T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BESİN SEÇİMİNİN OBEZİTE VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ; BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Dr. Beyza İYİDEMİRCİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2023

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BESİN SEÇİMİNİN OBEZİTE VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ; BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Dr. Beyza İYİDEMİRCİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR
2023

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Besin Seçiminin Obezite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Bir Üniversite Hastanesi Örneği" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından, 16.05.2023 tarihinde, 11 sayılı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Beyza İYİDEMİRCİ
Tarih:
İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Beyza İYİDEMİRCİ' ye ait "Besin Seçiminin Obezite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Bir Üniversite Hastanesi Örneği" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı	Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Üye	Prof. Dr. Uğur BİLGE Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun ……. Tarih ve ……..…. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım kıymetli hocalarım; başta danışman hocam Doç. Dr. Hüseyin Balcıoğlu olmak üzere, Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu, Prof. Dr. Uğur Bilge ve Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Sağlan'a, benden hiçbir zaman emeklerini ve sevgilerini esirgememiş, desteklerini her an yanımda hissettiğim, hayattaki tüm başarılarımın ilhamı ve mimarı, varlıkları ile bugüne gelmemi sağlamış olan, çok sevdiğim annem Ayşegül İyidemirci, babam Halil İyidemirci ve kardeşim Ceyda İyidemirci'ye, uzmanlık sürecime ve hayatıma değerli katkıları olan yakın dostum ve eş kıdemim Dr. Yağmur Gül'e ve başta Dr. Ezgi Demirhan, Dr. Bilge Demirel ve Uzm. Dr. Burçak Yılmaz olmak üzere Eskişehir'de geçirdiğim süre boyunca yanımda olmuş tüm değerli arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

İyidemirci, B. Besin Seçiminin Obezite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2023. . Bu çalışma, 01.06.2023- 01.10.2023 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 310 hasta ile yapılmıştır. Hazırlanan anket formu, yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurularak veriler toplanmıştır. Katılımcıların %48.7'si kadın, %51.3'ü erkektir ve yaş ortalaması 29'dur. Dünyada sanayileşme sonrası iş tanımının ve saatlerinin değişmesi gibi nedenlerden dolayı beslenme kültürlerinde değişimler yaşanmış, besinler raflarda sağlıklı ve sağlıksız pek çok formda bulunmaya başlamış, beslenmeye ayrılan zaman kısalmış ve fiziksel aktiviteye de gereksinim azalmıştır. Bu yeni düzenin getirdiği sorunların başında ise obezite gelmektedir. Obezite tüm dünyada artmaktadır ve bu da onu evrensel bir sağlık sorunu haline getirmektedir. Obezitenin birincil sebebi besin seçimindeki hatalardır ve obezite artışının beraberinde getirdiği sağlık sorunları yaşam kalitesinde ciddi bir düşüşe sebep olmaktadır. Bu çalışmada besin seçimi alışkanlıklarının obezite ile ilişkisi ve yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre besin seçiminde bilinçsizliğin yaşam kalitesine olumsuz etkileri olması ve obezite artışına sebep olması dikkat çekmektedir. Beslenme yanlışları ve obezite tüm dünyayı ilgilendiren büyük bir tehlike olarak büyümektedir, toplumların yaşam kalitelerini düşürmektedir ve bu konuda devletlere, toplumun aydınlarına ve koruyucu hekimler olan aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir. Çalışma sonuçlarında kadınların yaşam kalitesi erkeklere göre düşük bulunmuştur ve kadınların sosyal hayat ve çalışma hayatına katılımlarının artırılması, çekirdek aile sistemi içerisinde sorumluluklarının azaltılması gibi yaşam kalitelerini artıracak konularda toplumun teşvik edilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir. Besin seçimi konusunda gençlerin doğal olmayan beslenmeye, erkeklerin sağlıklı içeriğe dikkat etmeden beslenmeye, kadınların ise duygu durum değişimlerine bağlı olarak yanlış beslenmeye daha meyilli olduğu bulunmuş ve belirtilen beslenme hataları konusunda toplumun bilgilendirilmesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: obezite, besin seçimi, yaşam kalitesi

ABSTRACT

İyidemirci, B. The Effect of Food Selection on Obesity and Quality of Life; A University Hospital Example. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Medicine Specialization Thesis, Eskişehir, 2023. This study was conducted with 310 patients who applied to our outpatient clinic between 01.06.2023 and 01.10.2023. The data were collected by filling out the questionnaire form by face-to-face interview method. The participants were 48.7% female and 51.3% male, with an average age of 29 years. After industrialization in the world, there have been changes in nutritional cultures due to reasons such as changes in job definitions and working hours, foods have started to be found on the shelves in many healthy and unhealthy forms, the time allocated to nutrition has shortened and the need for physical activity has decreased. One of the main problems brought about by this new order is obesity. Obesity is increasing worldwide, making it a universal health problem. The primary cause of obesity is food selection errors and the health problems associated with the increase in obesity cause a serious decrease in the quality of life. In this study, the relationship between food selection habits and obesity and their effects on quality of life were examined. According to the findings, it is noteworthy that lack of awareness in food selection has negative effects on quality of life and causes an increase in obesity. Nutritional errors and obesity are growing as a great danger that concerns the whole world, decreasing the quality of life of societies, and in this regard, governments, public intellectuals and family physicians, who are preventive physicians, have a great responsibility. In the results of the study, the quality of life of women was found to be lower than that of men, and it was pointed out that society should be encouraged to increase women's participation in social and working life and to reduce their responsibilities within the nuclear family system. In terms of food selection, it was found that young people were more prone to unnatural nutrition, men were more prone to eating without paying attention to healthy ingredients, and women were more prone to malnutrition due to mood swings, and the importance of informing the society about these nutritional errors was emphasized.

Key Words: obesity, food choice, quality of life

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vivii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Obezite	3
2.1.1 Obezite Tanımı ve Ölçülmesi	3
2.1.2 Obezite Sıklığı	4
2.1.3 Obezite Etiyolojisi	4
2.1.4 Obezite Komplikasyonları ve Sağlık İlişkisi	5
2.2 Beslenme	7
2.2.1 Beslenme Tanımı ve Önemi	7
2.2.2 Beslenme ve Sağlık İlişkisi	7
2.2.3 Sağlıklı Beslenme	8
2.2.4 Yeme Farkındalığı	8
2.2.5 Besin Seçimi	9
2.3 Yaşam Kalitesi	12
2.3.1 Yaşam Kalitesi Tanımı	12
2.3.2 Yaşam Kalitesi ve Beslenme İlişkisi	12
2.3.3 Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenler	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1 Araştırmanın tipi	14
3.2 Araştırmanın yeri	14
3.3 Araştırmanın evreni	14
3.3.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri	14

3.3.2 Araştırmadan dışlanma kriterleri 14
3.4 Verilerin toplanması 14
3.5 Araştırma verilerinin analizi 16
3.6 İzinler 17
4. BULGULAR 18
5. TARTIŞMA 34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 39
KAYNAKLAR 42

SİMGELER VE KISALTMALAR

WHOQOL-BREF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form
FCQ	Food Choice Questionnaire
TR	Türkiye
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

ŞEKİLLER

Sayfa

4.1 Çalışmaya katılanların cinsiyet dağılımı 18

4.2 Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi dağılımı 19

4.3 Çalışmaya katılanların sigara kullanımı dağılımı 20

4.4 Çalışmaya katılanların alkol kullanımı dağılımı 20

4.5 Çalışmaya katılanların kronik hastalık dağılımı 21

4.6 Çalışmaya katılanların vücut kitle indeksi dağılımı 22

TABLOLAR

Sayfa

2.1 Beden kitle indeksi değerlerine göre obezite sınıflaması 3

2.2 Obeziteye yatkınlık yaratan durumlar 5

2.3 Obezitenin vücut sistemleri üzerine etkileri 6

4.1 Çalışmaya Katılan Kişilerin Karakteristik Özellikleri 23

4.2 Çalışmaya Alınan Hastaların WHOQOL-BREF Ölçek Boyut Değerleri 24

4.3 Çalışmaya Alınan Hastaların Besin Seçim Ölçeği Boyut Değerleri 24

4.4 Çalışmaya Katılan Kişilerin Karakteristik Özelliklerinin WHOQOL-BREF Ölçek Boyutları Açısından Değerlendirilmesi 26

4.5 Çalışmaya Alınan Kişilerin WHOQOL-BREF Ölçek Boyutları Arasındaki İlişki 27

4.6 Çalışmaya Katılan Kişilerin Karakteristik Özelliklerinin Besin Seçim Ölçeği Boyutları Açısından Değerlendirilmesi 29

4.7 Çalışmaya Alınan Kişilerin Besin Seçim Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki 31

4.8 Besin Seçim Ölçeği Boyutlarının Vücut Kitle İndeksine Göre Kıyaslanması 32

4.9 Çalışmaya Alınan Kişilerin WHOQOL-BREF Ölçek Boyutları ve Besin Seçim Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki 33

1. GİRİŞ

Son yüzyılda Dünya üzerinde sosyal, kültürel, ekonomik ve beşeri alanlarda değişikliklerin ortaya çıkması, teknolojinin ilerlemesine bağlı olarak sanayileşmenin artış göstermesi ile beraber insanların beslenme şekilleri de değişiklik göstermiştir. Besin seçimlerinde ve beslenme düzenlerinde gerçekleşen bu değişikler ile birlikte insanlar ve toplumlar için bir sorun niteliğinde görülen obezite de artış göstermiştir. Obezite; vücutta toplam yağ miktarının artması ile tanımlanır. Komplikasyonları ve sebep olduğu hastalıklar nedeni ile de önemli bir sağlık sorunudur (1). Obezitenin pek çok sebebi olmakla beraber temelde bakıldığında alınan ve harcanan enerji dengesinin alınan lehine bozulmasından kaynaklanır. Enerjisi yüksek, yağ içeriği fazla yiyeceklerin artmış tüketimi ile beraber hareketsizleşen yaşam şekli, artan ulaşım olanakları ve kentleşme ile beraber fiziksel aktiviteye gereksinimin azalması da obeziteyi artırmıştır (2).

Obezite; beslenme ile doğrudan ilişkilidir, kronik bir hastalıktır ve diğer kronik hastalıkları tetikler. Buna bir örnek olarak Tip 2 diyabet için risk faktörleri incelendiğinde en önemli faktörün kilolu veya obez olmak olduğu vurgulanmıştır ve hem obezite hem de diyabet sıklığında dünya genelinde bir artış görülmektedir. 30 yıl öncesine göre diyabetin erkeklerde %8.3'den %9.8'e, kadınlarda ise %7,5'den %9.2'ye çıktığı görülmüştür (3,4). Tip 2 diyabetin de diyet ile ilişkili olduğu bilinmektedir (5).

Araştırmalarda yaşam kalitesinin sağlıklı kişilerde hasta kişilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu yüzden hastalıklardan korunmak, yaşam kalitesinin yüksek tutulmasında önemlidir. Sağlık durumuna etki eden pek çok faktör bulunmaktadır ve bu faktörlerden en önemlilerinden biri beslenmedir. Beslenmenin pek çok şekilde sağlığa etkisini kanıtlayan araştırmalar bulunmaktadır (5). Bu da beslenmeyi ve kronik bir hastalık sayılan obeziteyi yaşam kalitesi ile ilişkili yapmaktadır.

Sonuç olarak dünyada obezite artmakta, obezite artışı birçok farklı kronik hastalığı tetiklemekte, hastalıkların artışı da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu artışın önlenmesi için çoğu ülke harekete geçmekte ve farklı şekillerde obezite ile mücadele etmektedir. Obezite ile mücadelede ilk değişim ise beslenmede olmalıdır. Gelecekte durumun kötüleşeceği düşünülerek, çözüm için

girişimler ve bu girişimlerin öneminin ifade edilmesi ve farkındalık oluşması için bu konuda yapılacak araştırmalar önemli hale gelmektedir (3–5).

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Obezite

2.1.1 Obezite Tanımı ve Ölçülmesi

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi; vücutta sağlığı bozacak miktara ulaşan fazlaca yağ birikmesi şeklinde tanımlamaktadır (6). Obezite ölçülmesinde sıkça tercih edilen yöntem, boy ve ağırlığın oranlanması ile hesaplanan beden kitle indeksidir. Beden kitle indeksi; kişinin kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boyunun karesine bölünmesi ile elde edilir. Beden kitle indeksinin 30 ve üzerinde olması obezite olarak tanımlanır. Fakat beden kitle indeksi, bireyin vücut yağ yüzdesi ile ilgili bir fikir verse de her zaman kesin doğru bilgi vermez (6,7). Sporcularda, bilhassa ağırlık sporları ile ilgilenen kişilerde vücut yağ yüzdesi düşük olsa da vücut ağırlığı yüksek çıkabilmektedir. Ancak kullanımının kolay ve pratik olması yine de genel değerlendirmede beden kitle indeksinin kullanılmasını sağlamıştır (2).

Tablo 2.1. Beden kitle indeksi değerlerine göre obezite sınıflaması (8).

Sınıf	Beden Kitle İndeksi
Zayıf	<18.5
Normal	18,5-24,9
Fazla Kilolu	25-29,9
Obez	>30
Obez Klas 1(Hafif)	30-34,9
Obez Klas 2(orta)	35-39,9
Obez Klas 3 (ağır=morbid obez)	>40

Bel çevresi, bel/boy ve bel/kalça oranları da Dünya Sağlık Örgütü tarafından obezite değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bel çevresinin erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm ve üzeri olması obezite açısından risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bel kalça oranının ise erkeklerde 0.90, kadınlarda 0.85 ve üstü olması obezite açısından risklidir. (9).

Obezitede alınan enerji, harcanandan daha fazladır ve bu sebeple vücuttaki yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranı artar. Obezite kronik bir hastalıktır. Vücutta yağ

miktarı ve dağılımına bağlı birçok başka kronik hastalık için de öncüldür. Kalp damar hastalıkları, hipertansiyon, birçok kanser türü, tip 2 diyabet, osteoartrit, safra kesesi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları obezite ile birlikte artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi en riskli 10 hastalıktan biri kabul etmektedir (1,6).

2.1.2 Obezite Sıklığı

Dünyada yaklaşık olarak 250 milyon bireyin obez olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2025'te bunun 300 milyon olabileceğini söylemektedir. Obezite sorunu hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeleri etkilemektedir. Hali hazırda Amerika Birleşik Devletlerinde yaşayan insanların %50'den fazlası fazla kilolu; %20'si ise obezdir (1). Obezitenin devletlere doğrudan veya dolaylı şekilde getirmiş olduğu ekonomik yük de sürekli artmaktadır. Obezite oranı ülkeler arasında farklılık gösterse de çoğu ülkede çok yüksek oranlarda seyretmesi ve artış gösteriyor olması, bütün dünyada obezite ile mücadelenin önemli hale gelmesine sebep olmaktadır (10).

