

**KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde
Yatan Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa
Uyumlarının Beslenme Durumları, Diyet ve Yaşam Kalitesi
Üzerine Etkisi**

Nida Nur Makreş

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ocak 2025
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Yrd. Doç. Dr. Gözde Okburan
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Asiye Yeter Başaran
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Doç. Dr. Mustafa Hoca

2. Yrd. Doç. Dr. Asiye Yeter Başaran

3. Yrd. Doç. Dr. Gözde Okburan

ÖZ

Bu çalışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde yatan 19-64 yaş arası kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumlarının, beslenme durumları, diyet ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya 22'si kadın, 41'i erkek 63 kişi katılmıştır. Bireyler ile yüz yüze görüşülerek, genel bilgiler, hastalık bilgileri, antropometrik ölçümler, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form SF-36), Sağlıklı Yeme İndeksi-2020 (SYİ-2020), Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) ve 1 günlük besin tüketim kaydının olduğu anket formu uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş ortalaması $50,25 \pm 11,47$ yıldır. Bireylerin %52,4'ünün hipertansiyona, %44,4'ünün Tip 2 Diyabete, %30,2'sinin de solunum sistemi hastalıklarına sahip oldukları bulunmuştur. Bireylerin %36,5'inin 11 yıl ve üzeri kronik hastalığı vardır. %87,3'ünün ailesinde kronik hastalık öyküsü olduğu bulunmuştur. Ayrıca bireylerin %57,1'inin de düzenli ilaç kullandığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %42,9'unun kronik hastalıkları ile ilgili diyet uyguladıkları saptanmıştır.

Bireylerin KHUÖ toplam puanı ortalama $82,15 \pm 11,86$ olarak saptanmıştır. SF-36 alt boyutlarından en yüksek puanı alan fiziksel fonksiyon ($76,55 \pm 26,38$), en düşük puanı alan ise fiziksel rol güçlüğü ($32,14 \pm 41,01$) olarak belirlenmiştir. NRS-2002 puanı toplam puanı ise $0,87 \pm 0,85$ olarak hesaplanmış, %96,8'inin malnütrisyon riski altında olmadığı görülmüştür. Bireylerin SYİ-2020 puan sınıflamasında %60,3'ünün F sınıfında (0-59 puan) olduğu, toplam SYİ puanının $55,32 \pm 19,65$ olduğu ve böylece bireylerin diyet kalitesi geliştirilmesi gereken olarak saptanmıştır. KHUÖ toplam

puanı, SF-36 alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, enerji-canlılık-vitalite, ruhsal sağlık ve genel sağlık ile anlamlı ve pozitif korelasyon göstermiştir ($p<0,05$). KHUÖ ile NRS-2002 ve SYİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak bireylerin kronik hastalıklara uyumlarının artmasının yaşam kalitesinde pozitif etkisi olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ), Yaşam Kalitesi, Diyet Kalitesi

ABSTRACT

This study was conducted to determine the effects of disease adaptation, nutritional status, diet, and quality of life in individuals aged 19-64 with chronic diseases hospitalized in the Internal Medicine Department of Famagusta State Hospital in Northern Cyprus. A total of 63 individuals participated in the study, including 22 women and 41 men. Data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire that included general information, disease information, anthropometric measurements, the Chronic Disease Adaptation Scale (CDAS), the Quality of Life Scale (Short Form SF-36), Healthy Eating Index-2020 (HEI-2020), Nutritional Risk Screening (NRS-2002), and a one-day food consumption record.

The average age of the participants included in the study was $50,25 \pm 11.47$ years. It was found that 52,4% of the individuals had cardiovascular diseases, 44,4% had diabetes, and 30,2% had respiratory system diseases. Additionally, 36,5% of the participants had chronic diseases for 11 years or more, and 87,3% had a family history of chronic diseases. Moreover, 57,1% of the participants were found to use medication regularly. Among the participants, 42,9% were found to follow a diet related to their chronic diseases.

The total CDAS score of individuals was determined to be an average of 82.15 ± 11.86 . Among the SF-36 subdimensions, the highest score was in physical function (76.55 ± 26.38), while the lowest score was in physical role difficulty (32.14 ± 41.01). The total NRS-2002 score was calculated as 0.87 ± 0.85 , and 96.8% of the individuals were found not to be at risk of malnutrition. In the SYİ-2020 score classification, 60.3% of individuals were in the F class (0-59 points), with a total SYİ score of 55.32 ± 19.65 , indicating that their diet quality needed improvement. The total

CDAS score showed a significant and positive correlation with physical function, energy-vitality, mental health, and general health among the SF-36 subdimensions ($p < 0.05$). However, no statistically significant relationship was found between KHUÖ and NRS-2002 or SYI ($p > 0.05$).

In conclusion, it was determined that an increase in individuals' adaptation to chronic diseases has a positive impact on their quality of life.

Keywords: Chronic Disease, Healthy Eating Index (HEI), Quality of Life, Diet Quality.

TEŞEKKÜR

Öncelikle çalışmamın başından sonuna kadar bilgi birikimlerini, desteklerini, yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Asiye Yeter Başaran’a, çalışmanın yürütülmesinde bir çok desteği olan, sorduğum her sorunun cevabını alabildiğim sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Müjgan Öztürk’e,

Yüksek lisans yolculuğumda ve tez sürecimde birlikte her zorluğu aştığımız, sonsuz desteklerini hissettiğim, sevgili yol arkadaşım Uzm. Dyt. Melisa Bilen’e, bu süreçte bıkmadan beni her açıdan aydınlatan, rahatlatan Uzm. Dyt. Fulya Taş Fidan’a, her türlü manevi desteğini esirgemeyen sevgili ofis arkadaşım Dyt. Güntülü Göçmen’e ve mesleğimizi birlikte seçtiğimiz, uzakta da olsa her zaman yanımda hissettiğim çok sevdiğim meslektaşım Dyt. Yaren Dalkılıç’a, yüksek lisans eğitimim boyunca hayatıma dokunmuş tüm hocalarıma, çalışmama katılmayı kabul eden sevgili katılımcılara ve Gazimağusa Devlet Hastanesi çalışanlarına,

Son olarak hayatım boyunca aldığım her kararda maddi-manevi beni her zaman destekleyen, sayısız imkan sunan, yolumu kolaylaştıran annem Nur Dilek Makreş, babam Cengiz Makreş ve kardeşim Kıvanç Makreş’e, şu anda ve bundan sonra fiziken yanımda olamasalar da, her zaman kalbimde olan, sonsuz gurur ve güvenlerini hissettiğim, beni sonuna kadar destekleyen canım dedelerim Hasan Makreş ve Emin Dursun’a ve beni destekleyen, seven tüm akraba ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR	xii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Kuramsal Yaklaşım	1
1.2 Amaç ve Hipotezler	2
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 Kronik Hastalıkların Tanımı ve Genel Bilgiler	3
2.1.1 Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi	4
2.1.2 Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri.....	5
2.1.2.1 Değiştirilebilen Risk Faktörleri.....	5
2.1.2.2 Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	5
2.1.3 Kronik Hastalıklardan Korunma ve Tedavi Yöntemleri.....	6
2.1.3.1 Medikal Tedavi	7
2.1.3.2 Fiziksel Aktivite	7
2.1.3.3 Beslenme Tedavisi	8
2.2 Kronik Hastalıklara Uyum	9
2.3 Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi	10
2.4 Kronik Hastalıklarda Diyet Kalitesi	11
2.5 Kronik Hastalıklarda Malnütrisyon.....	12
3 GEREÇ VE YÖNTEM	14

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	14
3.2 Araştırmanın Genel Planı	15
3.3 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	15
3.3.1 Anket Formu	15
3.3.2 Antropometrik Ölçümler.....	16
3.3.3 Beden Kütle İndeksi (BKİ) (kg/m ²).....	17
3.3.4 Bel/Kalça Oranı	17
3.3.5 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	17
3.3.6 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form SF-36).....	18
3.3.7 Sağlıklı Yeme İndeksi-2020 (Healthy Eating Index, HEI-2020)	19
3.3.7.1 Toplam Meyve	21
3.3.7.2 Tam Meyve	21
3.3.7.3 Toplam Sebze.....	21
3.3.7.4 Koyu Yeşil Yapraklı Sebzeler ve Kurubaklagiller.....	21
3.3.7.5 Tam Tahıllar.....	22
3.3.7.6 Deniz Ürünleri ve Bitkisel Proteinler.....	22
3.3.7.7 Toplam Protein.....	22
3.3.7.8 Süt ve Süt Ürünleri.....	22
3.3.7.9 Yağ Asitleri	23
3.3.7.10 İşlenmiş Tahıllar.....	23
3.3.7.11 Sodyum	23
3.3.7.12 İlave Şeker.....	23
3.3.7.13 Doymuş Yağlar	23
3.3.8 Nutrisyonel Risk Taraması (NRS-2002).....	24
3.3.9.24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı	24

3.4 Verilerin Toplanması.....	24
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi.....	25
4 BULGULAR.....	26
5 TARTIŞMA	48
5.1 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri.....	48
5.2 Bireylerin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	48
5.3 Bireylerin Beslenme Durumları	49
5.4 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri.....	50
5.5 Bireylerin Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği Puanları	51
5.6 Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi Puanları.....	52
5.7 Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları	54
5.8 Bireylerin Nutrisyonel Risk Taraması 2002 Puanları	55
5.9 Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Puanı ile Yaşam Kalitesi.....	55
5.10 Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Puanı ile Nutrisyonel Risk Taraması 2002 Puanları Arasındaki İlişki.....	56
5.11 Bireylerin Yaşam Kalitesi Puanları ile Nutrisyonel Risk Taraması 2002 Puanları Arasındaki İlişki.....	57
5.12 Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi Puanları ve Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları Arasındaki İlişki.....	59
5.13 Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Puanları ile Sağlıklı Yeme İndeksi Puanları Arasındaki İlişki.....	59
5.14 Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımları ile Sağlıklı Yeme İndeksi Puanı Arasındaki İlişki	60
5.15 Araştırmanın Sınırlılıkları	60
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62

6.1 Sonuçlar.....	62
6.2 neriler.....	65
KAYNAKLAR	67
EKLER.....	84
Ek 1: KKTC Sağlık Bakanlığı Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul Onay Formu	85
Ek 2: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Onay Formu	86
Ek 4: Ölçek İzinleri	89
Ek 5: Anket Formu	91

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EORTC-QLQ C30	European Organization for the Research and Treatment of Cancer
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
FODMAP	Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides and Polyols
g	Gram
HT	Hipertansiyon
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KHUÖ	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği
kkal	Kilokalori
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyo Vasküler Hastalık
MIND	Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay
NCI	National Cancer Institute
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NRS-2002	Nutritional Risk Screening-2002
PCOS	Polikistik Over Sendromu
SYİ-2020	Sağlıklı Yeme İndeksi-2020

TC

Türkiye Cumhuriyeti

TÜİK

Türkiye İstatistik Kurumu

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Tedavisinde Etkin Diyet Modelleri ...	9
Tablo 4.1: Bireylerin Sosyodemografik Bilgilerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2: Bireylerin Yaşam Tarzlarının ve Alışkanlıklarının Dağılımları	27
Tablo 4.3: Bireylerin Kronik Hastalık ve Sağlık Durumu Dağılımları.....	28
Tablo 4.4: Bireylerin Beslenme ve Diyet Durumu Dağılımları	30
Tablo 4.5: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Alım Miktarlarının Dağılımları	31
Tablo 4.6: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Antropometrik Ölçümlerinin Dağılımları	32
Tablo 4.7: Bireylerin Cinsiyetlere Göre BKİ Sınıflandırılması	33
Tablo 4.8: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanlarının Dağılımları	34
Tablo 4.9: Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puanlarının Dağılımları.....	34
Tablo 4.10: Bireylerin Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) Puanlarının Dağılımları ve NRS-2002'ye Göre Malnütrisyon Risk Durumları.....	35
Tablo 4.11: Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ 2020) Puanlarının Dağılımları .	36
Tablo 4.12: Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanlarının Sınıflandırılması.....	37
Tablo 4.13: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanları ile Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları Arasındaki İlişki.....	38

Tablo 4.14: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanları ile Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) Puanları Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4.15: Bireylerin Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları ile Nütrisyonel Risk Taraması Puanları Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4.16: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanları ile Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanları Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 4.17: Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanları ile Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları Arasındaki İlişki	41
Tablo 4.18: Bireylerin Enerji, Makro ve Bazı Mikro Besin Ögesi Alımları ile Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Arasındaki İlişki.....	42
Tablo 4.19: Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımları ile Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) Puanları Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 4.20: Bireylerin Enerji ve Makro Besin Ögesi Alımları ile Yaşam Kalitesi (SF- 36) Puanları Arasındaki İlişki	45
Tablo 4.21: Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarının Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanı Arasındaki İlişki.....	46

Bölüm 1

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Kuramsal Yaklaşım

Kronik hastalıklar dünyada ölüm oranlarının başlıca sebepleri arasında gelmektedir (Zhang ve ark., 2024). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasına göre bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da tanımlanmaktadır. Birden ortaya çıkmayan, altta yatan birçok fizyopatolojik durumun olduğu, 1 yıldan uzun süren ve tekrarlayan ve sürekli tıbbi gözetim gerektiren hastalıklardır ve fizyolojik, genetik, çevresel ve davranışsal faktörler sebebiyle ortaya çıkmaktadır (WHO, 2023; CDC, 2021). En sık görülen kronik hastalıklar kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve solunum yolu hastalıklarıdır (WHO, 2023). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre Türkiye'deki insidansına bakıldığında her yıl 22 milyon kişinin kronik hastalıklara sahip olduğu saptanmıştır (TÜİK, 2023). Aktif egzersiz, ideal vücut ağırlığı, sigara kullanmama, ılımlı alkol tüketimi gibi sağlıklı yaşam tarzları kronik hastalıkların değiştirilebilir faktörleri arasında yer almaktadır ve bu faktörlere dikkat edilmesi durumunda riskler azaltılabilir. Sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesi, kronik hastalığı olan hastaların sağlık potansiyellerini harekete geçirmek, sağlık durumlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini arttırmak için faydalıdır (Zhang ve ark., 2024).

Kişilerin kronik hastalıklar ve komplikasyonlarının yaşam tarzını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir ve yaşam kalitelerinin artması için kronik hastalıklara uyumun sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Uyum sağlayamayan hastaların sık aralıklarla hastaneye yattığı gözlemlenmektedir (Schoen ve ark., 2010).

Kronik hastalıklara sahip olmak, getirdiği fonksiyonel rahatsızlıklar, hastalığın ve tedavinin beraberinde getirdiği kısıtlamalar ve değişiklikler; kişilerin sosyal, fiziksel ve bilişsel yaşamını büyük oranda etkileyebilmektedir ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kaya ve ark., 2022). Hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik planlanan çalışmaların, hasta bakımlarında kolaylık sağladığı ve böylece yaşam kalitelerinde iyileşmeye gidilmesiyle kronik hastalığa sahip kişiler için oldukça önemli bir sağlık belirteci olduğu bilinmektedir (Van Wilder ve ark.,2019).

Diyet kalitesi, bir diyet kalıbının diyet kılavuzlarına bağlılığını puanlayarak besin çeşitliliğini derecelendirip ölçmek için kullanılan bir terimdir, diyeti bir bütün olarak ele alan nispeten yeni bir kavramdır. Düşük diyet kalitesi kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırmaktadır (Doyle ve ark., 2017).

1.2 Amaç ve Hipotezler

Bu çalışmanın amacı, KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde yatan 19-64 yaş arası kronik hastalığa sahip bireylerin kronik hastalığa uyumlarını, diyet ve yaşam kalitesini saptamaktır.

Çalışmanın temel hipotezleri aşağıda verilmiştir:

H1.1 Hipotezi: Katılımcıların kronik hastalıklara uyumları arttıkça, diyet kalitesi artar.

H1.2 Hipotezi: Katılımcıların kronik hastalıklara uyumları arttıkça, yaşam kalitesi artar.

H1.3 Hipotezi: Katılımcıların kronik hastalıklara uyumları arttıkça, malnütrisyon riski azalır.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Hastalıkların Tanımı ve Genel Bilgiler

Yunancada “Khronos” sözcüğünden dilimize uyarlanan “kronik” kelimesi zaman anlamına gelmektedir. Kronik hastalıklar; birden ortaya çıkmayan, meydana gelişinde birçok fizyopatolojik durumların olduğu ve çoğunlukla tam iyileşme sağlanamayan, tedavi ve bakım süreci kontrol altında olan ve uzun süren, yönetilmesi güç tıbbi sorunlardır başka bir tanımla tıbbi sebepler veya bulgularla alakalı ya da 3 ay ve üzeri bakım gerektiren durumlar olarak da tanımlanmaktadır (Durna, 2012).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ise 1 yıl ve daha uzun süren, tekrarlayan, sürekli tıbbi gözetim ve takip isteyen, günlük aktiviteleri kısıtlayan veya her ikisini birden içeren durumlar olarak belirtmektedir (CDC, 2021).

DSÖ’nün tanımlamasına göre kronik hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da tanımlanmaktadır. Kronik hastalıkların oluşumunda fizyolojik, genetik, çevresel ve davranışsal faktörler rol oynamaktadır. Genellikle uzun sürelidir. Başlıca tipleri, kanser türleri, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kronik solunum yolu hastalıkları (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi) ve Tip 2 Diyabettir (WHO, 2023).

Kronik hastalıklar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi’nin tanımlamasına göre ise 3 ay ve daha uzun süren, aşılarla önlenemeyen veya kendiliğinden ortadan kalkmayan yaşam boyu süren hastalıklardır.

Kişilerin yaşam kalitelerini düşüren ve günlük aktivitelerini sınırlandıran, takipli ve devamlı tıbbi girişim gerektiren hastalıklardır (Bernell ve Howard, 2016).

Belirtilen tanımlamalara göre kişilerde uzun süreli faaliyetlerde azalma durumları, sosyal ve fiziksel açıdan engellilik durumları ortaya çıkabilmektedir (Gorman ve Sultan, 2014).

2.1.1 Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi

DSÖ'ye göre bulaşıcı olmayan hastalıklar, her yıl 41 milyon kişinin ölümüne sebep olmaktadır. Bu sayı dünyadaki tüm ölümlerin yaklaşık %74'üne denk gelmektedir. Her yıl 17 milyon kişinin 70 yaşına gelmeden kronik hastalıklar sebebiyle yaşamını kaybettiği ve bu ölümlerin %86'sının düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği belirtilmiştir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin çoğu sırasıyla KHV, çeşitli kanser türleri (akciğer, meme, kolon, pankreas kanseri gibi), kronik solunum yolu hastalıkları ve Tip 2 Diyabetten kaynaklanmaktadır (WHO, 2023).

TÜİK) verilerine ve Sağlık Bakanlığı Raporuna göre Türkiye'de en az 22 milyon insanın bir veya birden çok kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. Hastalığa bağlı ölüm sebeplerine bakıldığında zaman sırasıyla %33,4 KHV, %15 çeşitli kanser türleri ve %13,2 ile solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır. Bu oranlar tüm ölümlerin yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır (TÜİK, 2023).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ekonomik olarak ciddi riskler ortaya çıkarmaktadır. Nüfusun artışı, hızlı kentleşme, küreselleşme nedeniyle oluşan yoksulluk ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen ürünlerin ticareti de bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını bir döngü içinde arttırmaktadır. (Aydemir ve Çetin, 2019).

Artan yaşam süresiyle kronik hastalıkların, bulaşıcı hastalıklara göre daha sık görüldüğü saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük ve gelişmemiş ülkelerin yanı

sıra gelişmiş ülkelerde de kronik hastalıklar artmakta ve ciddi morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olmaktadır (Özpulat, 2017).

2.1.2 Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri

Kronik hastalıklar; kötü yaşam tarzı, yetersiz sağlık sistemi, toplum etkileri ve sağlığın çevresel belirleyicilerinin kombinasyonundan etkilenebilir. Bu risk faktörleri genellikle bir arada bulunur ve birbirleriyle etkileşime girebilir. (Cockerham ve ark., 2017).

2.1.2.1 Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Kronik hastalıkların etiyolojisinde değiştirilebilir faktörler arasında yeterli ve dengeli olmayan beslenme, fiziksel olarak inaktif olma, alkol tüketimi, sigara kullanımı, bağımlılık yapan ilaç kullanımı gibi davranışsal faktörler yer almaktadır (Shakoori ve ark., 2020). Bu davranışsal risk faktörleri yüksek tansiyon, vücut ağırlığı ve bel çevresi artışı, anormal kan şekeri ve lipit seviyeleri gibi olumsuz sağlık sorunlarına yol açan metabolik risk faktörlerini oluşturup, kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Bu risk faktörlerinin önlenmesiyle Tip 2 Diyabet, kalp damar hastalıkları ve inme gibi hastalıkların %80, kanser oluşumunun da %40 önlenilebileceği belirtilmiştir (WHO, 2017).

2.1.2.2 Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş, genetik faktörler, ırk, cinsiyet ve aile öyküsü ise kronik hastalıkların değiştirilemez faktörleri arasındadır (CDC, 2013; Shakoori ve ark., 2020). Her yaş grubundan bireyler kronik hastalıklardan etkilenmektedir. Bu koşullar genellikle daha ileri yaş gruplarıyla ilişkilidir ama yaklaşık 17 milyon kişinin ölümünün 70 yaşından önce gerçekleşmekte olduğu bildirilmiştir. Bu erken ölümlerin %82'sinin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği tahmin edilmektedir (WHO, 2024).

