, Tekirdağ, 2009, s. 342.
- Eker E. Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirmesi. Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2006, 149s,

- Ergül F. Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi ve Beslenme Alışkanlıklarının Hastanedeki Klinik Sonuçlarla İlişkinin İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2023: 2
Erişim tarihi: 27.11.2023.
- Ermiş E, Doğan E, Erilli NA, Satıcı A. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi örneği. Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi 2015; 6(1): 30-40.
- Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2012; 4: 2-4.
- Eser E. Türkler için sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında kullanılan linert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları. 3P Dergisi Özel Sayısı, 1999; 7: 41-47.
- Fidan D. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm yöntemleri. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003; 13: 3-8.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi. 1999; 7: 5-13.
- Fontaine KR, Cheskin LJ, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. J Fam Pract 1996; 43(3): 265-270.
- Galilea-Zabalza I, Buil-Cosiales P, Salas-Salvadó J, Toledo E, Ortega-Azorín C, DíezEspino J, et al. Mediterranean diet and quality of life: Baseline cross-sectional analysis of the PREDIMED-PLUS trial. PloS one 2018; 13(6): e0198974.
- Giugliano D, Esposito K. Mediterranean diet and metabolic diseases. Current Opinion in Lipidology, 2008; 19: 63-68.
- Goulet J, Lamarche B, Nadeau G, Lemieux S. Effect of a Nutritional Intervention Promoting the Mediterranean Food Pattern on Plasma Lipids, Lipoproteins and Body Weight in Healthy French-Canadian Women. Atherosclerosis, 2003; 115-124.

- Göçgeldi E, Babayiğit M.A, Hassoy H, Açikel C.H, Taşçı İ, Ceylan S, Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008; 50: 172-179
- Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: A population-based study and regression approach. *Obes Rev*, 2007;8 :3-10.
- Han TS, Tijhuis MA, Lean ME, Seidell JC. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *Am J Public Health*, 1998;88(12):1814-1820.
- Hodeeb YM, Dinary AMA, Hassan HM, Samy DA. Hirsutism and Health Related Quality of Life. *Mod Chem appl*, 2015; 3: 170.
- Iaccarino Idelson P, Scalfi L, Valerio G. Adherence to the Mediterranean Diet in children and adolescents: A systematic review. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2017; 27(4): 283-299.
- Kalkuz Ş. Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Akdeniz Diyet Skoru İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, 2019; 4.
- Karaca E. Yetişkin Bireylerde Uyku Kalitesinin 25-Oh D Vitamini Düzeyi ve Akdeniz Diyet Kalite İndeksi İle Olan İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2023; 4.
- Karavelioğlu D, Boyacıoğlu S. Beslenme Bozuklukları ve Hastalıkları. İliçin G, Biberöğlü K, Süleymanlar G, Ünal S (Editörler). *İç Hastalıkları'nda. Güneş Kitabevi; Ankara, 2003; ss: 2523-2524.*
- Kaya A, Gamsızkan Z. Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayıları ile aile hekimliğine başvurularının incelenmesi: tek birimlik retrospektif çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2022; 26(1) :1-5
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N. Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi*. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999; 12: 102-106.
- Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S. The relationship between health related quality of life and weight loss. *Obes Res* 2001; 9(9): 564- 571.
- Kudret M. KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Tıp 2 Diyabetik Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeği (PREDIMED) ile Yaşam