2.1.3 Obezite Etiyolojisi

Obezite, çevresel ve genetik birçok faktörün birleşmesi ile oluşur ve karmaşık bir etiyolojiye sahiptir (11). Acele ve hızlı beslenme, hızlı olsun diye yapılan sağlıksız tercihler, karbonhidrat ve yağ oranı çok yüksek besinler obezite etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Öte yandan teknolojinin ilerlemesi, artan pratik araçlarla fiziksel aktiviteye ihtiyacın azalması da obezitede etkili olmaktadır. (11–13). Etiyolojide dikkat çeken bir diğer unsur da hayatın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Anne sütü ile beslenemeyen bebeklerde ilerleyen zamanlarda obezitenin daha sık görüldüğü ve anne sütü ile beslenme süresinin, ek gıdaya geçildiğinde yapılan seçimlerin ve başlama zamanının obezitede etkisi olduğu görülmüştür (14). Tablo 2'de obeziteye yatkınlık yaratan durumlar görülmektedir.

Tablo 2.2 Obeziteye yatkınlık yaratan durumlar (8).

• Yaş	• Sigara- alkol kullanma durumu
• Cinsiyet	• Sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler
• Gelir durumu	• Psikolojik problemler
• Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları	• Genetik etmenler
• Sosyo - kültürel etmenler	• Hormonal ve metabolik etmenler
• Eğitim düzeyi	• İlaçlar
• Yetersiz fiziksel aktivite	• Doğum sayısı ve doğumlar arası süre

2.1.4 Obezite Komplikasyonları ve Sağlık İlişkisi

Obezite; hipertansiyon, tip 2 diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler sistem sorunları, osteoartrit, bazı kanserler, solunum güçlüğü, uyku apnesi vb. hastalıkları tetikleyen ve şiddetlendiren bir süreçtir. Bunlar arasında obeziteye bağlı morbiditenin en sık sebepleri kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabettir ve bu kronik hastalıklara sahip yetişkinlerin yarısının obez olduğu bildirilmiştir (15).

Kardiyovasküler hastalıklar sanayileşmiş toplumlarda başlıca ölüm nedenidir. Kardiyovasküler hastalıkların birincil nedeni olan aterosklerozun en önemli sebepleri; hipertansiyon, hiperkolestrolemi, kronik inflamasyon, obezite ve diyabetes mellitustur. Kötü diyet alışkanlıkları ve kandaki yüksek kolestrol seviyeleri kan lipoproteinlerini artırıp hiperkolestrolemiye sebep olmaktadır. Batı tipi diyetler yüksek yağ tüketimi ile bağlantılı olduğundan bu şekilde beslenen birçok insan obezite sorunu yaşamaktadır (15).

Obezitenin sağlığı etkileyen bir başka boyutu da yaşam kalitesine etkisidir. Kardiyak, endokrin, ortopedik vb. sorunların yanında; anksiyete, düşük öz yeterlilik, düşük öz saygı, bozulmuş yeme örüntüleri ve depresyon obezitenin yaşam kalitesini etkileyen komplikasyonlarından bazılarıdır (15). Obezitenin komplikasyonları toplu bir şekilde Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 2.3 Obezitenin vücut sistemleri üzerine etkileri (16).

Kardiyovasküler	Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, inme, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği
Metabolik	Tip 2 diyabet, dislipidemi, insülin direnci, metabolik sendrom
Hormonal	Mens bozuklukları, hiperandrojenizm, infertilite, polikistik over sendromu, akantozis nigrikans,
Romatolojik	Osteoartrit, tuzak nöropatileri
Kanser	Safra kesesi, pankreas, özefagus, karaciğer, ince barsak, kolon, rektum, böbrek, lösemi, kadında meme, over, endometriyum ve serviks, erkekte prostat
Pulmoner	Obezite-hipoventilasyon sendromu, obstriktif uyku apne sendromu, astım
Gastrointestinal	Kolelitiyaz, hepatosteatoz, gastroözofajiyal reflü hastalığı, herni
Üriner	Nefrotik sendrom, üriner stres inkontinansı, proteinüri, obezite ile ilişkili glomerülopati
Psikolojik ve Sosyal	Anksiyete ve depresyon, beden imaj bozukluğu, özgüvende azalma, sosyal damgalanma, sosyal yaşamdan uzaklaşma ve işsizlik
Diğer	Cilt enfeksiyonları, anestezi komplikasyonları

2.2 Beslenme

2.2.1 Beslenme Tanımı ve Önemi

Beslenme; insan bedeninin gelişmesi, yenilenmesi ve doğru fonksiyon görebilmesi için besin ögelerinin her bireye uygun olacak şekilde, cinsiyeti, yaşı, hastalıkları ve günlük aktiviteleri baz alınarak yeterli şekilde alınması ve beden için uygun olacak şekilde kullanılmasıdır. İnsanın hem fiziksel hem psikolojik olarak sağlıklı kalabilmesi için sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Yeterli beslenme; bireyin yaş, boy ve fiziksel aktiflik durumuna göre gün içinde alması gerekli olan enerji ve besin ögelerinin yeterli olarak karşılanmasıdır. Dengeli beslenme; bu besinlerin orantılı olması ve gün içinde uygun dağılmasıdır. Sağlıklı beslenme ise; yiyeceklerin üretimi, saklanması, pişirilmesinde sağlık için en uygun yöntemlerin tercih edilmesidir (17).

Bireyin sağlıklı büyümesi ve yaşaması için 70'e yakın besin ögesine ihtiyacı vardır. Beslenme insan yaşamında büyük bir anlama sahiptir. Kişinin günlük yaşamını sürdürebilmesi için gereklidir ve yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmenin kronik hastalıklardan korunmada, yaşamı her yönden sağlıklı bir şekilde idame ettirebilmede büyük bir önemi vardır. Bu sebeple beslenme, açlık duygusunun yok olması için öylesine yapılmamalı, sağlığı korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için bilinçli bir şekilde yapılmalıdır (18). Besinleri doğru şekilde seçmek, doğru zamanda tüketmek, doğru pişirme yöntemleri gibi etmenler insan sağlığını korumada etkili ve önemlidir (19).

2.2.2 Beslenme ve Sağlık İlişkisi

Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımına bakacak olursak; kişide fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin bulunmasıdır. Her bireyin hayatında sağlık çok önemlidir; bu sebeple bilim insanları dünyanın her çağında sağlığı koruyucu, geliştirici ve tedavi edici unsurlar üstüne çalışmalar yapmışlardır. Sağlık temelde kalıtımsal ve çevresel etkilerin toplamından oluşmaktadır. Kalıtımsal etkiler aileden geçer ve doğuştan varlardır. Çevresel etkilerse kişilerin beslenme şekilleri, barınma, fiziksel ortam, eğitim ve kültürel imkânları olarak gruplandırılabilir. Bireyin beslenme şekli bu etmenler içerisinde önemli bir yere sahiptir (20).

Beslenmek, temel ihtiyaçtır ve insan sağlığı için çok önemlidir. Bu sebeple sağlıklı olsun olmasın herkes besin seçiminin insan sağlığındaki yerini ve temel besin öğelerini öğrenmelidir (21).

2.2.3 Sağlıklı Beslenme

Sağlıklı beslenme denilince kişiyi hastalıklardan koruyan, zinde tutan, sağlığını geliştirmesine yardımcı olan bir beslenme şekli akla gelir. Birçok ülke bu amacı gerçekleştirmek için beslenme rehberleri oluşturmuştur. Bunların temelde ortak özellikleri; besin seçiminde çeşitlilik olması, yağ içeriğinin fazla olmaması, sebze, meyve ve posa içeriğinin fazla olmasıdır (22).

Genel anlamda sağlıklı beslenmede dikkat çeken başlıklara bakacak olursak; uygun ağırlığı koruma, toplam yağ içeriğini azaltma, doymuş yağı azaltma, basit karbonhidratı azaltıp kompleks karbonhidratı artırma, posayı artırma, tuzu sınırlama, alkolü sınırlama ve kolesterolü sınırlama ön plana çıkmaktadır. Kalp hastalığına yönelik korunma önerilerinde de yine benzer şekilde; alınan günlük kolesterolün 300 mg/günden az olması, doymamış yağların tercih edilmesi ve doymuş yağın azaltılması, kompleks karbonhidratların tercih edilmesi, posa, sebze ve meyve içeriğinin fazla olması bulunmaktadır. Alınan tuz miktarının günde 5 g'ı geçmemesi Dünya Sağlık Örgütü de dahil olmak üzere pek çok kurum tarafından önerilmiştir. Kanser riskini azaltmak için yapılan önerilerde de benzer içerikler bulunmakla beraber; A ve C vitaminlerinden zengin beslenilmesi önemlidir. Öğünlerde; yeşil yapraklı sebze içeriğinin fazla olması, kükürtlü ve posalı tahıllar ile kuru baklagillerin artırılması bu kılavuzlardaki önerilerdir. Tuzlanmış, tütsülenmiş, yanmış, çok sıcak, zararlı kimyasallar ile etkileşime girmiş besinlerden uzak durulması da diğer önerilerdendir (22).

2.2.4 Yeme Farkındalığı

Dünyanın değişmesi ve gelişmesiyle birlikte yiyecekler marketlerde sağlığa yararlı ve zararlı özellikler içerebilecek şekilde farklı formlarda bulunmaya başlamıştır. Yiyecekler bu derece çeşitli olunca da kişilerin doğru ve ihtiyacı olan besini seçmesi de zorlaşmıştır. Buna ek olarak hayatın hızlanmasıyla beslenme alışkanlıklarında değişiklikler olmuştur. Hayatın hızlanması dolayısıyla yemek

yemenin de hızlanmasının bir sonucu olarak; kişilerde beslenme farkındalığında azalma, toplumlarda sağlıklı beslenme alışkanlıklarında bozulmalar olmuştur. Bu durumlar sağlıksız beslenmenin sebep olduğu kronik hastalıkların ve sağlık için harcamaların artmasına sebep olmuştur (23).

Yeme farkındalığı; kişilerin besin tüketimlerinde fiziksel ve duygusal olarak önyargısız bir şekilde seçim yapması, yenilen yemeğin ne olduğundan çok neden yenildiği ile ilgilenme, açlık ve tokluk sinyalleri doğrultusunda hareket etme, kişisel duygu ve düşüncelerin farkında olarak, çevresel faktörlerden etkilenmeden o anda yenilecek yemeğe odaklanma durumudur (24). Bedenin ihtiyaçları doğrultusunda beslenme; yemek yemeye koşulsuz izin verme, duygusal yerine fiziksel sinyaller ile beslenmeye karar verme, açlık ve tokluk sinyallerine dikkatli olmak demektir (25). Farkındalığa sahip kişilerin sağlıklı vücut ağırlıklarını korumada ve sağlıklı beslenmeye dikkat etmekte daha başarılı olduğu görülmüştür. Ayrıca farkındalıkla beslenen kişilerde; dürtüsel yemek yemenin daha az olduğu, enerji tüketiminin daha düşük olduğu ve bu kişilerin atıştırmalık seçimlerini sağlıklı gıdalardan yana yaptıkları görülmüştür. Bu sebeplerle de farkındalık ile beslenmenin sağlıklı beslenme davranışı üzerinde büyük etkisi olduğu söylenebilir (26). Bireylerin yeme farkındalığı açısından bilinçlendirilmesi obezite, kronik hastalıklar ve psikolojik sorunların azaltılması açısından etkili olacaktır (27). Sonuç olarak da toplum sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu katkısı olacaktır.

2.2.5 Besin Seçimi

Besin seçimi konusunda yapılan çalışmaların başlangıcı sayılabilecek, bireylerin yemek yemesinin sebeplerini açıklamaya çalışan öncü bir çalışma 1943 yılında Kurt Lewin tarafından yapılmıştır (28). Lewin ‘Kanal Teorisi’ni ortaya koymuş ve çeşitli kanallardan geçirerek yiyecekleri soframıza getirme sürecimizi besin seçimi olarak adlandırmıştır (28). Sonrasında besin seçimi hakkında farklı çalışmalar da yapılmış, İngiltere’de besin seçim süreçlerinin açıklanması için Steptoe ve arkadaşları (1995) tarafından Besin Seçimi Anketi oluşturulmuştur (29). Anket Türkçe de dahil pek çok dile çevrilmiştir. 2016 yılında anketin Türkiye’de geçerlik ve güvenirliği Dikmen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (30).

Besin seçimi, bakıldığında günlük hayatın basit bir parçası sanılsa da aslında çok faktörlü ve birçok değişkenden etkilenen daha karmaşık bir süreçtir (31). Besin seçiminin etkilendiği temel faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, beslenme bilgi düzeyi vb. bireysel faktörler, kültürel, sosyal, ekonomik, biyolojik ve psikolojik faktörlerdir (30).

Kişiler besin seçim süreçlerinde, bilişsel ve duyusal birçok etmeni değerlendirerek duygular ve değerler ışığında, bilinçli veya bilinçsizce bir karar aşaması yaşarlar. Yaşanmış deneyimler ve hissedilen ihtiyaçlar değerlendirilir (32). Bir kişinin sağlık durumu hakkında değerlendirme yapılırken büyük resimden ayırmak kolay olmamaktadır. Besin seçim şeklini çoğunlukla fark edilemeyen pek çok etmen etkilemektedir. Bu çoklu etmenler genellikle birbirlerinden kolaylıkla ayrıştırılamamaktadır. Çünkü tamamı sağlık ve iyilik halini etkilemekte etkileşim içindedir (15). Açlık, yemek yemeye duyulan istek, yemeklerin tadı, fiyatı, genel beslenme şekli, aile ve arkadaş ortamı, reklamlar ve yiyeceklerin bulunabilirliği besin seçimlerini önemli oranda etkiler. Ek olarak, besinlerle olan deneyimler bazılarının tercih edilmesi, bazılarının ise tüketilmemesi ile alakalıdır (33). Bu deneyimler sayesinde oluşan öğrenme davranışı, bilinçli veya bilinçsiz olabilir. Besin tüketimleri ile gerçekleşen öğrenme, bilinçsiz oluşan öğrenme davranışıdır ve bilinçli öğrenmenin tersine yaşla değişmez (31). Hayatın ilk 5 yılı, besin seçimlerimizde tüm hayatımıza etkisi olan deneyimlerin büyük oranla oluştuğu bir zamandır (31).

Kişilerde oluşan besin seçim farklarını anlamak için bazı psikolojik teoriler geliştirilmiştir. Psikosomatik teori, dışsallık teorisi ve kısıtlama teorisi bunlardan bazılarıdır. Psikosomatik teori, duygusal değişmelere bağlı değişen bir beslenme şeklini anlatır. Kaygı, korku, öfke ve benzeri duygusal değişiklikler doğrultusunda iştah kaybı veya aşırı iştah artışı oluşur (34). Dışsal teori, yiyeceklerin dışsal özelliklerine karşı kişide gerçekleşen beslenme cevabıdır. Kişinin açlığından bağımsız gelişir (35). Kısıtlama teorisi ise, kilo vermek veya kilo almak için kişinin gerçekleştirdiği diyetsel kısıtlamaları anlatır. Yeme bozuklukları açısından risk oluşturur (36).