2.1.3 Kronik Hastalıklardan Korunma ve Tedavi Yöntemleri

Kronik hastalıklar, uzun sürmeleri, tekrarlamaları ve tedavi edilemezlikleri ile karakterizedir ve etkili kronik hastalık yönetim stratejileri gerektirir (Iovino ve ark., 2024).

ABD Hükümetinin kronik hastalıklar ile ilgili resmi web sitesinde kronik hastalıkları önleme adımları ve stratejilerinde sigarayı bırakmak, haftada en az 150 dakika düzenli fiziksel aktiviteye yer vermek, sağlıklı beslenmek, alkol tüketimini sınırlandırmak, tarama testleri yaptırmak, diş sağlığı için düzenli kontrollere gitmek, yeterli uyku ve aile geçmişinde kronik hastalık öyküsü olup olmadığını sorgulamak yer almaktadır (CDC, 2024).

DSÖ'nün aldığı kararla kabul edilen “Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrol Stratejisi”nde 3 temel hedef vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların epidemiyolojisini saptamak, sağlığın geliştirilmesi ve birincil önleme yöntemleriyle risk faktörlerini azaltmak, bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip bireylerin bakımlarının geliştirilmesidir (WHO, 2013).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıkların risk faktörlerinin önlenmesi ve kontrolü için uygulanan bazı programlar vardır. Bunlar; “Ulusal Tütün Programı (2015-2018)”, “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)”, “Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021)”, “Alkol Tüketimini Azaltmak için Aktiviteler”dir. Ayrıca kronik hastalıkları önlemek için kronik solunum yolu hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, kanser türleri, Tip 2 Diyabet, böbrek hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıkları gibi hastalıklara özgü programlar da geliştirilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.1.3.1 Medikal Tedavi

Kronik hastalıkların yönetimi için mevcut stratejilerde yaşam tarzı değişikliği, sağlıklı beslenme, uygun egzersizin yanı sıra farmakolojik müdahaleler de yer almaktadır. Metabolik kronik hastalıkların altında yatan çok yönlü patofizyolojik durumlar nedeniyle, etkili terapötik ve önleyici tedbirler daha az etkili olabilmektedir. Metabolik kronik hastalıklar için medikal tedaviler, hasta sonuçlarını iyileştirmek açısından farklılık göstermektedir. Bazı ilaçlar birden fazla komplikasyonu aynı anda düzenleme yeteneğiyle kronik hastalıkların tedavisinde çok iyi avantajlara sahiptir (Qiu ve Yan, 2024).

2.1.3.2 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite literatürde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Spor Hekimliği Ansiklopedisi için “iskelet kaslarıyla yapılan ve enerji gerektiren her çeşit vücut hareketi” olarak kabul edilmiştir (Kenney & Murray, 2013). Fiziksel olarak hareketsiz olmak artan kronik hastalık riskiyle ilişkilidir. Kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivitenin ve günlük egzersizlerin yararları sürekli olarak araştırılıp yeni bilgiler raporlanmaktadır (Anderson ve Durstine, 2019). Medikal tedavi; semptomları tedavi edip, fizyolojik işleyişi fizyolojik olmayan bir şekilde değiştirirken; fiziksel aktivite fizyolojik sistemlerin en iyi şekilde çalışmasını sağlamaktadır (Farinatti ve ark., 2018). Aynı zamanda kişilerin fiziksel sağlıklarını geliştirmenin yanında ruhsal sağlıklarının iyileştirilerek geliştirmesinde ve yaşam kalitelerinin artmasında da etkilidir (Bull ve ark., 2020).

Kanser, hipertansiyon, Tip 2 Diyabet gibi kronik rahatsızlıklara sahip bireylerde artmış fiziksel aktivitenin iyileştirilmiş sonuçlar gösterdiği saptanmıştır. Tip 2 Diyabetli bireylerde kardiyovasküler mortalite riskinin azalması ve hemogloblin A1c, kan basıncı, beden kütle indeksi (BKİ) ve serum lipit seviyelerinin azalması ile ilişkili

güçlü kanıtlar vardır. KVVH'da mortalite riskini azalttığına dair orta derecede kanıtlar mevcuttur (Bull ve ark., 2020).

2.1.3.3 Beslenme Tedavisi

Yeterli ve dengeli beslenme; sağlığa olumlu etkisi olan yaşam tarzı faktörlerinin başında gelmektedir. Yetersiz ve sağlıksız beslenme; obezite, hipertansiyon, KVVH, Tip 2 Diyabet, felç, metabolik sendrom, bazı kanserler ve bazı nörolojik hastalıklar da dahil olmak üzere birçok kronik hastalığın gelişimine sebep olabilir. Ayrıca obezitenin veya aşırı vücut ağırlığının da kronik hastalıklar için bir risk faktörü olup, diğer tıbbi rahatsızlıkların gelişimine neden olduğu bilinmektedir. Bu hastalıklar dünya çapında ölümlerin en sık nedenleri arasında gelmektedir (Gropper, 2023; Santos, 2022).

Kronik hastalıkların risklerini atırmada etkili olan başlıca beslenme faktörleri; sebze-meyve, yağlı tohum ve tam tahılların tüketiminin yetersiz olması ve yüksek sodyum alımıdır. Zeytinyağı, tam tahıl, sebze-meyveler, yağlı tohumlar, kurubaklagiller, balık ve ılımlı düzeyde şarap tüketimi; düşük miktarda süt ve et tüketimi ile karakterize olan Akdeniz Diyetinin, özellikle antiinflatuar özellikleri nedeniyle kronik hastalıkları önleme ve yönetmede olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır. (Renzo ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada Akdeniz Diyetinin menopoz sonrası kadınlarda vücut ağırlığı kaybını teşvik ettiği, kardiyovasküler ve metabolik risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Lombardo ve ark., 2020)

Dengeli ve sağlıklı beslenme düzeni, renkli ve çeşitli meyve-sebze tüketimi, tam tahıl tüketimi, bitkisel protein, az yağlı süt ve süt ürünlerini içerirken; doymuş yağ, eklenmiş şeker ve sodyumu sınırlı tutmaktadır (CDC, 2024).

Beslenmenin bu iyi bilinen özellikleri yaşam tarzı değişikliklerine, besinlerin ulaşılabilirliğine, coğrafi bölgelere, kişilerin sağlık durumlarına, sahip oldukları hastalıklara göre değişebilmektedir (Santos, 2022).

Aşağıdaki Tablo 2.1’de kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde etkin olduğu yapılmış çalışmalarla desteklenen spesifik diyet modelleri verilmiştir. Bu diyet modelleri kişiye özel planlanıp, hekim ve diyetisyen gözetiminde düzenli takiple uygulanmalıdır. Tabloda verilen diyet modelleri çeşitli çalışmalarla desteklense de etkinliği ve uygulama yöntemleri hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Tablo 2.1: Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Tedavisinde Etkin Diyet Modelleri

Diyet Modelleri	Önlenmesi ve Tedavisinde Etkili Olduğu Kronik Hastalıklar
Akdeniz Diyeti (Keys, 1995)	Diyabet, kalp damar hastalıkları, obezite, karaciğer hastalıkları, kanser, hipertansiyon
DASH* Diyeti (Siervo ve ark., 2015)	Hipertansiyon
Glutensiz Diyet (Serin ve Akbulut, 2017)	Çölyak
Ketojenik Diyet (Kim, 2017).	Epilepsi
Aralıklı Açlık Diyeti (Malinovski ve ark., 2019))	Metabolik Sendrom
FODMAP** Diyeti (Gibson, 2017)	İrritabl bağırsak sendromu, chron’s hastalığı, ülseratif kolit
MIND*** Diyeti (Morris, 2015)	Nörodejeneratif hastalıklar

*DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension

**FODMAP: Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyols

***MIND: Mediterranean –DASH Intervention for Neurodegenerative Delay

2.2 Kronik Hastalıklara Uyum

Hastalıkların tedavilerinde en önemli süreç uyumdur (Oral ve ark., 2002). Sağlık çalışanlarının yaptığı önerilerin hasta tarafından kabul görülmesi ve uygulanması uyum olarak tanımlanabilmektedir (Ervatan, 2003). Hastalıklara uyum;

tedaviyi kabul edip devam ettirmeyi ve tamamlamayı, sağlık kontrollerini aksatmamayı, ilaçların düzenli kullanılmasını, önerilen davranışların dikkate alınıp davranış değişikliği yapılmasını ve gerektiği durumlarda yaşam tarzında da değişiklik yapılması durumudur (Ateş ve Algül, 2006). Kronik hastalıklara sahip olmak çoğu zaman kişilerin yaşam tarzlarında değişiklik yapmalarını gerektiren bir durum olabilmektedir. Hastaların ve yakın çevresinin, hayatıyla ilgili kararlarını ve sonuçlarını da etkilemektedir ve bunlar olumsuz psikososyal durumlar yaratabilir. Aynı zamanda hastalığa uyum süreçlerini de olumsuz yönden etkileyebilmektedir (Çınar, 2009). Kronik hastalıklar ve komplikasyonlarının yaşam tarzlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir ve yaşam kalitelerinin artması için kronik hastalıklara uyumun sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Uyum sağlayamayan hastaların sık aralıklarla hastaneye yattığı gözlemlenmektedir. Hastaların uyumlarının artırılması konusunda, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, ekonomik durumu, aile desteği, sosyal çevresi gibi faktörler ile kurumsal destek hizmetlerinin de çok önemli rolü vardır (Schoen ve ark., 2010).

2.3 Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kişiden kişiye göre değişen ve kişilerin normal yaşam aktiviteleri, psikolojik fonksiyonlar gibi etmenleri içeren bir kavramdır. Genel olarak kişilerin ruhsal, psikolojik ve fiziksel durumlarını, günlük yaşantısındaki ilişkilerini kapsamaktadır (Akyol, 1993). Kronik hastalıklara sahip olmak, fonksiyonel rahatsızlıklar, hastalığın ve tedavinin beraberinde getirdiği kısıtlamalar ve değişiklikler; kişilerin sosyal, fiziksel ve bilişsel yaşamını büyük oranda etkileyebilmektedir ve dolayısıyla yaşam kalitesinde büyük oranda bir düşüş olabilmektedir. Aynı zamanda morbidite ve mortalite açısından yüksek risk oluşturmaktadır (Van Wilder ve ark., 2019). Hastaların yaşam kalitelerini

iyileştirmeye yönelik planlanan çalışmaların, hasta bakımlarında kolaylık sağladığı ve böylece yaşam kalitelerinde iyileşmeye gidilmesiyle kronik hastalığa sahip kişiler için oldukça önemli bir eylem olduğu bilinmektedir (Van Wilder ve ark.,2019). Hasta kişilerin yaşam kalitelerini arttırmak kronik hastalıkların temel tedavi amaçları arasındadır (Kumsar ve Yılmaz, 2014).

2.4 Kronik Hastalıklarda Diyet Kalitesi

Diyet kalitesi, bir diyet kalıbının genel sağlık durumunu bileşenlerine göre ölçmek için kullanılan bir terimdir. Diyet kalitesinin değerlendirilmesi, diyetin bütününe, besinler, besin öğeleri ve biyoaktif maddeler olmak üzere bireysel diyet bileşenlerinden daha fazla sağlık sonuçları üzerinde etkiye sahip olduğu şeklindeki mevcut anlayışla uyumludur. Diyet yönergelerine uyumu puanlayarak, temel besin gruplarındaki besin seçiminin çeşitliliğini derecelendirerek, sağlığı koruduğu veya bozduğu bilinen önceden tanımlanmış beslenme modellerini puanlayarak diyeti bir bütün olarak ele alan nispeten yeni bir kavramdır (Doyle ve ark., 2017). Diyet kalitesini hesaplamak için ulusal diyet önerilerine uygun bazı diyet kalite indeksleri geliştirilmiştir. Örneğin, bu çalışmada kullanılan Amerikalılar için Beslenme Kılavuzlarına uygun 1995 yılında geliştirilen Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020)'dir (Petersen ve Kris-Etherton, 2021).

Düşük diyet kalitesi kronik hastalıklara yakalanma riskini arttırmaktadır. Yüksek diyet kalitesi, en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan olan KVB, hipertansiyon, Tip 2 Diyabet ve kanser riskinin azalması ile ilişkilendirilmektedir (Schwingshackl ve Hoffman, 2015). Kuzey Hollanda'da 78346 kişiyle yapılmış bir kohort çalışmada yüksek kaliteli diyete uyumun, kronik böbrek hastalığı (KBH) riskiyle ters orantılı olduğu bulunmuştur (Cai ve ark, 2021). 106870 İngiliz katılımcı ile yapılan başka bir kohort çalışmada 6 farklı diyet kalite indeksi ile KBH insidansı

incelenmiş ve diyet kalitesi ile KBH arasında ters ilişki bulunmuştur (Maroto-Rodriguez ve ark., 2025). Obstrüktif uyku apnesi olan yetişkin bireyler ile yapılmış bir çalışmada yüksek diyet kalitesinin uyku apnesi riskini azalttığı görülmüştür (Zuo & Yang, 2025). Çin’de hipertansiyon ve diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi saptamak için yapılan, 12002 yetişkin bireyin diyet kalitesi arttıkça yeni tanıli hipertansiyon riskinin azaldığı saptanmıştır (Liu ve ark., 2024). Diyet kalitesinin yüksek olması kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli bir değiştirilebilir faktördür.

2.5 Kronik Hastalıklarda Malnütrisyon

Malnütrisyon, dokuların makro-mikro besin öğelerinin yoksunluğuna bağlı yapısal eksiklikler ve organ işlev bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. DSÖ’nün tanımına göre besin öğelerinin ve/veya enerjinin yetersiz, dengesiz veya fazla alımıdır. Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği konsensusunda (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism; ESPEN) ise besin alımı veya besin ögesi emiliminden kaynaklı eksiklik durumunda dokuların ve vücudun yapısında ve fonksiyonunda bozulmalara yol açan, sonucunda zihinsel ve fiziksel işlevlerin azalması, hastalıkların klinik sonuçlarının bozulması olarak tanımlamaktadır (Cederholm, 2015). Malnütrisyon nedenleri; gelişimi, besinlere ulaşım ve alım ile bağlantılı olarak birincil yetersiz beslenme ve sindirimi, emilimi bozan belirli fizyolojik durumlar ve patolojik durumlardan kaynaklanan yetersiz beslenme (ikincil) olarak sınıflandırılmaktadır (Shahrin ve ark., 2015). Malnütrisyon gelişimi, kronik hastalıkların oluşumunu ve ilerlemesini hızlandırmaktadır (Guenter ve ark.,2021). Aynı zamanda hastanede kalış süresi arttıkça malnütrisyon riskinin arttığı görülmektedir. Onkoloji hastalarının tarandığı bir meta-analiz çalışmasında yetersiz beslenme riski altında olan bireylerin sağ kalım oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (Zang ve ark., 2023). Malnütrisyon riskinin saptanması ve gelişimini önlemek için

2002 yılında geliştirilen hastanede yatan hastaların riskinin belirlenmesinde bu çalışmada da kullanılan NRS-2002 tarama testi geliştirilmiştir (Kondrup, 2002).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisi'nde Mayıs 2024 – Kasım 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini, Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde yatan kronik hastalığa/hastalıklara sahip bireyler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Kronik hastalıkları olan tüm hastalara ulaşılmaya çalışılmış ve bu kapsamda, araştırma popülasyonu olarak servise yatan tüm hastalar hedef alınmıştır. Uygulanan kapsama yöntemi doğrultusunda, Mayıs 2024-Kasım 2024 tarihleri arasında 113 kronik hastalığa sahip bireye ulaşılmıştır. Ulaşılan bireylerin 30 kişinin yaşının uygun olmaması, 8 kişinin antropometrik ölçümlerinin alınamaması ve 12 kişinin de araştırmaya katılmak istememesi sebebiyle 50 kişi dışında nihai örneklem büyüklüğü 63 kişi olarak gerçekleşmiştir. Bu nedenle a priori örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılmamış; bunun yerine, belirlenen süre zarfında servise yatan tüm hasta popülasyonu taranarak örneklem oluşturulmuştur. Kriterlere uyan kişiler gönüllülük esasına bağlı olarak seçilmiştir. Ancak servisin veri toplama süresi içerisinde tadilata girmesi nedeniyle yaklaşık bir ay kapatılması, hedeflenen sayıya ulaşamamasını sağlamıştır.

Araştırmaya 19 yaş ve üzeri, 64 yaş ve altındaki, kronik hastalığa/hastalıklara sahip olan, Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde yatan, iletişim

kurulabilen, antropometrik ölçümlerin alınabildiği ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

19 yaş altı ve 64 yaş ve üstü bireyler, kronik hastalığa sahip olmayanlar, iletişim kurulamayan, antropometrik ölçümlerin alınmasının mümkün olmadığı ve katılmayı reddeden kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.2 Araştırmanın Genel Planı

Araştırma öncesi KKTC Sağlık Bakanlığı Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurulu (Ek-1) ve Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan ETK00-2024-0125 sayılı karar ile izin alınmıştır (Ek-2). Etik kurul onayları sonrası araştırmaya katılan kişilerden “Yetişkin (18 Yaş ve üzeri) Katılımcı Bilgilendirme ve Gönüllülük Formu” ile yazılı onam alınmıştır (Ek-3). Ölçek sahiplerinden gerekli izinler elektronik posta aracı ile elde edilmiştir (Ek-4).

Araştırmanın amacına uygun olarak geliştirilen anket formu (Ek-5), Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ), Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form SF-36), Nutrisyonel Risk Taraması 2002 (NRS-2002) ve 24 Saatlik Besin Tüketim Formu yüz yüze uygulanmış; katılımcıların antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır.

3.3 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmadaki tüm veriler araştırmacı tarafından bireylerle yaklaşık 30-35 dakika yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

3.3.1 Anket Formu

Araştırmada kullanılan anket formu 6 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde yatan hastanın yaşı, cinsiyeti, hastaneye yatış nedeni, hastalıkları, kullandığı ilaç ve vitamin mineral desteği olup olmadığı, sigara alkol tüketimi gibi genel bilgi ve hastalık bilgileri sorgulanmıştır. İkinci bölümde ise hastaların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel

çevresi, kalça çevresi, BKİ ve bel/kalça oranını içeren antropometrik ölçümleri yer almaktadır. Üçüncü bölümde Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, dördüncü bölümde Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form-36), beşinci Bölümde NRS 2002 bulunmaktadır. Anketin altıncı bölümünde ise hastanın besin tüketimi sorgulanmış olup, bunun için 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır. Bireylerin besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilerle, enerji ve besin ögesi içeriği hesaplanmasında ‘Beslenme Bilgi Sistemleri (BeBiS)’ programı kullanılmıştır.

3.3.2 Antropometrik Ölçümler

Araştırmaya katılan tüm bireylerin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır.

Vücut ağırlığı (kg): Bireylerin vücut ağırlığı 100 grama duyarlı dijital tartı ile ölçülmüştür. Ölçümlerde bireylerin hafif kıyafet giymesi, üzerindeki ceket, palto gibi ağır kıyafetlerin çıkarılması, ceplerde bulunan tüm eşyaların çıkarılması istenmiştir (Pekcan ve Yıldız, 2014).

Boy uzunluğu (cm): Bireylerin boy uzunluğu, ayakkabısız ve çorapsız olarak, omuzları düz duvara dayalı iken, başları Frankfort düzlemde (kulak kanalı ile orbita göz çukurunun alt sınırının aynı hizada ve yere paralel) ölçülmüştür (Pekcan ve Yıldız, 2014).

Bel çevresi (cm): Bireylerin bel çevresi ölçümü ise, en alt kaburga kemiği ile iliak arasında orta noktası bulunarak işaretlenerek ve bu noktadan geçen çevre ölçümü esnemeyen mezura ile ölçülmüştür (Pekcan ve Yıldız, 2014). Bel çevresi DSÖ’nün belirlemiş olduğu değerlere göre erkekler için >94 cm risk, >102 cm yüksek risk, kadınlar için >80 cm risk, >88 cm ise yüksek risk olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2011).

Kalça çevresi (cm): Kalça çevresi ölçümü, birey ayakta iken kalçanın en geniş noktasında, gluteus maksimuz kası üzerinden esnemeyen mezura kullanarak yapılmıştır (Callaway ve ark., 1988).

3.3.3 Beden Kütle İndeksi (BKİ) (kg/m²)

Bireylerin BKİ değeri vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu² (m²) fomülü ile araştırmacı tarafından hesaplanmıştır ve DSÖ'nün sınıflandırılması kullanılarak değerlendirilmiştir (WHO, 2023).

Tablo 3.1: BKİ Sınıflaması

BKİ (kg/m ²)	Sınıflama
<18.5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25,0-29,9	Preobez
30-34,9	I. Derece obez
35,0-39,9	II. Derece obez
≥40	III. Derece obez

3.3.4 Bel/Kalça Oranı

Bireylerin bel/kalça oranı, bel çevresi (cm) / kalça çevresi (cm) formülü ile araştırmacı tarafından hesaplanmıştır ve DSÖ'nün belirlemiş olduğu referans değerlere göre erkeklerde >1.0'in, kadınlarda 0,8'in üzerindeki sonuçlar risk olarak kabul edilmiştir (WHO, 2011).

