

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DÜZCE ARAŞTIRMA
VE UYGULAMA HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE
YÖNLENDİRİLEN HASTALARDA DİYETE UYUMU
ETKİLEYEN KİMİ FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Dyt. Nilgün İSTEK**

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Halk Sağlığı Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**DÜZCE
2006**

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DÜZCE ARAŞTIRMA
VE UYGULAMA HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE
YÖNLENDİRİLEN HASTALARDA DİYETE UYUMU
ETKİLEYEN KİMİ FAKTÖRLER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Dyt. Nilgün İSTEK**

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Halk Sağlığı Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA**

**DÜZCE
2006**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Programı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA
(A.İ.B.Ü., Düzce Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı A.D.)

Üye Yrd. Doç. Dr. Nuray YEŞİLDAL
(A.İ.B.Ü., Düzce Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı A.D.)

Üye Doç. Dr. Peri Meram ARBAK
(A.İ.B.Ü., Düzce Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları A.D.)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Murat DÖŞOĞLU
Enstitü Müdürü

To The Institute of Health Sciences Directory,

This study is accepted as a thesis for the degree of Master of Science for Public Health Programme by our committee members.

Supervisor Assc. Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA
(Department of Public Health , Abant Izzet Baysal University ,
Duzce School of Medicine)

Member Assc. Prof. Dr. Nuray YEŞİLDAL
(Department of Public Health, Abant Izzet Baysal University,
Duzce School of Medicine)

Member Assc. Prof. Peri Meram ARBAK
(Department of Chest Diseases, Abant Izzet Baysal University,
Duzce School of Medicine)

APPROVAL:

This thesis is certified by the committee members determined by the Administrative Committee of Institute of Health Sciences and is admitted with the decision of Administrative Committee.

Assc. Prof. Dr. Murat DÖŞOĞLU
Director of Institute

ÖZET

Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır. Beslenme, besinlerin üretiminden hücrede kullanımına değin geçen tüm evrelerde insan-besin ilintisini inceleyen bir bilim dalıdır (Baysal, 1997).

Yetersiz beslenen toplumlardaki çocukların büyüme hızı yeterli beslenenlerden daha yavaştır. Yetersiz beslenme, yalnız fiziksel büyümeyi değil, zeka gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir (Baysal, 1997).

Beslenme yetersizliği ve dengesizliğinin dolaylı olarak neden olduğu hastalıkların en önemlileri; enfeksiyon hastalıkları, aterosklerotik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, diş çürükleri ve karaciğer hastalıklarıdır (Baysal ve ark., 1999). Beslenmenin düzenlenmesi çeşitli kronik hastalıkların tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Farklı kronik hastalıklarda beslenme müdahalesinin etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada uygun bir diyetin bu kronik hastalıkların kontrol edilmesinde basit ve etkin bir yol olduğu düşünülmüştür (Huang ve ark., 1999).

Kronik hastalıkların tedavisindeki güncel strateji, hastanın hastalığı konusunda bilinçlendirilmesi için eğitim verilmesidir (Baysal ve ark., 1999). Besin tercihlerini nasıl yapacaklarını öğretmek için bireylerin müdahalelere gereksinimi vardır. Müdahale yapan kişilerin bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmaları gerekir (Aurora ve ark., 2000). Bazı çalışmalar, kadınların erkeklere, ileri yaştakilerin gençlere göre diyetle uyumlarının daha iyi olduğunu rapor etmektedir (Chang ve ark., 2005).

Hiperlipidemisi olan hastalarda yapılan yeme davranışı çalışması, hastaların %24,9'unun diyetle uyumunun zayıf olduğunu göstermiştir. Uyumun kadınlarda, 60 yaş üzeri hastalarda, emekli veya evde yaşayanlarda daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Çalışma, diyetin temel öneminin hastalar tarafından yeterli anlaşılmadığını göstermiştir (Allaert, 2004). Diyabetik hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların; kişisel yönetim, motivasyon, algılama ve eğitimin geliştirilmesiyle

değiştirileceği belirtilmiştir (Puder ve ark., 2003). Çalışmamızda da diyet eğitiminin etkinliği, hastaların diyetle uyumlu olup olmadıkları ve uyumu etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bağlılık, beslenme, diyabet, obezite.

ABSTRACT

Nutrition is the use of foods to grow, continue to life and to maintain health. Nutrition is a science investigates human-food relation in all levels from food production to food using in cells (Baysal, 1997).

The growth rate is more slow in populations which have inadequate nutrition than populations which have adequate nutrition. Inadequate nutrition does not only effect physical growth, but also mental growth (Baysal, 1997).

The most important diseases that indirectly caused from inadequate and imbalance nutrition are infectious diseases, atherosclerotic diseases, diabetes, hypertension, obesity, dental cavities and liver diseases (Baysal et al., 1999). The arrangement of nutrition plays an important role in the treatment of different chronic diseases. In a study that investigating nutrition intervention in different chronic diseases it is thought that appropriate diet is simply and effective way in controlling of these chronic diseases (Huang et al., 1999).

Present strategy in treatment of chronic diseases is to educate patients making them conscious about their diseases (Baysal et al., 1999). People need interventions to teach how make food preference. People making interventions must attend to individual differences (Aurora et al., 2000). Some studies reported that women and older people are more compliant to diet than men and younger people (Chang et al., 2005).

In eating behaviour study performed in hyperlipidemic patients it is indicated that 24,9% of patients have less compliance to dietetic recommendations. It is determined that compliance is more in women, older than 60 years of patients, retired people or people living in home. The study showed that the importance of diet could not be adequately understood by the patients (Allaert, 2004). In a study performed in

diabetic patients it is reported that patients can be changed by the better education, perception, motivation and self-management (Puder et al.; 2003). The aim of our study is to determine the effectiveness of diet education, the compliance of patients to diet and factors effecting compliance.

Keywords: Adherence, diabetes, nutrition, obesity.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	2
Besin Maddeleri Gereksinimleri Üzerinde Etkili Olan Faktörler	3
Şişmanlık	5
Hiperlipidemi	9
Böbrek Hastalıkları	15
Diabetes Mellitus	19
Hipertansiyon	30
GEREÇ VE YÖNTEM	34
Araştırma Bölgesi	34
Araştırma Evreni ve Örneklem	34
Araştırmanın Tipi	34
Araştırmaya Katılma Kriterleri	34
Araştırmaya Katılmama Kriterleri	34
Araştırmanın Değişkenleri	34
Araştırmada Kullanılacak Araç ve Gereçler	34
Ön Deneme	34
Araştırmayı Uygulayanlar	34
Araştırmanın Yöntemi	34
Araştırmanın Analizi	35
Araştırmanın Kısıtlılıkları	35
Araştırmanın Zaman Çizelgesi	35

Araştırmanın Akış Şeması	35
BULGULAR	36
TARTIŞMA	50
SONUÇLAR	55
ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR	57

EKLER

EK 1: Anket Formu

EK 2: Diyet Listeleri

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	Amerikan Diyabet Birliği
ADÖ	Akdeniz Diyet Örüntüsü
AKŞ	Açlık Kan Şekeri
BKI	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HbA1C	Hemoglobin A1C
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
IDDM	İnsüline Bağımlı Diabetes Mellitus
IGT	Glikoz Tolerans Bozukluğu
JNC	Birleşik Ulusal Komite
Kcal	Kilo Kalori
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
NIDDM	İnsüliniden Bağımsız Diabetes Mellitus
TG	Trigliserit
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Şişmanlığın sınıflandırılması.	6
Tablo 2: Yaşa göre uygun BKİ değerleri.	6
Tablo 3: Hipertansiyonun evreleri.	30
Tablo 4: Hipertansiyon tanımlamasında, WHO sınıflandırması.	31
Tablo 5: Hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı.	36
Tablo 6: Hastaların bazı demografik özelliklere göre dağılımı.	37
Tablo 7: Hastaların cinsiyet ve mesleki durumlarına göre dağılımı.	37
Tablo 8: Hastaların gönderildikleri polikliniklere göre dağılımı.	38
Tablo 9: İlk görüşme için hastaların ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı.	39
Tablo 10: İlk görüşmede hastaların diyet alma, uygulama durumları ve diyeteye uymama nedenlerine göre dağılımı.	39
Tablo 11: Tanı konulması öncesi ve sonrası beslenmelerine dikkat edenlerin ve etmeyenlerin dağılımı.	41
Tablo 12: Fiziksel aktivite ve hastalıkla ilgili doktorun bilgi vermesine göre hastaların dağılımı.	41
Tablo 13: Kontrol görüşmesinde hastaların ilaç kullanma, kontrollere gelme, fiziksel aktivite ve diyet uygulama durumlarına göre dağılımı.	42
Tablo 14: Kontrol görüşmesinde hastaların diyetlerine uymama nedenlerine	43

göre dağılımı.