Psikolojik etkenlerin yaşam içinde kişilerin besin seçimlerindeki etkilerine bakıldığında stresin önemli bir yeri bulunmaktadır. Duygusal değişikliklere ve strese bağlı seçimler, enerji içeriği yüksek ve tatlı yiyeceklerin tüketilmesiyle bağlantılı

bulunmuştur (37). Sebze ve meyveler gibi karbonhidrat içeriği düşük yiyeceklerin duygusal beslenmeden etkilenmesinin, yüksek karbonhidrat içeriği olan besinlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (37).

Obezite ve depresyonun besin seçimini etkileme şeklini çalışan bir araştırmada, 154 kişi obezite ve depresyon seviyelerine göre gruplara ayrılmıştır. Sonuç olarak obez ve depresyondaki kişilerin enerji alımları ve yüksek enerjili besin tüketimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Duygusal değişiklikler, daha fazla sağlıksız yiyeceklerle bağdaştırılmıştır (38). Obez kişilerin zayıflara göre dürtüsel davranışta bulunma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Dürtüsel bireyler, beslenme davranışında kontrolsüz davrandıklarını ve lezzetli, yüksek karbonhidratlı yiyeceklere ilgilerinin yüksek olduğunu söylemişlerdir (39).

Besin seçiminde cinsiyet rolüne bakacak olursak erkeklerin kadınlara göre daha yağlı beslenmeye meyilli oldukları, kırmızı et yemeyi daha fazla tercih ettikleri görülmüştür. Diğer taraftan kadınların meyve ve sebze yemeye daha meyilli oldukları, sağlıklı beslenmeye daha fazla dikkat ettikleri, besin seçimi farkındalıklarının ve besin seçimi konusunda bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Kadınların, düşük kalorili beslenme ve besin içerikleri hakkında daha fazla endişe duydukları, kısıtlayıcı beslenmeye ise daha meyilli oldukları görülmüştür (40).

Bilinçli beslenme, tüketilecek besinin seçimi sırasında fiziksel ve duygusal farkındalık demektir. Gerekli beslenme bilgisi olan kişiler yağ ve enerji oranı fazla yiyeceklerle beslenmeyi tercih etmezler, sağlıklı ve besin değerini koruyan pişirme şekillerini kullanırlar, bir ürünü almadan önce etiketini okurlar ve vücut ağırlıklarını sağlıklı aralıkta tutmakta daha başarılıdırlar (41).

Avrupa Topluluğu Araştırma Grubu, topluluğa üye olan ülkelerin vatandaşları arasında beslenme şekillerini aydınlatmak adına çalışma yapmıştır. Çalışmada beslenme şekilleri, seçimlerini neden ve nasıl yaptıkları, sağlıklı beslenme tanımları, bu konudaki bilgi birikimlerine nereden ulaştıkları ve bu bilgileri hayatlarına uygulayıp uygulamadıkları araştırılmıştır. Çalışma anket uygulanarak 15 yaşından büyük kişiler arasında 14331 kişiye yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı katılımcılardan %75'i kalitesinin, %43'ü ücretinin, %38'i tadının, %29'u aileden gelen bilgilerin, %21'i bilinen seçimlerin, %13'ü kolay ulaşım ve kolay hazırlanmasının kendileri için önemli olduğunu söylemiştir. Katılımcıların yalnızca %6'sı vücut ağırlığını korumak

için uygun olmasını ve %5'i sağlık için önerilen besinler olmasını önemli bulmuştur. Bu araştırmanın sonuçlarına bakıldığında sağlıklı beslenme, besin seçiminde önemli bir kriter olmamıştır. Besin seçimleri yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumuna göre de değişmektedir. Kadın cinsiyet, ileri yaş, yüksek eğitim seviyesi olan kişiler sağlıklı beslenmeye daha fazla önem vermektedir. Düşük gelirlilerde ise ücreti en önemli seçim sebebidir (42).

2.3 Yaşam Kalitesi

2.3.1 Yaşam Kalitesi Tanımı

Dünyanın geçirdiği değişimler ile beraber insanlarda yaşam kalitesi tanımı sabit olmamakta ve bu da genel bir tanım yapılmasını zorlaştırmaktadır. Genel olarak bakıldığında kişisel iyi olma hali anlamında kullanılan yaşam kalitesi; sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik değişkenler ile belirlenmektedir (43).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi; bireylerin yaşadıkları kültür ve değerler etkisinde var olan amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları dikkate alınarak hayattaki pozisyonlarını algılama şekilleridir (44). Bu tanımdan da anlayacağımız üzere; yaşam kalitesi kavramı sadece fiziksel sağlığın iyi olması değildir. Bedensel, sosyal ve ruhsal etmenleri de içinde bulunduran geniş bir iyilik hali tanımıdır (45). Yaşam kalitesinin hedefi bireyin bedensel, sosyal, ekonomik ve ruhsal durumundan ne kadar memnun olduğunun belirlenmesidir (46).

Yaşam kalitesini belirlemede kullanılan değişkenler, objektif ve sübjektif olarak ikiye ayrılmaktadır. Objektif değişkenler; gelir, eğitim, meslek, sağlık, bulunulan evin durumu gibi parametrelerdir. Bireyin içinde bulunduğu durumdan memnuniyeti ise sübjektif değişkendir (47). Toplumlarda yaşam kalitesini artırmak için; bu değişkenlerin yaşam kalitesine etkisinin araştırılması, yaşam kalitesinin hayatın her alanını etkilediğinin gösterilmesi ve bu alanlarda ne yönde değişikliklere yol açtığının ortaya konulması önemlidir (48).

2.3.2 Yaşam Kalitesi ve Beslenme İlişkisi

İnsan yaşam biçiminde beslenme şekli, sağlığa çok önemli etkisi olan ve değiştirilebilir bir parametredir. Yetersiz veya fazla beslenme insan sağlığında, hastalıkların oluşumunda, dolayısıyla yaşam kalitesinde etkili olmaktadır. Bu

sebeplerle bireylerde beslenme durumunun araştırılması hem kişinin kendisinin hem de toplumun sağlığının düzenlenmesinde çok önemli bir yer sahibidir (49).

2.3.3 Yaşam Kalitesini Etkileyen Değişkenler

Yaşam kalitesi objektif deneyler ile ölçülemeyen, laboratuvar tanısı bulunmayan, sübjektif özellikte ve çok geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi ile ilgili bulgular ulusların kalkınmalarında, siyasi konularda, sağlık alanında ve pek çok iş alanında kullanılmaktadır. Bireylerin hastalık veya sağlık durumu, psikolojik durumu, sosyal durumu ve çevresel pek çok etkenden etkilenir. (50).

Yaşam kalitesi değişkenleri ile ilgili çalışmalara baktığımızda çoğunlukla; kadın cinsiyet, ileri yaş, dul veya boşanmış olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, gelirin az olması, sosyal desteğin yetersiz olması, ikamet edilen konutun imkânlarının yetersiz olması, bir hastalık durumu olması, iş tatmini olmaması ve yetersiz boş zaman aktivitesi olması gibi etkenlerin yaşam kalitesini düşürmede büyük bir etkisi olduğu söylenebilir. Toplumların yaşam kalitesini yükseltmeye dair yaptıkları çalışmalarda öncelikle dikkat edilmesi gerekenler; toplumsal cinsiyet eşitsizliğini yok etmek, kişilerin eğitim düzeylerini ve gelirlerini artırmak, sosyal etkinlikleri artırıcı çalışmalar yapmak ve sağlığı olumsuz yönden etkileyen unsurları ortadan kaldırmak olmalıdır (48).

Yaşam kalitesinin yükselmesi kişisel kalitenin de yükselmesi demektir. Kişinin hayatının her alanında bir kalite artışına da sebep olacaktır. Yaşam kalitesinin düşmesi veya yükselmesi için bir takım etmenler bulunmaktadır. Düşürenler; temel ihtiyaçların karşılanmasında güçlük yaşanması, bireyin bakımının ve günlük faaliyetlerinin az olması, sürekli halsizlik olması, gelecek hakkında ümitsizlik ve kaygı olması, hastalık durumları olarak ifade edilebilir. Artıranlar ise; hayat konforunun yüksek olması, itibarlı bir konum, pozitif bir bakış açısı, sosyal çevrenin sağlıklı olması, boş zamanları kişiye zevk veren uğraşlar ile doldurmak, dolu ve kişi için anlamlı olan bir hayatının olması, kişisel fonksiyonlarının yeterli olması, kendini ifade edebilecek durumda olması, bir birey olarak varlığının çevresi ve toplumca kabul edilmesi olarak sayılabilir (51).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine, 01.06.2023- 01.10.2023 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası gönüllü katılımcıların besin seçimlerinin; yaşam kalitesi, obezite ve sosyodemografik özellikleri ile ilişkisini inceleyen tek merkezli, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri

Çalışmamız Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapılmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni

Çalışmamızın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine 01.06.2023- 01.10.2023 tarihleri arasındaki 4 aylık süreçte başvuran, 18-65 yaş arası gönüllü katılımcılar meydana getirmektedir.

3.3.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri

18-65 yaş arasında olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.3.2 Araştırmadan dışlanma kriterleri

18 yaşının altında ve 65 yaşının üzerinde olmak

Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan katılımcılara sosyodemografik bilgileri toplamak amacıyla kişisel bilgi formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Besin Seçim Ölçeği yüz yüze görüşme ile anket formu şeklinde uygulanmıştır.

Sosyodemografik bilgiler kısmında cinsiyet, yaş, boy ve kilo, eğitim durumu, medeni durum, hastalık durumu, sigara ve alkol kullanma durumu sorulmuştur.

Beden Kitle İndeksi bireyin kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile elde edilmiştir. Beden kitle indeksi sınıflaması Dünya Sağlık Örgütü'nün kriterlerine göre yapılmıştır (7).

Besin Seçimi Anketi (Food Choice Questionnaire, FCQ) tüketicileri besin seçimlerini yapmak için motive eden içsel ve dışsal besin seçim özelliklerine ilişkin 36 maddeden oluşan bir ankettir. Dikmen ve arkadaşları (30) tarafından 2016 yılında anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Besin seçimi anketi, kişileri besin seçimi konusunda motive eden değişkenlere ilişkin 36 maddeden oluşmaktadır. Ankette katılımcıların her bir maddeyi kendi besin seçimlerine uygun olarak 4'lü Likert ölçeğinde değerlendirmeleri istenmiştir (1= 'çok önemli değil', 4= 'çok önemli'). 4'lü Likert ölçeğine göre değerlendirme yapılmıştır.

Besin seçim anketinde sağlık boyutu; yüksek posalı olmasıdır, besin değerinin yüksek olmasıdır, vitamin ve mineralce yüksek olmasıdır, yüksek protein içermesidir, beni sağlıklı tutmasıdır, deri/diş/saç/tırnak vb. iyi gelmesidir sorularını içermektedir. Duygu durum boyutu; beni neşelendirmesidir, stresle baş etmeme yardımcı olmasıdır, beni uyanık ve alert durumda tutmasıdır, rahatlamama yardımcı olmasıdır, iyi hissetmemi sağlamasıdır, hayatla başa çıkmama yardımcı olmasıdır sorularını içermektedir. Uygunluk boyutu; kolay hazırlanmasıdır, süpermarketlerden ve dükkânlardan kolayca ulaşılabilir olmasıdır, çok kolay pişirilebiliyor olmasıdır, hazırlamak için zaman almamasıdır, yaşadığım ve çalıştığım yere yakın yerlerden kolaylıkla alınmasıdır sorularını içermektedir. Duygusal çekicilik boyutu; tadının iyi olmasıdır, güzel kokmasıdır, memnun edici dokusunun olmasıdır, güzel gözükmesidir sorularını, doğal içerik boyutu; katkı maddesi içermemesidir, doğal bileşenler içermesidir, yapay bileşen içermemiş olmasıdır sorularını içermektedir. Fiyat boyutu; pahalı olmamasıdır, parasına değmesidir, ucuz olmasıdır sorularını, ağırlık kontrolü boyutu; kalorisinin düşük olmasıdır, yağ içeriğinin düşük olmasıdır, vücut ağırlığımı korumaya yardımcı olmasıdır sorularını içermektedir. Aşinalık boyutu; bildiğim bir besin olmasıdır, çocukken yediğim besinlere benziyor olmasıdır, genellikle yediğim bir besin olmasıdır sorularını, etik kaygı boyutu; çevre dostu bir şekilde paketlenmiş olmasıdır, politik olarak onayladığım ülkelerden gelmiş olmasıdır, orijin ülkesinin açık bir şekilde belirtilmiş olmasıdır sorularını içermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (WHOQOL-BREF); Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirmiştir ve amacı sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçülmesidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (52). Ölçeğin uzun ve kısa formları mevcuttur. WHOQOL-Bref, orjinal ölçekteki genel bölümden iki, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. Çalışmamızda kullanılan Türkiye sunumu ölçek kısa formunda 27 adet soru bulunmaktadır. Bu sunum, mevcut 26 adet soruya ilave 1 adet ulusal soru içermektedir. Ölçek bedensel iyilik boyutu, ruhsal ve mental iyilik boyutu, sosyal ilişkiler boyutu ve çevresel boyut olmak üzere 4 adet boyut içermektedir. Türkiye sunumundaki 27.soru, çevresel boyuta eklenerek Çevresel-TR boyutu elde edilmektedir. Her bir boyut kendi içerisinde maksimum 20 veya 100 puan üzerinden skor alır. Boyut skorlaması hesaplanmadan önce 3, 4 ve 27 inci sorular ters skorlanır. Boyutların herhangi bir kesme noktası yoktur. Ölçeğin toplam skoru yoktur.

Yaşam kalitesi ölçeğine baktığımızda bedensel boyut; kişinin vücudunda hissettiği ağrıları, tıbbi tedaviye gereksinimini, kişinin hayatını idame gücünü, uyku sağlığını, iş görme kapasitesini içermektedir. Ruhsal boyut; yaşamaktan aldığı keyfi ve yaşamını ne ölçüde anlamlı bulduğunu, dikkatini toplama becerisini, kendinden ve bedensel görünüşünden hoşnutluk düzeyini ve olumsuz duygulara kapılma sıklığını, sosyal ilişkiler boyutu ise, diğer kişiler ile ilişkilerini, cinsel yaşamından hoşnutluğunu ve arkadaşlarının desteğinden hoşnutluğunu içermektedir. Çevre boyutu; kişinin günlük hayatta kendini güvende hissetmesini, fiziksel çevresinin sağlığını, maddi gücünü, kendisine gerekli bilgilere ulaşma yeterliliğini, boş zamanları değerlendirebilmesini, yaşadığı evin koşullarını, sağlık hizmetlerine ulaşımını, ulaşım olanaklarını ve çevre baskısını içermektedir.