3.3.5 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Atik ve Karatepe tarafından 2016'da geliştirilen Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği, kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumunu değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. 25 maddeden oluşan 5'li likert tipte olan ölçek, fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır (Atik & Karatepe, 2016).

Ölçekteki 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler (alınabilecek en yüksek puan 55, en düşük puan 11), fiziksel uyumu, ölçekteki 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan 7), sosyal uyumu, ölçekteki 4., 6., 8., 11., 12., 20., 21. maddeler (alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan 7), psikolojik uyumu ölçmektedir. 1.,2.,3.,4.,7.,8.,9.,10.,11.,13.,14.,15.,16.,18.,21.,22.,23. maddeler sırası ile (1,2,3,4,5 puan olarak), 5.,6.,12.,17.,19.,20.,24.,25. maddeler ters (5,4,3,2,1 puan olarak) hesaplanmaktadır (Atik & Karatepe, 2016).

Ölçekten elde edilen puan en düşük 25, en yüksek 125'tir. Ölçeğe ait alt boyutlardan ve/veya ölçeğin bütününden alınan puanların artması, katılımcıların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir (Atik & Karatepe, 2016).

3.3.6 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form SF-36)

Koçyiğit ve ark. tarafından 1999'da Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Kısa Form-36 (SF-36) yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın ölçeklerden biridir. Bu ölçek fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlükleri), ağrı, sağlığın genel olarak algılanması, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, mental sağlık gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek yalnızca tek bir puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Puanlar 0-100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken, 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir. Puanların artması kişilerin yaşam kalitelerinin de arttığını göstermektedir (Koçyiğit ve ark., 1999)

3.3.7 Sağlıklı Yeme İndeksi-2020 (Healthy Eating Index, HEI-2020)

İlk oluşturulan Sağlıklı Yeme İndeksi 1995 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tarım Bakanlığı (United States Department of Agriculture, USDA), Beslenme Politikası ve Tanıtım Merkezi (Center for Nutrition Policy and Promotion, CNPP) tarafından yayımlanmıştır. Amerikan Diyet Rehberi referans alınarak oluşturulan diyet kalitesini değerlendiren bir indekstir. Miktardan bağımsız olarak genel diyet kalitesini ölçmektedir (Shams-White, 2023).

Çalışmada ölçeğin 2020-2025 yılları arasına kullanımı için uygun olan SYİ-2020 formu kullanılmıştır. 2020 formunda 9'u yeterlilik, 4'ü sınırlılıkları belirtmek üzere 13 grup bulunmaktadır (Shams-White, 2023).

Yeterli alınması gereken besinler toplam meyve, tam meyve, toplam sebze, koyu yeşil yapraklılar ve kuru baklagiller, tam tahıllar, deniz ürünleri ve bitkisel proteinler, toplam protein içeren besinler, süt ve süt ürünleri ile yağ asitleri; sınırlı alınması gereken besinler rafine edilmiş tahıllar, sodyum, eklenmiş şeker ile doymuş yağdır. Yağ asitleri, eklenmiş şeker ve doymuş yağlar dışındaki değerler 1000 kaloriye göre düzenlenerek değerlendirilmiştir (Shams-White, 2023).

Ayrıca hesaplamalar için Daud'un belirtmiş olduğu 1 oz için 28 gram ve 1 cup için 240 mL referans alınarak hesaplanmıştır (Daud, 2024).

Her bir grup ayrı olarak 0-5 veya 0-10 puan olacak şekilde değerlendirilir ve toplamda 100 puan elde edilecek şekilde değerlendirme yapılır. İndeksten en düşük 0 puan, en yüksek 100 puan alınabilir. Değerlendirme sonucu 51 puandan düşük puana sahip olanlar zayıf, 51-80 puan aralığına sahip olanlar geliştirilmesi gereken, 80 puanın üstünde değerleri olanların diyet kalitesi iyi olarak değerlendirilmektedir. Puanlar harf notuyla da belirtilmiştir (Tablo 3.2.). Hesaplamalar için katılımcıların bir gün

içerisinde almış oldukları enerji miktarları kullanılmaktadır (Shams White ve ark. 2023).

Tablo 3.2: SYİ Puanlamasına Göre Harf Notlarının Sınıflandırılması

SYİ Skor	Sınıflama
90-100	A
80-89	B
70-79	C
60-69	D
0-59	F

SYİ-2020: Sağlıklı Yeme İndeksi-2020 versiyonu kullanılmıştır.

Tablo 3.3: SYİ-2020 Bileşenleri ve Puanlama Standartları (Daud, 2024)

Bileşenler	Maksimum Puan	Maksimum Puan için Standart	Minimum Puan (0 Puan)
Toplam meyve	5	≥ 240 g toplam meyve, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Tam meyve	5	≥ 192 g tam meyve, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Toplam sebze	5	≥ 220 g toplam sebze, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Koyu yeşil yapraklı sebzeler baklagiller	5	≥ 40 g koyu yeşil yapraklı sebzeler ve baklagiller, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Tam tahıllar	10	≥ 42 g tam tahıl, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Süt ve süt ürünleri	10	≥ 312 ml süt ve süt ürünleri, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Toplam protein	5	≥ 70 g toplam protein, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Deniz ürünleri ve bitkisel proteinler	5	≥ 22.4 g deniz ürünleri ve bitkisel protein, 1000 kkal başına	Tüketim yok
Yağ asitleri	10	$(\text{ÇDYA}^* + \text{TDYA}^{**})/\text{DYA}^{***} \geq 2,5$	$(\text{ÇDYA} + \text{TDYA})/\text{DYA} \leq 1,2$
İşlenmiş tahıllar	10	≤ 50.4 g işlenmiş tahıl, 1000 kkal başına	≥ 120.4 g 1000 kkal başına
Sodyum	10	1000 kkal başına $\leq 1,1$ g	$\geq 2,0$ g 1000 kkal başına

Tablo 3.3: SYİ-2020 Bileşenleri ve Puanlama Standartları (Daud, 2024) (devamı)

Bileşenler	Maksimum Puan	Maksimum Puan için Standart	Minimum Puan (0 Puan)
Eklenmiş şeker	10	$\leq 6,5$ enerji	Enerjinin ≥ 26 'sı
Doymuş yağlar	10	Enerjinin ≤ 8 'i	Enerjinin ≥ 16 'sı

*ÇDYA: Çoklu Doymamış Yağ Asitleri

**TDYA: Tekli Doymamış Yağ Asitleri

***DYA: Doymuş Yağ Asitleri

g: gram

3.3.7.1 Toplam Meyve

Toplam meyve bileşeni tüm meyveleri ve %100 meyve sularını (sadece taze sıkılmış olanlar değerlendirmeye alınmıştır) kapsamaktadır. Tüketilen 1000 kalori başına ≥ 240 g bütün meyve ve/veya taze sıkılmış meyve suyu tüketildiğinde en yüksek puan olarak 5 alınmaktadır. Bileşenlerden hiçbirinin tüketilmemesi durumunda en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.2 Tam Meyve

Bu bileşen taze sıkılmış meyve suları da dahil olmak üzere tüm meyve suları hariç tutularak değerlendirilmektedir. Tüketilen 1000 kalori başına ≥ 192 gram taze meyve ve/veya kuru meyve tüketildiğinde en yüksek puan olarak 5, hiçbirinin tüketilmemesi durumunda en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.3 Toplam Sebze

Bu bileşen hesaplanırken tüketilen 1000 kalori başına ≥ 220 gram sebze ve/veya kurubaklagil tüketildiyse en yüksek puan olarak 5 puan, hiçbirinin tüketilmemesi durumunda ise en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.4 Koyu Yeşil Yapraklı Sebzeler ve Kurubaklagiller

Bu bileşen hesaplanırken tüketilen 1000 kalori başına ≥ 40 gram koyu yeşil yapraklı sebze ve/veya kurubaklagil tüketildiyse en yüksek puan olarak 5 puan,

hiçbirinin tüketilmemesi durumunda ise en düşük puan olarak 0 alınmaktadır. Deniz ürünleri ve bitkisel proteinler ve total proteinlerin tam karşılanması durumunda içerdikleri kurubaklagilleri bu bileşendekiler tam karşılanmadıysa buraya aktarılmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.5 Tam Tahıllar

Tahıllar kepek, endosperm ve embriyo/rüşeymi bir bütün olarak bulunması durumunda tam tahıl olarak değerlendirilir. Tam tahıl ve mısır unundan yapılmış ürünler, bulgur ve kahverengi pirinç, yulaf ve mısır taneleri tam tahıl ürünlerine dahil edilmiştir (Dunford ve ark., 2022). Bu bileşen hesaplanırken tüketilen 1000 kalori başına ≥ 42 gram tam tahıl tüketildiyse en yüksek puan olarak 10, hiçbirinin tüketilmemesi durumunda en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.6 Deniz Ürünleri ve Bitkisel Proteinler

Tüm deniz ürünleri ve bitkisel proteinler bu bileşene dahildir. Tüketilen 1000 kalori başına ≥ 22.4 gram deniz ürünü ve bitkisel protein tüketildiyse en yüksek puan olarak 5, hiçbirinin tüketilmemesi durumunda ise en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.7 Toplam Protein

Deniz ürünleri ve bitkisel protein grubuna dahil edilen tüm besinlerin yanı sıra kırmızı et, beyaz et ve et ürünleri, sakatatlar, yağlı tohumlar da bu bileşene dahil edilmektedir. Tüketilen 1000 kalori başına ≥ 70 gram toplam protein alımı varsa en yüksek puan olan 5, hiçbirinin tüketilmemesi durumunda ise en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.8 Süt ve Süt Ürünleri

Bu bileşene süt ve süt ürünlerinin dışında sadece bitkisel kaynaklı olan soya sütü dahil edilmiştir. Tüketilen 1000 kalori başına ≥ 312 ml süt ve süt ürünü

tüketildiyse en yüksek puan olarak 10, hiçbirinin tüketilmemesi durumunda ise en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.9 Yağ Asitleri

Bu bileşen hesaplanırken; (Toplam Tekli Doymamış Yağ Asitleri + Toplam Çoklu Doymamış Yağ Asitleri) / Doymuş Yağlar formülü kullanılmaktadır. Çıkan oran ≥ 2.5 ise en yüksek puan olarak 10, en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Shams-White ve ark., 2023).

3.3.7.10 İşlenmiş Tahıllar

Bu bileşen için tüketilen 1000 kalori başına en az ≤ 50.4 gram işlenmiş tahıl tüketildiyse en yüksek puan olarak 10, 1000 kalori başına ≥ 120.4 gram tüketildiyse en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Daud, 2024).

3.3.7.11 Sodyum

Bu bileşen için tüketilen 1000 kalori başına ≤ 1.1 gram sodyum tüketimi varsa en yüksek puan olarak 5, ≥ 2 gram sodyum tüketimi ise en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Shams-White ve ark. 2023).

3.3.7.12 İlave Şeker

Bileşenin hesaplanmasında bireylerin eklenmiş şeker tüketimini toplam aldıkları kalorinin ≤ 6.5 ise en yüksek puan olarak 10, ≥ 26 ise en düşük puan olarak 0 alınmaktadır (Shams-White ve ark., 2023).

3.3.7.13 Doymuş Yağlar

Bileşenin hesaplanmasında bireylerin doymuş yağ tüketimini toplam aldıkları kalorinin ≤ 8 ise en yüksek puan olan 10, toplam aldıkları kalorinin ≥ 16 ise en düşük puan olan 0 alınmaktadır (Shams-White ve ark., 2023).

3.3.8 Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002)

Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) Kondrup tarafından 2002 yılında hastanede yatan hastaların beslenme açısından risk altında olup olmadığının değerlendirilmesinin yapılmasını sağlamak amacıyla oluşturulmuştur. Ön tarama ve esas tarama olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Ön tarama kısmı cevapları evet veya hayır olan dört farklı sorudan oluşmaktadır (Kondrup, 2002).

Bütün sorular “hayır” olarak cevaplanırsa, hastaya her hafta yeniden ön tarama yapılmaktadır. Ön tarama bölümünde yer alan sorulardan birinin “evet” olarak cevaplanması durumunda esas tarama kısmına geçilmektedir. Bu bölümden elde edilen toplam puana, hastanın yaşı yetmiş ve üzerinde ise 1 puan eklenmelidir. Esas tarama kısmındaki puan 3 ve üzerinde ise hastada “beslenme riski mevcuttur” kanısına varılmaktadır. Puan 3’ün altında ise her hafta taramanın tekrarlanması gerekmektedir ve hasta gözetim altında tutulmalıdır. Toplam skor ise 0 ve 7 arasında değişebilmektedir (Kondrup, 2002).

3.3.9.24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

Son 24 saat içerisinde tüketilen yiyecek ve içeceklerin alımını sorgulayan beslenme durumunu saptama yöntemidir. Elde edilen verilerde tüketilen yiyecek ve içeceklerin türü ve özellikleri, tükettikleri net miktarlar, hazırlama yöntemleri, ticari markaları, sosları, sıvılar, çeşnileri, ekstra gıda takviyelerini ve tükettikleri yerleri de kapsamaktadır. Besin tüketim kaydı alırken besin replikaları, fotoğraflı yemek katalogları kullanılmıştır (Salvador Castell ve ark, 2015).

3.4 Verilerin Toplanması

Araştırmacı verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplamıştır. Toplarken gönüllü katılımcılara araştırmanın amacını ve yöntemini anlatmıştır. Bu araştırmaya dahil olmayı kabul eden hastalardan “Yetişkin (19 Yaş ve üzeri) Katılımcı

Bilgilendirme ve Gönüllülük Formu” (Ek-3) ile yazılı izinleri alınmıştır. Veriler toplanırken ve formlar doldurulurken her hastaya yaklaşık olarak 30-35 dakika ayrılmıştır.

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatiksel Analizi

Bu çalışmanın verileri, SPSS 27.1 İstatistik Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıkları ve sağlık durumları gibi verilerin genel dağılımlarını belirlemek için tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Bu kapsamda, frekans ve yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılarak değişkenlerin dağılımları özetlenmiştir.

Araştırma verilerinin normal dağılım gösterme durumu Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiştir. İleri istatistiksel analizler ise Pearson ve Spearman korelasyon testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 4.1: Bireylerin Sosyodemografik Bilgilerinin Dağılımı (n=63)

Sosyodemografik Bilgiler	n	%
Yaş (yıl)	19-44 yaş arası	14
	45-64 yaş arası	49
Yaş (yıl) Ort+SS	50,25±11,47	
Cinsiyet	Kadın	22
	Erkek	41
Medeni Durum	Evli	47
	Bekar	16
Eğitim Durumu	İlkokul	17
	Ortaokul	16
	Lise	14
	Lisans	12
	Lisansüstü	4
Meslek	İşsiz	3
	Memur	1
	Emekli	20
	Ev Hanımı	7
	İşçi	11
	Diğer	21
Gelir Düzeyi	İyi	17
	Orta	44
	Kötü	2
Yaşanılan Kişi/Kişiler	Yalnız	10
	Eş	15
	Çocuklar (aile)	37

Frekans Analizi

Tablo 4.1’de yaş dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %77,8’inin 45-64 yaş arasında olduğu, sadece %22,2’sinin 44 yaş altında olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin %65,1’inin erkek, %34,9’unun kadın olduğu ve büyük çoğunluğunun (%76,4) evli olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların en büyük kısmının ilkokul mezunu (%27,0) olduğu lisansüstü mezunlarının oranının ise (%6,3) düşük olduğu görülmektedir. Meslek kategorileri incelendiğinde, katılımcıların %31,7’sinin emekli olduğu bunu sırasıyla işçi sınıfı (%17,5), ev hanımları (%11,0), işsizler (%4,8), memurlar ise %1,6 gibi oldukça düşük seviyelerde izlemektedir. Ev hanımlarının oranı %11,1 iken işçi sınıfı %17,5 ile belirgin bir temsil yüzdesine sahiptir. Gelir düzeyi bakımından, katılımcıların çoğunluğunun (%69,8) "orta" gelir seviyesinde olduğu, bunu "iyi" gelir düzeyindekilerin (%27,0) izlediği tespit edilmiştir. Katılımcıların %60,1’inin çocuklarıyla yaşadığı, %24,2’sinin eşiyle birlikte ve %15,7’sinin yalnız yaşadığı belirtilmiştir.

Tablo 4.2: Bireylerin Yaşam Tarzlarının ve Alışkanlıklarının Dağılımları (n=63)

Yaşam Tarzı ve Alışkanlıklar		n	%
Spor Yapma Durumu	Hayır	48	76,2
	Evet	15	23,8
Alkol Kullanım Durumu	Hayır	42	66,7
	Evet	21	33,3
Alkol Tüketim Sıklığı	Haftada bir	11	52,4
	Ayda bir	10	47,6
Sigara Kullanım Durumu	Hayır	29	46,0
	Bırakılmış	11	17,5
	Evet	23	36,5
Sigara Tüketim Sıklığı	Her gün	21	91,3
	Haftada bir	2	8,7

Frekans Analizi

Tablo 4.2’de bireylerin yaşam tarzı ve alışkanlıklarına ilişkin verileri detaylandırarak fiziksel aktivite, alkol tüketimi ve sigara kullanımı gibi temel davranışların dağılımları yer almaktadır. Spor yapma durumu incelendiğinde, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%76,2) düzenli spor yapmadığı, yalnızca %23,8’inin düzenli fiziksel aktivite yaptığı görülmektedir. Alkol kullanım durumu incelendiğinde, katılımcıların %66,7’sinin alkol kullanmadığı, %33,3’ünün ise alkol tükettiği görülmektedir. Alkol tüketimi sıklığı açısından, katılımcıların %52,4’ü haftada bir, %47,6’sı ise ayda bir alkol tükettiğini belirtmiştir. Sigara kullanım durumu verilerine göre, katılımcıların %46,0’ı sigara kullanmadığını, %17,5’i sigarayı bıraktığını, %36,5’i ise hala sigara kullandığını ifade etmiştir. Sigara tüketim sıklığına bakıldığında ise %91,3’ünün her gün tükettiği belirtilmiştir.

Tablo 4.3: Bireylerin Kronik Hastalık ve Sağlık Durumu Dağılımları (n=63)

Kronik Hastalık ve Sağlık Durumu		n	%
Sahip Olunan Kronik Hastalıklar			
Tip 2 Diyabet	Var	28	44,4
	Yok	35	55,6
Hipertansiyon	Var	33	52,4
	Yok	30	47,6
Kalp Damar Hastalıkları (Hipertansiyon hariç)	Var	10	15,9
	Yok	53	84,1
Üriner Sistem Hastalıkları	Var	2	3,2
	Yok	61	96,8
Solunum Sistemi Hastalıkları	Var	19	30,2
	Yok	44	69,8
Sinir Sistemi Hastalıkları	Var	1	1,6
	Yok	62	98,4
İmmün Sistem Hastalıkları	Var	3	4,8
	Yok	60	95,2

Tablo 4.3: Bireylerin Kronik Hastalık ve Sağlık Durumu Dağılımları (n=63)
(devamı)

Kronik Hastalık ve Sağlık Durumu		n	%
Karaciğer Hastalıkları	Var	4	6,3
	Yok	59	93,7
Sindirim Sistemi Hastalıkları	Var	1	1,6
	Yok	62	98,4
Endokrin Sistem Hastalıkları	Var	2	3,2
	Yok	61	96,8
İskelet Sistemi Hastalıkları	Var	8	12,7
	Yok	55	87,3
Sahip Olunan Kronik Hastalık Süresi	1 yıldan az	11	17,5
	1-5 yıl	10	15,9
	6-10 yıl	19	30,2
	11 yıl ve üzeri	23	36,5
Aile veya Yakın Akrabalarda Kronik Hastalık Varlığı	Yok	8	12,7
	Var	55	87,3
Kronik Hastalık İçin İlaç Kullanım Durumu	Düzenli	36	57,1
	Düzensiz	15	23,8
	Bırakılmış	3	4,8
	Hiç kullanılmamış	9	14,3

Frekans Analizi

Tablo 4.3'te, bireylerin kronik hastalıkları ve sağlık durumlarının dağılımları yer almaktadır. Tabloya göre, hipertansiyon (%52,4) ve diyabet (%44,4) en yaygın kronik hastalıklar arasında yer alırken, solunum sistemi hastalıkları da dikkate değer bir yüzde (%30,2) sergilemektedir. Kronik hastalıkların süresi incelendiğinde, bireylerin önemli bir bölümünün (%36,5) hastalıklarıyla 11 yıl ve üzeri bir süre boyunca yaşadığı, diğer bir kısmının ise 6-10 yıl (%30,2) aralığında bu durumla mücadele ettiği anlaşılmaktadır. Ayrıca, bireylerin büyük çoğunluğunun (%87,3) ailesinde veya yakın akrabalarında kronik hastalık öyküsü bulunduğu belirtilmiştir.

Kronik hastalık yönetimi açısından bakıldığında, hastaların önemli bir kısmının ilaçlarını düzenli olarak kullandığı (%57,1) gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, ilaç kullanımını düzensiz sürdüren (%23,8) ya da tamamen bırakmış olan (%4,8) bireyler de vardır.