Tablo 15: Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve diyeti uygulama durumlarına göre dağılımı.	44
Tablo 16: Hastaların ilaç kullanma ve diyeti uygulama durumlarına göre dağılımı.	45
Tablo 17: Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleki durumları ve diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşüne göre dağılımı.	46
Tablo 18: Hastaların ilaç kullanım durumları ve diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşüne göre dağılımı.	47
Tablo 19: Hastaların diyeti uygulama durumları ve diyeteye uyma konusunda diyetisyen görüşüne göre dağılımı.	47
Tablo 20: Hastaların, 1. ve 2. görüşmelerde beslenme bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar.	48
Tablo 21: Hastaların, 1. ve 2. görüşmelerdeki kilo, BKİ, tansiyon ve kan bulguları ortalamaları.	49

GİRİŞ

İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar, yetersiz beslenen toplumlarda çocuk ölüm hızının yeterli beslenen toplumlardan on kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yine yetersiz beslenen toplumlardaki çocukların büyüme hızı yeterli beslenenlerden daha yavaştır. Yetersiz beslenme, yalnız fiziksel büyümeyi değil, zeka gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir (Baysal, 1997).

İnsanları beslenmeye yönelten amaçlar aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir (Atilla, 2005);

1. Açlığı gidermek,
2. Yeterli ve dengeli beslenebilmek,
3. Zevk duymak, tatmin olmak,
4. Saygınlık kazanmak, törelere uymak.

Besin elementleri organizmanın yapısı, fizyolojik ve metabolik durumu ve aktivitelerinin gerektirdiği, yani harcananı karşılayacak miktarda sağlandığı zaman “Yeterli ve Dengeli” beslenmeden söz edilebilir (Atilla, 2005).

İnsan acıktığı zaman açlığını gidermek amacıyla bir şeyler yemek ihtiyacını duyar. Ancak açlık giderilirken yetersiz ve aşırı beslenme şeklinde bozukluklara yol açılması mümkündür. Bu nedenle bireylerin yeterli ve dengeli beslenme konusunda

bilinçlendirilmesi, eğitilmeleri gerekmektedir. İnsan psiko-sosyal bir varlıktır ve duyuları (görme-koklama-tat alma ve dokunma) ile gıdalarda bulunan özellikleri algılamakta, beğenilen görünüm ve tatları ile beslenmenin tatmin edici ve mutlu edici işlevi yerine getirilmektedir. Beslenme, gıda tüketimi ile aynı zamanda sosyal ilişkilerde de bir araç olma durumundadır (Atilla, 2005).

Yetersiz ve dengesiz beslenme birçok hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir, hastalığın ağır seyretmesine neden olabilir. Çalışmamızda amaç; Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyet Polikliniği'ne gelen hastalara (diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon tanıları ile) verilen diyet eğitiminin etkinliğini, beslenme bilgi soruları ve kan bulgularındaki değişimden yararlanarak belirlemeye çalışmak, hastaların hastalıkları ile ilgili beslenme bilgi düzeylerini ve hastaların diyetle uyumunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır. Beslenme, besinlerin üretiminden hücrede kullanımına değin geçen tüm evrelerde insan-besin ilintisini inceleyen bir bilim dalıdır. Bu nedenle beslenme, bir yandan insanı inceleyen tıp ve sosyal bilimler, diğer yandan fiziksel bilimlerle ilintilidir (Baysal, 1997).

Besinler, organizmadaki fonksiyonlarına göre 3 bölümde toplanır (Bağrıaçık, 1999):

- 1- Enerji temin eden besinler (karbonhidratlar ve yağlar)
- 2- Yapı, onarım görevi yapanlar (proteinler)
- 3- Regülatör görevi yapanlar (vitaminler ve mineraller)

Besinler doğada 6 grup içinde toplanmış olarak bulunurlar (Bağrıaçık, 1999):

- a) Karbonhidratlar: Şeker, meyve ve bal şekeri, un, nişasta, meyveler
- b) Yağlar: Hayvansal ve bitkisel
- c) Proteinler: Hayvansal ve bitkisel
- d) Vitaminler

e) Mineraller

f) Su

İnsan organizması gıdalar yolu ile enerji üreten fabrikadır. Bu enerji organizmanın çeşitli fonksiyonları için gereklidir ve kullanılır. Enerji gereksinmesi ve tüketimi kilo kalori ile ifade edilir. Bir litre suyun ısısını 15 dereceden 16 dereceye yükseltmek için gerekli enerjiye bu ad verilir. Kilo kalori (K.Cal), Jul olarak da ifade edilebilir (Bağrıaçık, 1999).

$$1 \text{ Kilo/Calori} = 4.184 \text{ kilo Jul} \quad 1 \text{ Mega Jul} = 1.000 \text{ K.Jul}$$

$$1 \text{ Kilo/Jul} = 0.239 \text{ kilo Cal} \quad 1 \text{ Mega Jul} = 239 \text{ K.Cal}$$

$$1 \text{ g. Karbonhidrat} = 4 \text{ K.Cal} \quad 1 \text{ g. Yağ} = 9 \text{ K.Cal}$$

$$1 \text{ g. Protein} = 4 \text{ K.Cal} \quad 1 \text{ cc. Alkol} = 7 \text{ K.Cal}$$

Besin Maddeleri Gereksinimleri Üzerinde Etkili Olan Faktörler

Besin maddeleri ve enerjiye olan günlük gereksinim miktarı kişiye, yaşadığı çevre ile ilgili özelliklerle yakından ilişkilidir. Çeşitli faktörler günlük gereksinimlerinin değişmesinde etkili olmaktadır. Bu faktörler şunlardır (Atilla, 2005):

- Yaş grupları
- Cinsiyet
- Vücut küssesi ve bileşimi; boy, ağırlık, vücut yağ oranı, yağsız vücut dokusu
- Fiziksel aktivite düzeyi ve süresi
- Sağlık durumu; enfeksiyonlar, ateş, akut ve kronik sistemik hastalıklar, allerjik durumlar, yara, yanık, neoplazmik hastalıklar ve cerrahi müdahaleler.
- Çevre koşulları; iklim, sıcaklık değişimleri, nem, yükseklik ve çevre sağlığı koşulları ile psiko-sosyal stresler.

Yetersiz ve dengesiz beslenme, yani besin elementlerinin günlük gereksinimden az alınmaları, besin elementleri arasındaki dengenin bozulması yada gereksinimden fazla alınması sağlığın aşağıdaki şekillerde bozulmasına yol açar (Atilla, 2005).

Primer Beslenme Hastalıkları (Atilla, 2005):

1. Genel Açlık Hastalıkları

2. Protein- Enerji Yetersizlikleri

- a. Marasmus
- b. Marasmik – Kuwashiorokor
- c. Kuwashiorokor

3. Avitaminozlar

- a. A avitaminozu – Keratomalasia
- b. D avitaminozu – Raşitizm, Osteomalasia
- c. C “ - Skorbüt
- d. B1 “ - Yaş ve Kuru Beriberi, Infantil Beriberi
- e. B2 “ - Keylozis, Angular Lezyon
- f. Niasin “ - Pellegra
- g. Folik Asit avitaminozu – Megaloblastik Anemi
- h. B12 avitaminozu – Megaloblastik Anemi
- i. Diğer vitamin yetersizlikleri

4. Mineral Yetersizlikleri

- a. Demir yetersizliği anemisi
- b. Kalsiyum yetersizlikleri – Osteomalasia, Tetani, Osteoporoz
- c. İyot yetersizliği – Basit Guatr
- d. Flor yetersizliği – Diş Çürükleri

5. Aşırı Beslenme

- a. Hiper vitaminozlar – A ve D vitamini
- b. Şişmanlık

Sekonder Beslenme Hastalıkları (Atilla, 2005):

- 1. Metabolizma bozukluğu hastalıkları – Diyabet, Gut vb.
- 2. Dejeneratif Hastalıklar – Ateroskleroz, Hipertansiyon, Gastrointestinal ve Karaciğer Hastalıkları vb.
- 3. Kanser ve diğer neoplazmalar

Primer ve sekonder beslenme hastalıklarının sağlık üzerindeki etkileri yetersizliğin derecesine, süresine, kişinin yaşına ve gelişme çağına bağlı olarak farklılık gösterir ve aşağıdaki sağlık sorunlarına yol açtıkları görülür (Atilla, 2005):

- Büyüme ve gelişme geriliği meydana gelir.
 - a. Fizik büyüme ve gelişmede gerilik
 - b. Fizyolojik gelişmede gerilik
 - c. Mental gelişmede gerilik
- Hastalıklara direnç azalır.
 - a. Enfeksiyonlar kolay yerleşir, ağır seyreder, sık yerleşir ve uzun sürer.
 - b. Metabolik hastalıklar aşık hale gelir ve ağır seyreder.
 - c. Dejeneratif hastalıkların meydana gelmesi kolaylaşır.
 - d. Çeşitli nedenlerle ölüm hızları artar.
- Toplumsal düzensizliklere yol açar.
 - a. Yeteneksiz ve güçsüz kişilerin oranının artması sonucu ekonomik sorunlar artış gösterir.
 - b. Yeteneksiz ve güçsüz kişilerin eğitimlerinin güçsüzleşmesi kültürel sorunlar doğurur.
 - c. Yeteneksiz kişilerin yaratacağı sosyal olaylar, toplumsal mutsuzlukların artması, toplumsal düzenin bozulmasına yol açar.