3.5 Araştırma Verilerinin Analizi

SPSS version 21.0 software (IBM Corpn., Armonk, NY, USA) yazılımı, Microsoft Office Excel-sürüm 16.71 kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogrov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile Q-Q plot ve histogram grafikleri ile bakıldı. Analiz sonucunda normal dağılan değişkenler ortalama ± standart sapma ile normal dağılmayanlar ortanca (minimum-maksimum,25-75 persentil) olarak gösterildi. Kategorik veriler frekans (yüzde) ile gösterildi. Sürekli verilerde iki grup karşılaştırmaları veriler normal dağıldığında

Student t testi, veriler normal dağılmadığında Mann Whitney U testi ile yapıldı. Sürekli veriler arası ilişkiye, normal dağılımda Pearson korelasyon testi, normal dağılım olmadığında ise Spearman korelasyon testi ile bakıldı. P <0,05 anlamlı olarak kabul edildi.

Yapılan istatistik analizlerde güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

3.6 İzinler

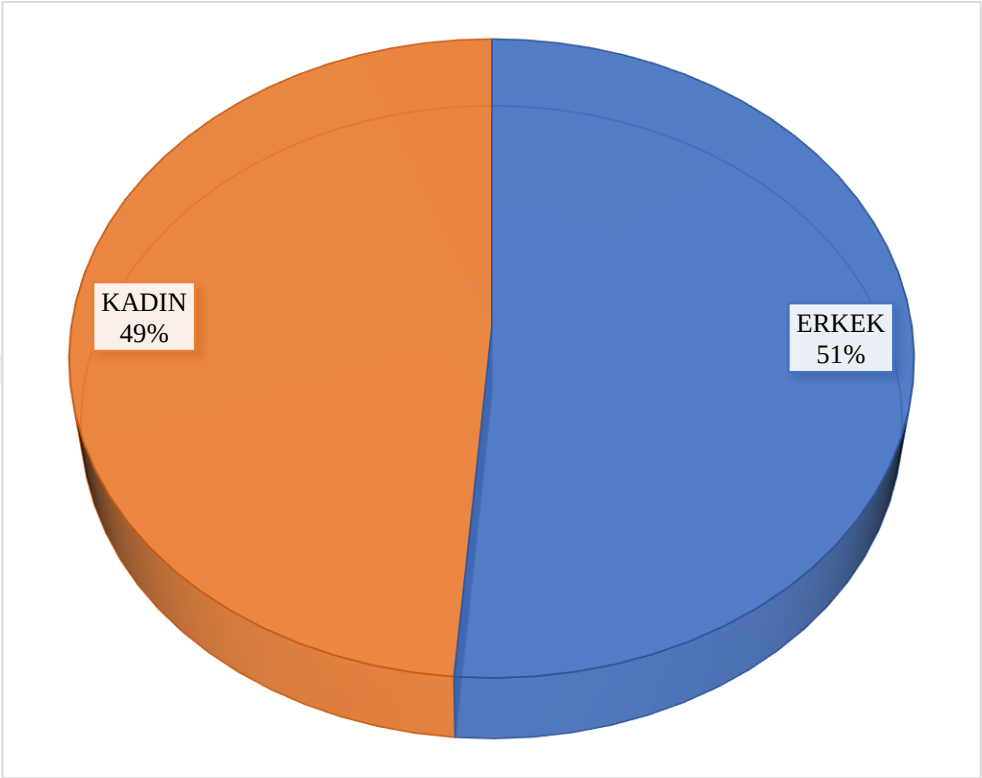
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 16.05.2023 tarihli, 11 sayılı kararı ile gerekli onay alınmıştır.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden 12.12.2023 tarihli, E-31568761-804.01-2300247184 sayılı karar ile tez çalışmasının Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülmesi için gerekli izin alınmıştır.

WHOQOL Türkiye İletişim Merkezi adına Prof. Dr. Erhan Eser'den yaşam kalitesi ölçeği kısa formununun, Prof. Dr. Derya Dikmen'den besin seçimi ölçeğinin bu tezde kullanılması için gerekli izinler alınmıştır.

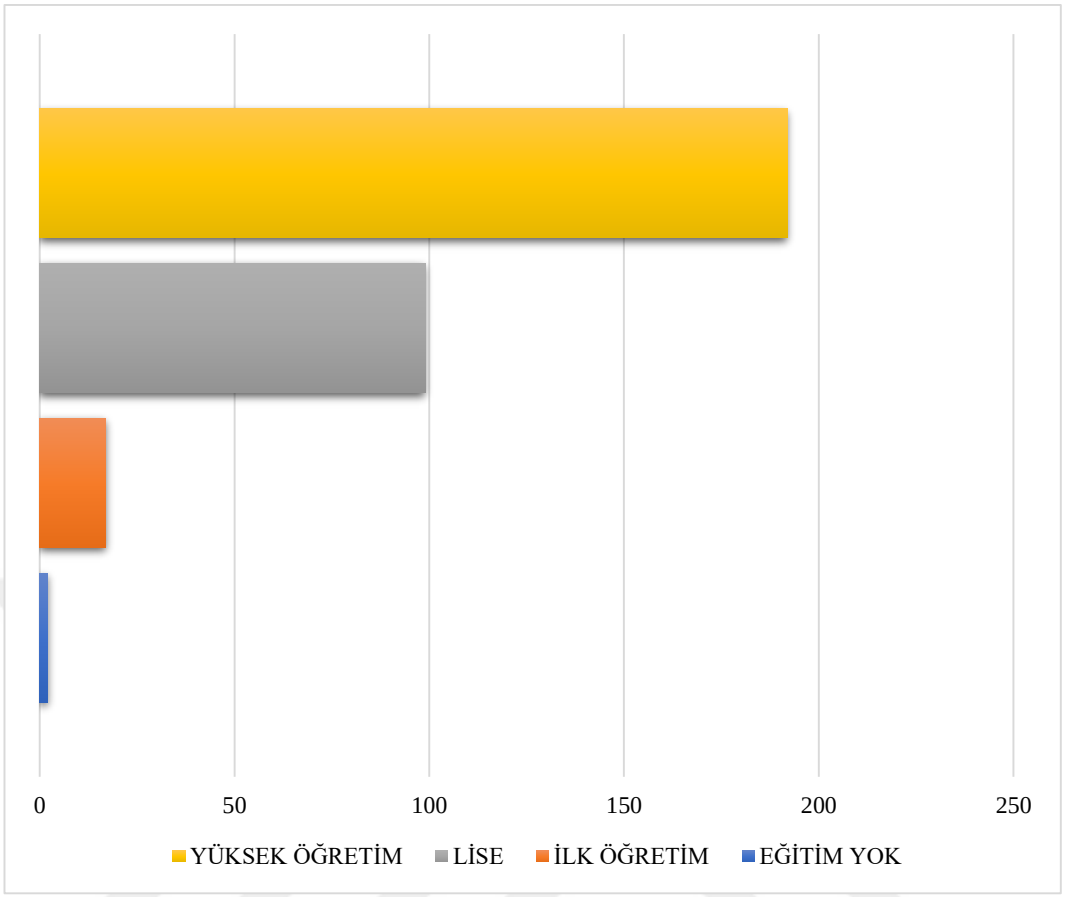
4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 310 kişinin yaş medyan değeri 29 (24-41)'dur. 151 (%48,7)'i kadın cinsiyette, 159 (%51,3)'u erkek cinsiyettedir (Şekil 4.1).



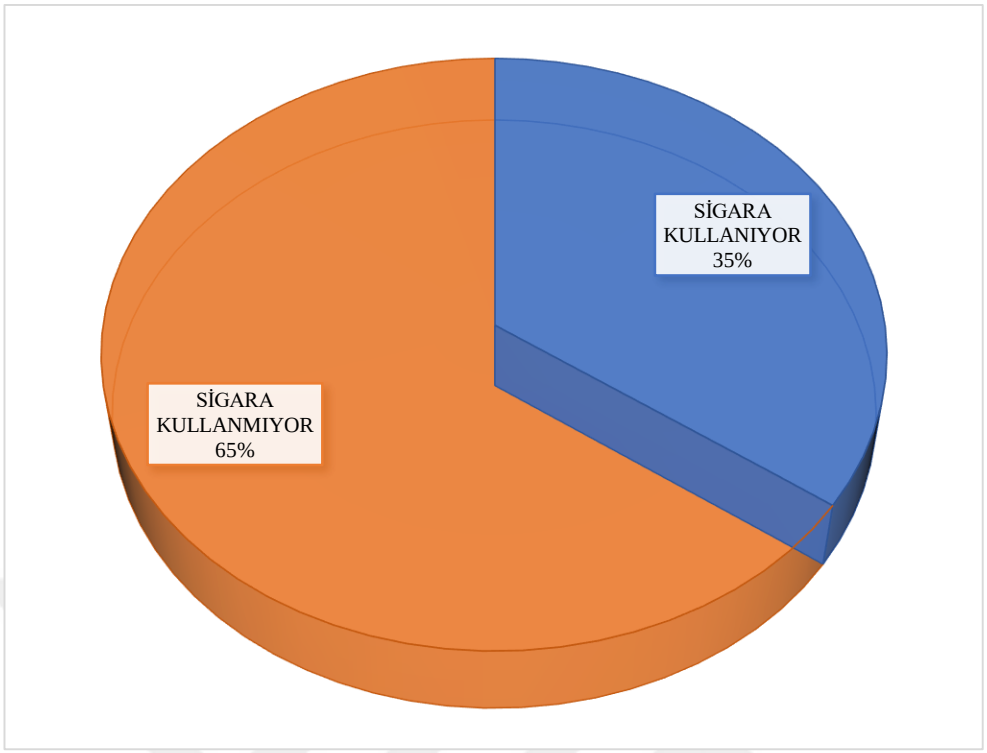
Şekil 4.1 Çalışmaya katılanların cinsiyet dağılımı

Medeni durum açısından 155 (%50)'i bekâr, 142 (%45,8)'si evli, 13 (%4,2)'ü ayrılmıştır. Çalışmaya katılanların 2 (%0,6)'si eğitim almamış, 17 (%5,5)'si ilköğretim mezunu, 99 (31,9)'u lise mezunu, 192 (%61,9)'si yükseköğretim mezunudur (Şekil 4.2).

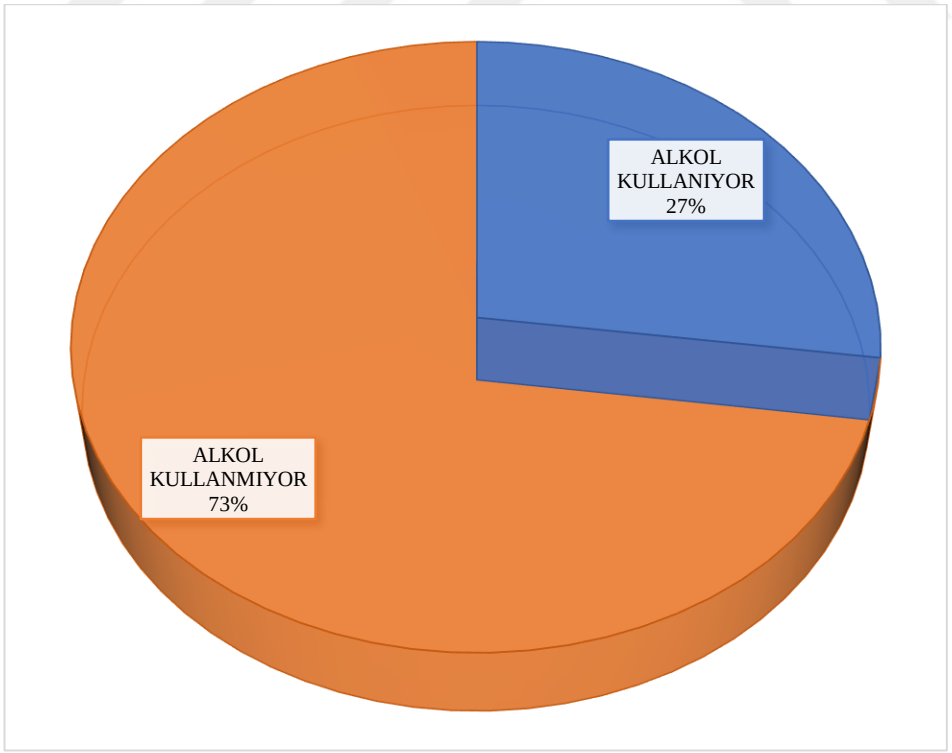


Şekil 4.2 Çalışmaya katılanların eğitim düzeyi dağılımı

108 (%34,8) kişi sigara kullanmaktadır. 84 (%27,1) kişi alkol tüketmektedir (Şekil 4.3, Şekil 4.4).