- Kalitesi (SF-36) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, 2016; 23.
- Kyriacou A, Evans JM, Economides N, Kyriacou A. Adherence to the Mediterranean diet by the Greek and Cypriot population: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2015; 25(6): 1012-1018.
- Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on healthrelated quality of life: a Swedish population study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(3): 417-24.
- Lazarou C, Panagiotakos D, Matalas A. Physical Activity Mediates the Protective Effect of the Mediterranean Diet on Children's Obesity Status: The CYKIDS Study. *Nutrition*, 2010; 61-67.
- Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2005; 23: 1667-1676.
- Marchesini G, Solaroli E, Baraldi L, Natale S, Migliorini S, Visani F, Forlani G, Melchionda N. Health-related quality of life in obesity: the role of eating behaviour. *Diabetes Nutr Metab*. 2000; 13(3): 156-164
- Marín-Guerrero, A. C., Gutiérrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. Eating behaviours and obesity in the adult population of Spain. *British journal of nutrition*, 2008; 100(5): 1142-1148.
- Mateo-Gallego R., Uzhova I., Moreno-Franco B., León-Latre M., Casasnovas JA., % Laclaustra M., Adherence to a Mediterranean diet is associated with the presence and extension of atherosclerotic plaques in middle-aged asymptomatic adults: The Aragon Workers' Health Study. *J Clin Lipidol*; 2017; 11(6):1372-1382
- McNaughton SA, Crawford D, Ball K, Salmon J. Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 10: 109
- Müller-Nordhorn J, Roll S, Willich SN. Comparison of The Short Form (SF)- 12 Health Status Instrument with The SF-36 in Patients with Coronary Heart Disease. *Heart*, 2004; 90: 523-527.

- Önay D. Konya il merkezinde gebe kadınların beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ve bunun yeni doğan üzerine etkisi. Doktora tezi(basılmamış). Ankara Üniversitesi, Ankara, 2006; 175.
- Özdemir MV. Aksaray Ortaköy Toplum Sağlığı Merkezi Diyet Polikliniğine Başvuranların Beslenme Okuryazarlığı Düzeyi, (Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, 2019,47.
- Özyazgan A. Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya 2016.
- Pekcan G. Hastanın beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2002; 65-114
- Pelin M. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi Ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, 2017; 21.
- Pérez-Tasigchana RF, León-Muñoz LM, López-García E, Banegas JR, RodríguezArtalejo F, Guallar-Castillón P. Mediterranean diet and health-related quality of life in two cohorts of community-dwelling older adults. PloS one 2016; 11(3): 41-49.
- Rebelo-Marques A, De Sousa Lages A, Andrade R, Ribeiro CF, Mota-Pinto A, Carrilho F et al. Aging hallmarks: the benefits of physical exercise. Frontiers in Endocrinology, 2018; 9: 258.
- Richards MM, Adams TD, Hunt SC. Functional status and emotional well-being, dietary intake, and physical activity of severely obese subjects. J Am Diet Assoc. 2000; 100(1): 67-75.
- Romaguera D, Norat T, Vergnaud A, Mouw T, May A, Agudo A. Mediterranean Dietary Patterns and Prospective Weight Change in Participants of the EPIC-PANACEA Project. Am. J. Clin. Nutr, 2010; 912-921.
- Rumawas M, Meigs J, Dwyer J, MvKeown N, Jacques, P. Mediterranean-Style Dietary Pattern, Reduced Risk of Metabolic Syndrome Traits and Incidence in the Framingham Offspring Cohort. Am. J. Clin. Nutr, 2009; 3: 1608-1614.

- Saraç F, Parıldar S, Duman E, Saygılı F, Tüzün M, Yılmaz C. Quality of life for obese women and men in Turkey. *Prev Chronic Dis*, 2007; 4: 3
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public health nutrition*, 2004; 7(7): 931-935.
- Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 2008; 337:1-7.
- Spalding BM. Dietary intake patterns and Mediterranean diet adherence among Turkish adults (Doctoral dissertation, Rutgers University Graduate School-New Brunswick, 2014).
- Stefan L, Prosoli R, Juranko D, Cule M, Milinović I, Novak D, Sporis G. The Reliability of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) Questionnaire. *Nutrients* 2017; 9: 419-429.
- Susan SJ, Eugene FA. Nutrition and family medicine. In: Rakel RE (Ed.). *Textbook of family practice*. 5th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1995; 3: 1139-1145.
- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 2009; 53-58.
- Şahin H. Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim Dergisi* 1997; 12: 40-46.
- Şahin N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2001.
- Şendağ Sağır G. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 2019; 1-70.
- The WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 1998; 46 (12): 1569-1585.
- Topal K. Yaşam Kalitesini Ölçmede Kullanılan Ölçekler. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014; 5(3): 9-14.

Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E, Micic D, Maislos M, Roman G, Schutz Y, Toplak H, Zahorska-Markiewicz B and for the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. Obesity Facts, 2008;1: 106 -116.

Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2022: ss 15-31-12-213 , “T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2022. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat/db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf Erişim tarihi: 23 Kasım 2023.

Uysal Y, Ertan M. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ve iyilik: görünmeyi ölçmek. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2014; 5(3): 1-5.

Ünsal A. Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 2(3): 1-10.

Ware JE, Sherbourne CD. -The MOS 36-item Short Form Healthy Survey, I. Conceptual Framework and item Selection, Med Care, 1992.

Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. -SF-36 Healthy Survey: Manual and Interpretation Guide, New England Medical Center, Boston, 1993.

WHO Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). Quality of Life Research, 1993; 2, 153-159.

WHO. Body Mass Index Classification. Erişim adresi: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim Tarihi: 30.10.2023

Willett WC. The Mediterranean diet: science and practice. Public Health Nutr. 2006; 9(1a): 105-110.

Witschi JC. Short-Term dietary recall and recording methods nutritional epidemiology. In:willett w (Ed.). Nutritional Epidemiology. New York: Oxford University Press; 1990. p. 53-63.

World Health Organization. Definition of Health. Erişim Adresi: <https://www.who.int/about/governance/constitution> Erişim Tarihi: 25.10.2023

- World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996.
- Yıldırım Dİ, Yıldırım A, Eryılmaz MA, Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi, Çukurova Med J, 2019; 44(2): 1-10.
- Yıldız S, Çetinkaya F. Yetişkinlerde obezite ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Ahi Evran Med J. 2020; 4(2): 29-34.
- Yılmaz A. Trabzon Özel İmperial Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran 20-64 Yaş Kadınlarda Antropometrik Ölçümler, Kan Biyokimyasal Değerleri, Kronik Hastalık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, 2014; 45.
- Yurtseven E, Eren F, Vehid S, Köksal S, Erginöz E, Erdoğan MS. Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15(1): 20-26.

EKLER

EK-1 Erciyes Üniversitesi Etik Kurul Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011-KAEK-89)								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU								
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran erişkinlerin yaşam kalitelerinin ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU								
DEĞERLENİRLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama						
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>						
	İLAN	<input type="checkbox"/>						
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>						
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>						
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>						
DİĞER	<input type="checkbox"/>							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2022/119		Tarih : 9.02.2022					
	Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmancının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmancının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu						
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Sema Kader KÖSE						
Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma ile İlişki		Katılım (*)	
Prof. Dr. Sema Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Selma GÖKAHMETOĞLU	Mikrobiyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Zuhâl HAMURCU	Tıbbi Biyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Hüseyin Sinan TOPÇUOĞLU	Endonti	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Adnan BAYRAM	Anest ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Oktay BOZKURT	İç Hastalıklar	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Erdem BAŞARAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Gözde E. ZARARSIZ	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Uzm. Dr. Uğur AYDEMİR	Genel Cerrahi	Bünyan Dev. Hst	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Av. Haluk Korkusuz	Avukat	Kayseri Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Sevtap KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

* Toplantıda Bulunma

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KA EK-80)

ARASTIRMANIN AÇIK ADI		Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran erişkinlerin yaşam kalitelerinin ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Melikgazi/KAYSERİ		
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11		
	FAKS	0 352 437 52 85		
	E-POSTA	serifeserim@erciyes.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Doc. Dr. Arda Borlu		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Kayseri		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz	Yüksek Lisans Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