Beslenme yetersizliği ve dengesizliğinin dolaylı olarak neden olduğu hastalıkların en önemlileri; enfeksiyon hastalıkları, aterosklerotik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, diş çürükleri ve karaciğer hastalıklarıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azaltarak enfeksiyonlara zemin hazırlamakta, hastalığın ağır seyretmesine ve öldürücü komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (Baysal ve ark., 1999). Diyet, sağlığın temel belirleyicisidir (Gray, 1999).

Diyetsel değişime özgü engeller; karar verme ve bilgi süreci ile ilgili olaylar, kültürel ve sosyal olaylar, diyet ve davranış değişikliği konusundaki kişisel algılamalar ve çevresel engellerdir. Besin tercihlerini nasıl yapacaklarını öğretmek için bireylerin müdahalelere gereksinimi vardır. Müdahale yapan kişilerin bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmaları gerekir (Aurora ve ark., 2000).

Şişmanlık

Şişmanlık, bedenin yağ kütlesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu

boya göre ağırlığın, arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır (Baysal ve ark., 1999). Obezite ya da halk arasında bilinen adıyla şişmanlık, vücutta yağ birikmesi sonucu ortaya çıkan ve mutlaka tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (Coşkun, 2005). Tütünden sonra obezite, önlenabilir ölümlerin ikinci en büyük nedeni olmaktadır. Avrupa’da yetişkin nüfusun %10-20’si obezdir. Bu artışın farklı açıklamaları vardır; sedanter yaşam tarzı ve kaloriden zengin besin alımındaki artış gibi (Bautista-Castano ve ark., 2004).

Genelde aşırı besin alımı ve fiziksel hareketlerin azlığı, şişmanlığa yol açmaktadır. Şişmanlık; diyabet, hipertansiyon ve aterosklerotik hastalıkların oluşumunda önemli bir risk etmenidir (Baysal ve ark., 1999).

Obezite, günümüzde Amerika’daki adölesan ve çocukların %15’ini etkilemektedir (Hoppin, 2004). Almanya’da 5-7 yaş arası çocukların %9-12’sinin okula başlarken fazla kilolu oldukları, %2.5-3.5’inin obez olduğu belirtilmektedir (Bohler ve ark., 2004). Obezite, Kanada ve Amerika’da büyüyen bir sağlık ilgisine haline gelmektedir (Hutton ve ark., 2004).

Şişmanlığın tanısında çeşitli yöntemler kullanılır. Pratikte beden kitle indeksi (BKI) başvuru bir kriterdir ($BKI = \text{Ağırlık} / \text{boy}^2$). BKI’ye göre şişmanlık Tablo 1’de gösterildiği gibi sınıflanabilir (Baysal ve ark., 1999):

Tablo 1: Şişmanlığın sınıflandırılması.

Sınıflama	BKI
Toplu (hafif şişman)	25-29.9
Şişman	30-34.9
Sağlık açısından önemli	35-44.9
Aşırı şişman	45-49.9
Süper şişman	50 +

Yaş ilerledikçe doğal olarak BKI’de artış olabilir (Baysal ve ark., 1999). Tablo 2’de yaşa göre uygun BKI değerleri gösterilmiştir.

Tablo 2: Yaşa göre uygun BKI değerleri.

Yaş (yıl)	BKI
19-23	19-24
24-34	20-25
35-44	21-26
45-54	22-27
55-65	23-28
65+	24-29

Şişmanlık orta yaşın hastalığı gibi görünüyorsa da, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Retrospektif çalışmalar, yetişkin obezlerde şişmanlığın 1/3 oranında çocuklukta yada adölesan döneminde başladığını göstermiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 verilerine göre kadınların %33.4'ü hafif şişman ($BKI=25-30\text{kg/m}^2$), %18.8'i şişmandır ($BKI>30$). Şişmanlık, kentlerde köylerden daha yüksektir. Sosyokültürel düzeyi düşük olan kadınlarda daha yüksek oranda görülürken, erkeklerde bunun tersi söz konusudur (Atilla, 2005).

Son 10 yılda Amerika ve İngiltere'den farklı yazarlar, obezite epidemisinin kişi başına enerji alımıyla ilişkili olduğunu, bu epideminin fiziksel aktivite azalması nedeniyle gerçekleştiğini ve yeme örüntüleriyle değişmediğini belirtmektedirler (Stubbs ve ark., 2004).

Birçok çalışmada çocukluk çağı obezitesinde ebeveynlerin vücut ağırlıklarının güçlü bir belirleyici olduğu bulunmuştur. Hastaların kilo verme programına katılma isteğinin motivasyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Obezite tedavisinde, yalnızca yaşam tarzı alışkanlıklarında uygun bir değişimin yapılması uzun süreli olarak kilo kaybının sağlanmasında başarı sağlayacaktır (Bautista-Castano ve ark., 2004).

Suudi Arabistan'da fazla kilo ve obezite eğilimlerinin okul çağı çocuğu ve adölesanlarda araştırıldığı bir çalışmaya 10-20 yaş bireyler dahil edilmiş , kilo ve boyları ölçülmüştür. Yaş, boy, kilo ve cinsiyete göre pörsentiller hesaplanmıştır. Her iki cinsiyet için BKI 1994 ve 2000 yılları arasında 50. pörsentile yükselmiştir. 85. ve 95. pörsentillerde olanların oranı da yüksektir. Tüm yaş gruplarında vücut ağırlığı ve BKI'ndeki artış belirgindir, bununla birlikte erkekler 10-16 yaşlarında en büyük artışı

göstermişlerdir. Halk sağlığı müdahalesi, gençler arasında fazla kilolu olma ve obezitenin azaltılması veya önlenmesinde önemli olmaktadır (Abalkhail, 2002).

Beden ağırlığının, olması arzu edilenin %20 üzerine çıkması hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, hiperlipidemi, Tip 2 diyabet riskini artırır. Beden ağırlığının daha da artması bazı kanserler (meme ve endometri), eklem ve safra kesesi hastalıkları için risk faktörüdür. Aşırı şişmanlık solunum güçlüğüne sebep olur (Baysal ve ark., 1999).

Şişman bireyin amacı ideal ağırlığa inmek olmaktadır. Genelde yavaş ve uzun süreli, egzersizle desteklenmiş zayıflama programında protein kaybı en azda tutulur. Diyetin enerjisi bireyin harcadığı enerjiden daha düşük olmalıdır. Diyet enerjisinin makro besin öğelerinden sağlanan oranı karbonhidrat %55-60, protein %15-20, yağ %20-25 arasında tutulur. Diyet, vitamin ve mineraller yönünden bireyin gereksinmesini karşılayabilmelidir. Diyetin posa içeriği yüksek olmalıdır (Baysal ve ark., 1999).

Obez hastaların çoğu diyet tedavi programına bağlı kalmamakta, çoğunluğu kilo vermemekte, kilo kaybedenlerin çoğu bu kiloları tekrar almaktadır. Tedavi safhası ve sonrasındaki kilo koruma safhası boyunca sürekli izlem ve sıkı kontrol gereklidir (Bautista-Castano ve ark., 2004).

Kilo kaybı ve kardiyak risk faktörlerinin azalmasında 4 popüler diyetin (Atkins, Ornish, Weight Watchers ve Zone diyetleri) etkinliğini ve bağlılık oranlarını belirleme amaçlı bir çalışmaya, bilinen hipertansiyon, dislipidemi veya açlık hiperglisemisi olan, 22-72 yaşlarındaki fazla kilolu ve obez kişiler dahil edilmiştir. 160 katılımcı Atkins (karbonhidrat sınırlı, n=40), Zone (makro besin öğeleri sınırlı, n=40), Weight Watchers (kalori sınırlı, n=40) veya Ornish (yağ sınırlı, n=40) diyet gruplarına randomize olarak bölünmüştür. 1 yılda ortalama kilo kaybı Atkins diyeti için 2.1 kg., Zone diyeti için 3.2 kg., Weight Watchers diyeti için 3.0 kg. ve Ornish diyeti için 3.3 kg. olarak tespit edilmiştir. 1 yılda kan basıncı veya glikozda önemli etkiler olmamakla birlikte, her diyet LDL/yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) oranını yaklaşık %10 oranında azaltmıştır. Her diyet için total/HDL kolesterol, C-reaktif protein ve insülinin düşme seviyeleri, diyetler arasında önemli farklılık olmaksızın, kilo kaybıyla önemli oranda ilişkili bulunmuştur. Çalışma sonunda, her popüler diyetin, 1 yılda vücut

ağırlığı ve farklı kardiyak risk faktörlerinde ılımlı düzeyde azalma sağladığı bulunmuştur (Dansinger ve ark., 2005).