Tablo 4.4: Bireylerin Beslenme ve Diyet Durumu Dağılımları (n=63)

Beslenme ve Diyet Durumu		n	%
Düzenli Olarak Besin Desteği (Supleman) Kullanma Durumu	Hayır	55	87,3
	Evet	8	12,7
Kronik Hastalık ile İlgili Diyet Uygulama Durumu	Hayır	36	57,1
	Evet	27	42,9
Evet ise;	Bilgi ve alışkanlıklara göre diyet uygulama	12	19,0
	Diyetisyen tarafından önerilen diyeti uygulama	7	11,1
	Hekim tarafından önerilen diyeti uygulama	5	7,9
	Sosyal medya / TV vb. kaynaklardan edinilen bilgiler ile diyet uygulama	3	4,8

Frekans Analizi

Tablo 4.4, bireylerin beslenme ve diyet alışkanlıklarına ilişkin veriler, bireylerin kronik hastalıklarıyla ilişkili beslenme davranışlarını ve diyet uygulama durumlarını ortaya koymaktadır. Tabloya göre, bireylerin büyük bir çoğunluğu (%87,3) düzenli olarak besin desteği (supleman) kullanmadığını beyan ederken, yalnızca %12,7'si bu tür destekleri kullandığını ifade etmiştir. Kronik hastalıklara yönelik diyet uygulama durumu incelendiğinde, bireylerin %42,9'unun diyet uyguladığı, %57,1'inin ise herhangi bir diyet uygulamadığı görülmektedir. Diyet

uygulayanlar arasında en yaygın yöntem, bilgi ve alışkanlıklara dayalı diyet uygulamalarıdır (%19,0).

Tablo 4.5: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Alım Miktarlarının Dağılımları

Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri	Kadın (n=22)		Erkek (n=41)	
	$\bar{x}\pm SD$	min-max	$\bar{x}\pm SD$	min-max
Enerji (kkal)	945,95 $\pm$ 500,01	158,78-1921,35	1262,53 $\pm$ 500,74	149,57-2142,46
Karbonhidrat (g)	107,57 $\pm$ 55,66	29,48-228,14	134,33 $\pm$ 61,96	19,53-330,15
Protein (g)	43,88 $\pm$ 28,47	3,23-111,87	56,08 $\pm$ 30,92	4,16-155,46
Yağ (g)	39,96 $\pm$ 25,75	0,75-103,58	53,72 $\pm$ 24,47	4,43-113,36
Doymuş Yağ Asitleri (g)	13,47 $\pm$ 10,85	0,18-40,22	19,44 $\pm$ 9,92	2,04-42,66
Tekli Doymamış Yağ Asitleri (g)	11,4 $\pm$ 9,34	0,19-42,71	16,80 $\pm$ 8,83	1,24-42,99
Çoklu Doymamış Yağ Asitleri (g)	8,06 $\pm$ 6,76	0,33-29,43	11,98 $\pm$ 7,60	0,42-32,76
Kolesterol (mg)	135,76 $\pm$ 89,67	0,00-300,24	210,90 $\pm$ 144,49	20,00-542,30
Posa (g)	12,36 $\pm$ 7,9	2,05-29,70	16,42 $\pm$ 10,46	1,27-42,25
Çözünür Posa (g)	3,82 $\pm$ 2,25	0,61-8,37	5,44 $\pm$ 3,26	0,57-12,83
Çözünmez Posa (g)	8,19 $\pm$ 5,59	1,43-19,78	10,71 $\pm$ 6,95	0,52-29,02
A Vitamini (µg)	605,62 $\pm$ 581,49	0,00-2124,45	927,89 $\pm$ 1044,42	61,85-58,69
E Vitamini (mg)	9,85 $\pm$ 9,37	0,28-41,68	14,29 $\pm$ 9,69	0,40-41,97
K Vitamini (µg)	50,18 $\pm$ 52,82	3,002-34,94	178,76 $\pm$ 313,43	1,95-1555,20
B1 Vitamini Tiamin (mg)	0,56 $\pm$ 0,29	0,10-1,11	0,65 $\pm$ 0,33	0,04-1,50
B2 Vitamini Riboflavin (mg)	0,80 $\pm$ 0,51	0,06-2,39	1,17 $\pm$ 0,58	0,04-2,38
B3 Vitamini Niasin (mg)	16,94 $\pm$ 12,04	1,89-47,78	21,76 $\pm$ 13,89	1,33-63,35
B5 Vitamini Pantotenik Asit (mg)	3,11 $\pm$ 2,10	0,07-9,63	3,78 $\pm$ 1,97	0,25-7,57
B6 Vitamini Piridoksin (mg)	0,86 $\pm$ 0,52	0,08-1,92	1,09 $\pm$ 0,60	0,06-2,48
B7 Vitamini Biotin (µg)	24,65 $\pm$ 15,93	1,20-68,81	35,16 $\pm$ 18,17	3,46-68,55
B9 Vitamini Folat (µg)	171,12 $\pm$ 108,17	17,50-425,77	250,78 $\pm$ 157,36	10,20-788,00
B12 Vitamini Kobalamin (µg)	2,20 $\pm$ 2,00	0,00-7,62	3,93 $\pm$ 3,20	0,12-15,87
C Vitamini (mg)	72,28 $\pm$ 74,6	0,00-272,47	107,02 $\pm$ 76,66	0,72-286,60
Sodyum (mg)	1368,24 $\pm$ 1127,27	220,35-4733,36	1685,30 $\pm$ 957,87	50,40-4323,15
Potasyum (mg)	1569,12 $\pm$ 1067,26	139,90-4179,55	2146,92 $\pm$ 1087,84	202,20-3928,11
Kalsiyum (mg)	626,45 $\pm$ 601,98	25,30-2695,36	721,34 $\pm$ 411,73	15,00-1777,96

Tablo 4.5: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri Alım Miktarlarının Dağılımları (devamı)

Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğeleri	Kadın (n=22)	Erkek (n=41)	934,89±441	64,80-2178,86
	$\bar{x} \pm SD$	min-max	$\bar{x} \pm SD$	min-max
Demir (mg)	5,85±3,65	1,25-13,11	8,15±4,64	0,66-20,14
Çinko (mg)	5,85±4,40	0,88-19,52	8,18±4,94	0,33-24,47

Tanımlayıcı İstatistikler (Minimum-Maximum, Ortalama, Standart Sapma)

Tablo 4.5'te bireylerin cinsiyete göre enerji, makro ve mikro besin öğeleri alım miktarlarına ilişkin veriler değerlendirmektedir. Kadınların günlük enerji alımı ortalaması 945,95±500,01 kkal, erkeklerin günlük enerji ortalaması ise 1262,53±500,74 olarak hesaplanmıştır. Makro besin öğeleri olan karbonhidrat, protein, yağ alımı ortalamaları kadınlarda sırasıyla 107,57±55,66 g, 43,88±28,47 g ve 39,96±25,75 g olarak; erkeklerde ise 134,33±61,96 g, 56,08±30,92 g ve 53,72±24,47 olarak hesaplanmıştır. Suda eriyen vitaminlerden folat alımı kadınlarda ortalama 171,12±108,17 µg, erkeklerde ortalama 250,78±157,36 µg olarak hesaplanmıştır. B12 vitamini alımları ise kadın ve erkeklerde sırasıyla ortalama 2,20±2,00 µg ve 3,93±3,20 µg olarak hesaplanmıştır. Minerallerden potasyum alımı kadın ve erkeklerde sırasıyla ortalama 1569,12±1067,26 mg ve 2146,92±1087,84 mg olup geniş bir dağılım göstermektedir. Kalsiyum alımı kadınlarda ortalama 626,45±601,98 mg, erkeklerde ortalama 721,34±411,73 mg olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Antropometrik Ölçümlerinin Dağılımları (n=63)

Antropometrik Ölçümler	Kadın (n=22)		Erkek (n=41)	
	$\bar{x} \pm SD$	min-max	$\bar{x} \pm SD$	min-max
Vücut Ağırlığı (kg)	80,61±23,87	38,40-131,00	90,75±21,19	58,00-140,0
Boy (cm)	160±0,07	145-1,82	174±0,07	158-1,95
BKİ (kg/m ²)	31,01±8,73	15,98-53,80	29,73±6,55	20,33-43,25
Bel Çevresi (cm)	99,09±22,02	60,5-137,5	108,51±20,13	79,00-148,50

Tablo 4.6: Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Antropometrik Ölçümlerinin Dağılımları (n=63) (devamı)

Antropometrik Ölçümler	Kadın (n=22)		Erkek (n=41)	
	$\bar{x} \pm SD$	min-max	$\bar{x} \pm SD$	min-max
Bel-Kalça Oranı	0,91 $\pm$ 0,11	0,70-1,08	1,02 $\pm$ 0,09	0,77-1,19

Tanımlayıcı İstatistikler (Minimum-Maximum, Ortalama, Standart Sapma)

Tablo 4.6’da bireylerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümlerinin dağılımları yer almaktadır. Tabloya göre, kadınların ortalama vücut ağırlığı 80,61 $\pm$ 23,87 kg, erkeklerin ise 90,75 $\pm$ 21,19 kg olarak hesaplanmıştır. Erkeklerin ortalama vücut ağırlığının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların ortalama boy uzunluğu 160 $\pm$ 0,07 cm, erkeklerin ise 174 $\pm$ 0,07 cm olarak hesaplanmıştır. Kadınların BKİ ortalaması 31,01 $\pm$ 8,73 kg/m², erkeklerin ise 29,73 $\pm$ 6,55 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Kadınların BKİ değerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların bel çevresi ortalaması 99,09 $\pm$ 22,02 cm, erkeklerin ise 108,51 $\pm$ 20,13 cm olarak tespit edilmiştir. Kadınların kalça çevresi 107,25 $\pm$ 17,59 cm, erkeklerin ise 105,53 $\pm$ 14,45 cm olarak hesaplanmıştır. Kadınların bel-kalça oranı 0,91 $\pm$ 0,11, erkeklerin ise 1,02 $\pm$ 0,09 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.7: Bireylerin Cinsiyetlere Göre BKİ (kg/m²) Sınıflandırılması

BKİ Sınıfları	Kadın (n=22)		Erkek (n=41)	
	n	%	n	%
<18,5 kg/m ² (zayıf)	2	9,1	0	0
18,51-24,99 kg/m ² (normal)	3	13,6	10	24,4
25,0-29,99 kg/m ² (preobez)	5	22,7	13	31,7
30,0-34,99 kg/m ² (I. Derece obez)	7	31,8	10	24,4
35,0-39,99 kg/m ² (II. Derece obez)	2	9,1	3	7,3
>40 kg/m ² (III. Derece obez)	3	13,6	5	12,2

Frekans Analizi

Tablo 4.7’de BKİ sınıflamasında kadınların çoğunluğunun (%31,8) 30,0-34,99 kg/m² (I. Derece obez) sınıfında olduğu, erkeklerin ise (%31,7) 25,0-29,99 kg/m² (preobez) sınıfında yer aldığı görülmektedir.

Tablo 4.8: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanlarının Dağılımları (n=63)

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	$\bar{x} \pm SD$	min-max
Fiziksel Uyum	36,52±6,01	23,00-50,00
Sosyal Uyum	24,20±3,95	16,00-33,00
Psikolojik Uyum	21,41±4,60	11,00-33,00
Toplam Uyum	82,15±11,86	58,00-108,00

Tanımlayıcı İstatistikler (Minimum-Maximum, Ortalama, Standart Sapma)

Tablo 4.8, bireylerin kronik hastalıklara uyum düzeylerinin fiziksel, sosyal, psikolojik alt boyutlarını ve toplam uyum puanlarının istatistiksel analiz sonuçlarını ortaya koymaktadır. Bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik alt boyut puan ortalamaları sırasıyla 36,52 ± 6,01, 24,20 ± 3,95 ve 21,41 ± 4,60 olarak hesaplanmıştır. Kronik hastalıklara toplam uyum puanı ise 82,15 ± 11,86 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.9: Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puanlarının Dağılımları (n=63)

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	$\bar{x} \pm SD$	min-max
Fiziksel Fonksiyon	76,55±26,38	0,00-100,00
Fiziksel Rol Güçlüğü	32,14±41,01	0,00-100,00
Emosyonel Rol Güçlüğü	41,78±45,57	0,00-100,00
Enerji Canlılık Vitalite	44,92±15,95	10,00-85,00
Ruhsal Sağlık	60,22±16,87	20,00-92,00
Sosyal İşlevsellik	66,34±27,91	0,00-100,00
Ağrı	51,50±33,11	0,00-100,00
Genel Sağlık		10,00-85,00

Tanımlayıcı İstatistikler (Minimum-Maximum, Ortalama, Standart Sapma)

Tablo 4.9, bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren SF-36 ölçeği puanlarının alt boyutlarının istatistiksel analiz sonuçlarını ortaya koymaktadır. Fiziksel fonksiyon puanlarının ortalaması $76,55 \pm 26,38$, fiziksel rol güçlüğü puanı ortalaması $32,14 \pm 41,01$, emosyonel rol güçlüğü puanı ortalaması $41,78 \pm 45,57$, enerji, canlılık ve vitalite puanı ortalaması $44,92 \pm 15,95$, ruhsal sağlık puanı ortalaması $60,22 \pm 16,87$, sosyal işlevsellik puanı ortalaması $66,34 \pm 27,91$, ağrı puanı ortalaması $51,50 \pm 33,11$ olarak hesaplanmıştır. Genel sağlık puanı ortalaması ise $49,92 \pm 20,81$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.10: Bireylerin Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) Puanlarının Dağılımları ve NRS-2002'ye Göre Malnütrisyon Risk Durumları (n=63)

Nütrisyonel Risk Taraması	$\bar{x} \pm SD$	
Nütrisyon Skoru	0,51 $\pm$ 0,64	
Hastalık Şiddet Skoru	0,38 $\pm$ 0,49	
Toplam Skor	0,87 $\pm$ 0,85	
Malnütrisyon Durumu	n	%
Malnütrisyon yok (<3)	61	96,8
Malnütrisyon var (>3)	2	3,2

Tanımlayıcı İstatistikler (Ortalama, Standart Sapma), Frekans Analizi

Tablo 4.10, bireylerin nütrisyonel risk durumlarını nütrisyon skoru, hastalık şiddet skoru ve toplam nütrisyonel risk skoru başlıkları altında değerlendirmektedir. Nütrisyon skoru ortalaması $0,51 \pm 0,64$ olarak belirlenmiştir. Toplam nütrisyonel risk skoru ortalaması ise $0,87 \pm 0,85$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %96,8'inin malnütrisyon riskinin olmadığı, %3,2'sinin malnütrisyon riski altında olduğu hesaplanmıştır.

Tablo 4.11: Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ 2020) Puanlarının Dağılımları (n=63)

Besin Grupları	$\bar{x} \pm SD$	min-max
Toplam Meyve (g)	2,63 $\pm$ 2,15	0,00-5,00
Tam Meyve (g)	2,65 $\pm$ 2,48	0,00-5,00
Toplam Sebze (g)	3,50 $\pm$ 1,96	0,00-5,00
Koyu Yeşil Yapraklı Sebze ve Kurubaklagil (g)	0,81 $\pm$ 1,68	0,00-5,00
Tam Tahıllar (g)	4,13 $\pm$ 4,65	0,00-10,00
Süt ve Süt Ürünleri (ml)	5,42 $\pm$ 3,46	0,00-10,00
Toplam Protein (g)	1,31 $\pm$ 1,13	0,00-4,38
Deniz Ürünleri ve Bitkisel Proteinler (g)	3,20 $\pm$ 1,15	0,23-5,00
Yağ Asitleri	3,33 $\pm$ 3,89	0,00-10,00
İşlenmiş Tahıl (g)	6,15 $\pm$ 4,31	0,00-10,00
Sodyum (g)	7,25 $\pm$ 3,70	0,00-10,00
Doymuş Yağ	4,16 $\pm$ 3,95	0,00-10,00
İlave Şeker	9,32 $\pm$ 2,30	0,00-10,00
Toplam Puan	55,32 $\pm$ 19,65	21,06-149,33

Tanımlayıcı İstatistikler (Minimum-Maximum, Ortalama, Standart Sapma)

Tablo 4.11, bireylerin SYİ'den aldıkları puanları göstermektedir. Toplam meyve puan ortalaması $2,63 \pm 2,15$, tam meyve puan ortalaması $2,65 \pm 2,48$ olarak hesaplanmıştır. Toplam sebze puanı ortalaması $3,50 \pm 1,96$ olarak belirtilmiştir. Koyu yeşil yapraklı sebzeler ve kurubaklagil puanı ortalaması $0,81 \pm 1,68$ olarak hesaplanmıştır. Süt ve süt ürünleri $5,42 \pm 3,46$, toplam protein alımı $1,31 \pm 1,13$ olarak hesaplanmıştır. Deniz ürünleri ve bitkisel proteinlerin puanı ise $3,20 \pm 1,15$ olarak belirtilmiştir. İşlenmiş tahıl tüketimi $6,15 \pm 4,31$, sodyum $7,25 \pm 3,70$ doymuş yağ $4,16 \pm 3,95$ ve eklenmiş şeker puanı $9,32 \pm 2,30$ olarak hesaplanmıştır. Toplam sağlıklı yeme puanı ise $55,32 \pm 19,65$ olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12: Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanlarının Sınıflandırılması

Sınıflandırma	n	%
A (90-100)	1	1,6
B (80-89)	2	3,2
C (70-79)	8	12,7
D (60-69)	14	22,2
F (0-59)	38	60,3

Frekans Analizi

Tablo 4.12'de bireylerin SYİ puanlarının sınıflandırılması frekans ve yüzde dağılımı ile gösterilmiştir. Bulgular, bireylerin çoğunluğunun, yani %60,3'ünün (n=38), F sınıfında yer aldığını, dolayısıyla düşük puanlar aldığını ortaya koymaktadır. D sınıfında yer alan bireyler %22,2 (n=14) iken, bu iki grup toplamda katılımcıların %82,5'ini oluşturmaktadır. C sınıfında yer alan bireylerin yüzdesi %12,7 (n=8) olup, bu grubu daha yüksek puan alan B sınıfı (%3,2, n=2) ve A sınıfı (%1,6, n=1) takip etmektedir.

Tablo 4.13: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanları ile Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları Arasındaki İlişki (n=63)

	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji Canlılık Vitalite		Ruhsal Sağlık		Sosyal İşlevsellik		Ağrı		Genel Sağlık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Fiziksel Uyum	0,196	0,123	0,31	0,808	0,116	0,366	0,238	0,060	0,234	0,064	-0,013	0,918	-0,087	0,499	0,246	0,052
Sosyal Uyum	0,333	0,008**	0,233	0,066	0,200	0,116	0,295	0,019*	0,262	0,038*	0,099	0,440	0,074	0,564	0,364	0,003**
Psikolojik Uyum	0,334	0,007**	0,312	0,013*	0,062	0,630	0,340	0,006**	0,252	0,046*	0,111	0,386	0,026	0,840	0,175	0,169
Toplam Puan	0,335	0,007**	0,205	0,108	0,157	0,219	0,338	0,007**	0,306	0,015*	0,055	0,667	-0,43	0,736	0,301	0,017*

Spearman korelasyon testi *p<0,05, **p<0,01

Tablo 4.13'te bireylerin KHUÖ puanları ile SF-36 alt boyutları arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Kronik hastalıklara toplam uyum puanı, fiziksel fonksiyon (r=0,335, p=0,007), enerji-canlılık-vitalite (r=0,338, p=0,007), ruhsal sağlık (r=0,306, p=0,015) ve genel sağlık (r=0,301, p=0,017) ile pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon göstermektedir. Sosyal uyum, fiziksel fonksiyon (r=0,333, p=0,008), enerji-canlılık-vitalite (r=0,295, p=0,019), ruhsal sağlık (r=0,262, p=0,038) ve genel sağlık (r=0,364, p=0,003) ile pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon göstermektedir. Psikolojik uyum ise fiziksel fonksiyon (r=0,334, p=0,007), fiziksel rol güçlüğü (r=0,312, p=0,013), enerji-canlılık-vitalite (r=0,340, p=0,006) ve ruhsal sağlık (r=0,252, p=0,046) ile pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon göstermektedir.

Tablo 4.14: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanları ile Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) Puanları Arasındaki İlişki (n=63)

	Nütrisyon Skoru		Hastalık Şiddet Skoru		Toplam Skor	
	r	p	r	p	r	P
Fiziksel Uyum	0,114	0,374	-0,328	0,009**	-0,146	0,254
Sosyal Uyum	0,185	0,148	-0,035	0,784	0,056	0,660
Psikolojik Uyum	0,266	0,035*	-0,076	0,555	0,107	0,406
Toplam Puan	0,235	0,063	-0,200	0,117	0,001	0,991

Spearman korelasyon testi, *p<0,05, **p<0,01

Tablo 4.14, bireylerin KHUÖ puanları ile NRS-2002 puanları arasındaki ilişkileri değerlendirmektedir. Psikolojik uyum ile nütrisyon skoru arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir (r=0,266, p=0,035). Fiziksel uyum ile hastalık şiddet skoru arasında anlamlı negatif korelasyon tespit edilmiştir (r=-0,328, p=0,009). Bu, hastalık şiddeti arttıkça bireylerin fiziksel uyum seviyelerinin düştüğünü göstermektedir.