EK-2 Tokat Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzin Yazısı



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TOKAT SAĞLIK
BAŞKAN YARDIMCISI 1



Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Reyhan
ORAL GENÇAY

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Tokat Devlet Hastanesi Başhekimliği)

Hastanenizde görev yapmakta olan Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı AD.Yüksek Lisans öğrencisi (MM44079) Diyetisyen Reyhan ORAL GENÇAY'ın Ocak-Nisan 2022 tarihleri arasında Hastaneniz Diyet Polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri kadın ve erkek 400 erişkin danışana yapmayı planladığı "Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Yaşam Kalitelerinin ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışma Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonumuzca değerlendirilmiş yapılması yönünde izin verilmiş komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiştir. Komisyon karar tutanağının ilgiliye teslimi ve araştırma süresince gerekli desteğin sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr.Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- Diyetisyen Reyhan Oral Gençay Hk.
2- Komisyon Karar Tutanağı-Diyetisyen Reyhan Oral GENÇAY

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Değerlendirme Kodu: 06210184-9510-4204-032-013419015116 - Belge Değerlendirme Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>

Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası Hıca Ahmed MİE Mürşit GÜRGEN, Ed.

No:4 60100 TOKAT

Telefon: Faks No: 2144027

e-Posta: seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnternet Adresi: .

Bilgi için: Seyhan ÖZELCE

EBE

Telefon No: (0 356) 212 11 38



TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME
KOMİSYON KARAR TUTANAĞI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI NO	KARAR NO
29/11/2021	19	02
KONUNUN ÖZETİ	Tokat Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı AD.Yüksek Lisans öğrencisi Diyetisyen Reyhan ORAL GENÇAY'ın Ocak-Nisan 2022 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri kadın ve erkek 400 erişkin danışana yapmayı planladığı "Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Yaşam Kalitelerinin ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışma	
KONU: Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Yaşam Kalitelerinin ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi		
KARAR: Komisyon üyelerinin oy birliği ile çalışmanın yapılması; uygun görülmüştür. Araştırmaya başlanması için Araştırma İzin Protokolünün imzalanması gerekmekte olup; Covid-19 tedbirleri kapsamında protokol metni kişisel mail adresinize gönderilmiştir. Protokol metninin incelenerek her sayfasının ıslak imza ile imzalanması ve mail ortamında gönderilmesi gerekmektedir.		
BAŞKAN	ÜYE	ÜYE

EK-3Anket Formu

“Tokat Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Yaşam Kalitelerinin ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi”

A. Genel Özellikler

Anket No:

Tarih:

1. Yaş (yıl):

2. Boy uzunluğu (cm):..... Vücut ağırlığı (kg):.....

3.BKİ:.....

4. Cinsiyet : 1. Kadın 2. Erkek

5. Medeni durumu: 1) Evli değil 2) Evli

6. Eğitim durumunuz: 1) İlkokul mezunu 2) Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4) Üniversite 5)Lisansüstü

7.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1) Çok İyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok Kötü

8. Tanı konulmuş kronik hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır

1) Obezite 2) Diyabet 3) Kalp-Damar Hastalıkları 4) Hipertansiyon 5) Karaciğer Yağlanması

6) Diğer (.....)

9. Cevabınız evetse kaç yıldır kronik hastalığınız var? (birden fazla kronik hastalığınız varsa her hastalığınızın kaç yıldır olduğunu belirtiniz)

10. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) Bıraktım

11. Cevabınız evet ise adedi:

1).....adet/gün 2).....adet/hafta 3).....adet/ay

12. Cevabınız evetse kaç yıldır içiyorsunuz? 1)ay 2) yıl

13. Polikliniğimize başvuru nedeniniz: 1) Doktorum önerdi 2) Daha önce başvurmuştum, kontrole geldim 3) Zayıflamak için 4) Kilo almak için 5) Diğer(.....)