Dinlenme enerji harcamasının belirlenmesi yardımıyla, diyetel kompozisyonun kilo kaybında fizyolojik adaptasyonları etkileyip etkilemediğini belirleme amaçlı yapılan bir çalışmaya, düşük glisemili ve düşük yağ içerikli, enerjisi sınırlı olan 18-40 yaş arası 39 fazla kilolu veya obez genç bireyler dahil edilmiştir. Düşük yağlı diyetle kıyasla, düşük glisemili diyetle dinlenme enerji harcamasındaki düşme daha az olmuştur. Düşük glisemili diyet alan katılımcılar, açlıklarının daha az olduğunu belirtmişlerdir. İnsülin direnci, serum trigliseritleri, C-reaktif protein ve kan basıncı gibi parametrelerde, düşük glisemili diyet alanlarda daha olumlu gelişme gözlenmiştir. Her iki grupta vücut kompozisyonundaki değişiklikler çok benzer olarak bulunmuştur. Çalışmada, glisemideki azalmanın obezite, kardiyovasküler hastalık ve diyabet tedavisi ile önlenmesinde katkı sağlayabileceği sonucuna varılmıştır (Pereira ve ark., 2004).

Hiperlipidemi

Bir toplumda, farklı kronik hastalıklarda beslenme müdahalesinin etkilerinin araştırıldığı bir çalışma için, anormal kan glikozu, kan basıncı ve trigliseritleri (TG), kolesterolü olan 87 kişi seçilmiştir. Beslenme müdahalesi ölçümleri; tarifler üzerindeki önerileri, beslenme eğitimi ve yönlendirme vb. yapmayı içermektedir. Açlık kan glikozu ve yemekten 2 saat sonrasında postprandial kan glikozu, serum TG ve kolesterol, kan basıncı ve vücut ağırlığı, semptom puanı gibi parametreler gözlenmiş, verilerin analizi sonucu bu parametrelerde önemli oranda gelişmeler olduğu saptanmış, uygun bir diyetin toplumlarda bu kronik hastalıkların kontrol edilmesinde basit ve etkin bir ölçüm olduğu düşünülmüştür (Huang ve ark., 1999).

Aterosklerozis; kalp, beyin ve diğer organların arterleri ile aortta oluşan bozukluktur ve koroner kalp, felç ve diğer damar hastalıklarından sorumludur. Çocukluk çağında, arterlerde lipit, özellikle kolesterol ve esterlerinin birikimi ile başlar. Ergenlikle birlikte birikinti hızla artar. Erken yetişkinlikte lipit birikintisinin üzeri yumuşak kas ve bağ dokuları ile kapanır. Buna ‘fibröz plak’ denmektedir. İlerleyen dönemlerde meydana gelen değişikliklerle birlikte, plağın şişmesiyle ülserasyon meydana gelir ve kanın pıhtılaşmasına yol açar. Bu lezyonlar kalp

arterlerinde oluştuğunda koroner kalp hastalığı (KKH), beyin arterlerinde oluştuğunda felç, diğer arterlerde oluştuğunda ağrılar ve iltihaplanmalar ortaya çıkar (Baysal ve ark., 1999).

Koroner arter hastalığı, son safha renal yetmezliği olan hastalarda mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Hiperkolesterolemi, koroner kalp hastalığı için önemli bir risk faktörüdür (Yiğit ve ark., 2004).

Amerika Birleşik Devletleri'nde KKH'ndan ölüm oranı 1920'lerden sonra her yıl %1-2 artarak 1960'ların ortasında 100.000'de 300'e ulaşmıştır. Sağlıklı 40 yaşındaki bir erkeğin 60 yaşına kadar KKH'na yakalanma olasılığı %20 olarak hesaplanmıştır. İlk kez kalp yetmezliği geçirenlerde ölüm olayı %30-35'tir (Baysal ve ark., 1999).

Ülkemizde de yetişkin nüfustaki ölüm nedenlerinin ilk sırasını KKH almaktadır. lmlerin yaklaşık %34' KKH nedeniyle oluşmaktadır (Baysal ve ark., 1999).

Hastalık riski 35 yaşından itibaren artmakta, erkeklerde kadınlardan, yüksek sosyo-ekonomik grupta düşük sosyo-ekonomik gruptan daha yüksek oranlarda görülmektedir (Baysal ve ark., 1999).

Sosyodemografik ve klinik profillerine göre, kolesterol düşürücü ilaç tedavisiyle kombine sağlık ve diyetset önerilerle dislipidemik hastaların uyumunu tanımlama amaçlı yapılan bir çalışmaya, ortalama yaşı 58 ± 12 yıl olan, çoğunluğu erkek 7902 hasta dahil edilmiştir. Yeme davranışı çalışması, hastaların %24.9'unun diyetset önerilerle uyumunun zayıf olduğunu göstermiştir. Uyumun kadınlarda, 60 yaş üzeri hastalarda, emekli veya evde yaşayanlarda daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Daha fazla sayıda kardiyovasküler risk faktörlerine sahip olan hastaların diyetset önerilere uyumunun daha kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışma, diyetin temel öneminin hastalar tarafından yeterli anlaşılmadığını göstermiştir (Allaert, 2004).

Amerika'da kardiyovasküler risk faktörlerinin sınıflandırılmasında ırksal ve etnik farklılıkları değerlendirme ve bu farklılıkların sosyoekonomik statüyle değişkenlik gösterip göstermediğini belirleme amaçlı olarak yapılan bir çalışmaya 25-99 yaş arasındaki 772 İşpanyol olmayan beyazlar, 409 Meksika kökenli Amerikalılar, 486 İşpanyol olmayan siyahlar dahil edilmiş ve aralarındaki ilişkiler incelenmiştir. Hipertansiyon, anormal kolesterol, diyabet, fazla kilolu olma ve sigara içimi risk faktörlerini oluşturmaktadır. Sonuçta İşpanyol olmayan beyazların %20'sinde,

Meksika kökenli Amerikalı'ların %18'inde ve İspanyol olmayan siyahların %13'ünde kardiyovasküler risk faktörleri bulunmamaktadır. İspanyol olmayan siyahların 4-5 riske sahip olma olasılıklarının diğer gruplara göre 2 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tüm gruplarda eğitim düzeyi arttıkça, risk görülme olasılığı azalmaktadır. Yüksek sosyo ekonomik statüye sahip olan kişiler arasında, Meksika kökenli Amerikalılar ve İspanyol olmayan siyahların, İspanyol olmayan beyazlara nazaran, daha fazla kardiyovasküler riske sahip olduğu belirlenmiştir (Selby ve ark., 2004).

Bu yüzyılın başlarından itibaren deney hayvanları üzerinde yapılan çalışmalar serum kolesterolün yükselmesinin ateroskleroze neden olduğunu göstermiştir. Serum kolesterolünün LDL ile taşındığı, doymuş yağ asitlerinden zengin yağların serum kolesterolünü yükselttiği belirlenmiştir. Doymuş yağ asitlerinden zengin yağ ve kolesterolü yüksek diyetle deney hayvanlarında aterosklerozis oluşturulmuştur. Aterosklerozisin, serum LDL-kolesterol ve trigliserit ile doğrusal, HDL-kolesterol ile ters yönde ilintili olduğu ortaya konmuştur (Baysal ve ark., 1999).

Hiperkolesterolemi, kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü özelliği göstermektedir. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde diyetssel müdahale birincil seçim olarak kalmaktadır. Sadece diyetssel kolesterolü ve doymuş yağı azaltmaya odaklanan diyetssel müdahaleler LDL kolesterolün yanı sıra HDL kolesterolü de azaltmaktadır. HDL kolesterolü etkilemeden LDL kolesterolün düşmesini sağlayan diyetssel müdahaleler soya proteini, çözünür posa, soya lesitini ve bitki sterollerini içermektedir (Nicolosi ve ark., 2001). Düşük yağ içerikli besinlerin tüketiminin, hiperkolesteroleminin diyetssel yönetiminde yararlı olduğu gösterilmektedir (Maki ve ark., 2003). Dislipidemiye düzeltmede hedef, düşük dansiteli lipoprotein kolesterol düzeyini <100 mg/dl'ye düşürmek, yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol düzeyini erkeklerde >40mg/dl'ye, bayanlarda >50 mg/dl'ye çıkarmak ve trigliserit düzeyini <150 mg/dl'nin altına indirmektir (Gavin, 2004).

Total kolesterolün düşürülmesi, kardiyovasküler hastalıklarla ilgili mortalite ve morbiditede azalmayla ilişkilidir. Genelde hastalar sağlık önerilerini yerine getirmedikleri veya tarif edilen şekilde ilaçlarını almadıklarında, tedavide beklenen sonuçlara ulaşamamaktadır. Yüksek düzey stres, düşük düzeyde sosyal destek, karışık tedavi protokolü, yaşam tarzı modifikasyonuna gereksinim gibi farklı nedenler,

hastalık ve tedaviye yönelik hastaların inançları uyumu etkileyebilir (Coutu ve ark., 2003).