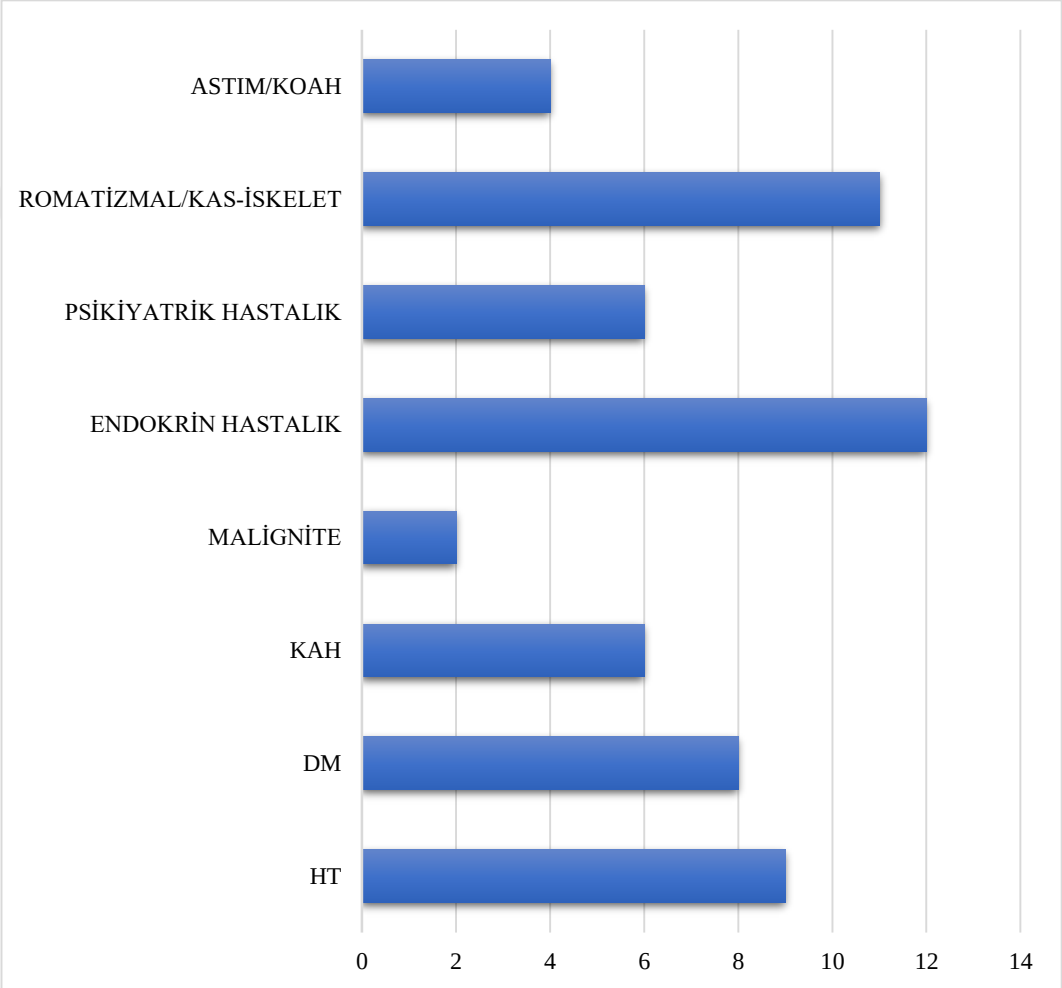


Şekil 4.3 Çalışmaya katılanların sigara kullanımı dağılımı



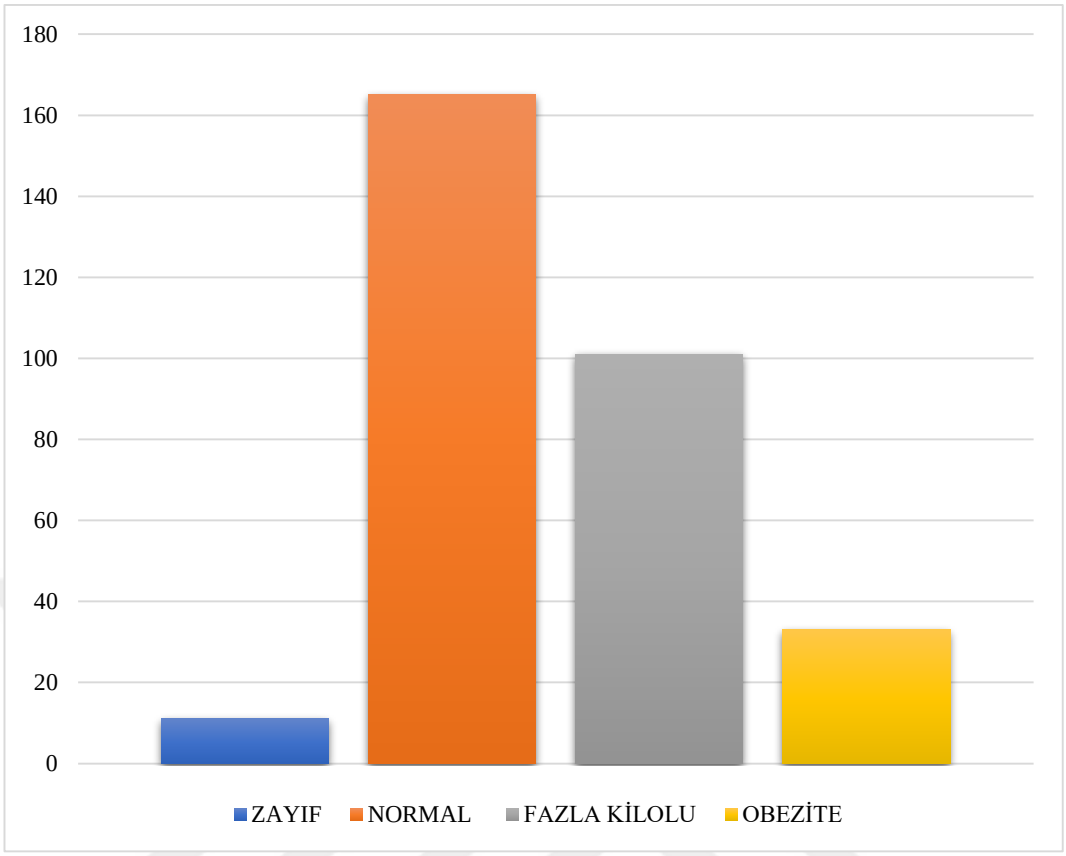
Şekil 4.4 Çalışmaya katılanların alkol kullanımı dağılımı

Katılımcıların 48 (%15,5)'i kronik hastalığa sahiptir. 9 (%2,9) kişi hipertansiyona, 8 (%2,6) kişi Diabetes Mellitusa, 6 (%1,9) kişi koroner arter hastalığına, 2 (%0,6) kişi maligniteye, 12 (%3,9) kişi endokrin hastalığa, 6 (%1,9) kişi psikiyatrik hastalığa, 11 (%3,5) kişi romatizmal/kas iskelet hastalığına, 4 (%1,3) kişi Astım/KOAH'a sahiptir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5 Çalışmaya katılanların kronik hastalık dağılımı

Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalama değeri 24,6±4,08'dür. Vücut kitle indeksi < 18,5 olan 11 (%3,5) kişi, 18,5-24,9 olan 165 (%53,2) kişi, 25-29,9 olan 101 (%32,6) kişi, ≥ 30 olan 33 (%10,6) kişi mevcuttur (Şekil 4.6).



Şekil 4.6 Çalışmaya katılanların vücut kitle indeksi dağılımı

Tablo 4.1 Çalışmaya Katılan Kişilerin Karakteristik Özellikleri

Özellik	n=310
Yaş *	29 (24-41)
Cinsiyet n (%)	
Kadın	151 (48,7)
Erkek	159 (51,3)
Medeni Durum n (%)	
Bekar	155 (50)
Evli	142 (45,8)
Ayrılmış	13 (4,2)
Eğitim Durumu n (%)	
Eğitim almamış	2 (0,6)
İlköğretim	17 (5,5)
Lise	99 (31,9)
Yüksek Öğretim	192 (61,9)
Sigara kullanımı n (%)	
Evet	108 (34,8)
Hayır	202 (65,2)
Alkol kullanımı n (%)	
Evet	84 (27,1)
Hayır	226 (72,9)
Kronik Hastalık n (%)	
Var	48 (15,5)
Yok	262 (84,5)
Hastalık n (%)	
Hipertansiyon	9 (2,9)
Diabetes Mellitus	8 (2,6)
KAH**	6 (1,9)
Malignite	2 (0,6)
Endokrin Hastalık	12 (3,9)
Psikiyatrik Hastalık	6 (1,9)
Romatizmal/Kas İskelet Hastalığı	11 (3,5)
Astım/KOAH	4 (1,3)
Vücut Kitle İndeksi ***	24,6±4,08
Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2) n (%)	
< 18,5	11 (3,5)
18,5-24,9	165 (53,2)
25-29,9	101 (32,6)
≥ 30	33 (10,6)

*Medyan(25p-75p)**Koroner Arter Hastalığı ***Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 4.2'de çalışmaya alınan kişilerin WHOQOL-BREF ölçek boyut değerlerinin ortalama, 25-75. persentil değerleri, en büyük en küçük değerleri, ortanca değerleri verilmiştir.

Tablo 4.2 Çalışmaya Alınan Hastaların WHOQOL-BREF Ölçek Boyut Değerleri

Boyutlar n=310	Ortalama ± SS*	25-75 Persentil	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortanca
Bedensel İyilik Boyutu	66,7±15,4	53,5-78,5	25	100	67,8
Ruhsal İyilik Boyutu	63,7±15,9	54,1-75	12,5	100	66,6
Sosyal İlişkiler Boyutu	61,6±17,9	50-75	16,6	100	66,6
Çevresel-TR Boyut	62,2±11,8	55,5-69,4	19,4	97,2	61,1

*Standart Sapma

Tablo 4.3'te çalışmaya alınan kişilerin besin seçim ölçeği boyut değerlerinin ortalama, 25-75. persentil değerleri, en büyük en küçük değerleri, ortanca değerleri verilmiştir.

Tablo 4.3 Çalışmaya Alınan Hastaların Besin Seçim Ölçeği Boyut Değerleri

Boyutlar n=310	Ortalama ± SS*	25-75 Persentil	En Küçük Değer	En Büyük Değer	Ortanca
Sağlık	17,07±4,3	14-21	6	24	17
Duygu durum	16,5±4,5	14-20	6	24	17
Uygunluk	14,6±3,9	12-18	5	20	15
Duyusal Çekicilik	12,4±2,67	11-15	5	16	13
Doğal İçerik	8,5±2,61	6-11	3	12	9
Fiyat	8,6±2,44	7-11	3	12	9
Ağırlık Kontrolü	7,51±2,5	6-9	3	12	8
Aşinalık	7,7±2,24	6-9	3	12	8
Etik Kaygı	6,23±2,59	4-8	3	12	6

*Standart Sapma

Çalışmaya katılan kişilerin karakteristik özelliklerinin WHOQOL-BREF ölçek boyutları açısından değerlendirilmesine baktığımızda, bedensel iyilik boyutu ile yaş arasında negatif yönde çok zayıf ilişki vardır (p=0,006). Erkeklerdeki bedensel iyilik

boyutu medyan değeri 71,4(60,7-82,1), kadınlardaki bedensel iyilik boyutu medyan değeri 64,2(53,5-75)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p<0,001). Erkeklerdeki ruhsal iyilik boyutu medyan değeri 66,6(54,1-87,5), kadınlardaki ruhsal iyilik boyutu medyan değeri 62,5(50-70,8)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,004). Erkeklerdeki sosyal ilişkiler iyilik boyutu medyan değeri 66,6 (50-75), kadınlardaki sosyal ilişkiler iyilik boyutu medyan değeri 58,3(50-75)'tür ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,014) (Tablo 4.4).

Medeni durum olarak evli olmayanların bedensel boyut ortalama değeri 68,6±14,6, evli olanların bedensel boyut ortalama değeri 64,4±16,1'dür ve ortalama değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,018). Medeni durum olarak evli olanların ruhsal boyut ortalama değeri 65,9±16,3, evli olmayanların ruhsal boyut ortalama değeri 61,9±15,3'dur ve ortalama değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,024). Yükseköğretim alanların çevre-TR boyutu medyan değeri 63,8(55,5-69,4), yükseköğretim almayanların çevre-TR boyutu medyan değeri 58,3(52,7-69,4)'tür ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,016). Sigara kullanan kişilerin sosyal ilişkiler boyutu medyan değeri 66,6(58,3-75), kullanmayan kişilerin medyan değeri 58,3(50-75)'tür ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,001). Sigara kullanan kişilerin çevre-TR boyutu medyan değeri 61,1(50-69,4), kullanmayan kişilerin çevre-TR boyutu medyan değeri 63,8(55,5-69,4)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,049) (Tablo 4.4).

Alkol tüketen kişilerin bedensel boyut medyan değeri 73,2(60,7-82,1), tüketmeyenlerin bedensel boyut medyan değeri 64,2(53,5-78,5)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,002). Alkol tüketen kişilerin sosyal ilişkiler boyutu ortalama değeri 66,4±16,8, tüketmeyen kişilerin sosyal ilişkiler boyutu ortalama değeri 59,8±18'dir ve ortalama değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,004). Kronik hastalığa sahip kişilerin bedensel boyut medyan değeri 64,2(47,3-71,4), kronik hastalığı olmayan kişilerin bedensel boyut medyan değeri 67,8(57,1-78,5)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,009) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Çalışmaya Katılan Kişilerin Karakteristik Özelliklerinin WHOQOL-BREF Ölçek Boyutları Açısından Değerlendirilmesi

	WHOQOL-BREF Ölçeği			
	Bedensel İyilik Boyutu	**Ruhsal İyilik Boyutu**	**Sosyal İlişkiler Boyutu**	**Çevresel-TR Boyut**
Yaş				
r	-0,156	0,100	-0,043	-0,007
p*	**0,006**	0,078	0,454	0,909
Cinsiyet				
Kadın	64,2(53,5-75)	62,5(50-70,8)	58,3(50-75)	61,8±11,8
Erkek	71,4(60,7-82,1)	66,6(54,1-87,5)	66,6(50-75)	62,6±11,9
p	**<0,001****	**0,004****	**0,014****	0,546***
Medeni Durum				
Evli Değil	68,6±14,6	61,9±15,3	66,6(50-75)	62,2±11,5
Evli	64,4±16,1	65,9±16,3	66,6(50-75)	62,3±12,3
p**	**0,018*****	**0,024*****	0,200**	0,979***
Yüksek Öğretim				
Hayır	64,5±15,6	63,4±15,4	66,6(50-75)	58,3(52,7-69,4)
Evet	68±15,2	63,9±16,2	66,6(50-75)	63,8(55,5-69,4)
p	0,05***	0,803***	0,644**	**0,016****
Sigara kullanımı				
Evet	65,8±15,4	66,6(50-79,1)	66,6(58,3-75)	61,1(50-69,4)
Hayır	67,2±15,4	66,6(54,1-71,8)	58,3(50-75)	63,8(55,5-69,4)
p	0,472***	0,221**	**0,001****	**0,049****
Alkol kullanımı				
Evet	73,2(60,7-82,1)	63,1±17,2	66,4±16,8	63,8(53,4-72,2)
Hayır	64,2(53,5-78,5)	63,9±15,4	59,8±18	61,1(55,5-69,4)
p	**0,002****	0,695***	**0,004*****	0,401**
Kronik Hastalık				
Var	64,2(47,3-71,4)	66,6(54,1-70,8)	66,6(58,3-75)	63,8(53,4-72,2)
Yok	67,8(57,1-78,5)	66,6(54,1-75)	66,6(50-75)	61,1(55,5-69,4)
p	**0,009****	0,318**	0,251**	0,662**
Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2)				
r	-0,071	-0,014	0,036	0,012
p****	0,212	0,813	0,533	0,834
Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2)				
< 25	67,8(57,1-78,5)	64,4±15,2	66,6(50-75)	62,2±12,2
≥ 25	67,8(53,5-78,5)	62,8±16,8	66,6(50-75)	62,3±11,4
p	0,722**	0,394***	0,529**	0,910***

*Spearman Korelasyon (<0.25 çok zayıf ilişki; 0.26-0.49 zayıf ilişki; 0.50-0.69 orta ilişki; 0.70-0.89 yüksek ilişki; 0.90-1.0 çok yüksek ilişki) ** Mann Whitney U Testi ***Student t Testi *****Pearson Korelasyon

Tablo 4.5'te çalışmaya alınan kişilerin WHOQOL-BREF ölçek boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, bedensel iyilik boyutu ile ruhsal iyilik boyutu arasında

pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Bedensel iyilik boyutu ile sosyal ilişkiler boyutu arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır (p<0,001). Bedensel iyilik boyutu ile çevresel-TR boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Ruhsal iyilik boyutu ile sosyal ilişkiler boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Ruhsal iyilik boyutu ile çevresel-TR boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Sosyal ilişkiler boyutu ile çevresel-TR boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Çalışmaya Alınan Kişilerin WHOQOL-BREF Ölçek Boyutları Arasındaki İlişki

		WHOQOL-BREF Ölçeği		
Parametre		Ruhsal İyilik Boyutu	Sosyal İlişkiler Boyutu	Çevresel-TR Boyut
Bedensel İyilik Boyutu	r	0,596	0,416	0,584
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Ruhsal İyilik Boyutu	r		0,554	0,571
	p		**<0,001**	**<0,001**
Sosyal İlişkiler Boyutu	r			0,449
	p			**<0,001**

Pearson Korelasyon (<0.25 çok zayıf ilişki; 0.26-0.49 zayıf ilişki; 0.50-0.69 orta ilişki; 0.70-0.89 yüksek ilişki; 0.90-1.0 çok yüksek ilişki)

Çalışmaya katılan kişilerin karakteristik özelliklerinin besin seçim ölçeği boyutları açısından değerlendirilmesine baktığımızda, yaş ve sağlık boyutu, ağırlık kontrolü ve aşinalık boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki vardır (p=0,017). Yaş ve duygu durum boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ilişki vardır (p=0,008). Yaş ve doğal içerik boyutu arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır (p<0,001) (Tablo 4.6).