Tablo 4.15: Bireylerin Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları ile Nütrisyonel Risk Taraması Puanları Arasındaki İlişki (n=63)

	Nütrisyon Skoru		Hastalık Şiddet Skoru		Toplam Skor	
	r	p	r	p	r	p
Fiziksel Fonksiyon	-0,067	0,601	-0,177	0,16	-0,144	0,260
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,133	0,299	-0,227	0,074	-0,240	0,059
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,075	0,557	-0,243	0,055	-0,184	0,148
Enerji Canlılık Vitalite	0,067	0,601	-0,198	0,121	-0,069	0,590
Ruhsal Sağlık	0,073	0,569	-0,255	0,044*	-0,119	0,355
Sosyal İşlevsellik	-0,216	0,89	-0,463	0,000**	-0,389	0,002**

Tablo 4.15: Bireylerin Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları ile Nütrisyonel Risk Taraması Puanları Arasındaki İlişki (n=63) (devamı)

	Nütrisyon Skoru		Hastalık Şiddet Skoru		Toplam Skor	
	r	p	r	p	r	p
Ağrı	-0,217	0,087	-0,163	0,201	-0,242	0,056
Genel Sağlık	0,050	0,696	-0,086	0,504	-0,059	0,648

Spearman Korelasyon testi, **p<0,01, *p<0,05

Tablo 4.15’te bireylerin SF-36 puanlı ile NRS-2002 puanları arasındaki ilişkileri değerlendirmektedir. Yaşam kalitesinin diğer boyutları ile nütrisyonel risk taraması puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmezken, ruhsal sağlık ve hastalık şiddeti ($r=-0,255$, $p=0,044$) arasında ve sosyal işlevsellik ile hastalık şiddeti ($r=-0,463$, $p=0,000$) ve toplam skor ($r=-0,389$, $p=0,002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişkiler bulunmuştur.

Tablo 4.16: Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Puanları ile Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanları Arasındaki İlişki (n=63)

	SYİ 2020 Toplam Puan	
	r	p
Fiziksel Uyum	-0,028	0,830
Sosyal Uyum	-0,043	0,739
Psikolojik Uyum	-0,025	0,844
Toplam Puan	-0,043	0,735

Pearson Korelasyon testi

Tablo 4.16’da bireylerin KHUÖ puanları ile SYİ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Fiziksel uyum ile SYİ puanları arasında negatif yönlü bir ilişki olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r=-0,028$; $p=0,830$). Benzer şekilde, sosyal uyum puanları ile SYİ puanları arasındaki ilişki de negatif yönlü ve düşük düzeyde

olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r=-0,043$; $p=0,739$). Psikolojik uyum puanları ile SYİ puanları arasında ise çok düşük düzeyde ve negatif yönlü bir ilişki gözlenmiş, bu ilişki de anlamlılık göstermemiştir ($r=-0,025$; $p=0,844$). Toplam uyum puanları ile SYİ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, negatif yönlü ve çok düşük düzeyde bir ilişki olduğu, ancak bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($r=-0,043$; $p=0,735$). Sonuç olarak, bireylerin kronik hastalıklara uyum düzeyleri ile SYİ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu durum, bireylerin kronik hastalıklara uyum durumlarının diyet kaliteleri üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını veya bu etkinin istatistiksel olarak saptanabilir düzeyde olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.17: Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanları ile Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları Arasındaki İlişki

	SYİ 2020 Toplam Puan	
	r	p
Fiziksel Fonksiyon	0,018	0,891
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,106	0,408
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,043	0,739
Enerji Canlılık Vitalite	-0,015	0,907
Ruhsal Sağlık	0,032	0,803
Sosyal İşlevsellik	0,111	0,387
Ağrı	0,047	0,716
Genel Sağlık	0,002	0,990

Spearman Korelasyon testi

Tablo 4.17’de bireylerin SYİ puanları ile SF-36 arasındaki ilişki incelenmiştir. Fiziksel rol güçlüğü ($r=-0,106$, $p=0,408$), emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,043$, $p=0,739$), enerji-canlılık-vitalite ($r=-0,015$, $p=0,907$) ile SYİ puanı arasındaki ilişki negatif yönlü olup istatistiksel olarak anlamlı değildir. Fiziksel fonksiyon ($r=0,018$, $p=0,891$), ruhsal

sağlık ($r=0,032$, $p=0,803$), sosyal işlevsellik ($r=0,111$, $p=0,387$), ağrı ($r=0,047$, $p=0,716$) ve genel sağlık ($r=0,002$, $p=0,990$) ile SYİ puanları arasındaki ilişkiler pozitif yönlü ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak, SYİ puanlarının yaşam kalitesini oluşturan faktörler üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı veya etkisinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ortaya çıkmadığı görülmektedir.

Tablo 4.18: Bireylerin Enerji, Makro ve Bazı Mikro Besin Ögesi Alımları ile Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ) Arasındaki İlişki

	Fiziksel Uyum		Sosyal Uyum		Psikolojik Uyum		Toplam Uyum Puanı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Enerji (kkal)	-0,299	0,017*	-0,214	0,092	-0,173	0,176	-0,299	0,017*
Karbonhidrat (g)	-0,250	0,048*	-0,183	0,150	-0,159	0,214	-0,258	0,041*
Protein (g)	-0,193	0,129	-0,070	0,584	-0,090	0,482	-0,166	
Yağ (g)	-0,226	0,076	-0,138	0,281	-0,172	0,177	-0,229	0,071
Potasyum (mg)	-0,216	0,090	-0,199	0,117	-0,194	0,127	-0,253	0,046*
Kalsiyum (mg)	-0,198	0,120	-0,74	0,563	-0,327	0,009**	-0,233	0,67
Magnezyum (mg)	-0,234	0,065	-0,170	0,183	-0,227	0,073	-0,257	0,042*
Demir (mg)	-0,196	0,123	-0,146	0,255	-0,134	0,296	-0,192	0,131

Spearman Korelasyon testi, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Tablo 4.18’de makro besin öğeleri ve bazı mikro besin öğelerinin KHUÖ puanları arasındaki ilişki incelenmektedir. Enerji ($r=-0,299$, $p=0,017$) ve karbonhidrat ($r=-0,250$, $p=0,048$) alımı ile fiziksel uyum arasında, kalsiyum alımı ile psikolojik uyum ($r=-0,327$, $p=0,009$) arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca enerji ($r=0,299$, $p=0,017$), karbonhidrat ($r=-0,258$, $p=0,041$), potasyum ($r=-0,253$, $p=0,046$) ve magnezyum ($r=-0,257$, $p=0,042$) ile kronik hastalıklara toplam uyum puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki çıktığı görülmektedir.

Tablo 4.19: Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımları ile Nütrisyonel Risk Taraması (NRS-2002) Puanları Arasındaki İlişki

	NRS-2002 Toplam Puan	
	r	p
Enerji (kkal)	-0,356	0,004**
Karbonhidrat (g)	-0,291	0,021*
Protein (g)	-0,293	0,020*
Yağ (g)	-0,374	0,003**
A Vitamini (µg)	-0,328	0,009**
E Vitamini (mg)	-0,268	0,034*
K Vitamini (µg)	-0,226	0,075*
B1 Vitamini Tiamin (mg)	-0,421	0,001**
B2 Vitamini Riboflavin (mg)	-0,357	0,004**
B3 Vitamini Niasin (mg)	-0,253	0,046*
B5 Vitamini Pantotenik Asit (mg)	-0,388	0,002**
B6 Vitamini Piridoksin (mg)	-0,272	0,031*
B7 Vitamini Biotin (mg)	-0,331	0,008**
B9 Vitamini Folat (mg)	-0,393	0,001**
B12 Vitamini Kobalamin (mg)	-0,301	0,001**
C Vitamini (mg)	-0,332	0,008**
Potasyum (mg)	-0,325	0,009**
Kalsiyum (mg)	-0,344	0,006**
Fosfor (mg)	-0,369	0,003**
Magnezyum (mg)	-0,413	0,001**
Demir (mg)	-0,385	0,002**
Çinko (mg)	-0,377	0,002**

Spearman Korelasyon Testi, **p<0,01, *p<0,05

Tablo 4.19’da enerji, makro ve mikro besin öğelerinin NRS-2002 toplam puanı arasındaki ilişki incelenmektedir. Tabloda belirtilen enerji, makro ve mikro besin

ögelerinin hepsi ile NRS-2002 arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.20: Bireylerin Enerji ve Makro Besin Ögesi Alımları ile Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları Arasındaki İlişki

	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji Canlılık Vitalite		Ruhsal Sağlık		Sosyal İşlevsellik		Ağrı		Genel Sağlık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Enerji (kkal)	0,033	0,800	0,263	0,037*	0,225	0,076	-0,082	0,523	0,045	0,725	0,170	0,182	0,158	0,217	-0,28	0,827
Karbonhidrat (g)	0,031	0,807	0,166	0,193	0,147	0,251	-0,24	0,852	0,018	0,886	0,118	0,358	0,121	0,345	-0,97	0,447
Protein (g)	-0,061	0,633	0,145	0,258	0,204	0,110	-0,73	0,570	0,044	0,734	0,146	0,252	0,087	0,495	0,016	0,898
Yağ (g)	-0,010	0,937	0,279	0,027*	0,247	0,051	-0,117	0,361	0,081	0,529	0,175	0,169	0,166	0,194	0,087	0,499

Spearman Korelasyon testi, *p<0,05

Tablo 4.20’de enerji ve makro besin öğelerinin ile SF-36 alt boyut puanları arasındaki ilişki incelenmektedir. Enerji (r=0,263, p=0,037) ve yağ (r=0,279, p=0,027) ile fiziksel rol güçlüğü arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.21: Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarının Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ-2020) Puanı Arasındaki İlişki

	SYİ Toplam Puan	
	r	p
Enerji (kkal)	-0,16	0,903
Karbonhidrat (g)	0,062	0,630
Protein (g)	0,084	0,514
Yağ (g)	-0,126	0,324
A Vitamini (µg)	0,168	0,188
E Vitamini (mg)	0,281	0,026*
K Vitamini (µg)	0,326	0,009**
B ₁ Vitamini Tiamin (mg)	0,381	0,002**
B ₂ Vitamini Riboflavin (mg)	0,251	0,047*
B ₃ Vitamini Niasin (mg)	0,241	0,057
B ₅ Vitamini Pantotenik Asit (mg)	0,318	0,011*
B ₆ Vitamini Piridoksin (mg)	0,448	0,000**
B ₇ Vitamini Biotin (mg)	0,355	0,004**
B ₉ Vitamini Folat (mg)	0,295	0,019*
B ₁₂ Vitamini Kobalamin (mg)	-0,085	0,509
C Vitamini (mg)	0,330	0,008**
Potasyum (mg)	0,414	0,001**
Kalsiyum (mg)	-0,062	0,631
Fosfor (mg)	0,126	0,327
Magnezyum (mg)	0,373	0,003**
Demir (mg)	0,317	0,011*
Çinko (mg)	0,048	0,710

Spearman Korelasyon testi, **p<0,01, *p<0,05

Tablo 4.21’de enerji, makro ve mikro besin öğelerinin SYİ toplam puanı arasındaki ilişki incelenmektedir. Enerji ve makro besin öğeleri ile SYİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yağda eriyen vitaminlerden E (r=0,281, p=0,026) ve

K ($r=0,326$, $p=0,009$) vitaminleri, suda eriyen vitaminlerden B1 ($r=0,381$, $p=0,002$), B2 ($r=0,251$, $p=0,047$), B5 ($r=0,318$, $p=0,011$), B6 ($r=0,448$, $p=0,000$) vitaminleri, biotin ($r=0,355$, $p=0,004$), folat ($r=0,295$, $p=0,019$), C vitamini ($r=0,330$, $p=0,008$); minerallerden ise magnezyum ($r=0,373$, $p=0,003$) ve demirin ($r=0,317$, $p=0,011$) SYİ toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Bölüm 5

TARTIŞMA

5.1 Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya yaş ortalamaları $50,25 \pm 11,47$ yıl olan; 22'si kadın (%34,9), 41'i erkek (%77,8) toplam 63 kişi katılmıştır (Tablo 4.1). Cinsiyet dağılımları homojen değildir. Gazimağusa Devlet Hastanesi'nde 2018 yılında hastanede yatan 250 diyabetli hasta ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %46,8'inin kadın, %53,2'sinin erkek olduğu saptanmıştır (Aydın, 2018). Aydın'ın çalışmasına katılan hasta sayıları aynı olmasa da cinsiyet dağılımları bu çalışmaya göre benzerdir. Bireylerin çoğunluğu evli (%74,6) ve emeklidir (%31,7). %60,1'i aileleriyle yaşamaktadır (Tablo 4.1). Gazimağusa Devlet Hastanesi'nde yapılmış başka bir çalışmada da bu çalışmaya benzer bir şekilde bireylerin çoğunluğu (%85,5) evli ve (%33,8) emeklidir (Evleksiz, 2019). Çalışmaya katılan bireylerin %60,1'inin çocuklarıyla (ailesiyle) yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Pelin'in yaptığı çalışmada da kronik hastalara sahip bireylerin %72,9'unun çekirdek ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir (Pelin, 2017). Çalışma sonuçları benzerdir ve hastaların hastalıklarını yönetmede ailesiyle birlikte olmasının sonuçları olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.2 Bireylerin Genel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan 63 katılımcının çoğunluğunun (%36,5) 11 yıl ve üzeri kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). 2023 yılında kronik hastalığa sahip 155 hasta ile yapılan bir çalışmada ise katılımcıların kronik hastalıklara sahip olma süresi $9,40 \pm 7,18$ yıldır (Bilgiç ve Pehlivan, 2023). Bu araştırmanın sonucunda

%52,4 hipertansiyon, %44,4 Tip 2 Diyabet ve %30,2 solunum sistemi hastalıkları olmak üzere en yaygın kronik hastalıklar olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Muz ve Erdoğan Yüce'nin yaptığı çalışmada %45,6 oranında hipertansiyon, %43,2 oranında diyabet ve %25,7 oranında solunum sistemi hastalıkları görülmüştür (Muz ve Erdoğan Yüce, 2023). Başka bir çalışmada ise bu iki çalışmaya benzer şekilde %20,1 hipertansiyon, %12,5 diyabet, %7,9 alerjik hastalıklar ve %6,7 solunum sistemi hastalıkları olduğu belirlenmiştir (Demirci, 2019). DSÖ'nün de belirttiği gibi en yaygın kronik hastalıklar arasında olan KVVH, Tip 2 Diyabet, solunum sistemi hastalıkları yukarıda belirtilen üç çalışmada da görülmektedir (WHO, 2023) Kronik hastalara yakalanmayı önlemek adına değiştirilebilir risk faktörleri ve uygun tedavi yöntemleri saptayarak kronik hastalıkların prevalansı azaltılabilir.

5.3 Bireylerin Beslenme Durumları

Bu çalışmada kadınların enerji alımının ortalama $945,95 \pm 500,01$ kkal, erkeklerin ise $1262,53 \pm 500,74$ kkal olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Yaş ortalamaları 53 ± 12 yıl olan 205 yetişkin onkoloji hastalarıyla yapılmış bir çalışmada yeterli beslenme durumuna sahip hastaların ortalama 1500 kkal enerji alımı olduğu ciddi yetersiz beslenenlerde ise 950 kkal olduğu hesaplanmıştır (Ravasco ve ark., 2003). Enerji alımlarının düşüklüğünün onkolojiye bağlı beslenme sorunlarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Arends ve ark., 2017). Bir Toplum Sağlığı Merkezi'ne başvuran kronik hastalığa sahip bireylerle yapılmış bir diğer çalışmada kadınların enerji alım ortalamaları $1685,34 \pm 422,2$ kkal, erkeklerin enerji alım ortalamaları $1975,67 \pm 599,65$ kkal olarak hesaplanmıştır (Manisalı, 2019). Manisalı'nın çalışmasına göre, diğer iki çalışmanın her iki cinsiyette de enerji alımlarının düşük olma sebebini hastanede kalış ve hastane yemeklerini tüketmekten kaçınmak olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada kadın ve erkeklerin karbonhidrat alımları

sırasıyla ortalama $107,57 \pm 55,66$ g ve $134,33 \pm 61,96$ g'dır (Tablo 4.5). Vücudumuzun en önemli enerji kaynağı olan karbonhidratların yetişkinler için günlük alım miktarı en az 130 g'dır (Tümer & Çolak, 2012). Bu çalışmada kadınların 130 g'ın altında, erkeklerin ise sınırda karbonhidrat tükettiği görülmektedir. Aldıkları enerji miktarları ile de karşılaştırıldıklarında, hastaneye yatma sebeplerinin çoğunluğunun kronik hastalıkların alevlenme dönemi olduğu düşünülürse besin tüketimlerinin azalmasıyla ilişkilendirilebilir. Manisalı'nın yaptığı çalışmada kadınlarda potasyum, kalsiyum, fosfor ile kronik hastalık arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu çalışmada da bireylerin sodyum, potasyum, kalsiyum ve fosfor alımının diğer çalışmaya göre az olduğu görülmektedir. Bu durumun bireylerin sebze-meyve ve süt ve süt ürünleri tüketimlerinin eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sodyum tüketiminin artması KVH ile ilişkilendirilir. Aynı zamanda magnezyum, potasyum ve kalsiyumun da KVH risk faktörleriyle ters bir korelasyona sahip olduğu bilinmektedir (Mohammadifard ve ark., 2019). Yemeklere eklenen tuz tüketimi sorgulanmadığı için bu çalışma açısından sodyum değerlerinin düşük çıktığı, özellikle hipertansiyon olmak üzere KVH ile ilişkilendirmenin doğru olmayacağı düşünülmektedir.

5.4 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Bu araştırmada kadınların çoğunluğunun (%31,8) BKİ'ye göre I. Derece obez olduğu, erkeklerin çoğunluğunun (%31,7) ise BKİ'ye göre preobez olduğu saptanmıştır. Ayrıca erkeklerde BKİ'ye göre zayıf olan katılımcı bulunmamaktadır (Tablo 4.7). Bir başka çalışmada kronik hastalıklara sahip kadınların %66,2'si normal sınıfta ($18,51-24,99 \text{ kg/m}^2$), erkeklerin ise %53,4'ünün BKİ'ye göre preobez olduğu ve bu çalışmaya benzer şekilde BKİ'ye göre zayıf erkeğin hiç olmadığı saptanmıştır (Buz ve ark., 2024). Yeşil ve arkadaşlarının 2019'da kronik hastalığı olan bireyler ile yaptığı bir çalışmada ise kadınların %37'sinin, erkeklerin %38,2'sinin BKİ'ye göre

preobez olduğu saptanmıştır (Yeşil ve ark., 2019). Kronik hastalıklara sahip olma durumu artan BKİ ile ilişkilendirilebilir. Bel/kalça oranlarına bakıldığında çalışmada kadınların ortalama $0,91 \pm 0,11$, erkeklerin ise $1,02 \pm 0,09$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Yeşil ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların bel/kalça oranı $0,85 \pm 0,07$, erkeklerin ise $0,94 \pm 0,08$ bulunmuştur (Yeşil ve ark., 2019). Bu değerler DSÖ'nün sınıflamasına göre, her iki cinsiyet için de yüksek riskli grup sınırında olduklarını ve kronik hastalıklara sahip olmalarını destekler niteliktedir (WHO, 2023).

5.5 Bireylerin Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği Puanları

Bu araştırmada kronik hastalıklara uyum ölçeği alt başlıklarından fiziksel uyum puanı $36,52 \pm 6,01$, sosyal uyum puanı $24,20 \pm 3,95$ ve psikolojik uyum puanı $21,41 \pm 4,60$ olarak hesaplanmıştır. Kişilerin toplam uyum puanları ise $82,15 \pm 11,86$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.8). Fiziksel uyum puanlarının daha yüksek olması; kişilerin kronik hastalıkların fiziksel belirti ve tedavi gerekliliklerine genellikle iyi bir şekilde adapte olduklarını düşündürmektedir. Psikolojik uyum puanının diğerlerine göre nispeten düşük olması da kişilerin kronik hastalıklarla başa çıkmada duygusal zorluklar yaşayabileceğine işaret etmektedir. Toplam uyumun yüksek olması, bireylerin kronik hastalıklarla başa çıkma sürecinde genel olarak iyi uyum sağladığını göstermektedir. 2022'de yapılan Berber'in çalışmasına göre; Tip 2 Diyabetli yaş ortalamaları $53,11 \pm 9,70$ yıl olan 229 kişinin kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı $83,07$ olarak hesaplanmıştır (Berber, 2022). Başka bir çalışmada kronik hastalığa sahip yaş ortalaması $51,43 \pm 14,21$ yıl olan 171 kişinin kronik hastalıklara uyum toplam puanı $83,64 \pm 10,90$ olarak bulunmuştur (Erdoğan Yüce & Muz, 2023). 2024'te yayınlanan yaş ortalamaları $63,35 \pm 7,02$ yıl olan 103 KOAH'lı hastanın kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı $76,24 \pm 10,41$ olarak bulunmuştur (Neşe & Bayram, 2024). Yaş ortalamalarının artmasıyla kronik hastalıklara uyum puanlarının

düşmesi de bireylerin yaşları arttıkça hastalığa uyum konusunda zorlandıklarını göstermektedir. 2023'te yayınlanan yaş ortalamaları $38,44 \pm 17,34$ yıl olan kronik hastalıklara sahip ve kendisi veya çevresinde COVID 19 geçirmiş bireylere COVID 19 korkusu ölçeği ile KHUÖ uygulanmış olup, KHUÖ toplam puanı ortalama $73,75 \pm 18,85$ olarak bulunmuştur. Yaş azaldıkça KHUÖ puanının yüksek olması beklenirken; KHUÖ toplam puanının düşük olması, salgın hastalıkların bireylerde olumsuz travmatik etkilere yol açmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (Dikmen ve ark., 2020). 2022'de yapılan bir çalışmada kronik hastalıklara sahip bireylere 3 kez verilen eğitim sonunda eğitim verilen deney grubunda KHUÖ toplam puanlarının sırasıyla $78,48 \pm 4,23$, $83,60 \pm 5,08$ ve $84,03 \pm 3,01$ olarak arttığı hesaplanmıştır (Yacan, 2022). Bu çalışma sonucunda da gösterildiği gibi kronik hastalığı bulunan bireylere eğitim verilerek hastalığa uyumları artırılabilir.