Yapılan bir çalışmada, koroner kalp hastalığı için bilgi düzeyinin geliştirilmesinin, kilo kaybı, artmış fiziksel aktivite, stres yönetimi ve diyetel değişim gibi bazı yaşam tarzı davranışlarına uyumla ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada ayrıca koroner kalp hastalığı risk faktörlerine yönelik genel bilgi düzeyinin, hastaların davranışlarını değiştirmeleri için yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (Alm-Roijer ve ark., 2004).

Diyetel öneriler, dislipidemili hastaların yönetiminde temel elemandır. Tüm fazla kilolu hastalar için kilo kaybı birincil amaç olmalıdır. Lipit düzeylerinde önemli bir gelişim sağlamak için %5-10 kilo kaybı genelde yeterlidir. Diyetel yağ toplam enerjinin %30'undan fazla olmamalıdır. Doymuş yağ asitleri %7'yi geçmemeli ve çoklu doymamış yağ asitleri %7-10 ile sınırlandırılmalıdır. Tekli doymamış yağ asitlerinde bu sınır biraz daha geniş tutulabilir, toplam enerjinin %15'inden fazla olabilir. Soya proteini veya fitosteroller kadar diyetel posa (günde 20 gramdan fazla) LDL kolesterolün yaklaşık %10 oranında azaltılmasında yardımcı olabilir. Çünkü bunlar, diğer kardiyovasküler risk faktörleri etkileyen antioksidanları sağlamaktadırlar (Krempf, 2001).

Diyetin protein, karbonhidrat, posa, metaller, iz elementler ve vitamin içeriği ile serum kolesterol ve aterosklerozis oluşumu arasındaki ilintiler de araştırma konusu olmuştur. İnsanlar üzerinde yapılan deneysel araştırma sonuçları, diyetteki doymuş yağ asitleri ve kolesterolün serum kolesterol düzeyini etkileyen en önemli diyetel faktörler olduğunu göstermiştir. Doymuş yağ asitleri serum LDL ve HDL kolesterolü yükseltirken, çoklu doymamış yağ asitleri her ikisini de düşürmekte, tekli doymamış yağ asitleri ise LDL kolesterolü düşürürken HDL kolesterolü etkilememektedir (Baysal ve ark., 1999).

Yapılan bir çalışmada yüksek yağ tüketimi olan hastaların, önceden yağı sınırlı olan hastalarla karşılaştırıldığında, diyetel alışkanlıklarını geliştirmeye daha yatkın oldukları bulunmuştur (Coutu ve ark., 2003).

Yüksek oranda sebze ve meyve tüketiminin LDL konsantrasyonu ile zıt ilişkili olup olmadığını belirleme amaçlı olarak Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü Aile Kalp Çalışması'ndaki 4466 kişinin verileri incelenmiştir. Sebze ve meyve tüketimini

belirlemek için besin sıklığı anketi kullanılmıştır. Erkeklerde ortalama yaş 51.5 ± 14.0 yıl ($n=2047$) ve ortalama günlük sebze-meyve tüketimi 3.2 ± 1.7 porsiyon iken, kadınlarda ortalama yaş 52.2 ± 13.7 yıl ($n=2419$) ve ortalama günlük sebze-meyve tüketimi 3.5 ± 1.8 porsiyon olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda sebze ve meyve tüketimi ile LDL kolesterol arasında zıt bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Djousse ve ark., 2004).

Diğer diyetel faktörlerden posa, özellikle çözünür özellikte olanlar, serum kolesterolünü düşürür. Aşırı alkol alımı serum lipitlerinden trigliserit düzeyini yükseltirken, az miktarda (haftada 50-100 g) alınan, HDL kolesterolünü artırır (Baysal ve ark., 1999).

Besinlerin hazırlanması ve pişirilmesinde dikkat edilecek noktalar şunlardır (Baysal ve ark., 1999):

- 1- Yemek ve salatalarda zeytinyağı veya bitkisel sıvı yağ kullanılır.
- 2- Yemek yapmada yağda kızartma yönteminden sakınılır. En iyi yöntem fırında veya ocak üstünde kapalı olarak nemli ortamda pişirmedir. Izgara yöntemi de kullanılabilir. Kıymalı dolma ve sarmalarda yemeğe ayrıca yağ eklenmez.
- 3- Salatalar sofraya oturulacağı zaman hazırlanır. Salataların mevsimlik sebzelerden yapılması beslenme ve ekonomik açıdan daha yararlıdır.
- 4- Yemeklerde bol soğan, sarımsak ve yeşilliklerin (maydanoz, nane, yeşil soğan vb.) yer alması yararlıdır.
- 5- Bütün sebzeler yeneceğine yakın iyice yıkandıktan sonra, bekletilmeden yemek ve salata yapılır.

Yağ grubu besinlerde en iyi seçim zeytinyağı ve bitkisel sıvı yağlardır. Tereyağı, içyağı, sade yağ, katı margarin, şekerli fındık, fıstık ezmesi gibi ürünlerden sakınılmalıdır. Et ürünlerinde ise balık ve diğer su ürünleri, tavuk, hindi ve diğer kanatlı hayvanların derisiz beyaz eti öncelikli tercih edilmeli, sucuk, salam, sosis, kavurma gibi etten yapılan ürünlerden, yağlı koyun ve sığır etinden, kızartılmış etlerden, tavuk ve diğer kanatlıların derisinden sakınılmalıdır. Kepekli ekmek, tam buğday unu ekmeği, çavdar ve yulaf ekmeği, bulgur pilavı gibi ürünlere beslenmede yer verilmeli, yağ ve şeker içeren tüm unlu mamüllerden, bisküvi ve krakerlerden sakınılmalıdır. Süt ve süt ürünlerinde yağı ayrılmış veya azaltılmış süt, yoğurt, çökelek,

lor ve diğer peynirler tercih edilmeli, tam yağlı süt, yoğurt ve yağlı peynirlerden, kremadan yapılan dondurmalar, çikolata eklenmiş tatlılar ve pudinglerden uzak durulmalıdır. Meyvelerden özellikle portakal, mandalina ve greyfurt, sebzelerden de özellikle yeşil yapraklı olanlar tercih edilmeli, çikolata ve tereyağı eklenmiş ağır tatlılardan sakınılmalıdır (Baysal ve ark., 1999).

Gelişmiş ülkelerde diyet, koroner kalp hastalığı, kriz, diyabet ve kanser gibi mortalite ve morbiditeye yol açan başlıca nedenleri belirlemede önemli rol oynar. Tüm diyetel örüntünün, sağlık üzerinde, bir besin veya besin ögesinden daha büyük bir etkisi vardır. Bu nedenle, farklı diyetel örüntülere bağlılık ve kanser, diyabet, kalp krizi, koroner kalp hastalığının oluşumu arasındaki ilişkiyi inceleme konusunda artan bir ilgi vardır. Örneğin; Akdeniz diyetinin koroner kalp hastalığı ve ilgili düzensizliklere karşı koruyucu bir faktör olduğu farz edilmektedir (Sanches ve ark., 2003).

Akdeniz Diyeti'nin içeriği, Akdeniz Bölgesi'ndeki beslenme alışkanlıklarının tanımlanması için 1950'lerde Keys ve Grande tarafından geliştirilmiştir. Akdeniz Diyet Örüntüsü (ADÖ)'nde bitkisel besinlerin fazla tüketilmesi (sebze, patates, kabuklu yemişler, ekmek, pirinç gibi tahıllar) gibi genel özellikler vardır. Taze ve çeşitli meyveler, temel tatlıdır ve zeytinyağı temel yağ kaynağıdır. Diğer özellikler sık balık tüketimi, yemeklerle orta düzeyde fakat tutarlı şarap tüketimi, düşük miktar et, düşük-orta düzeyde süt ürünleri tüketimidir. ADÖ'nün koroner kalp hastalıklarına karşı koruyucu olduğu varsayılmaktadır. ADÖ'nün ayrıca Tip 2 diyabet, hipertansiyon, kriz ve hatta osteoporoza karşı koruyucu olduğu hipotezleri mevcuttur. Bazı tür kanserlerde yararlı etkisi olduğuna dair bazı kanıtlar da mevcuttur (Sanches ve ark., 2002).

Akut koroner sendromu önlemede Akdeniz tipi diyetin rolünün değerlendirildiği bir çalışmaya, ilk kez akut koroner sendrom olayı için hastaneye yatırılmış 661 hasta birey alınmış ve klinik olarak kardiyovasküler hastalık riski olmayan 661 kontrolle eşleştirilmiştir. Çalışmada, Akdeniz diyetinin akut koroner sendrom gelişim riskini önemli oranda (%16) azalttığı tespit edilmiştir. Çalışma, akut koroner olayların birincil olarak önlenmesinde Akdeniz tipi diyetin önemini desteklemektedir (Panagiotakos ve ark., 2002).