Kadınlarda sağlık boyutu medyan değeri 18 (15-21), erkeklerdeki sağlık boyutu medyan değeri 16 (13-20)'dır ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,007). Kadınlarda uygunluk boyutu medyan değeri 17 (13-19), erkeklerdeki uygunluk boyutu medyan değeri 14 (11-16)'tür ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p<0,001). Kadınlardaki ağırlık boyutu

medyan değeri 8 (6-10), erkeklerdeki ağırlık boyutu medyan değeri 7 (5-9)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,008). Kadınlardaki aşinalık boyutu medyan değeri 8 (7-10), erkeklerdeki aşinalık boyutu medyan değeri 8 (6-9)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,004) (Tablo 4.6).

Medeni durum açısından, evli olmayanların duygu durum medyan değeri 18 (14-21), evli olanların medyan değeri 16,5 (13-19)'dur ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,033). Evli olmayanların doğal içerik boyutu medyan değeri 8 (6-10), evli olanların doğal içerik boyutu medyan değeri 10 (7-12)'dur ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,001). Evli olmayanların aşinalık boyutu medyan değeri 8 (6-9), evli olanların aşinalık boyutu medyan değeri 8 (7-10)'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,023) (Tablo 4.6).

Alkol tüketenlerin doğal içerik boyutu medyan değeri 7 (6-9,75), alkol tüketmeyenlerin doğal içerik boyutu medyan değeri 9 (7-11)'dur ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p<0,001). Alkol tüketenlerin aşinalık boyutu medyan değeri 7 (6-8,75), alkol tüketmeyenlerin aşinalık boyutu medyan değeri 8 (7-10) 'dir ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,001). Alkol tüketenlerin etik kaygı boyutu medyan değeri 5 (3,25-7), alkol tüketmeyenlerin etik kaygı boyutu medyan değeri 6 (4-8)'dır ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,022). Kronik hastalığı olanların uygunluk boyutu medyan değeri 17 (15-19), kronik hastalığı olmayanların uygunluk boyutu medyan değeri 14 (11-18) 'tür ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p=0,002). Vücut kitle indeksi ile sağlık boyutu arasında negatif yönde çok zayıf ilişki vardır (p=0,001) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Çalışmaya Katılan Kişilerin Karakteristik Özelliklerinin Besin Seçim Ölçeği Boyutları Açısından Değerlendirilmesi

	Besin Seçim Ölçeği								
	Sağlık	Duygu durum	Uygunluk	Duyusal Çekicilik	Doğal İçerik	Fiyat	Ağırlık Kontrolü	Aşinalık	Etik Kaygı
Yaş									
r	0,136	-0,150	-0,037	-0,048	0,284	0,029	0,114	0,197	0,051
p*	**0,017**	**0,008**	0,511	0,397	**<0,001**	0,614	**0,046**	**<0,001**	0,367
Cinsiyet									
Kadın	18 (15-21)	17 (15-20)	17 (13-19)	13 (11-15)	9 (6-11)	9 (7-11)	8 (6-10)	8 (7-10)	6 (4-8)
Erkek	16 (13-20)	16 (12-20)	14 (11-16)	12 (10-15)	8 (6-11)	9 (7-11)	7 (5-9)	8 (6-9)	6 (4-8)
p**	**0,007**	0,075	**<0,001**	0,056	0,143	0,409	**0,008**	**0,004**	0,419
Medeni Durum									
Evli Değil	17 (14-20)	18 (14-21)	15 (13-18)	13 (11-15)	8 (6-10)	9 (7-10,75)	7 (6-9)	8 (6-9)	6 (4-7,75)
Evli	18 (14-21)	16,5 (13-19)	14 (11-18)	13 (10-15)	10 (7-12)	9 (7-11)	8 (5,75-10)	8 (7-10)	6 (3-8)
p**	0,162	**0,033**	0,170	0,504	**0,001**	0,937	0,631	**0,023**	0,936
Yüksek Öğretim									
Hayır									
Evet	17 (14-20)	17 (12-19)	15 (11-18)	12,5 (10-15)	8 (6-11)	9 (7-11)	7 (6-9)	8 (6-10)	6 (4-8)
p**	18 (14-21)	17 (14-20)	15 (12-18)	13 (11-15)	9 (7-11)	8 (7-10)	8 (6-9)	8 (6,25-9)	6 (4-8)
	0,319	0,096	0,576	0,380	0,137	0,183	0,227	0,498	0,595
Sigara kullanımı									
Evet									
Hayır	17 (14-21)	17 (12-21)	14,5 (11-18)	13 (10-15)	8 (6-11)	9 (7-11)	7,5 (6-10)	8 (6-10)	6 (4-8)
p	17,5 (14-20)	17 (14-20)	15 (12-18)	13 (11-15)	9 (6,75-11)	9 (7-10)	8 (6-9)	8 (6-9)	6 (4-8)
	0,935	0,476	0,196	0,631	0,412	0,537	0,626	0,960	0,263
Alkol kullanımı									
Evet	16,5 (14-20)	16 (12-19,75)	14 (12-17)	12,5 (9-15)	7 (6-9,75)	8,5 (7-10)	7 (5,25-9)	7 (6-8,75)	5 (3,25-7)
Hayır	18 (14-21)	17 (14-20)	15 (12-18)	13 (11-15)	9 (7-11)	9 (7-11)	8 (6-9,25)	8 (7-10)	6 (4-8)
p**	0,247	0,207	0,282	0,220	**<0,001**	0,393	0,068	**0,001**	**0,022**
Kronik Hastalık									
Var	19 (13,5-22)	19,5 (11,25-22)	17 (15-19)	13,5 (10-15)	9 (7-11)	9 (7-12)	8 (6-9,75)	8 (7-10)	6 (3-8)
Yok	17 (14-20)	17 (14-19)	14 (11-18)	13 (11-15)	8,5 (6-11)	9 (7-10)	7 (6-9)	8 (6-9)	6 (4-8)
p**	0,107	0,116	**0,002**	0,329	0,280	0,185	0,834	0,168	0,546
Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2)									
r	-0,188	-0,097	-0,077	-0,001	-0,051	0,104	-0,013	0,007	-0,085
p****	**0,001**	0,089	0,179	0,985	0,368	0,069	0,825	0,903	0,137

*Spearman Korelasyon (<0.25 çok zayıf ilişki; 0.26-0.49 zayıf ilişki; 0.50-0.69 orta ilişki; 0.70-0.89 yüksek ilişki; 0.90-1.0 çok yüksek ilişki) ** Mann Whitney U Testi ***Student t Testi *****Pearson Korelasyon

Çalışmaya alınan kişilerin besin seçim ölçeği boyutları arasındaki ilişkisine baktığımızda, sağlık boyutu ile duygu durum boyutu, doğal içerik boyutu ve ağırlık kontrolü boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Sağlık boyutu ile uygunluk boyutu ve aşinalık boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır ((p<0,001). Sağlık boyutu ile duyusal çekicilik ve fiyat boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki vardır (p<0,001) (Tablo 4.7).

Duygu durum boyutu ile uygunluk boyutu, ağırlık kontrolü boyutu, aşinalık boyutu, fiyat boyutu ve etik kaygı boyutu arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır (p<0,001). Duygu durum boyutu ile duyusal çekicilik boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Duygu durum boyutu ile doğal içerik boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki vardır (p=0,001). Duyusal çekicilik boyutu ile fiyat boyutu, aşinalık boyutu ve etik kaygı boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Duyusal çekicilik boyutu ile ağırlık kontrolü boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf yönde ilişki vardır (p=0,002) (Tablo 4.7).

Doğal içerik boyutu ile fiyat boyutu ve aşinalık boyutu arasında çok zayıf yönde ilişki vardır (p=0,043;<0,001). Doğal içerik boyutu ile ağırlık kontrolü boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Doğal içerik boyutu ile aşinalık boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki vardır (p<0,001). Fiyat boyutu ile ağırlık kontrolü boyutu ve aşinalık boyutu arasında pozitif yönde zayıf yönde ilişkisi vardır (p<0,001). Ağırlık kontrolü ile aşinalık boyutu ve etik kaygı boyutu arasında pozitif yönde zayıf yönde zayıf ilişki vardır (p<0,001) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Çalışmaya Alınan Kişilerin Besin Seçim Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki

		Besin Seçim Ölçeği								
Parametre		**Sağlık**	**Duygu durum**	**Uygunluk**	**Duyusal Çekicilik**	**Doğal İçerik**	**Fiyat**	**Ağırlık Kontrolü**	**Aşinalık**	**Etik Kaygı**
Sağlık	r	1,000	0,492	0,283	0,218	0,677	0,204	0,646	0,312	0,464
	p		**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Duygu durum	r		1,000	0,402	0,634	0,182	0,289	0,420	0,331	0,353
	p			**<0,001**	**<0,001**	**0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Uygunluk	r			1,000	0,329	0,079	0,474	0,278	0,373	0,141
	p				**<0,001**	0,168	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,013**
Duyusal Çekicilik	r				1,000	0,034	0,283	0,173	0,250	0,252
	p					0,556	**<0,001**	**0,002**	**<0,001**	**<0,001**
Doğal İçerik	r					1,000	0,115	0,582	0,240	0,397
	p						**0,043**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
Fiyat	r						1,000	0,305	0,330	0,038
	p							**<0,001**	**<0,001**	0,500
Ağırlık Kontrolü	r							1,000	0,293	0,356
	p								**<0,001**	**<0,001**
Aşinalık	r								1,000	0,373
	p									**<0,001**
Etik Kaygı	r									1,000
	p									

Spearman Korelasyon (<0.25 çok zayıf ilişki; 0.26-0.49 zayıf ilişki; 0.50-0.69 orta ilişki; 0.70-0.89 yüksek ilişki; 0.90-1.0 çok yüksek ilişki)

Tablo 4.8'de besin seçim ölçeği boyutlarının vücut kitle indeksine göre kıyaslanmasına baktığımızda, vücut kitle indeksi <25 olan kişilerin sağlık boyutu medyan değeri 18 (15-21), vücut kitle indeksi ≥ 25 olan kişilerin sağlık boyutu medyan değeri 16 (13-19)'dır ve medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır (p<0,001). Diğer boyutlarda vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark görülmedi (p>0,005) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Besin Seçim Ölçeği Boyutlarının Vücut Kitle İndeksine Göre Kıyaslanması

Parametre*	**VKİ < 25 n=178**	**VKİ ≥ 25 n=132**	**p* Değeri**
Sağlık	18 (15-21)	16 (13-19)	**<0,001**
Duygu durum	17 (13,75-21)	16,5 (14-19)	0,260
Uygunluk	15,5 (11,75-18)	14 (12-17)	0,274
Duyusal Çekicilik	13 (11-15)	13 (11-15)	0,966
Doğal İçerik	9 (6,75-11)	8 (6-10)	0,134
Fiyat	9 (7-11)	9 (7-11)	0,367
Ağırlık Kontrolü	7,5 (6-10)	8 (6-9)	0,582
Aşinalık	8 (6-10)	6 (8-9)	0,084
Etik Kaygı	6 (4-8)	6 (3-8)	0,182

*medyan (25p-75p) **Mann Whitney U Testi

Çalışmaya alınan kişilerin WHOQOL-BREF ölçek boyutları ve besin seçim ölçeği boyutları arasındaki ilişkisine baktığımızda, uygunluk boyutu ile ruhsal iyilik boyutu arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ilişki vardır (p=0,001). Doğal içerik boyut ile ruhsal iyilik boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ilişki vardır (p=0,015). Aşinalık boyutu ile bedensel iyilik boyutu arasında negatif çok zayıf düzeyde ilişki vardır (p=0,002) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Çalışmaya Alınan Kişilerin WHOQOL-BREF Ölçek Boyutları ve Besin Seçim Ölçeği Boyutları Arasındaki İlişki

Besin Seçim Ölçeği Boyutları	**WHOQOL-BREF Ölçek Boyutları**				
		Bedensel İyilik Boyutu	**Ruhsal İyilik Boyutu**	**Sosyal İlişkiler Boyutu**	**Çevresel-TR Boyut**
Sağlık	r	0,001	0,107	0,104	0,020
	p	0,989	0,060	0,068	0,722
Duygu durum	r	-0,028	-0,106	0,006	-0,063
	p	0,628	0,061	0,909	0,265
Uygunluk	r	-0,099	**-0,184**	-0,025	-0,054
	p	0,081	**0,001**	0,655	0,341
Duyusal Çekicilik	r	0,021	-0,051	0,094	-0,012
	p	0,708	0,370	0,097	0,838
Doğal İçerik	r	0,006	**0,139**	0,010	0,018
	p	0,922	**0,015**	0,857	0,746
Fiyat	r	-0,014	-0,069	-0,003	-0,063
	p	0,808	0,226	0,954	0,271
Ağırlık Kontrolü	r	-0,030	0,036	0,005	-0,057
	p	0,595	0,533	0,934	0,316
Aşinalık	r	**-0,179**	0,022	-0,020	-0,065
	p	**0,002**	0,697	0,720	0,257
Etik Kaygı	r	-0,024	0,108	0,034	-0,025
	p	0,675	0,057	0,545	0,663

Spearman Korelasyon (<0.25 çok zayıf ilişki; 0.26-0.49 zayıf ilişki; 0.50-0.69 orta ilişki; 0.70-0.89 yüksek ilişki; 0.90-1.0 çok yüksek ilişki)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 310 kişiden %48,7'si kadın, %51,3'ü erkektir ve yaş ortalaması 29'dur. Katılımcıların %50'si bekâr, %45,8'i evli, %4,2'si ayrılmıştır. %61,9'u yükseköğretim mezunu, %31,9'u lise mezunu, %5,5'i ilköğretim mezunu, %0,6'sı hiç eğitim almamıştır. %34,8'i sigara kullanmakta, %27,1'i alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %15,5'i bir kronik hastalığa sahiptir. Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması değeri 24,6±4,08'dir. Vücut kitle indeksi 18,5 altı olanlar katılımcıların %3,5'ini, 18,5-24,9 arası olanlar %53,2'sini, 25-29,9 arası olanlar %32,6'sını, 30 üzeri olanlar %10,6'sını oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan kişilerin karakteristik özelliklerinin yaşam kalitesi ölçeğine göre sonuçlarına baktığımızda; bedensel iyilik hali ile yaş arasında negatif yönde çok zayıf ilişki mevcuttur. Yaşın ilerlemesi ve doğal yaşlanma süreci ile beraber kronik hastalıklar artmaktadır, toplum içindeki aktiflik azalmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir (53). Bedensel iyilik hali; vücut ağrıları, tıbbi destek gereksinimi, uyku sağlığı, iş görme kapasitesi gibi etmenleri içerdiğinden; yaş ilerledikçe bedensel iyiliğin kötüleşmesi beklenen bir durumdur. Yaşam kalitesinde düşüşün en fazla olduğu dönem yaşlılık dönemidir (48). Bu çalışmada yaş ile bedensel iyilik hali arasındaki ilişki çok zayıf bulunmuştur. Yaşın ilerlemesinin bedensel iyiliği en fazla düşüren sebep olması göz önüne alındığında, gençler ile ileri yaşlılar arasında sonuçların yakın olmasının sebebinin gençlerde de bedensel iyiliğin azalıyor olması olabileceği değerlendirildi. Bunun sebeplerine bakacak olursak; gençlerde fast food eğiliminin yüksek olması, özellikle öğrencilik döneminde hazır yiyeceklerle beslenme, ulaşımda yürümeye ihtiyacın azalması, sosyal medya ile hareketsiz geçen saatler ve boş vaktin kısıtlı olması gibi fiziksel aktiviteyi azaltan sebepler karşımıza çıkmaktadır. Yapılmış bir araştırmanın sonuçlarına göre gençlerin %63.5'i fast food yiyecekleri tükettiklerini ve %59.5'inin hızlı olması sebebiyle bu yiyecekleri tükettiklerini belirtmişlerdir (54). Hızlı yemek ürünlerinin tüketilmesi ile bedensel iyilik arasında ters orantılı, fiziksel aktivite ile sağlık arasında ise doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır (55,56).