5.6 Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi Puanları

Bu çalışmada yeterli alınması gereken besinlerden koyu yeşil sebzeler ve kurubaklagil tüketimi ortalaması toplam $0,81 \pm 1,68$ puan olarak hesaplanmış olup, diğer besin gruplarına kıyasla daha az tüketildiği, süt ve süt ürünlerinin $5,42 \pm 3,46$ puan ile en çok tüketildiği belirlenmiştir. (Tablo 4.12). Toplam protein alımı $1,31 \pm 1,13$ puan ile koyu yeşil sebzeler ve kurubaklagillerden sonra en az tüketilen gruptur. Sınırlı alınması gereken besin gruplarından ise eklenmiş şeker $9,32 \pm 2,30$ puan ile en çok tüketilmiştir. Toplam SYİ puanı $55,32 \pm 19,65$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.12). Katılımcıların SYİ puanlarının sınıflamasına bakıldığında %60,3'ü F sınıfında ve %22'si D sınıfında yer alırken yalnızca %1,6'sı A sınıfında yer almaktadır (Tablo 4.13.). Bu dağılım, bireylerin büyük bir kısmının sağlıklı yeme davranışlarında düşük puan aldığını ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle A ve B sınıflarındaki düşük oranlar, sağlıklı yeme

konusunda toplumda farkındalığın artırılması ve bu davranışların teşvik edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Kronik hastalıklarda yapılmış çok çalışma olmadığı için 2024'te yayınlana bir çalışmaya göre Covid-19 pandemi öncesi ve sonrası sağlıklı kadınlarda diyet kalitesi incelenen başka bir çalışmada; yaş ortalamaları $51,1 \pm 11,8$ yıl ve $52,1 \pm 9,2$ yıl olan iki grubun SYİ bileşenleri arasında belirgin bir fark saptanmıştır. Pandemi sonrasında yüksek deniz ürünleri, bitkisel protein, toplam proteinli gıdalar ve yağ asitleri tüketimi ve düşük eklenmiş şeker, doymuş yağ ve sodyum alımı dahil olmak üzere olumlu değişiklikler gözlemlenmiş, işlenmiş tahıl tüketiminin de arttığı saptanmıştır. Diyet kalitesi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($p < 0,05$). Pandemi sonrası grupta katılımcıların diyet kalitesi %3,33 sağlıksız olarak kategorize edilirken, pandemi öncesinde sağlıksız beslenme şekline sahip olarak kategorize edilen katılımcıların oranı %21,57 olarak hesaplanmıştır (Nindenshuti, 2024). Covid 19 pandemisinde kişilerin evde kapanma sürecinde diyet kalitesinin düştüğünü, kişilerin sağlıksız besinlere yöneldiğini göstermektedir. Bu çalışma ve Nindenshuti'nin çalışmasında işlenmiş şeker, doymuş yağ ve eklenmiş şeker arasında benzerlik vardır. Farklılıklara bakılacak olursa bu çalışmada bireylerin kronik hastalıklara sahip olma durumunun düşük diyet kalitesinden kaynaklandığını düşünebiliriz. Nindenshuti'nin Covid-19 çalışmasında ise sağlıklı kadınların pandemide diyet kalitesinin daha fazla düştüğü görülmektedir. Bu da kronik hastalıklardaki en büyük risk faktörünü oluşturmaktadır. Değiştirilebilir faktörlerin erken saptanıp değiştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Diyet kalitelerindeki artış kronik hastalıklara yakalanma riskini de azaltabileceği bilinmektedir (Doyle, 2019). İtalya'da yapılan 1953 kolorektal kanserli birey ve 4154 sağlıklı birey ile yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında, daha yüksek SYİ puanı olan bireylerin kolorektal kanser geliştirme riskinin %31 azaldığı saptanmıştır (Natale ve

ark., 2025). Diyet kalitesinin kronik hastalıklar üzerindeki sonuçlarını değerlendirmek üzere 2020’de yayınlanan bir metaanalizde yüksek diyet kalitesinin KVH insidansı ve mortalite oranı, Tip 2 Diyabet, nörodejeneratif hastalık riski ile ters orantılı olduğunu belirtmektedir (Morze ve ark., 2020).

5.7 Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

Bu araştırmada bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek için kullanılan SF-36 ölçeğinde 8 alt başlık arasından en yüksek puanı alanlar sırasıyla fiziksel fonksiyon ($76,55 \pm 26,38$) ve sosyal işlevsellik ($66,34 \pm 27,91$) olmuştur. En düşük puanı alanlar ise sırasıyla fiziksel rol güçlüğü ($32,14 \pm 41,01$) ve emosyonel rol güçlüğüdür ($41,78 \pm 45,57$) (Tablo 4.9). Pelin’in yaptığı çalışmada en yüksek puanı alan alt başlık ağrı ($63,05 \pm 27,72$), en düşük puanı alan alt başlık fiziksel rol fonksiyon ($10,44 \pm 19,17$) olmuştur (Pelin, 2017). En düşük puan alan alt boyut bu çalışmayla ortaktır. Karagülle ve Çiçek’in KOAH’lı hastalarla yaptığı bir çalışmada ise ruhsal sağlık alt başlığının en düşük puanı aldığı ($19,90 \pm 52,88$), fiziksel fonksiyonun ise en yüksek puanı ($63,59 \pm 33,67$) aldığı hesaplanmıştır (Karagülle ve Can Çiçek, 2020). En yüksek puan açısından bu çalışmayla benzer sonuç çıkmıştır. 2019’da KOAH’lı hastalarla yapılan bir çalışmada da en düşük puanın ($32,62 \pm 25,99$) ağrı, en yüksek puanı alan alt boyutun ($52,32 \pm 28,54$) ise enerji-canlılık-vitalite olduğu hesaplanmıştır (Gökçek ve ark., 2019). Endonezyada 41 tüberkülozlu hasta ile yapılan bir çalışmada SF-36 alt boyutlarından en yüksek puanı alan alt boyut ruhsal sağlık ($88,48 \pm 15,80$), en düşük puanı alan ise fiziksel rol güçlüğü ($40,24 \pm 44,67$) olmuştur. En düşük alt boyut puanı bu çalışmayla ortaktır. Çalışma sonucunda yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen faktörün de ailesel duygusal destek olduğu saptanmıştır (Nurlaela ve ark., 2024). 2022’de yayınlanan bir meta-analizde de kronik hastalığa sahip bireylerde aile merkezli desteğin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmalarına katkı sağladığı

belirlenmektedir (Alhani ve ark., 2022).Bireylerin yaşam kalitesini etkileyen pek çok faktör vardır. Buradaki çalışmalarda da kronik hastalık olsun olmasın hastaların sahip oldukları hastalıklar, sosyal yaşamları, aile desteği, gelir durumları gibi çeşitli etmenler farklı etkilere sebep olup yaşam kalitelerini farklı boyutlarda etkilemesine neden olabilmektedir.

5.8 Bireylerin Nütrisyonel Risk Taraması 2002 Puanları

Bu araştırmada nütrisyon skorunun $0,51\pm0,46$ olduğu, hastalık şiddeti skorunun $0,38\pm0,49$ olduğu ve toplam NRS-2002 skorunun da $0,87\pm0,85$ olduğu hesaplanmıştır. Hastalık şiddeti skorunun nütrisyonel risk üzerinde nispeten düşük bir etkisi olduğu saptanmıştır. Toplam risk skorunu katılımcıların nütrisyonel risk düzeylerinin düşük-orta arasında değiştiğini göstermektedir (Tablo 4.10). Toplam 63 katılımcının %96,8'inin beslenme riski olmadığı, %3,2'sinin beslenme riski olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11.). Bu durumun hastaların hastanede kalış süreleriyle alakalı olduğunu düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre KOAH'lı bireylerin NRS-2002 puan ortalaması 2.00 ± 0.83 hesaplanmış ve beslenme riski olan hastaların %34,4 olduğu saptanmıştır (Bozkurt, 2018). Başka bir çalışmada 65 yaş altı hastaların NRS-2002 puanları ≥ 3 olan malnütrisyon riski altındaki hastaların oranı %16,7'dir (Altundağ Derin, 2017). 65 yaş altı bireylerin malnütrisyon riskinin 65 yaş üstüne göre daha az olması, azalmış iştah, yağsız vücut kütlelerinde, fiziksel aktivitede ve harcanan enerjide azalma gibi olumsuz sorunların yaşlanmaya bağlı olarak artış göstermesiyle ilişkili olduğunu düşündürebilir (Charlton ve ark., 2010).

5.9 Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Puanı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

Bu araştırmada KHUÖ toplam puanının fiziksel fonksiyon, enerji-canlılık-vitalite, ruhsal sağlık ve genel sağlık ile pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon gösterdiği

saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.14.). Bu bulgular, bireylerin kronik hastalığa uyum göstermeleri yaşam kalitelerinde de artışa neden olmaktadır. Yaşam kalitesinin ağrı alt boyutu ile diğer yaşam kalitesi bileşenleri arasında genelde negatif korelasyonlar saptanmıştır. Bu durum artan ağrı seviyelerinin bireylerin sosyal rollerini yerine getirme kapasitelerini ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Genel olarak, bireylerin kronik hastalıklara uyum düzeyleri ile yaşam kalitesinin çeşitli bileşenleri arasında anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuş ve bu sonuçlar, yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahalelerin kronik hastalık yönetiminde önemli bir faktör olabileceğini göstermektedir. Bilgiç ve Pehlivan'ın 2023 yılında kronik hastalığa sahip bireyler arasında yaptığı bir çalışmada KHUÖ puanlarının artmasıyla yaşam kalitesinde de pozitif yönlü bir artış olduğu saptanmıştır (Bilgiç ve Pehlivan, 2023). Yaş ortalamaları 30 yıl olan 84 epilepsili hasta ile yapılan bir çalışmada tedaviye uyumların yaşam kalitesini arttırdığı görülmüştür (Gülay ve ark., 2018). Kronik hastalıklara uyumun azalması; hastalığın kontrolünün azalmasına, hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlarla başa çıkmanın zorlaşmasına ve sonuç olarak da düşük yaşam kalitesine sebep olmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuç ve karşılaştırılan sonuçlar ile “kronik hastalıklara uyum arttıkça yaşam kalitesi artar” hipotezi desteklenmiştir. Fakat daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.10 Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Puanı ile Nütrisyonel Risk Taraması 2002 Puanları Arasındaki İlişki

Bu araştırmada KHUÖ toplam puanı ile NRS-2002 toplam skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Psikolojik uyum ile nütrisyon skoru arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bu ilişki, psikolojik uyum düzeylerinin artmasıyla bireylerin nütrisyonel risk durumlarının kısmen iyileşebileceğini düşündürmektedir. Fiziksel uyum ile hastalık şiddeti arasında ise

negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.15). Yetişkin kronik hastalığa sahip bireylerde iki ölçeğin birlikte kullanıldığı çalışmalar literatürde bulunmamaktadır. 2023'te 5289 KOAH'lı bireyin dahil edilmesiyle yapılan bir metaanalizde hastaların %30'unda malnütrisyon saptanıp, %50'sinin de risk altında olduğu belirlenmiştir (Deng ve ark., 2023). Hemodiyaliz tedavisi gören yaş ortalamaları $49\pm14,74$ yıl olan 90 kronik böbrek yetmezliğine sahip hastalarda yapılan bir çalışmada %16,7'sinde ciddi malnütrisyon riski, %52,2'sinde de orta derecede malnütrisyon riski vardır (Thangarajah ve ark., 2024). Çalışmalara göre kronik hastalıklarda malnütrisyon risk durumunun göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Beslenme eğitimi verilmesi, hastanın kontrollerini aksatmaması gibi davranışların kronik hastalara uyumu arttıracak, kronik hastalıklara uyumların da kişilerin beslenme durumlarını olumlu yönde etkileyebileceği ve malnütrisyon riskini azaltabileceği unutulmamalıdır. Konu hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

5.11 Bireylerin Yaşam Kalitesi Puanları ile Nütrisyonel Risk Taraması 2002 Puanları Arasındaki İlişki

Bu araştırmada SF-36 alt boyutlarından olan sosyal işlevsellik ile NRS-2002 toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Aynı zamanda ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik ile hastalık skoru arasında da negatif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.16). Ruhsal sağlık, ve sosyal işlevsellik puanlarının azalmasıyla hastalık şiddeti skorunun artması, sosyal işlevsellik skorunun azalmasının NRS-2002 toplam puanı arttırdığı sonucuna varılmaktadır. Çelik ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastanede yatan yetişkin 113 onkoloji hastası NRS-2002 ile değerlendirip, yaşam kaliteleri için European Organization for the Research and Treatment of Cancer (EORTC-QLQ C30) yaşam kalitesi formu kullanılmıştır. Hastaların %42,5'inde malnütrisyon riski saptanmıştır ve bu hastalarda

EORTC QLQ-C30 ölçeğinin alt başlıkları olan rol fonksiyon, uykusuzluk, iştah kaybı, bulantı/kusma, ağrı, fiziksel fonksiyon skorları anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitelerine sahip olduklarını saptamıştır (Çelik ve ark., 2021). Hastanede kalış süresinin uzamasından kaynaklı gelişen malnütrisyonun yanı sıra onkoloji hastalarının tümör gelişim yeri veya tedavilerinden dolayı oluşan komplikasyonlar bireylerde malnütrisyon gelişmesine sebep olabilmektedir (Arends ve ark., 2017). Dolayısıyla bu durumlar kullanılan EORTC QLQ-C30 ölçeğinin belirtilen ilgili alt boyutlarının anlamlı olarak düşük çıkmasıyla ilişkilendirilebilir. Arslan ve arkadaşlarının KOAH'lı bireylerle yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması $68,76 \pm 10,85$ yıl olan 90 yatan hastanın %55,6'sının beslenme riski altında olduğu ve fiziksel fonksiyon, fiziksel rol işlevselliği, ağrı, genel sağlık, duygusal rol işlevselliği, canlılık, sosyal fonksiyon ve ruhsal sağlık alt ölçeklerine ait puanların malnütrisyon riski olan hastalarda daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) (Arslan ve ark., 2016). Lindqvist ve arkadaşlarının 133 kronik karaciğer hastası ile yaptığı bir çalışmada bireylerin %32'sinin beslenme riski altında olduğu ve beslenme riski altındaki bireylerin yaşam kalitelerinin de düşük olduğu saptanmıştır (Lindqvist ve ark., 2020). 2023'te yapılan vaka-kontrol çalışmasında müdahale grubunun yaş ortalaması $53,80 \pm 9,31$ yıl olan, 30 nazofarenks kanserli hastanın malnütrisyon durumları ve yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. İki grup arasında 24 hafta sonra yaşam kalitesi (SF-36 ölçek puanı ile ölçüldüğü gibi) fiziksel fonksiyon, somatik ağrı, genel sağlık, enerji ve sosyal fonksiyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tang, 2023). Malnütrisyonun önlenmesi ve tedavi edilmesi, hastaların hastanede kalış süresini kısaltabilir; tedavi sırasında hastanın vücut ağırlığı kaybını azaltabilir ve hastanın toleransını, tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (Xu ve ark., 2016).

5.12 Bireylerin Sağlıklı Yeme İndeksi Puanları ve Yaşam Kalitesi (SF-36) Puanları Arasındaki İlişki

Bu araştırmada SYİ puanı ve SF-36 alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.18). Literatürde SYİ ve SF-36'nın birlikte kullanıldığı çalışmalar sınırlıdır fakat diyet kalitesini ölçmek için kullanılan diğer ölçeklerle ilgili ve yaşam kalitesi için kullanılan diğer ölçekler ile birlikte kullanılan çalışmalar mevcuttur. Şahin'in yetişkin bireyler üzerinde yaptığı bir çalışmada toplam SYİ puanının yaşam kalitesinin tüm alt bileşenlerini olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Şahin, 2014). Şahin'in yetişkin bireylerle çalışması bu çalışma ile tek ortak yöndür ve sonuçların benzer çıkmamasının nedeni bu çalışmanın popülasyonunu kronik hastalıklara sahip bireylerin oluşturması düşünülebilir. Yaş ortalamaları 31 ± 5 yıl olan 342 polikistik overli birey ile yapılmış çalışmada genel diyet kalitesinin artmasıyla yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır (Herbert & Woolf, 2024). Başka bir çalışmada 7,5 yıl izlenen 948 multiple sklerozlu bireylerin yüksek diyet kalitelerinin daha yüksek fiziksel yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Simpson-Yap ve ark., 2022). Çalışmalarda farklı ölçekler kullanılsa da diyet kalitesi puanları arttıkça yaşam kalitesinin çoğunlukla arttığı, anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalarda ise hastalık varlığının ve bireysel farklılıkların etkili olabileceği düşünülmektedir.

5.13 Bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Puanları ile Sağlıklı Yeme İndeksi Puanları Arasındaki İlişki

Bu çalışmada bireylerin kronik hastalara uyumları ile diyet kaliteleri arasında negatif yönlü ilişki olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.17). Literatürde iki ölçeğin birlikte kullanıldığı çalışmalar bulunmamaktadır. Kronik hastalara uyumun bireylerin diyet kalitesi üzerinde olumlu etkilere neden olacağı

düşünülürken çalışma sonucu bunu desteklememektedir. SYİ ve KHUÖ puanlarının artırılması için gerekli eğitimlerin verilmesi yararlı olacaktır. Her iki ölçeğin birlikte kullanıldığı çalışmaların yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

5.14 Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımları ile Sağlıklı Yeme İndeksi Puanı Arasındaki İlişki

Bu çalışmada diyet kalitesi ile enerji ve makro besin ögeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), vitaminlerden E vitamini, K vitamini, Tiamin, B₂, B₅, B₆ vitaminleri, biotin, folat, C vitamini; minerallerden ise magnezyum ve demir arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.22). Çalışmada enerji ve makro besin ögelerinin değerlendirilmesinde; diyet kalitesinin miktardan bağımsız olarak ölçülmesi ve 5.13'te tartışıldığı gibi her iki cinsiyetin de yapılmış birçok çalışmaya göre enerji alımlarının az olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Mineral alımlarında ise SYİ'de yeterli alınması gereken besin gruplarından en yüksek alımlardan biri olan tam tahıl tüketiminin olması (Tablo 4.12) B vitaminlerinin anlamlı olmasıyla ilişkilendirilebilir. Yaş ortalamaları $53,72 \pm 9,99$ yıl olan 105 Tip 2 Diyabetli bireyle yapılan bir çalışmada diyet kalitesi ile makro besin ögelerinden protein (%) ve yağ (% ve g) anlamlı çıkarken; mikro besin ögelerinden A vitamini, tiamin, B₆, potasyum, magnezyum, demir alımları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Şeşen ve ark., 2023). Çalışma sonuçları benzerdir.

5.15 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama sürecinde yaklaşık bir ay Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde tadilat yapılmak amacıyla servis kullanım dışı olmuştur. Hastalar Göğüs Servisine yönlendirilmiştir. Tadilat süresi boyunca acil bir durum olmadıkça yatış yapılmamıştır. Bu durum araştırmaya katılan birey sayısını olumsuz yönde etkilemiş, kadın ve erkek sayısının homojen olmamasına sebep olmuştur.

Beslenme durumlarının saptanması için 1 günlük geriye dönük besin tüketim kaydı yerine 3 günlük geriye dönük besin tüketim kaydı alınması ve besinler dışında alınan sodyum tüketiminin sorgulanmaması ve ayrıca antropometrik ölçümlerden üst orta kol çevresi ve deri kıvrım kalınlığı alınmaması da çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Sonraki çalışmalarda bu sınırlılıkların dikkate alınması beslenme durumları ve malnütrisyon durumlarının saptanmasında daha yararlı olacaktır.

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Bu çalışma, 19-64 yaş arası kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumlarının beslenme durumları, diyet ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini saptamak amacıyla yapılmıştır ve sonuçları aşağıdaki gibidir:

1. Çalışmaya 22'si kadın, 41'i erkek olmak üzere 63 kişi katılmıştır.
2. Çalışmaya katılan bireylerin 49'u 45-64 yaş arası, 14'ü de 44 yaş altıdır.
3. Bireylerin yaş ortalaması $50,25 \pm 11,47$ yıldır.
4. Bireylerin gelir düzeylerinin %69,8 oranında orta düzey olduğu saptanmıştır.
5. Bireylerin genel alışkanlıklarına bakıldığında; %76,2'si spor yapmıyor, %33,3'ü alkol, %36,5'i sigara kullanmaktadır.
6. Araştırmaya katılan bireylerin %52,4'ünün hipertansiyona, %44,4'ünün Tip 2 Diyabete, %30,2'sinin de solunum sistemi hastalıklarına sahip oldukları bulunmuştur.
7. Bireylerin %36,5'inin 11 yıl ve üzeri, %30,2'sinin de 6-10 yıldır kronik hastalıklara sahip olduğunu; %87,3'ünün ailesinde kronik hastalık öyküsü olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %57,1'inin de düzenli ilaç kullandığı saptanmıştır.
8. Bireylerin %87,3'ünün besin desteği kullanmadığı görülmüştür.