Son yıllarda kontrollü yapılan epidemiyolojik araştırmaların sonuçları, diyetin kolesterol ve doymuş yağ asitleri içeriğinin yukselmesinin total ve LDL kolesterol düzeyini yukselttiğini ve KKH riskini artırdığını göstermektedir. Diyetin enerji yoğunluğunun artması şışmanlığa neden olarak KKH riskini arttırır. Hayvansal proteinin azaltılarak bitkisel proteinin arttırılması sonucu çözünür posanın artması da hastalık riskini azaltır (Baysal ve ark., 1999).

Klinik araştırmaların sonuçları, diyetle yapılan değişikliklerle serum kolesterolünün özellikle LDL kolesterolün düşürülmesinin, KKH riskini azalttığını göstermektedir (Baysal ve ark., 1999).

Diğer risk faktörlerinin başlıcaları; yüksek kan basıncı, antioksidanların yetersizliği, sigara içimi, kanda homosistein düzeyinin yukselmesi, şışmanlık, fiziksel aktivite azlığı, kalıtım ve psikososyal faktörlerdir (Baysal ve ark., 1999).

Egzersiz HDL kolesterolünü yükseltir. Hareketsizlik koroner hastalık riskini arttırır. Fiziksel aktivitenin artması şışmanlığı önlediğinden, dolaylı olarak da hastalıkta koruyucu faktör sayılabilir (Baysal ve ark., 1999).

şışmanların beden ağırlığının birimi başına normal kilolulara göre %20 daha fazla beden içi kaynaklı kolesterol ürettikleri bildirilmiştir. şışmanlık hipertansiyon, diyabet ve hiperkolesterolemi gelişimine neden olarak koroner kalp hastalığı morbidite ve mortalitesini yükseltir. BKİ 30'dan yüksek olan bireylerde koroner hastalıktan ölüm riski önemli şekilde yükselir. Yağın bedenın st kısmında toplanması, riski daha da yükseltir (Baysal ve ark., 1999).

Birincil bakım kuruluşlarında kolesterol yönetimi için bir 'lipit klinik' modelinin değerlendirildiği araştırmada çalışma ve kontrol grubundaki kadın ve erkekler, toplumda rutin sağlık bakım kursu sresinde belirlenen, anormal lipit profili olan kişilerden seçilmiştir. Bu program koroner kalp hastalığı olan, diyabeti olup koroner kalp hastalığı olmayan, yüksek ve düşük riskli olarak tanımlanan hastalarda total ve düşük dansiteli lipoprotein kolesterolde önemli azalmalar olmasını sağlamıştır. Çalışmada, birincil bakım uygulaması temelli, hekim katılımı, diyet, maksimum ilaç terapisi ve hasta takibinin gerçekleştirildiği lipit klinik modelinin, belirlenen hedeflere ulaşmada başarılı olabilecekleri belirtilmektedir (Thomas ve ark., 2003).

Böbrek Hastalıkları

Böbrek hastalıklarının çoğu bilinenin aksine son derece sinsi ve ağrısız seyreder. Kandaki atık maddelerin atılamayıp birikmesi sonucu bütün organları etkileyen ve komaya kadar gidebilen bir zehirlenme tablosu meydana gelir (Aydın, 2005).

Böbrek hastalıklarının başlıcaları (Aydın, 2005);

- Akut veya kronik böbrek iltihabı olarak bilinen Nefritler
- Taş hastalıkları
- Ailesel kistik hastalık
- İdrar yolları iltihapları
- Tümörleri
- İdrar yollarının daralması veya tıkanması (Prostat büyümesi)
- Kalıtsal bazı böbrek hastalıkları
- Damarsal böbrek hastalıkları
- Gebelik zehirlenmesi
- Romatizmal hastalıklar sonucu oluşan böbrek hastalıkları
- Viral Hepatit (B,C) ve diğer enfeksiyonlara bağlı oluşan böbrek hastalıkları
- Hipertansiyon ve Diyabet (Şeker) Hastalığı gibi sistemik hastalıklara bağlı böbrek hastalıkları
- İlaçlara bağlı oluşan böbrek hastalıkları

şeklinde sıralanabilir.

Proteinler: Büyüme ve gelişmenin sağlanması, dokuların onarımı ve vücut savunması için en önemli olan besin türüdür. Proteinler aminoasit adı verilen küçük ünitelerin vücudumuzda bir araya getirilmesi ile oluşur. Bu aminoasitlerin bazıları

vücut tarafından yapılır, bazıları yapılamaz (esansiyel aminoasitler) ve mutlaka dışarıdan hayvansal gıdalardan alınması gereklidir. Bu bakımdan en değerli gıda yumurtadır. Bunun yanında süt, peynir, diğer hayvansal gıdalar ve kuru baklagillerde de protein bulunur. Proteinler vücutta değişik görevler için kullanıldıktan sonra yıkılır ve bunun sonucu protein yıkım ürünü olan üre, ürik asit, kreatinin gibi vücut için zararlı maddeler açığa çıkar ve sağlıklı kişilerde böbrek tarafından idrarla dışarı atılır. Böbrek yetersizliği varsa söz konusu maddeler dışarı atılamaz ve buna bağlı hastalık belirtileri (halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, ağızda kötü koku) ortaya çıkar. Böbrek yetmezliği hastalarında protein alımının kısıtlanması ile bu zehirli maddelerin üretimi de azaltılmış olur. Bu amaçla kilogram başına 0.5-0.6 gr/gün (genellikle 40 gr) hayvansal kaynaklı protein içeren diyet önerilmektedir. Sağlıklı bir erişkinin bir günde alması gerekli protein miktarı yaklaşık kilogram başına 1 gramdır (örneğin 70 kg bir şahıs için 70 gr). Bazı hastalar kan üre değerlerini iyice düşürebilme amacı ile diyetlerinde proteini tamamen keserler, bu yanlıştır çünkü vücudun proteine mutlaka ihtiyacı vardır (Güven, 2005).

Karbonhidratlar: Tüketilen enerjinin %55 ile %70'i üremik hastalarda karbonhidratlardan karşılanır. Türk mutfağında bu tür yiyecekler (ekmek, makarna, yufka, pasta, börek, pilav ve vb.) genellikle çok tüketildiği için gerekli kalori rahatlıkla sağlanır. Karbonhidratların ve yağların yakılması ile üre ve vb. zararlı maddeler meydana gelmez. Karbonhidratların kısıtlanması şeker hastalığı olan hastalarda önerilir (Güven, 2005).

Yağlar: Yoğun şekilde enerji sağlayan maddelerdir. Günlük kullanımda yağ dediğimiz zaman tereyağı, margarin, bitkisel yağlar ve çeşitli etlerde bulunan yağlar kastedilir. Yağ alınmasının asıl amacı vücuda enerji temin etmektir. Ayrıca A,D,E,K vitamini gibi yağda eriyen vitaminler de bu besinler ile birlikte emilir. Yağların kendi içinde pek çok alt grubu vardır. Kolesterol çok önemli görevleri olan yağ türüdür. Bir kısmı karaciğerde yapılır, diğer kısmı ise yiyeceklerle alınır. Kanda belirli miktarı aşınca (250 mg ve üzeri) damar sertliğine, kalp krizi ve beyin inmeleri için risk oluşturur. Böbrek rahatsızlığı olan hastalarda ise hastalığın daha hızlı ilerlemesine sebep olabilir, bu yüzden diyetlerinde kolesterol alımı kısıtlanmalıdır. Bu hastalara özellikle zeytin, mısır, ayçiçek gibi bitkisel sıvı yağlar kullanmaları tavsiye edilir

(Güven, 2005).

Su: Böbrek yetersizliği çok fazla ilerleyinceye kadar genellikle hastalar içtikleri su ile orantılı miktarda idrar çıkarırlar (Güven, 2005).

Böbrek yetmezliğinin henüz başladığı erken dönemlerde, kanda üre ve diğer zararlı maddelerin çok yükselmemesi için alınacak en iyi önlem fazla miktarda su içmektir (Güven, 2005).

Ancak böbrek yetmezliğinin son dönemlerinde idrar miktarı iyice azalır ve su içmekle idrar miktarı artmaz. Fazla suyun vücutta kalması tansiyon yüksekliğine, kalp yetersizliğine, nefes darlığına yol açar. Bu nedenle bir gün önce çıkarılan idrar miktarına 500 ml. (3 su bardağı) kadar su eklenirse alınması gerekli su miktarı bulunur. Bu dönemde hastanın her gün tartılması şarttır. Alınan günlük su miktarı hesaplanırken içilen çay, ayran, çorba vb. eklenmesi unutulmamalıdır (Güven, 2005).

Tuz: Böbrek yetersizliğinde vücutta alınan tuzun atılması azalır ve vücutta birikir. Fazla miktarda tuz tansiyonu yükseltir, vücutta su birikmesine ve kalp yetersizliğine yol açar. Günlük tuz alımı 2-3 gr. olmalıdır. Diyet tuzları böbrek hastalarında çok tehlikeli olabilir (Güven, 2005).