Bu çalışmanın sonuçlarına göre erkeklerin bedensel iyilik ve ruhsal iyilik durumları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan farklı araştırmalarda da cinsiyete göre iyilik hali karşılaştırıldığında bu çalışmanın sonuçları ile uyumlu olarak kadınların iyilik halinin erkeklere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (57–59). Kadınlarda anksiyete ve depresif bozuklukların daha fazla görülüyor olması ruhsal iyiliği düşüren etmenlerden biridir. Yapılan bir çalışmada her 100 erkekten üçünde, her 100 kadından altısında depresyon görüldüğü tespit edilmiştir. Kadınlarda depresyon oranı iki kat daha yüksek bulunmuştur (60). Ruhsal iyiliği bedensel görünüşten memnuniyet de etkilemektedir ve kadınlara yalnızca zayıf olduklarında güzel olabilecekleri algısı ile yaklaşılması kadınların bedensel görünüşlerinden memnuniyetlerini azaltmaktadır (61). Dünya genelinde obezite, kadınlar arasında erkeklerden daha sık görülmektedir ve toplumsal faktörlerin değiştirdiği beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarından kadınlar daha fazla etkilenmektedir (62). Günümüzde kadınlar daha sıklıkla ince ve narin bir vücut ile özdeşleştirilmektedir (63). Erkeklerin çoğunluğu (%51.6) obez olmayı insanın yaşayabileceği olağan bir durum olarak görürken, kadınların çoğunluğu (%54.8) obez olmayı insanın yaşayabileceği en kötü şey olarak tanımlamaktadır (64). Toplumsal cinsiyet rolü şeklinde görülen ve kadınlardan beklenen; yemek yapma, temizlik, çocuk bakımı gibi sorumluluklar kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerden daha düşük olmasına sebep olmaktadır (47,65).

Erkeklerde sosyal ilişkiler iyilik boyutu kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerin çalışma hayatında daha fazla rol alması sonucu olarak daha geniş bir sosyal çevreye ulaşabilmesi, kadınların ev içinde sahip olduğu sorumlulukların fazlalığı sonucu sosyal hayata daha az zaman ayırabilmeleri bu sonuç kapsamında göz önüne alınabilir. Kadın, toplumsal cinsiyetinden dolayı ev içine uygun görülmektedir. Bu düşünce kadınların çalışma, eğitim ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (66).

Çalışma sonuçlarına göre evli bireylerde evli olmayanlara göre ruhsal iyilik hali daha yüksek bulunmuştur. Sonucun bu şekilde olmasında; yalnız yaşamın getirdiği fiziksel yükün ve sorumlulukların daha fazla olması, evli bireylerde ise yükün paylaşılması, yalnızlığın daha fazla depresyon ve anksiyeteyi beraberinde getirmesi etkenleri göz önüne alınabilir. Yalnızlık en büyük stres etkenlerinden birisidir. Yapılan

bir çalışmada evli olmayanlarda depresyonun sıklığının daha fazla olduğu ve şiddetinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (67). Bir diğer çalışmada da evli olmayanlarda depresyon sıklığı evli olanlara göre iki kat fazla bulunmuştur (68). Yapılan araştırmalarda evli olan kişilerin yaşam kalitesinde kayda değer bir artış olduğu tespit edilmiştir (69–71). Bir eşin olması kişiye sürekli bir sosyal destek sağlamakta, maddi gelir açısından kişiyi güçlendirmekte ve yalnızlık hissi evli bireylerde daha az görülmektedir (48).

Yükseköğretim düzeyinde eğitim almış olanların daha düşük seviyede eğitim almış olanlara göre çevresel boyutta puanı daha yüksek bulunmuştur. Çevresel boyutun kapsamının maddi güç, günlük hayatta bilgilere ulaşılabilirlik, yaşanılan evin koşulları, sağlık hizmetlerine erişim, ulaşım olanakları ve çevre baskısı etmenleri olmasından dolayı sonucun bu yönde olması beklenen bir durumdur. Yükseköğretim almış kişilerin çoğunlukla daha iyi bir maddi gelire sahip olduğu ve bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu ekonomik ve kültürel bağlamda genel eğilim olarak kabul edilebilir. Üniversite eğitimi almış kişilerin çoğunlukla daha fazla özgürlüğe sahip olduğu toplumumuzda sıkça görülmektedir ve çevre baskısı da bununla açıklanabilir. Yapılan bir başka çalışmada eğitim düzeyinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği söylenmiştir. Bunun sebebi olarak da eğitim düzeyi yüksek olanların genelde yüksek gelirli ve nitelikli bir işe sahip olması ve daha iyi sosyal olanaklara sahip olması gösterilmiştir. Eğitim düzeyi düşük olanların ise genelde kötü çalışma koşulları, düşük gelir, maddi ve sosyal kaygı, kötü sosyal imkânlar, yetersiz beslenme gibi sebeplerle daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmiştir (47).

Sigara kullanan bireylerin sosyal iyilik hali daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan başka bir çalışmada, bu çalışmada elde edilen bulguların aksine, sigara kullanan kişiler tüm yaşam kalitesi alanlarında daha düşük puan almıştır ve sosyal alanlarında kayba uğradıklarını belirtmişlerdir (72). Farklı çalışmalarda da yine sigara içenlerin yaşam kalitesinin içmeyenlere göre düşük olduğu tespit edilmiş ve bir çalışmada içilen sigara miktarı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü bulunmuştur (73,74). Sigara içmenin sağlığa zararlı etkileri göz önüne alındığında yaşam kalitesini düşürmesi beklenen bir etken olmakla beraber, bu çalışmada sosyal iyilik halinin sigara içenlerde yüksek bulunmasının sebebi, popülasyonun çoğunlukla

genç, yani sigaranın olumsuz sağlık etkilerine henüz maruz kalmamış kişiler olması olabileceği değerlendirildi.

Bu çalışma sonucunda alkol kullanan kişilerin bedensel iyilik ve sosyal iyilik boyutları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda alkolün yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuş, ancak bu çalışmalar çoğunlukla alkol bağımlıları üzerinde yapılmıştır (75–77). Bir çalışmada alkol kullanımı olan kişilerin yaşam kalitesi puanları ile alkol kullanmayan kişiler arasında anlamlı bir fark bulunamazken, bağımlılarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (78). Bu çalışma kapsamında araştırmaya katılanların %61,9'u yüksekokul mezunu ve çoğunlukla sosyokültürel seviyesi yüksek kişiler olduğu için alkol bağımlılığının daha düşük olacağı değerlendirilmiştir.

Kronik bir hastalığa sahip olanların bedensel iyilik hali olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı, yaşam kalitesinde büyük bir etkiye sahiptir ve kronik hastalık olması durumu bu üç etmeni de negatif yönde etkiler (79). Kronik hastalığın türü ne olursa olsun kişilerin günlük işlerini yeterli yapamaması, güçsüzlük gibi sebeplerle fiziksel iyilik durumları etkilendiği için yaşam kaliteleri de olumsuz yönde etkilenmektedir (43). Besin seçim ölçeğinde kronik bir hastalığı olanların uygunluk boyutu puanı daha yüksek bulunmuştur. Bir kronik hastalık durumunda oluşacak bedensel yetersizlikler göz önüne alınırsa yemek hazırlamada ve besine ulaşımda kolaylık aranması doğal bir seçimdir.

Çalışmaya katılan kişilerin besin seçim anketi sonuçlarına bakacak olursak; katılımcının yaşı arttıkça besin seçiminde sağlıklı olmasına ve doğal içeriğe dikkat etme oranı artmıştır. Genç yaştaki kişilerde hazır yiyeceğe eğilim daha fazla, yemek pişirme ise daha azdır. Ek olarak gençler beslenmeyi temel olarak dış görünüş ile ilişkilendirdiği için ileri yaşlılara göre sağlıklı beslenme eğilimleri daha düşük olmaktadır (80). Yapılan bir çalışmaya göre Z kuşağında olan bireylerde sandviç, hamburger gibi hızlı besin sınıfından yiyeceklere eğilim daha fazladır, meyve ve sebze tüketimi daha düşüktür ve yemek yapma becerisi ve isteği daha azdır (81).

Kadınlarda sağlık boyutu, uygunluk boyutu, ağırlık boyutu ve aşinalık boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Kadınların kilo vermeye eğilimin daha fazla olması, meyve ve sebze tüketme oranlarının daha yüksek olması, beslenme farkındalıklarının daha fazla olması, alkol tüketimlerinin daha düşük olması ve

besinleri etiketlerini okuyarak alma alışkanlıklarının daha fazla olmasının bu sonuçta etkili olmuş olabileceği değerlendirilmiştir (40,82,83). Çekirdek aile sisteminde kadınlardan beklenilenlerden birinin de yemek yapmak olması sebebiyle kadınlarda yemeğin kolay ulaşılabilir, hazırlanabilir ve hızlı pişirilebilir olmasına yani uygunluk boyutuna dikkat etme oranının daha yüksek olması beklenen bir durumdur (48).

Evli olmayanların duygu durum boyutu puanları daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın yaşam kalitesi anketi bulgularında evli olanlarda iyilik halinin daha yüksek, evli olmayanlarda ise depresyon oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmişti. Evli olmayanların depresyon oranının daha yüksek, iyilik halinin düşük olması; besin seçiminde besinin duygu durumunu düzeltmesini daha fazla önemsiyor olmasını açıklayabilir.

Vücut kitle indeksi ile besin seçiminde sağlık boyutu arasında negatif yönde ilişki mevcuttur. Vücut kitle indeksi artışı obeziteye yaklaşmak ve sınır aşıldığında obezite demektir. Vücut kitle indeksinin artması için ise alınan kalorinin harcanandan fazla olması gerekmektedir. Bu da daha sağlıksız bir beslenme şekli veya daha düşük bir fiziksel aktivite demektir. Besin seçiminin sağlıksız olması direkt olarak obezite ile ilişkilidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak;

Dünyada gelişen teknoloji yanlış beslenmeyi artırmış, fiziksel aktiviteyi azaltmış ve obeziteyi artırmıştır. Obezite hem kendisi kronik bir hastalık olması hem de diğer kronik hastalıkları artırması sebebiyle önemli bir sağlık sorunudur ve artış göstermeye devam edeceği tahmin edilmektedir.

Obezite özellikle Tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklarda artışa sebep olmaktadır ve sebep olduğu morbiditenin en önemli kısmını bunlar oluşturmaktadır.

Dünya sağlık örgütü obeziteyi en riskli 10 hastalıktan biri kabul etmektedir.

Obezitede alınan enerji harcanandan fazladır ve vücut yağ kitlesi artmıştır.

Obezite ölçümünde yağ yüzdesini yansıtmada bazı durumlarda yetersiz kalsa da vücut kitle indeksi yaygın kullanılan bir yöntemdir ve 30 ve üzerinde olması obeziteyi yansıtır.

Obezite etiyolojisi karmaşık ve çoklu etkene bağlı olmakla beraber beslenme etiyolojide en önemli yeri almaktadır.

Obezite yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyal pek çok komplikasyona sebep olmaktadır.

Beslenme hem obezite hem de yaşam kalitesi üzerinde doğrudan ve önemli etkilere sahiptir.

Beslenme; sağlıklı, dengeli ve yeterli olmalıdır.

Beslenmede; her bireyin durumuna uygun enerji ve besin ögeleri günlük karşılanmalı, bu besinler yeterli ve dengeli olmalı, gün içine orantılı dağılmalı, üretim, saklama, pişirme aşamalarında dikkatli olunmalı ve sağlıklı seçimler yapılmalıdır.

Besin seçimi yaparken; çeşitlilik olmasına, doymuş yağ içeriğinin ve toplam yağ oranının fazla olmamasına, sebze, meyve ve posa içeriğinin fazla olmasına, basit karbonhidratın az, kompleks karbonhidratın dengeli alınıyor olmasına, tuzu sınırlamaya, tuzlanmış, tütsülenmiş, zararlı kimyasallar ile etkileşime girmiş besinlerden uzak durulmasına dikkat edilmelidir.

Doğru beslenme; sağlığın çevresel etmenleri içinde en önemli olanıdır ve yalnızca sağlık çalışanları tarafından değil tüm toplum tarafından öğrenilmelidir.

Yeme farkındalığı; açlık ve tokluk sinyalleri doğrultusunda, bedenin ihtiyaçları için önyargısız, duygusallıktan uzak, irade sahibi beslenme demektir.

Dürtüsel beslenme en fazla enerji içeriği yüksek ve sağlıksız besinler karşısında ortaya çıkmakta ve farkındalık ile beslenme bunu azaltmaktadır. Ayrıca beslenmede farkındalık, sağlıklı içeriğe dikkat etme alışkanlığını da artırmaktadır.

Yaşam kalitesi; kişilerin yaşadıkları kültür, değerleri, beklentileri, ilgi alanları, yaşam standartları, sosyal, ekonomik ve psikolojik durumları, eğitim durumları, meslekleri, sağlık durumları, yaşadıkları ev ve kişilerin kendi durumlarından memnuniyetlerinden etkilenmektedir.

Yaşam kalitesini düşüren etkenler genel olarak; kadın cinsiyet, ileri yaş, evli olmamak, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, yetersiz sosyal destek, yetersiz konut imkânları, hastalık durumu, iş tatminsizliği, yetersiz boş zaman aktivitesi olarak sıralanabilir.