9. Araştırmaya katılan bireylerin %42,9'unun kronik hastalıkları ile ilgili diyet uyguladığı, kullandıkları en aygın yöntemin ise bilgi ve alışkanlıklarına dayalı (%19,0) diyet olduğu saptanmıştır.
10. Bireylerin cinsiyete göre enerji ve makro besin ögesi alımlarına bakıldığında kadınların günlük enerji alımı ortalaması $945,95 \pm 500,01$ kkal, erkeklerin ise $1262,53 \pm 500,74$ kkal; kadın ve erkeklerin karbonhidrat alımı sırasıyla ortalama $107,57 \pm 55,66$ g ve $134,33 \pm 61,96$ g; kadın ve erkeklerin protein alımı sırasıyla ortalama $43,88 \pm 28,47$ g ve $56,08 \pm 30,92$ g olarak ve yağ alımı da kadın ve erkek sırasıyla ortalama $39,96 \pm 25,75$ g ve $53,72 \pm 24,47$ g olarak bulunmuştur.
11. Kadın bireylerin BKİ ortalaması $31,01 \pm 8,73$ kg/m², erkeklerin BKİ ortalaması $29,73 \pm 6,55$ kg/m² olarak, bel/kalça oranlarının da kadınlarda $0,91 \pm 0,11$, erkeklerde $1,02 \pm 0,09$ olduğu hesaplanmıştır. BKİ sınıflamasına göre kadınların çoğunluğunun (% 31,8) I. Derece obez sınıfında, erkeklerin de çoğunluğunun (%31,7) şişman sınıfında yer aldığı saptanmıştır.
12. Bireylerin KHUÖ alt puanlarından fiziksel ve sosyal uyum düzeyinin psikolojik uyuma göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplam uyum puanı $82,15 \pm 11,86$ olarak hesaplanmıştır.
13. Bireylerin SF-36 alt puanlarından en yüksek puanı alan fiziksel fonksiyon ($76,55 \pm 26,38$), en düşük puanı alan fiziksel rol güçlüğü $32,14 \pm 41,01$ olmuştur.
14. Bireylerin NRS-2002 ile değerlendirilmesi sonucunda %96,8'inin malnütrisyon riski altında olmadığı saptanmıştır.
15. Bireylerin SYİ-2020 puan sınıflamasında %60,3'ünün F sınıfında, %22,2'sinin D sınıfında, %12,7'sinin C sınıfında, %3,2'sinin B sınıfı ve %1,6'sının da A sınıfında olduğu saptanmıştır.

16. Bireylerin KHUÖ toplam uyum puanı, SF-36'nın alt başlıklarından olan fiziksel fonksiyon ($r=0,335$, $p=0,007$), enerji-canlılık ($r=0,338$, $p=0,007$), ruhsal sağlık ($r=0,306$, $p=0,015$) ve genel sağlık ($r=0,301$, $p=0,017$) ile anlamlı ve pozitif korelasyon göstermiştir.
17. Bireylerin KHUÖ toplam uyum puanı ile nütrisyon skoru arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte ($r=0,001$, $p=0,991$), pozitif bir eğilim göstermektedir.
18. SF-36'nın alt boyutu olan sosyal işlevsellik ile NRS-2002 toplam skor arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişkiler bulunmuştur ($r=-0,389$, $p=0,002$).
19. KHUÖ toplam uyum puanı ile SYİ puanları arasındaki ilişkinin negatif yönlü ve çok düşük düzeyde bir ilişki olduğu, ancak bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($r=-0,043$; $p=0,735$).
20. SYI puanlarının SF-36 alt faktörleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).
21. Bireylerin KHUÖ toplam puanı ile enerji alımları ($r=-0,299$, $p=0,017$), karbonhidrat ($r=-0,258$, $p=0,041$), potasyum ($r=-0,253$, $p=0,046$) ve magnezyum ($r=-0,257$, $p=0,0042$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır.
22. Bireylerin enerji, makro ve mikro besin öğelerinin tümüyle NRS-2002 toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
23. Bireylerin enerji ($r=0,263$, $p=0,037$) ve yağ ($r=0,279$, $p=0,027$) alımları ile SF-36 alt boyutu olan fiziksel rol güçlüğü ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

24. Bireylerin SYİ toplam puanı ile A vitamini, E vitamini, K vitamini, B₁ vitamini, B₂, B₅, B₆, biotin, folat, C vitamini, potasyum, magnezyum ve demir arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

6.2 Öneriler

Son yıllarda kronik hastalıkların prevalansının artmasıyla kişilerin yaşam tarzlarının olumsuz yönde etkilendiği, sebep olduğu kronik hastalıkların yaşam kalitelerini düşürdüğü bilinmektedir. Yaşam kalitesinin azalması, hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlar ile baş etmede zorlanmalar, hastaneye yatışların artması bireylerin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden hastalığa yakalandıktan sonra yaşam tarzını değiştirmek yerine değiştirilebilen faktörleri kronik hastalıklara yakalanmadan hayatımıza doğru bir şekilde bütünleşmesini sağlayıp, kronik hastalıkların önlenmesi konusunda adımlar atılmalıdır. Kronik hastalıkların önlenabilir faktörleri arasında en etkili faktörlerden biri beslenmedir. Yapılan çalışmalarda kişilerin diyet kalitelerinin düşük olması kronik hastalıklara yakalanma riskini arttığını göstermektedir. Dengeli ve sağlıklı beslenerek hem hastalıklardan korunmada hem de var olan hastalığın doğru yönetilmesinde çok önemli bir faktördür. Yaşam kalitelerini etkileyen bir diğer faktörlerden biri olan kronik hastalıklara uyumdur. Kişinin hastalığı kabul edip uyum sağlayabilmesi çok önemlidir. Hastaların hastalıklara uyumu azaldıkça, hastalık sayısı arttıkça ve diyet kalitesinin de azalması sonucunda yaşam kalitelerinde de düşüş meydana gelebilmektedir. Bu yüzden hastaların bilinçlendirilmesi, diyetisyene yönlendirilmesi, tedavileri için düzenli kontrollere gitmeye dikkat edilmesi, hastalıklar ve baş edebilme, hastalıklar ve beslenme konusunda eğitimler verilmesi, sağlık çalışanlarının da bilinçlendirilip farkındalıklarını arttırarak topluma destek olması önerilmektedir. Bununla birlikte bu

Çalışmadaki sınırlılıklar dikkate alınarak benzer çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Akdemir N. (2011). *Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, (Eds) Akdemir N, Birol L. Geliştirilmiş 3. Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
- Akram, H., Ashraf, G., Ijaz, M. A. (2018). *The impacts of complex social, environmental, and behavioral factors on obesity*. International Journal of Basic Science in Medicine, 3(3), 94-98.
- Akyol, A. D. (1993). *Yaşam kalitesi ve yaklaşımları*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 9(2), 75-80.
- Alhani, F., Asghari-Jafarabadi, M., Norouzadeh, R., Rahimi-Bashar, F., Vahedian-Azimi, A., Jamialahmadi, T., & Sahebkar, A. (2022). *The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of adults with chronic diseases: An updated systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 316, 140-147.
- Altundağ, Derin, N. Z. (2017). *Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon oranları ve buna etki eden faktörler*. Tıpta uzmanlık tezi. K. K. Ü.
- Anderson, E., & Durstine, J. L. (2019). *Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review*. Sports medicine and health science, 1(1), 3-10.

- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., ... & Preiser, J. C. (2017). *ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients*. Clinical nutrition, 36(1), 11-48.
- Arslan, M., Soylu, M., Kaner, G., İnanç, N., Başmısırlı, E. (2016). *Evaluation of malnutrition detected with the Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) and the quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Hippokratia, 20(2), 147.
- Ateş, M. A. ve Algül, A. (2006). *Bipolar bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu*. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2(29), 60-64.
- Atik D., Karatepe H. (2016). *Scale development study: adaptation to chronic illness*. Acta Medica Mediterranea, 32(1), 135-42.
- Aydemir, T., Çetin, Ş. (2019). *Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım*. Journal of Anatolian Medical Research, 4(3), 109-115.
- Aydın, M. (2018). *Gazimağusa devlet hastanesi servislerinde yatan diyabetli hastaların ayak bakımına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. D.A. Ü.
- Barnard, R. J., Duncan, H. W., Baldwin, K. M., Grimditch, G. L. E. N., Buckberg, G. D. (1980). *Effects of intensive exercise training on myocardial performance and coronary blood flow*. Journal of Applied Physiology, 49(3), 444-449.

Berber, T., (2022). *Tip 2 diyabetlilerde kronik hastalıklara uyum, öz yönetim, algı ve farkındalık incelemesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bernell, S. ve Howard, S. W. (2016). *Use your words carefully: what is a chronic disease?*. *Frontiers in public health*, 4, 159.

Bilgiç, Ş., ve Pehlivan, E. (2023). *Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi*. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 63-76.

Bozbay, D. S., Yıldırım, A. B., Dönmez, L. (2019). *Bir tıp fakültesi hastanesi kardiyoloji kliniği'nde yatan hastaların kronik hastalık uyumu ve ilgili bazı değişkenlerin incelenmesi*. In 3. International 21. National Public Health Congress.

Bozkurt C. (2018). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan yaşlı bireylerde kırılabilirlik düzeyinin hastalığın kabulü üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. E. Ü.

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Willumsen, J. F., (2020). *World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451-1462.

Cai, Q., Dekker, L. H., Vinke, P. C., Corpeleijn, E., Bakker, S. J. L., de Borst, M. H., & Navis, G. J. (2021). *Diet quality and incident chronic kidney disease in the*

general population: The Lifelines Cohort Study. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 40(9), 5099–5105.

Castell, G. S., Serra-Majem, L., Ribas-Barba, L. (2015). *What and how much do we eat? 24-hour dietary recall method*. Nutricion hospitalaria, 31(3), 46-48.

CDC. (2024). Official websites United States Government. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/prevention/index.html> Erişim tarihi: 01.01.2025.

Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S., ... & Singer, P. (2015). *Diagnostic criteria for malnutrition—an ESPEN consensus statement*. Clinical nutrition, 34(3), 335-340.

Celik, E., Aslan, M. Ş., Samanci, N. Ş., Karadağ, M., Suzan, V., Çelik, Y. Ç., Demirelli, F. H. (2021). Hospitalize kanser hastalarında malnütrisyon riski ve yaşam kalitesine etkisi. Namık Kemal Med J;9(1):84-90.

Centers for Disease Control and Prevention. About chronic diseases. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> Erişim Tarihi: 29.12.2024.

Charlton, K. E., Nichols, C., Bowden, S., Lambert, K., Barone, L., Mason, M., Milosavljevic, M. (2010). Older rehabilitation patients are at high risk of malnutrition: evidence from a large Australian database. *The Journal of nutrition, health and aging*, 14(8), 622-628.

- Çınar, S. (2009). *Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 6(1-2), 22-28.
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W., Oates, G. R. (2017). *The social determinants of chronic disease*. American journal of preventive medicine, 52(1), S5-S12.
- Chobanian, A. V., Arquilla, E. R., Clarkson, T. B., Eder, H. A., Howard, C. F., Jr, Regan, T. J., & Williamson, J. R. (1982). *Cardiovascular complications*. Diabetes, 31(Suppl 1 Pt 2), 54–64.
- Daud F., (2024). *Bariatrik cerrahi yapılan hastalarda diyet kalitesi, duygusal yeme ve gece yeme sendromunun ağırlık kaybı ile ilişkisinin saptanması*. Yüksek Lisans Tezi. DAÜ.
- Demirci Z., 2021. Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalık uyum düzeyi ilişkisinin incelenmesi. Uzmanlık tezi. B. U. Ü.
- Deng, M., Lu, Y., Zhang, Q., Bian, Y., Zhou, X., & Hou, G. (2023). *Global prevalence of malnutrition in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systemic review and meta-analysis*. Clinical Nutrition, 42(6), 848-858.
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., De Lorenzo, A. (2021). *Diet, nutrition and chronic degenerative diseases*. Nutrients, 13(4), 1372.

- Dikmen, A. U., Kına, M., Özkan, S., & İlhan, M. N. (2020). *COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik*. Journal of biotechnology and strategic health research, 4, 29-36.
- Doyle, I. M., Borrmann, B., Grosser, A., Razum, O., Spallek, J. (2017). *Determinants of dietary patterns and diet quality during pregnancy: A systematic review with narrative synthesis*. Public health nutrition, 20(6), 1009-1028.
- Dunford, E. K., Miles, D. R., Popkin, B., Ng, S. W. (2022). *Whole grain and refined grains: an examination of US household grocery store purchases*. The Journal of Nutrition, 152(2), 550-558.
- Dünya Sağlık Örgütü Kütüphanesi. (2013). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı*. Erişim adresi: https://www.gmka.gov.tr/dokumanlar/yayinlar/2013-2020_Bulasici-Olmayan-Hastaliklari-onlenmesine-iliskin-Eylem-Plani.pdf. Erişim Tarihi: 05.01.2024
- Durna, Z. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Önemi*. Durna Z.(Ed.), *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. (ss1-7).
- Erdoğan Yüce, G. ve Muz, G. (2023). *Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin kronik hastalığa uyum ile ilişkisinin incelenmesi: Kesitsel bir çalışma*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 12(3): 1115 – 1123.

Ervatan, S. Ö., Özel, A., Türkçapar, H., Atasoy, N. (2003). Depresif hastalarda tedaviye uyum: doğal izlem çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 5-11.

Evleksiz A., 2019. *Gazimağusa devlet hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. D. A. Ü.

Farinatti, P., Monteiro, W., Oliveira, R., Crisafulli, A. (2018). *Cardiorespiratory responses and myocardial function within incremental exercise in healthy unmedicated older vs. young men and women*. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30, 341-349.

Gibson, P. R. (2017). *Use of the low-FODMAP diet in inflammatory bowel disease*. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 32, 40-42.

Gibson, R. S. (2005). *Beslenme değerlendirmesinin ilkeleri*. Oxford Üniversitesi Yayınları, ABD.

Gopinath, B., Russell, J., Flood, V. M., Burlutsky, G., Mitchell, P. (2014). Adherence to dietary guidelines positively affects quality of life and functional status of older adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(2), 220-229.

Gorman L. M., Sultan D. F. (2014). Psikososyal hemşirelik genel hasta bakımı için. (3. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 1-29,398 408.

- Gropper, S. S. (2023). *The role of nutrition in chronic disease*. *Nutrients*, 15(3), 664.
- Gökçek, Ö., Doğru Hüzmeli, E., & Katayıfçı, N. (2019). *Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi*. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*;10(1):84-88.
- Guenter, P., Abdelhadi, R., Anthony, P., Blackmer, A., Malone, A., Mirtallo, J. M., ... & Resnick, H. E. (2021). *Malnutrition diagnoses and associated outcomes in hospitalized patients: United States, 2018*. *Nutrition in Clinical Practice*, 36(5), 957-969.
- Gülay, B., Kendirli, M. T., Demir, S., Sonkaya, A. R., & Özdağ, M. F. (2018). *Epilepsi hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi üzerine etkileri*. *Epilepsi*, 24(1), 8-14.
- Herbert, S., & Woolf, K. (2024). *Intuitive Eating, Diet Quality, and Health Related Quality of Life in Individuals With Polycystic Ovary Syndrome (PCOS)*. *Current Developments in Nutrition*, 8.
- Iovino, P., Uchmanowicz, I., Vellone, E. (2024). *Self-care: An effective strategy to manage chronic diseases*. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 33, 767-771.

- Karagülle, Ç. & Çiçek, S. C. (2020). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. *Turkish Journal of Science and Health*, 1(2), 36-49.
- Kaya, A. Ş., Dilek, F., Arabacıoğlu, N. (2022). Kronik hastalığı olmayan seksen yaş ve üstü kadınlarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: kalitatif çalışma. *Sosyal Bilimler Metinleri*, 2022(2), 74-83.
- Kenney L. & Murray R. (2013). *Exercise physiology*. The Encyclopedia of Sports Medicine: An IOC Medical Commission Publication, (19), 20-36.
- Keys, A. (1995). *Mediterranean diet and public health: personal reflections*. The American journal of clinical nutrition, 61(6), 1321S-1323S.
- Kim, J. M. (2017). *Ketogenic diet: Old treatment, new beginning*. Clinical neurophysiology practice, 2, 161.
- Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G., Ölmez N. (1999). *Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonunun Güvenirliği ve Geçerliliği romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma*. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12(2).
- Kondrup, J. (2002). *ESPEN guidelines for nutrition screening*. Clin Nutr, 21(2), 173.
- Kumsar, A. K. ve Yılmaz, F. T. (2014). *Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış*. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 62-70.

- Lindqvist, C., Slinde, F., Majeed, A., Bottai, M., & Wahlin, S. (2020). *Nutrition impact symptoms are related to malnutrition and quality of life—A cross-sectional study of patients with chronic liver disease*. *Clinical nutrition*, 39(6), 1840-1848.
- Liu, Z., Zhao, D., Dai, S., Liang, Y., Zhao, M., Liu, M., ... & Yang, Y. (2024). *Inverse association between the Global Diet Quality Score and new-onset hypertension in adults: a nationwide cohort study*. *The Journal of Nutrition*, 154(4), 1252-1261.
- Lombardo, M., Perrone, M. A., Guseva, E., Aulisa, G., Padua, E., Bellia, C., Bellia, A. (2020). *Losing weight after menopause with minimal aerobic training and mediterranean diet*. *Nutrients*, 12(8), 2471.
- Malinowski, B., Zalewska, K., Węsierska, A., Sokołowska, M. M., Socha, M., Liczner, G., ... & Wiciński, M. (2019). *Intermittent fasting in cardiovascular disorders—an overview*. *Nutrients*, 11(3), 673.
- Manisalı, E. (2019). *Yetişkin Bireylerde Rutin Dişi Değerlendirilen Antropometrik Ölçümlerin Kronik Hastalıklar ve Beslenme İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi.
- Maroto-Rodriguez, J., Ortolá, R., Cabanas-Sanchez, V., Martinez-Gomez, D., Rodriguez-Artalejo, F., & Sotos-Prieto, M. (2025). *Diet quality patterns and chronic kidney disease incidence: a UK Biobank cohort study*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 121(2), 445-453.

- Mohammadifard, N., Humphries, K. H., Gotay, C., Mena-Sánchez, G., Salas Salvadó, J., Esmailzadeh, A., Sarrafzadegan, N. (2019). *Trace minerals intake: Risks and benefits for cardiovascular health*. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 59(8), 1334–1346.
- Morris, M. C., Tangney, C. C., Wang, Y., Sacks, F. M., Barnes, L. L., Bennett, D. A., & Aggarwal, N. T. (2015). *MIND diet slows cognitive decline with aging*. Alzheimer's & dementia, 11(9), 1015-1022.
- Morze, J., Danielewicz, A., Hoffmann, G., & Schwingshackl, L. (2020). *Diet quality as assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: A second update of a systematic review and meta-analysis of cohort studies*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 120(12), 1998–2031.
- Natale, A., Hashemian, D. K., Polesel, J., Giacosa, A., Augustin, L. S., Negri, E., ... & Bravi, F. (2025). *Healthy Eating Index (HEI-2020) score and colorectal cancer risk*. Cancer Epidemiology, 95, 102771.
- Neşe, A. & Bayram, N. (2024). *Kronik obstrüktif akciğer hastalarının kronik hastalığa uyumunun öz-etkililik üzerine etkisi*. Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences, 9(1), 35-44.
- London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), (2022). *Type 2 diabetes in adults: management*. 2022 Jun 29. PMID: 32023018.

- Nindenshuti, P. M., Juvera, G. C., Enriquez, K. S., Armenta, M. J. M., Tamayo, M. D. S. S. (2024). Post-COVID-19 changes in eating patterns and diet quality among women in Northwest Mexico. *Current Developments in Nutrition*, 8.
- Nurlaela, S., Rahardjo, S., & Jayanti, R. D. (2024). *Analysis of the quality of life of tuberculosis patients based on the SF-36 form (case study in Banyumas Regency)*. Indian Journal Of Tuberculosis, 71, S225-S228.
- Oğur S. ve Aktol B. N. (2021). *Kronik hastalıklarda beslenme ve etkin diyet modelleri*. Ankara: İksad Yayınevi.
- Oral, T. E., Şahin, Ş., Akman, B., Verimli, A. (2002). *İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: “Farz edelim ki, şeker hastasıysın.” demek yeterli mi*. Anadolu Psikiyatri Derg, 3, 212-22.
- Özpulat, F. (2017). *Kronik hastalıkların birey ve aile odaklı bakımında halk sağlığı hemşiresinin rolü*. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics, 3(2), 77-82.
- Pekcan, G., Yıldız E. (2014). *Diyet El Kitabı*, Ankara, Hatipoğulları Yayınları, 15. Baskı, s.9.
- Pelin, M. (2017). *Kronik hastalık yönetiminde hastalık rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. S. Ü.