Potasyum: Tuza benzeyen kan ve dokularda bulunan bir maddedir. Adelelerin ve kalbin kasılmasında çok önemli rol oynar. Böbrek yetersizliğinde potasyum vücuttan uzaklaştırılmaz. Bu çok tehlikeli bir durumdur ve aniden kalp durmasına sebep olabilir. Potasyum en fazla kurutulmuş meyve ve sebzelerde (üzüm, incir, banya), taze meyve (muz, üzüm, erik vb.) ve tüm sebzelerde bulunur. Bu yüzden yemeklerde kullanılan tüm sebzelerin önce haşlanması ve bu suyun atılması önerilmektedir. Her zaman böbrek hastalarına potasyum bakımından kısıtlı diyet önerilmektedir (Güven, 2005).

Kalsiyum ve fosfor dengesi de böbrek yetersizliğinde bozulmuştur ve değişik nedenlere bağlı olarak kemiklerde zayıflık ortaya çıkmaktadır (Güven, 2005).

Kan fosfor düzeylerinde yükselme ve kalsiyum düzeylerinde azalma görülmektedir. Yalnız diyet önerileri ile bunları dengede tutmak mümkün olmamaktadır, çünkü kalsiyumdan zengin gıdalarda fosfor miktarı da fazladır. Bu yüzden mutlaka doktor tarafından önerilen fosfor bağlayıcı ve kalsiyumu yükselten ilaçların kullanılması kaçınılmazdır. Fosfor ve kalsiyum bakımından zengin gıdalar,

tüm süt ürünleri ve balıklardır (Güven, 2005).

Düzenli diyaliz tedavisini başlatmak için endikasyon listesi rezidüel glomerüler filtrasyon hızını (GFR) içermektedir. GFR'ndaki düşüşü engellemede diyet modifikasyonu ve renal inülin klirensi arasındaki ilişkiyi analiz etme amaçlı yapılan bir çalışma için kronik renal yetmezliği olan 79 bireyde rezidüel GFR ölçülmüş, çalışma sonunda, renal hastalıklarda diyet modifikasyonunun GFR'de kritik azalmayı belirlemede geçerli bilgi sağlayabileceği belirtilmiştir (Schuck ve ark., 2005).

Renal Hastalıklarda Diyet Modifikasyonu Çalışma B'ye, GFR'si 13-24 ml/dk/1.73m² olan 18-70 yaş arası 255 hasta katılmıştır. İnsüline gereksinim duyan diyabetli hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Düşük proteinli (0.58 g/kg/gün) ve çok düşük proteinli (0.28 g/kg/gün) diyet alan hastalara keto amino asitlerle (0.28 g/kg/gün) takviye yapılmıştır. Çalışma sonunda, daha düşük protein alımının, keto asit-amino asit takviyesi olmadan, ilerlemiş renal hastalık progresyonunu geciktirdiği belirtilmekte, GFR'si 25 ml/dk/1.73 m² olan hastalarda diyetsetel protein alımının 0.6 g/kg/gün olması önerilmektedir (Levey ve ark., 1996). Bu çalışmada, diyetsetel protein ve enerji alımının, serum albümin, transferrin, yüzde vücut yağı, deri kıvrım kalınlıkları ve üre kreatinin çıkarımı gibi parametrelerin kadın ve erkeklerde GFR ile direkt ilişkili olduğu, kronik renal hastalığı olan hastalarda, diyetsetel protein ve enerji alımlarının GFR azalması ile birlikte azaldığı tespit edilmiştir (Kopple ve ark., 2000).

Renal Hastalıklarda Diyet Modifikasyonu Çalışması'ndan sağlanan verilere dayanarak, GFR'nin tahmini için yeni bir denklem geliştirilmiştir. Vücut ağırlığı, yaş, cinsiyet, serum kreatinin, ırk, serum üre ve serum albümin içerikli bu denklem, renal yetmezliği olan hastalarda GFR'nin daha doğru tahminini sağlamaktadır (Vervoort ve ark., 2002). Bu denklem, ilerlemiş renal yetmezliği olan hastalarda geçerli olmamaktadır (Beddhu ve ark., 2003).

Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM), pankreastan salgılanarak kan şekerinin kullanımını düzenleyen insülin hormonunun yetersizliği sonucunda karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmalarındaki bozukluklarla seyreden bir metabolizma ve endokrin hastalığıdır.

Halk arasında ‘şeker hastalığı’ olarak bilinir (Baysal ve ark., 1999).

İkibin yıldan beri bir sağlık sorunu olan şeker hastalığı ise eski Mısır’da Ebers papirüslerinde poliüri (çok idrara çıkma) olarak bildirilmiştir. M.S.II. yüzyılda Kapadokyalı Arataeus hastalığın etin, kolların ve bacakların eriyerek kana geçmesine yol açtığını belirterek akıp boşalma anlamına gelen “diabetes” kelimesini kullanmıştır. İbni Sina (980-1037) ilk kez diyabetik gangreni tanımlayarak şeker hastalığının sinirsel olabileceğini açıklamıştır. Paracellus (1493-1541) diyabetli hastalara açlık kürleri uygulamış, daha sonraki yıllarda da diyabet hastalığı ve tedavisi üzerinde çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Claude Bernard 1813-1878 yılları arasında bu hastalarda şeker yapımının arttığını ve merkezi sinir sisteminin bozulduğunu göstermiştir. 1921 yılından itibaren diyabet tedavisinde Frederick Banting ve Charles Best’in bulduğu insülin kullanılmaya başlanmıştır. DM ve tedavisi ile ilgili çalışmalar halen devam etmektedir (Baysal ve ark., 1999).

Hastalığın Sınıflandırılması

DM, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ne göre (1985);

A-Klinik Sınıflama

I.Primer diabetes mellitus

1- Tip I – İnsüline bağımlı DM (IDDM)

2- Tip II – İnsülinden bağımsız DM (NIDDM)

- Şişman olmayan (nonobese)
- Şişman (obese)

3- Malnütrisyon diyabeti

4- Gebelik diyabeti (gestasyonel diyabet)

5- Diğer (Pankreatit, Cushing vb.,iyatrojenik, genetik sendromlar, insülin reseptör bozukluğu)

II.Glikoz tolerans bozukluğu (IGT)

B-İstatistiksel Risk Grupları

MODY; Herediter, gençlerde görülen tip.

J tipi DM; Uzak Doğu diyabeti, beslenme ile ilgili pankreasta kalsifikasyon ve organik bozukluklarla seyreden tip (Baysal ve ark., 1999).

DM kan şekerini düzenleyen insülin hormonunun yetersiz olması ve insülin salgılsa dahi periferik dokularda insülin kullanımına karşı direnç olması ve insülinin fonksiyon görememesi sonucu ortaya çıkar. Ancak karbonhidrat metabolizmasındaki insülin hormonuna zıt etki yapan glukagon, epinefrin, tiroid hormonu gibi hormonlar ile hedef dokuların yanıtı arasındaki dengenin bozulması asıl neden olarak gösterilmektedir. İnsülin salgılsa da dokuların direnç göstermesi sonucunda glikoz üzerinde etkili olamamaktadır. Ayrıca insülin yetersizliğinde glukagon, adenil siklaz enzimi uyarılmaktadır. Bu enzim de glikojenin parçalanmasına ve karaciğerden glikoz olarak perifere atılmasına neden olmaktadır (Baysal ve ark., 1999).

DM'un ortaya çıkmasını kolaylaştıran etmenler; kalıtım, şişmanlık, gebelik, uzun süre ilaç kullanımı (diüretik, kortikosteroid...vb.), enfeksiyonlar, fiziksel ve psikolojik travmalar, bazı pankreas hastalıkları (pankreatit, pankreas tümörü)'dır (Baysal ve ark., 1999).

Tip 2 diyabet açısından yüksek riskli olan bir popülasyonda insülin direnci, insülin sekresyonu ve glikoz konsantrasyonuyla diyetel posa alımı incelenmiştir. Çalışma grubu tip 2 diyabetli hastaların yetişkin, diyabetik olmayan ve 248 erkek 304 bayandan oluşan akrabalarından oluşmaktadır. Diyetel alım, 2-3 günlük besin kaydı aracılığıyla ölçülmüştür. Çalışma sonucunda, suda çözünen ve çözünmeyen posa/lif kadar toplam lifin diyetel alımının insülin direnciyle ters ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, diyetel lifin yüksek miktarlarda alımının artmış insülin duyarlılığıyla ilişkili olduğunu ve bu nedenle tip 2 diyabetin önlenmesinde rolü olabileceğini destekler niteliktedir (Ylonen ve ark., 2003).

İnsülin protein yapısında bir hormondur. Pankreasın beta hücrelerinin endoplazmik retikulumunda yapılır. Kandaki glikoz düzeyi yükseldiği zaman pankreas birkaç dakika içinde otomatik olarak uyarılıp insülin salgılar. Bazal insülin açlıkta 5-10 micro U / ml, yemek sonrası 60-90 mikro U / ml'dir (Baysal ve ark., 1999).