Toplumlar uzun yıllardır yaşam kalitesini yükseltmek için çaba içindedirler. Bu konuda yapılan çalışmaların bulguları göz önüne alındığında öncelikle dikkat edilmesi gereken konuların; toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak, bireylerin eğitim düzeylerini, gelirlerini ve sosyal imkânlarını artırmaya dair çalışmalar yapmak ve sağlığı olumsuz etkileyen unsurları ortadan kaldırmak olduğu görülmektedir.

Bu tezde diğer çalışmaların bulguları ile uyumlu olarak; bedensel iyilik ile yaş arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Yaşlılık bedensel iyiliği en fazla düşüren etmendir. Aradaki ilişkinin zayıf olması ise gençlerin hızlı beslenme eğilimleri ve düşük fiziksel aktivitelerine bağlı olarak bedensel iyiliklerinin düşüyor olması şeklinde değerlendirilmiştir.

Kadınlar bedensel iyilik, ruhsal iyilik ve sosyal iyilik boyutlarında erkeklerden daha düşük puan almıştır. Kadınların toplumsal cinsiyetine yüklenen sorumlulukların bir sonucu olarak sağlıklarının her alanda etkilendiği değerlendirilmiştir.

Evli bireylerin, evli olmayanlara göre ruhsal iyilik halleri daha yüksek bulunmuş, besin seçimlerinde de daha doğru seçimlere eğilimleri olduğu tespit edilmiştir. Sürekli var olan sosyal destek, maddi gelirin fazlalığı, yalnızlık hissinin daha az olması gibi sebepler evli bireylerin iyilik halini artırmada etkilidir.

Kadınlar literatürde bulunan diğer çalışmalar ile uyumlu olarak sağlıklı beslenmeye daha meyilli bulunmuştur.

Bu bulgular ışığında yöneticilere, toplumun aydınlarına ve koruyucu hekimler olan aile hekimlerine büyük bir sorumluluk düşmektedir.

Öneriler; gençler başta olmak üzere tüm toplum doğru beslenmenin sağlık üzerinde etkileri konusunda bilgilendirilmeli, gençler hızlı beslenmeden uzaklaşmak adına teşvik edilmeli ve doğru beslenmeyi kolaylaştırıcı politikalar oluşturulmalıdır. Toplumsal cinsiyet eşitliği adına düzenlemeler yapılmalı ve kadınların toplumda daha etkin rol alması, çekirdek aile sistemi içinde rollerin eşit paylaşılması adına teşvik ve çalışmalar yapılmalıdır. Obezite önemli ve büyüyen bir toplumsal sağlık sorunu olarak kabul edilmeli ve öncelikle önleme ardından tedavi için büyük gayret gösterilmelidir. Bu adımların tümü toplumların yaşam kalitesinin artırılması için gerekli ve önemlidir.

KAYNAKLAR

1. ASLAN, Dilek; ATILLA, Sema. Önemli bir sağlık sorunu: Şişmanlık. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (Sted), 2002, 11.5: 169-171.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Obesity and overweight. 2017.
3. DANAEI, Goodarz, et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2· 7 million participants. The lancet, 2011, 378.9785: 31-40.
4. HU, Frank B., et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. New England journal of medicine, 2001, 345.11: 790-797.
5. WHO, Joint; CONSULTATION, FAO Expert. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser, 2003, 916.i–viii: 1-149.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Preventing and managing the global epidemic. Report of the World Health Organization on obesity. Geneva: World Health Organization, 1997.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. World Health Organization BMI Classification. World Health Organization, 2020.
8. ABBAS, T. A. M.; ÇAKIR, Bekir. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Ankara Medical Journal, 2012, 12.1: 37-41.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. 2011.
10. ELLULU, Mohammed, et al. Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. Global Epidemic Obesity, 2014, 2.1: 2.
11. NORTH AMERICAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY, et al. The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and

Blood Institute, NHLBI Obesity Education Initiative, North American Association for the Study of Obesity, 2000.

12. OBEZITE, T. E. M. D.; GRUBU, Hipertansiyon Çalışma. Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017, 11-19.
13. MÜDÜRLÜĞÜ, Temel Sağlık Hizmetleri Genel. Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele Ve Kontrol Programı. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2010, 773.
14. VON KRIES, Rüdiger, et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. Bmj, 1999, 319.7203: 147-150.
15. MUNOZ, Nancy; BERNSTEIN, Melissa. Nutrition Assessment: Clinical and Research Applications: Clinical and Research Applications. 2018.
16. KURT, Abdullah Kaan. Birinci basamakta obezite yönetimi. Klinik Tıp Aile Hekimliği, 2019, 11.2: 55-60.
17. MERDOL, Türkan Kutluay. Beslenme Antropolojisi-I. Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 2012.
18. ÜNIVERSITESI, Hacettepe. Türkiye'ye özgü beslenme rehberi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2015, 172-202.
19. WILLETT, Walter C., et al. Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition, 2006.
20. BAYSAL, Ayşe, et al. Diyet El Kitabı. 5. baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 2008, s67-143.
21. ÜNSAL, Ayla. Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019, 2.3: 1-10.
22. BAYSAL, Ayşe. Sağlıklı beslenme: Uzmanların önerisi tüketicinin algılaması. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1998, 27.2: 1-4.
23. HAKAN, B. O. R.; MENDANE, S. A. K. A. Besin Okuryazarlığı, Yeme Farkındalığı ve Beslenme. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2021, 10.2: 307-313.

24. ANDERSON, Lisa M., et al. Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2016, 21: 83-90.

25. ÖZKAN, Nilüfer; BİLİCİ, Saniye. Yeme davranişinda yeni yaklaşimlar: sezgisel yeme ve yeme farkindaliği. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018, 3.2: 16-24.

26. JORDAN, Christian H., et al. Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. Personality and Individual differences, 2014, 68: 107-111.

27. CLEMENTI, Cecilia; CASU, Giulia; GREMIGNI, Paola. An abbreviated version of the mindful eating questionnaire. Journal of nutrition education and behavior, 2017, 49.4: 352-356. e1.

28. LEWIN, Kurt. Forces behind food habits and methods of change. Bulletin of the national Research Council, 1943, 108.1043: 35-65.

29. STEPTOE, Andrew; POLLARD, Tessa M.; WARDLE, Jane. Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. Appetite, 1995, 25.3: 267-284.

30. DIKMEN, Derya, et al. Validation of a Turkish version of the food choice questionnaire. Food quality and preference, 2016, 52: 81-86.

31. KÖSTER, Egon P. Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. Food quality and preference, 2009, 20.2: 70-82.

32. FRANCHI, Maura. Food choice: beyond the chemical content. International journal of food sciences and nutrition, 2012, 63.sup1: 17-28.

33. KABARAN, Seray; MERCANLIGIL, Seyit. Which factors affect adolescent food preferences?. GUNCEL PEDIATRI-JOURNAL OF CURRENT PEDIATRICS, 2013, 11.3.

34. FAGHERAZZI, Guy, et al. Consumption of artificially and sugar-sweetened beverages and incident type 2 diabetes in the Etude Epidémiologique auprès

des femmes de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale–European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort. The American journal of clinical nutrition, 2013, 97.3: 517-523.

35. RODIN, Judith. The externality theory today. Obesity, 1980, 226-239.
36. HERMAN, C.; POLIVY, J. Restrained eating. Obesity Edited by: Stunkard AJ. 1980.
37. KONTTINEN, Hanna, et al. Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. Appetite, 2010, 54.3: 473-479.
38. PRIVITERA, Gregory J., et al. Differential food intake and food choice by depression and body mass index levels following a mood manipulation in a buffet-style setting. Journal of health psychology, 2019, 24.2: 199-208.
39. ANNAGÜR, Bilge Burçak, et al. Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: bir ön çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi, 2012, 49.1: 14-19.
40. MISSAGIA, Simone Velloso; OLIVEIRA, Solange Riveli; REZENDE, Daniel Carvalho. Beauty and the beast: gender differences in food-related behavior. Revista Brasileira de Marketing, 2013, 12.1: 149-165.
41. KLOHE-LEHMAN, Deborah M., et al. Nutrition knowledge is associated with greater weight loss in obese and overweight low-income mothers. Journal of the American Dietetic Association, 2006, 106.1: 65-75.
42. STRAIN, James J. Institute of European Food Studies: Pan-EU survey of consumer attitutes tofood, nutrition and health. European journal of clinical nutrition. Supplement, 1997, 51.2.
43. AKYOL, Asiye Durmaz. YAŞAM KALİTESİ VE YAKLAŞIMLARI. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1993, 9.2: 75-80.
44. WHOQOL GROUP, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine, 1998, 28.3: 551-558.

45. BAŞARAN, Sibel; GÜZEL, Rengin; SARPEL, Tunay. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma Dergisi, 2005, 20.1: 55-63.

46. DILBAZ, N. Yaşam kalitesi: ölçümü ve psikiyatri. Psycho Med, 1996, 2.1: 20-24.

47. TORLAK, S. E.; YAVUZÇEHRE, P. S. A Study on the Quality Of Life of Denizli Urban Poor. J Contemporary Local Governments, 2008, 17.2: 23-44.

48. BOYLU, Ayfer AYDINER; PAÇACIOĞLU, Bahar. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD), 2016, 8.15: 137-150.

49. PEKCAN, Gülden. Beslenme durumunun saptanmasi. Diyet El Kitabi, 2008, 726: 67-141.

50. ERGÜN, A., et al. Sağlık bakımındaki gelişmeler ve bakım uygulamaları. İçinde: Eti Aslan F, Karadakovan A,(Eds.), Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Nobel Kitabevi, 2013, 3-23.

51. SAVCI, Fzt Dr Sema; ÖZTÜRK, Uzm Fzt Melda; ARIKAN, Fzt Dr Hülya. Üniversite ö¤ rencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri. Türk Kardiyol Dern Arfl, 2006, 34.3: 166-172.

52. ESER, E., et al. Psychometric properties of the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. J Psychiatry Psychol Psychopharmacol, 1999, 7.2: 23-40.

53. ARSLAN, Şule; KUTSAL, Yeşim Gökçe. Geriatride yaşam kalitesinin değerlendirimi. Turkish Journal of Geriatrics, 1999, 2.4: 173-178.

54. CÖMERT, Menekşe. GENÇLERİN FAST FOOD TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI. The Journal of Academic Social Science, 2019, 6: 423-427.

55. ALPÖZGEN, Ayşe Zengin; ÖZDINÇLER, Arzu Razak. Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri: Derleme. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2016, 3.1: 66-72.

56. SAYIN, Kürşad. Hızlı Yemek Ürünlerinin Sağlık Üzerine Etkileri ve Tercih Nedenleri Üzerine Bir. Journal of Tourism and Gastronomy Studies, 2022, 10.1: 302-320.

57. ÖZDEMIR, İlkay, et al. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 2011, 24.2.

58. WIJNHOVEN, Hanneke AH, et al. Gender differences in health-related quality of life among asthma patients. Journal of asthma, 2003, 40.2: 189-199.

59. KALANTAR-ZADEH, Kamyar, et al. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. Journal of the American Society of Nephrology, 2001, 12.12: 2797-2806.

60. METE, Hayriye Elbi. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri, 2008, 11.3: 3-18.

61. BAL, Meltem Demirgöz. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine genel bakiş. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2014, 1.1: 15-28.

62. KANTER, R.; CABALLERO, B. Global gender disparities in obesity: a review. Adv Nutr. 2012; 3 (4): 491–8.

63. ATA, Arif; VURAL, Aynur; KESKIN, Fersin. Beden algısı ve obezite. Ankara Medical Journal, 2014, 14.3.

64. MERDOL, S. Yetişkin bireylerde obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. 2019. Master's Thesis. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

65. SEMPOZYUMU, YAŞLANAN DÜNYA VE YAŞLANAN İNSAN. YAŞLANAN KADIN SEMPOZYUMU. Turkish Journal of Geriatrics, 2009, 12.4.

66. BINGÖL, Orhan. Toplumsal cinsiyet olgusu ve Türkiye'de kadınlık. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2014, 2014.3: 108-114.

67. HSU, Kirby; MARSHALL, Victor. Prevalence of depression and distress in a large sample of. Am J Psychiatry, 1987, 144.12: 1561-1566.

68. BUĞDAYCI, R., et al. Mersin İli'nde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni, 2007, 26.1: 32-6.

69. BAYDUR, Hakan. Soma elektrik üretim ve ticaret anonim şirketi tesislerinde çalışan işçilerde bazı sosyodemografik faktörlerle yaşam kalitesinin ilişkisi. 2001. Master's Thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

70. PERIM, Aysun. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. 2007. Master's Thesis. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

71. KADRIYE, A. V. C. I.; KAYIHAN, P. A. L. A. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004, 30.2: 81-85.

72. KARTAL, Mehtap; MIDIK, Özlem; BÜYÜKAKKUS, Alper. Ondokuz Mayis Üniversitesi Tip Fakültesi Ögrencilerinde Sigara Kullanimi ve Yasam Kalitelerine Etkisi/Tobacco Smoking and its Effect on Quality of Life of Medical Students in Ondokuz Mayis University. Turk Toraks Dergisi, 2012, 13.1: 11.

73. SOLAR, Meltem. Sigara‹ çme Durumunun Üniversite Ö¤ rencilerinin Yaflam Kalitesi Üzerine Etkisinin‹ ncelenmesi. Toraks Dergisi, 2008, 9.2: 68-73.

74. ZAHRAN, Hatice S., et al. Health-related quality of life and behaviors risky to health among adults aged 18–24 years in secondary or higher education—United States, 2003–2005. Journal of adolescent health, 2007, 41.4: 389-397.

75. WELSH, Janet A.; BUCHSBAUM, D. G.; KAPLAN, C. B. Quality of life of alcoholics and non-alcoholics: does excessive drinking make a difference in the urban setting?. Quality of Life Research, 1993, 2: 335-340.

76. DAEPPEN, Jean-Bernard, et al. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. The American journal of drug and alcohol abuse, 1998, 24.4: 685-694.

77. SAENGCHARNCHAI, Pichai, et al. Correlates of health-related quality of life in Thai patients with alcohol dependence. Journal of ethnicity in substance abuse, 2016, 15.2: 210-220.

78. VOLK, Robert J., et al. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1997, 21.5: 899-905.

79. AGHAEI, Asghar; KHAYYAMNEKOUEI, Zohreh; YOUSEFY, Alireza. General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2013, 84: 569-573.

80. MACINTYRE, Sally, et al. Food choice, food scares, and health: the role of the media. In: The Nation's Diet. Routledge, 2018. p. 228-249.

81. THINKS, Britain. Future consumer: Food and generation Z". no. September, 2019.

82. WARDLE, Jane; VOLZ, Chloe; GOLDING, C. Social variation in attitudes to obesity in children. International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity, 1995, 19.8: 562-569.

83. COŞKUN, Fatma; KAYIŞOĞLU, Serap. Besin etiketi okuma alışkanlıklarına ve etiket okumanın satın alma tercihlerine cinsiyetin etkisi: Tekirdağ ili örneği. Akademik Gıda, 2018, 16.4: 422-430.