- Petersen, K. S. ve Kris-Etherton, P. M. (2021). *Diet quality assessment and the relationship between diet quality and cardiovascular disease risk*. *Nutrients*, 13(12), 4305.
- Qiu, T., Yan, D. (2024). *Benefits and risks of drug combination therapy for chronic metabolic diseases*. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1390248.
- Ravasco, P., Monteiro-Grillo, I., Vidal, P. M., Camilo, M. E. (2003). *Nutritional deterioration in cancer: the role of disease and diet*. *Clinical oncology*, 15(8), 443-450.
- Santos, L. (2022). *The impact of nutrition and lifestyle modification on health*. *European journal of internal medicine*, 97, 18-25.
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M. M., Pierson, R., Applebaum, S. (2010). *How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries*. *Health affairs*, 29(12), 2323-2334.
- Schwingshackl, L., & Hoffmann, G. (2015). *Diet quality as assessed by the Healthy Eating Index, the Alternate Healthy Eating Index, the Dietary Approaches to Stop Hypertension score, and health outcomes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies*. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(5), 780-800.
- Serin, Y., & Akbulut, G. (2017). *Çölyak hastalığı ve glutensiz diyet tedavisine güncel yaklaşım*. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2(3), 192-200.

- Shahrin, L., Chisti, M. J., & Ahmed, T. (2015). *Primary and secondary malnutrition*. World review of nutrition and dietetics, 113, 139-146.
- Shakoori, I. S., Aslam, F., Ashraf, G., Akram, H. (2020). *Understanding chronic disease risk factors and multimorbidity*. International Journal Of Community Medicine And Public Health, 5(7), 1990-1993.
- Shams-White, M. M., Pannucci, T. E., Lerman, J. L., Herrick, K. A., Zimmer, M., Mathieu, K. M., ... & Reedy, J. (2023). *Healthy eating index-2020: review and update process to reflect the dietary guidelines for Americans, 2020-2025*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 123(9), 1280-1288.
- Siervo, M., Lara, J., Chowdhury, S., Ashor, A., Oggioni, C., & Mathers, J. C. (2015). *Effects of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis*. British Journal of Nutrition, 113(1), 1-15.
- Simpson-Yap, S., Nag, N., Probst, Y., Reece, J. C., Jelinek, G. A., & Neate, S. (2022). *Prospective associations of better quality of the diet with improved quality of life over 7.5 years in people with multiple sclerosis*. Multiple Sclerosis and Related Disorders, 60, 103710.
- Şahin, H. (2024). *Yetişkin hemodiyaliz hastalarında beslenme ve fiziksel aktivite durumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Şahin M. A. (2014). *Yetişkin bireylerde diyet kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. H. Ü.

Şeşen, F., Çoban, A. Y., & Tekin, S. (2023). *Tip 2 Diyabetli bireylerde diyet kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 7(1), 17-29.

Tang, F., Wang, P., Ye, Y. (2024). *Effect of Nutritional Intervention on the Management of Radiotherapy and Chemotherapy for Nasopharyngeal Carcinoma*. Nutrition and Cancer, 76(1), 114-120.

Tekir S. (2021). *Hemodiyaliz Hastalarında Glim Kriterleri, Bia Ölçümleri, Faz Açısı, Pni – O, Mna Ve Nrs-2002 Nütrisyonel Tarama Yöntemlerinin Sarkopeni İle İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi.

5.10, B. B. R., Harishchandra, D. T. T., Jayasinghe, S. P., & Arasarathnam, V. (2024). *Wcn24-919 evaluation of nutritional status, malnutrition risk and the associated factors among chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis at the hemodialysis unit at teaching hospital, Jaffna*. Kidney International Reports, 9(4), S255.

TÜİK. (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>. Erişim tarihi: 01.01.2025

Tümer, G. ve Çolak, R. (2012). *Tip 2 Diabetes Mellitusda Tıbbi Beslenme Tedavisi*
Journal of Experimental and Clinical Medicine, 29, 12-15..

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2017). *Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı (2017-2025)*. 1056, Ankara.

Van Wilder, L., Rammant, E., Clays, E., Devleesschauwer, B., Pauwels, N., De Smedt, D. (2019). *A comprehensive catalogue of EQ-5D scores in chronic disease: results of a systematic review*. Quality of Life Research, 28, 3153-3161.

WHO. (2016). *Avrupa Bölgesi için Fiziksel Aktivite Stratejisi 2016-2025*. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/DSO-Avrupa-Bolgesi-icin-Fiziksel-Aktivite-Stratejisi-2016-2025.pdf>. Erişim tarihi: 05.01.2025

World Health Organisation (2011). *Waist circumference and waist-hip ratio*. Report of a WHO expertconsultation, Geneva, 8-11 December 2008.

World Health Organization. (2023). *Obesity and Overweight*. Şu adresten erişilebilir: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim tarihi: 21.12.2024

Xu, Y., Guo, Q., Lin, J., Chen, B., Wen, J., Lu, T., Lin, S. (2016). *Benefit of percutaneous endoscopic gastrostomy in patients undergoing definitive chemoradiotherapy for locally advanced nasopharyngeal carcinoma*. *OncoTargets and therapy*, 6835-6841.

- Yacan, L. (2022). *Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde verilen eğitimin hatalıya uyum, öz bakım ve iyilik haline etkisi*. Doktora tezi. T. Ü.
- Yeşil, E., Özdemir, M., Arıtcı, G., Aksoydan, E. (2019). *Bel/boy oranı ve diğer antropometrik ölçümlerin kronik hastalık riski ile ilişkisinin değerlendirilmesi*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 241-246.
- Zang, Y., Xu, W., Qiu, Y., Gong, D., & Fan, Y. (2023). *Association between risk of malnutrition defined by the nutritional risk screening 2002 and postoperative complications and overall survival in patients with cancer: a meta-analysis*. Nutrition and Cancer, 75(8), 1600-1609.
- Zhang, X., Li, C., Liu, M., Sun, J., Yue, H., Bao, H. (2024). *The mediation effect of health literacy on social support and health lifestyle of patients with chronic diseases*. Applied Nursing Research, 75, 151763.
- Zhiyi, L., Shuhan, Z., Libing, Z., Jiaqi, L., Xin, D., Lingxi, Q., ... & Sanyou, F. (2024). *Association of the Healthy Dietary Index 2020 and its components with chronic respiratory disease among US adults*. Frontiers in Nutrition, 11, 1402635.
- Zuo, W., & Yang, X. (2025). *Joint association of diet quality and physical activity with obstructive sleep apnea: A cross-sectional study*. Preventive Medicine, 192, 108226.

EKLER

Ek 1: KKTC Sağlık Bakanlığı Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Etik Kurul Onay Formu



KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr Burhan Nalbantoğlu
Devlet Hastanesi
Lefkoşa



03/04/2024

Sayı: YTK.1.01

(EK 26/24)

Sn. Asiye Yeter Başaran

Etik kurulumuzun yapmış olduğu toplantıda " KKTC Gazimağusa Devlet hastanesi dahiliye servisinde yatan kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumlarının beslenme durumları diyet ve yaşam kalitesi üzerine etkisi " isimli projeniz/araştırmanız Etik Kurulunda değerlendirilmiş olup Etik Kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

Bilginize sunulur, çalışmalarınızda kolaylıklar dileriz .

Saygılarımla

Etik Kurul Yönetim Kurulu adına

Dr. Cenk Conkbayır (üye)

Dr. Cenk Conkbayır
Etik Kurul Üyesi

İLETİŞİM

Tel +90 392 2285441

Fax : +90 392 2231899

Email: lbndtanitim@gmail.com

Ek 2: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Onay Formu

SAĞLIK BİLİMLERİ TEMEL ALANI ETİK ALT KURULU

Sayı: ETK00-2024- 0125

11.06.2024

Konu: SBF00-2024-0196 Sayılı Etik Kurul Başvurunuz Hk.

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Asiye Yeter BAŞARAN

Sorumlu Araştırmacı olarak yer aldığınız ve Araş. Gör. Nida Nur MAKREŞ ile birlikte yürütülecek “KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde Yatan Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa Uyumlarının Beslenme Durumları, Diyet ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” konulu Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi Projeniz ile ilgili başvurunuz, Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Temel Alanı Etik Alt Kurulu’nun **29.05.2024** tarih ve **2024/06** sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunmuştur.

Çalışmalarınızda başarılar dileriz.


Doç. Dr. Emre HAMURTEKİN
DAÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Bilimleri Temel Alanı Etik Alt Kurulu Başkanı



Ek 3: Yetişkin (18 Yaş ve üzeri) Katılımcı Bilgilendirme ve Gönüllülük Formu

Yetişkin (18 Yaş ve üzeri) Katılımcı Bilgilendirme ve Gönüllülük Formu

Bilgilendirme: Bu araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz.

1. Araştırmanın Adı: **KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde Yatan Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa Uyumlarının Beslenme Durumları, Diyet Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

2. Araştırmacıya ait bilgiler:

Adı Soyadı: Nida Nur MAKREŞ

Ünvanı: Araş. Gör. Dyt.

Adres: DAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Tel: 05391143039

İmza:

Tarih:

3. Araştırmanın Amacı:

Kişilerin diyet kalitesi düşük olduğunda kronik hastalık riskinin arttığı, yüksek olduğunda ise kronik hastalık riskinin azaldığı son yıllarda daha da netleşmiştir. Bu araştırmada ise kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumlarının değerlendirilip beslenme durumları üzerindeki etkilerini ve diyet kalitesinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin saptanması hedeflenmiştir. Kişilerin kronik hastalıklara uyumu arttıkça, diyet kalitesinin ve yaşam kalitesinin artacağı hedeflenmektedir.

4. Bu form ile yukarıda başlığı belirtilen çalışmada yer almak üzere davet ediliyorsunuz.

5. Bu araştırmanın süresi: Etik kurul onayını takiben Aralık 2024'e kadar

6. Bu araştırmanın sizin üzerinizde yaratacağı

☒ herhangi bir riski yoktur.

☐ aşağıda belirtilen riskleri vardır:

1.
2.
3.

7. Araştırmada aşağıdaki işlemler yapılacaktır:

- Genel bilgilerinizi, sigara ve alkol tüketiminizi, fiziksel aktivite durumunuzu, beslenme alışkanlıklarınızı besin güvencesizliği durumunuzu, hangi besinleri ve içecekleri ne kadar ve ne sıklıkla tükettiğinizi saptamak için anket yapılacaktır.
- Boy uzunluğunuz, bel ve kalça çevreniz araştırmacı tarafından esnemeyen mezür ile vücut ağırlığınız ise baskül ile ölçülecektir. Bu ölçümler sırasında canınız yanmayacak veya herhangi bir şey hissetmeyeceksiniz.

☒ Biyolojik materyal kullanılmayacaktır

☐ Biyolojik materyal kullanılacaktır

Bu araştırmada biyolojik materyal olarak, sizden:

..... örneği alınacaktır.

Toplanacak biyolojik materyal
amacıyla kullanılacaktır.

☐ Toplanan biyolojik materyal saklanmayacaktır

☐ Toplanan biyolojik materyal süresince saklanacaktır.

Sizden alınan örneğinin saklanma nedeni/nedenleri).....
.....dır.

8. Bu çalışma, bilimsel bir araştırma kapsamında gerçekleştirilmektedir.

9. Çalışmaya katılmakla mali bir yükümlülük altına girmeyeceksiniz.

10. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. İstedığınız aşamada bu araştırmadan çekilebilirsiniz.

11. Araştırmacı, çalışmaya devam etmenizin yararlı olmayacağına karar verebilir ve katılımınızı herhangi bir aşamada sonlandırabilir.

12. Bu araştırma kapsamında toplanan tüm kişisel bilgiler, araştırmanın tüm aşamalarında tamamen gizli tutulacaktır.

13. Araştırmanın sonunda, kamuya açık bilgi ve sonuçları araştırmacıdan talep edebilirsiniz.

14. Bu araştırma soruları hakkında araştırma sahibine soru sorabilir ve yanıt talep edebilirsiniz.

Katılımcının Beyanı:

15. Bu araştırmayla ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı, ilgili metni okudum ve anladım.

16. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

17. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini biliyorum.

18. Araştırma sonrasında herhangi bir soru sorma ihtiyacım olması halinde araştırmacıyla iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü/Katılımcı (veya veli/vasi)

Adı, soyadı:

Adres:

İmza:

Tel:

Tarih:

Görüşme Tanığı (gerekliyse)

Adı, soyadı:

Adres:

İmza:

Tel:

Tarih:

Ek 4: Ölçek İzinleri

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam Kalitesi Testi Kısa Form-36 Ölçeği Kullanım İzni

Sayın hocam,

Yrd. Doç. Dr. Asiye Yeter Başaran sorumluluğunda yürüteceğimiz yüksek lisans tezi için, Türkçe adaptasyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Yaşam Kalitesi Testi Kısa Form-36" ölçeğini kullanmak istiyoruz. Uygunluğunuza sunarız.

Saygılarımla.

Nida Nur Makreş

İzleme bayrağı.



Omer Aydemir <soaydemir@yahoo.com>

Kime: Siz

← ↶ ↷ ...

18.01.2024 Per 07:04

Sayın Nida Nur Makreş,
Araştırmanızda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Kolaylıklar diliyorum
Prof Dr Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

...

Yeni Outlook'a tekrar hoş geldiniz (1/5)

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Re: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni



Derya Atik <deryaatik@osmaniye.edu.tr>

15:08



Kime: Nida Nur Makreş



KHUÖ.docx
26,11 KB

Merhaba Hocam, ölçek ektedir, kolaylıklar dilerim.

Derya Atik

Kimden: "Nida Nur Makreş" <nidanurmakres@gmail.com>

Kime: "Derya Atik" <deryaatik@osmaniye.edu.tr>

Gönderilenler: 17 Ocak Çarşamba 2024 14:41:59

Konu: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Hocam,

Yrd. Doç. Dr. Asiye Yeter Başaran sorumluluğunda yürüteceğimiz yüksek lisans tezi için, geliştirdiğiniz "Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği"ni kullanmak istiyoruz. Uygunluğunuza sunarız.

Saygılarımla.

Nida Nur Makreş

Ek 5: Anket Formu

KKTC Gazimağusa Devlet Hastanesi Dahiliye Servisinde Yatan Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalığa Uyumlarının Beslenme Durumları, Diyet ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

ANKET NO:

TARİH:

A.GENEL BİLGİLER

1	Yaşınız (yıl)	
2	Cinsiyet	1.Kadın 2.Erkek 3.Belirtmek istemiyorum
3	Medeni durumunuz:	1. Evli 2. Bekar
4	Eğitim Seviyeniz	1. Okur Yazar değil 2.İlkokul 3.Ortaokul 4.Lise 5. Üniversite 6. Lisansüstü
5	Mesleğiniz	1.İşsiz 2.Memur 3.Emekli 4.Ev hanımı 5.İşçi 6.Serbest Meslek 7.Diğer
6	Hangi kronik hastalığa/hastalıklara sahipsiniz?	1.Hipertansiyon 2.Diyabet 3.KOAH 4.Osteoporoz-Artrit, 5.Böbrek Hastalıkları 6.Diğer (belirtiniz):.....
7	Ne kadar süredir kronik hastalığa sahipsiniz?	1.1 yıldan az 2.1-5 yıl 3. 6-10 yıl 4. 11 yıl ve üzeri
8	Ne kadar süredir hastanede kalıyorsunuz?	
9	Ailenizde ve yakın akrabalarınızda kronik hastalık öyküsü var mı?	1.Yok 2.Var
10	Kronik hastalığınız için ilaç kullanım durumunuzu belirtiniz.	1.İlaçlarımı düzenli kullanıyorum. 2.İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum. 3.İlaç kullanıyordum, bıraktım. 4.İlaç kullanmadım.
11	Son bir yılda, doktor önerisi ile düzenli olarak kullandığınız herhangi bir besin desteği (supleman) var mıdır? Varsa ne kadar zamandır kullanıyorsunuz?	1.Hayır 2.Evet (belirtiniz):
12	Gelir düzeyiniz	1.İyi 2.Orta 3.Kötü
13	Spor yapıyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet (belirtiniz):
14	Kiminle yaşıyorsunuz?	1.Yalnız 2. Eşimle 3. Çocuklarla 4. Diğer.....
15	Alkol kullanıyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet (belirtiniz) İçeceğin türü: İçeceğin miktarı: Tüketim sıklığı: a) Her gün b) Haftada Kez c) Ayda Kez
16	Sigara kullanıyor musunuz?	1.Hayır 2..... yıl içtim, önce bıraktım. 3. Evet, halen içiyorum. Adet..... a) Günde b) Haftada c) Ayda Süresi: a) Ay b) Yıl
17	Kronik hastalığınız/hastalıklarınız ile ilgili diyet uyguluyor musunuz?	1.Hayır 2.Evet
18	17. soruya cevabınız evet ise;	1. Kendi bilğim ve alışkanlıklarıma göre diyet uyguluyorum. 2.Diyetisyen tarafından önerilen diyeti uyguluyorum. 3. Hekim tarafından önerilen diyeti uyguluyorum. 3.Sosyal medya / TV vb. kaynaklardan edindiğim bilgiler ile diyet uyguluyorum.

B. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Antropometrik Ölçümler	Ölçüm
Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
BKİ (kg/m ²)	
Bel Çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Bel/Kalça oranı	

C. KRONİK HASTALIKLARA UYUM ÖLÇEĞİ

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
	Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.					
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımın dolayısı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.)					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımın dolayısı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımın dolayısı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

D. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (KISA FORM SF-36)

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz ?			
a. Mükemmel b. Çok iyi c. İyi d. Orta e. Kötü			
2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?			
a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi c. Bir yıl öncesine hemen hemen aynı d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü e. Bir yıl öncesinden çok daha kötü			
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar ?			
	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi etkinlikler			
b. Bir masayı çekmek, elektrik sürürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
e. Merdivenle bir kat çıkma			
f. Eğilme veya diz çökme			
g. Bir-iki kilometre yürüme			
h. Birkaç sokak öteye yürüme			
i. Bir sokak öteye yürüme			
j. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			
4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?			
	Evet	Hayır	
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?			
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?			
c. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu ?			
d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi ? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)			
5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı ?			
	Evet	Hayır	
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?			
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?			
c. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz ?			
6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi ?			

a. Hiç etkilemedi b. Biraz etkiledi c. Orta derecede etkiledi d. Oldukça etkiledi e. Aşırı etkiledi						
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu ?						
a. Hiç olmadı b. Çok hafif c. Hafif d. Orta e. Şiddetli f. Çok şiddetli						
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi ?						
a. Hiç etkilemedi b. Biraz etkiledi c. Orta derecede etkiledi d. Oldukça etkiledi e. Aşırı etkiledi						
9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.						
	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi ?						
b. Çok sinirli bir insan oldunuz mu ?						
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi ?						
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi ?						
e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi ?						
f. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi ?						
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi ?						
h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi ?						
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi ?						
10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi ?						
a. Her zaman b. Çoğu zaman c. Bazen d. Nadiren e. Hiçbir zaman						
11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır ? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.						
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bilmiyorum	Çoğu zaman	Her zaman	
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.						
b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.						
c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.						
d. Sağlığım mükemmel.						

E. NÜTRİSYONEL RİSK TARAMASI (NRS-2002)

Tablo 1: Başlangıç Taraması		
1. BKİ <20.5	1. Evet	2. Hayır
2. Son 3 ayda zayıflama	1. Evet	2. Hayır
3. Son 1 haftada besin alımında azalma	1. Evet	2. Hayır
4. Hastalığı şiddetli mi ?	1. Evet	2. Hayır

- Herhangi bir sorunun yanıtı **evet** ise son taramaya geçiniz.
- Tüm sorularının yanıtı **hayır** ise hastayı yatış süresince haftada bir yeniden tarayınız.

Tablo 2: Son Tarama			
Nütrisyon Skoru		Hastalık Şiddeti Skoru	
Normal beslenme durumu	0	Normal besin gereksinimi	0
3 ayda %5 zayıflama veya son 1 hafta besin alımı %50-75	1	Kalça kırığı, kronik hastalıkların akut alevlenmesi	1
2 ayda %5 zayıflama veya son 1 hafta besin alımı %25-60	2	Major abdominal cerrahi, şiddetli pnömoni, hematolojik malignite	2
1 ayda %5 zayıflama veya son 1 hafta besin alımı %0-25	3	Kafa travması, yoğun bakımda Apache skoru >10 üzeri hastalar	3

Nütrisyon Skoru		+	Hastalık Şiddeti Skoru		Toplam Skor=	
-----------------	--	---	------------------------	--	--------------	--

Hasta ≥70 yaş ise toplam skora 1 puan eklenir	Yaşa Uyarlanmış Toplam Skor=	
---	------------------------------	--

- Skor <3: Hasta haftada bir taranmalı. Eğer majör operasyon planı varsa yine bir nütrisyon planı geliştirmelidir.
- Skor ≥3: Hasta nütrisyon riski altındadır ve bir nütrisyon planı başlatılır.

F. 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

Öğünler	Yemek Adı	İçindekiler	Miktar (g)
Sabah			
Kuşluk			
Öğle			
İkinci			
Akşam			
Gece			