B. Beslenme Alışkanlıkları

14. Gün içinde kaç öğün tüketirsiniz? Ana öğünler:.... Ara öğünler:....

15. Ara öğün alışkanlığınız varsa öğün saatinde neler tüketirsiniz?.....

16. Ana öğünleri atlar mısınız? 1) Evet 2) Hayır

17. Cevabınız evet ise genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz? 1) Sabah 2) Öğle 3) Akşam

18. Cevabınız evet ise öğün atlama sebebiniz nedir? 1) Vaktim yetersiz 2) İştahsızlık

3) Zayıflamak istiyorum 4) Alışkanlığım yok 5) Hazırlanmadığı için

6) Diğer(yazınız):.....

19. Öğünleri genellikle nerede tüketirsiniz? 1) Evde 2) Yurtta 3) Okul kantini 4) Okulun yemekhanesi 5) Fast-food Restoran 6) Lokanta 7) Diğer (yazınız).....

20. Daha öncesinde diyet yaptınız mı? 1) Evet 2) Hayır

21. Cevabınız evetse diyetinize uyum sağladınız mı? 1) Evet 2) Hayır

C. Fiziksel Aktivite

22. Düzenli egzersiz yapar mısınız? 1) Evet 2) Hayır

23. Cevabınız evetse ne sıklıkla egzersiz yaparsınız? 1) Haftada.....kez 2) Ayda
.....kez

24. Cevabınız evetse ne tür egzersiz yaparsınız? 1) Yürüyüş 2) Aerobik- step 3) Yüzme
4) Pilates 5) Yoga 6)Diğer(yazınız).....

D. Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED)

	Evet	Hayır
Her gün bir meyve ya da meyve suyu içer misiniz?		
Her gün ikinci bir meyve yer misiniz?		
Düzenli olarak günde bir kez taze veya pişmiş sebze tüketir misiniz?		
Günde birden fazla taze veya pişmiş sebze tüketir misiniz?		
Düzenli olarak haftada en az 2-3 kez balık yer misiniz?		
Haftada bir kereden fazla fast-food restoranlara gider misiniz?		
Kuru baklagilleri sever ve haftada bir kereden fazla yer misiniz?		
Makarna ve pilavı hemen hemen her gün (haftada 5 veya daha fazla) tüketir misiniz?		
Kahvaltıda kahvaltılık gevrek (corn-fleks vb.)ya da tahıl ürünleri (ekmek) tüketir misiniz?		
Düzenli olarak (haftada en az 2-3 kez) kuruyemiş tüketir misiniz?		
Zeytinyağı tüketiyor musunuz?		
Kahvaltı öğününü atlar mısınız?		
Kahvaltıda süt ve süt ürünleri (süt, yoğurt vb.) tüketir misiniz?		
Kahvaltıda hazır fırın ürünleri (poğaç vb.) veya pasta yer misiniz?		
Günde 2 kez süt/yoğurt veya peynir (40 g) tüketir misiniz?		
Her gün birkaç kez tatlı ve şeker/şekerleme yer misiniz?		

E. SF-36 (KISA FORM 36)

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
Çok az 2
Orta 3
Çok 4
İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1
Çoğu zaman 2
Bazı zamanlarda 3
Çok az zaman 4
Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



TOKAT DEVLET HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERİN YAŞAM KALİTELERİNİN VE BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 21	% 21	% 3	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 8
2	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	% 4
3	i-rep.emu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
4	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
5	openaccess.firat.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
7	dspace.adiyaman.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
8	www.journals.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı docplayer.biz.tr	% 1
9	İnternet Kaynağı	% 1

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Reyhan ORAL GENÇAY

Uyruğu: Türkiye (TC)

Eğitim

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü	2018
Lise	Nevşehir Altın Yıldız Fen Lisesi	2014

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Kurum	Görev
Mart 2019	Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü	Diyetisyen
Eylül 2020-Halen	Tokat Devlet Hastanesi	Diyetisyen

YABANCI DİL

İngilizce