DM'un başlıca klinik belirtileri şunlardır: polifaji (çok yemek yeme), polidipsi (çok su içme), poliüri (çok idrara çıkma), ağırlık kaybı, kuvvet azalması, ağız mukozasının hiperemik ve şiş oluşuna bağlı ağız kuruluğu, bulanık görme, deri enfeksiyonları, kaşıntılar, iştahsızlık, baş ağrısı, halsizlik, erkeklerde impotanstır.

Diyabetli hastaların %41'inde pankreasta hyalin toplanması da görülür (Baysal ve ark., 1999).

Laboratuvar bulguları: Normalde erişkinlerde 100 ml kandaki açlık kan şekeri (AKŞ) 70-90 mg arasında değişir. Yaş ilerlemesiyle bu değerler biraz yükselebilir; 100-120 mg/dl'ye kadar normal sayılabilir. Kan şekerinin normal sınırlarının üzerinde olmasına hiperglisemi, normal sınırların altında olmasına hipoglisemi denilmektedir (Baysal ve ark., 1999).

Normalde idrarda şeker eser miktarda bulunur, glomerül filtrata geçen şekerin hemen hepsi tübüllerden geri emilir. Kan şekerinin yükselmesiyle glomerül filtrattaki glikoz miktarı tübüllerin geri emilim kapasitesini aşar ve idrarda şeker çıkar. Buna glikozüri denir. Glikozüriye bağlı osmotik diürez hem suyun hem de elektrolitlerin tübüllerden geri emilimini engeller ve idrarda fazla miktarda sodyum, potasyum, klor ve fosfat kaybedilir. Diyabetli hastaların çoğunda kandaki serbest yağ asitleri, kolesterol ve total lipid düzeyleri de artmıştır (Baysal ve ark., 1999).

Diyabetle ilgili ölümlerin çoğunun kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle olmasından dolayı, tip 2 diyabette yönetim stratejisi, koroner kalp hastalığı risk faktörü azaltma ve glisemik kontrolün her ikisini içermelidir. Tip 2 diyabetin mikro ve makro komplikasyonları, bu yönetim stratejisiyle yavaşlatılabilir veya önlenir. Glisemik kontrolde amaç, glikolize hemoglobinin <7'e azaltılmasıdır. Yine kan basıncını <130/80 mm Hg'a düşürmeye yönelik tedavi önerilmektedir. Bunu başarmak için genelde antihipertansif ajanların kullanımı gereklidir. Diyabetli kişiler için optimal terapi; erken-yoğun-çoklu ilaç tedavisiyle dislipidemi ve yüksek kan basıncını düzeltici ve yoğun glisemik kontrolle glikolize hemoglobini düşürücü medikal beslenme terapisiyle egzersiz ve diyeti içermelidir (Gavin, 2004).

DM'un tanı kriterleri 1997 yılı içinde Amerikan Diyabet Cemiyeti ve Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaklaşa çalışması ile kurulan bir komite tarafından şu şekilde belirtilmiştir (Baysal ve ark., 1999):

- Açlık plazma glikozu > 126 mg / dl veya
- Oral Glikoz Tolerans Testinde (OGTT) 2. saat plazma glikozu > 200 mg / dl veya
- Semptomlar + random plazma glikozu >200 mg / dl ise DM tanısı

konulmaktadır.

- OGTT'de 2. saat plazma glikozu 140-200 mg / dl ise bozulmuş glikoz tolerans tanısı konulmaktadır.

DM tanısı için OGTT yapıldığında sadece açlık ve ikinci saat plazma glikozunun belirlenmesi, 30, 60, 90 dakika gibi ara değerlere bakılmaması önerilmektedir. Kesin tanı için uygulanan testin ikinci gün tekrarı ile yine diyabetik değer bulunması gerekmektedir. Bu kriterler gestasyonel diyabet için geçerli değildir (Baysal ve ark., 1999).

Yine kanda hemoglobin A1C (HbA1C) düzeyine bakılır. Hemoglobin fazla glikozu bünyesine alır, tutar, üç-dört ay değişime uğramaz. Bu nedenle HbA1C üç-dört aylık devrede hastalığın kontrol altında olup olmadığını gösterir. Diyabet tanısı konulduğunda hastanın kan şekeri kontrol altına alınana kadar her hafta izlenmeli, sonra 3 ay, 6 ay aralıklarla, daha sonra da yıllık takibe alınmalıdır (Baysal ve ark., 1999). Kilo kaybı, yaşam tarzı modifikasyonları ve sigara içiminin bırakılması artan bir önem kazanmıştır. Buradan, her 3-6 ayda HbA1C ölçümü kadar, kan basıncı, kilo, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitenin düzenli olarak izlemi daha fazla vurgulanmaktadır. Serum lipitleri ve üriner albümin çıkarımının yıllık ölçümü kadar yıllık ayrıntılı göz muayenesi, ayak incelemeleri ve karotid muayenesi önerilmektedir (Puder ve ark., 2003).

Tedavide amaç;

- İnsüline olan gereksinimi azaltmak,
- Kan şekerini normal düzeye indirmek ve bu düzeyi korumak,
- Şeker hastalığı nedeni ile oluşabilecek diğer hastalıkları önlemektir.

Araştırmalar, diyabet tedavi amaçlarının başarılmasında tıbbi beslenme terapisinin önemini destekler niteliktedir. İnsülin terapisi gereken kişiler için birinci öncelik, insülin rejimini hastanın yaşam tarzına entegre etmektir (Franz ve ark., 2003). Diyabetik hastaların öğrenme güçlüklerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda, diyabetik hastaların insülin dozu uygulaması gibi öğrenme becerilerine yönelik problemleri olduğu belirlenmiştir (Bonnet ve ark., 2001; Binetti ve ark., 2004). Yakın zamandaki yayınlar diyabet eğitime insülin tedavisine eşdeğer bir önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bunun nedeni diyabet bakımını, dolayısıyla metabolik

kontrolün iyileştirilmesini etkileyen en önemli faktörün hastaların kendi kendine bakım becerileri olduğunun gösterilmesidir (Hatun, 2005). Tip 2 diyabet için öncelik, hastalığın ilerleyişinde ve teşhiste metabolik sonuçları geliştirecek yaşam tarzı stratejilerine (beslenme ve egzersiz gibi) odaklanmaktır. Diyabetli hastaların, kolayca anlaşılabilir ve günlük yaşama dönüştürülecek, bilimsel kanıtlarla desteklenen beslenme önerilerine gereksinimleri vardır. Olumlu sonuçlar gerçekleştirmek için, sürekli eğitimi sağlayıcı çaba gösteren koordineli bir ekip gereklidir (Franz ve ark., 2003).

Cinsiyet, yaş, hastalık süresi, eğitim, hastalığın anlaşılması ve komplikasyonların varlığı, kişisel bakım davranışları ile ilişkilidir. Taiwan'da 1993-1996 yılları arasında yapılan bir çalışmada 20 yaş üzerinde erkek ve kadınlarda diyabet prevalansı %3,7-6,3 olarak bulunmuştur. İlaçlarını düzenli kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda %50'den fazlası uyumlu olduklarını belirtmekteydi. Hastaların %60-75'inin doğru zamanda veya doğru yiyecekleri yemediği tespit edilmiş, %50'si düzenli egzersiz yaptıklarını belirtmiştir. Bazı çalışmalar, kadınların erkeklere, ileri yaştakilerin gençlere göre uyumlarının daha iyi olduğunu rapor etmektedir. Ayrıca eğitim de diyabette kişisel bakımla ilişkili olarak bulunmuştur (Chang ve ark., 2005).

Özellikle gelişmekte olan toplumlarda tip 2 diyabet prevalansı son 10 yıldan fazla süredir artmaktadır. Beslenme ve egzersizi vurgulayan toplum temelli, grup merkezli halk sağlığı müdahalesinin glisemik kontrolü iyileştirip iyileştiremeyeceğini belirlemek üzere Costa Rika kırsal alandaki tip 2 diyabetli hastalarda kardiyovasküler risk faktörleriyle ilişkisini inceleme amaçlı bir çalışma düzenlenmiştir. Ortalama yaşı 59 olan tip 2 diyabetli 75 kişi müdahale veya kontrol grubu olarak randomize seçilmiştir. Tüm katılımcılar temel diyabet eğitimi almışlardır. Müdahale grubundaki kişiler, her konferansın 90 dakika olduğu 11 haftalık beslenme sınıflarına katılmışlardır. Ayrıca egzersiz açısından güvenli kabul edilen kişiler, yürüme gruplarına katılmışlardır. Glikolize hemoglobin, açlık plazma glikozu, total kolesterol, trigliserit, HDL ve LDL kolesterol, boy, ağırlık, BKİ ve kan basıncı, başlangıçta ve 12 hafta sonra çalışma sonunda ölçülmüştür. Kontrol grubundaki kilo kazananlarla karşılaştırıldığında (0.4 ± 2.3 kg., $p=0.028$), müdahale grubu 1.0 ± 2.2 kg. kaybetmiştir. Açlık plazma glikozu müdahale grubunda 19 ± 55 mg./dl. azalmış ve kontrol grubunda 16 ± 78

mg./dl. artmıştır (p=0.048). Glikolize hemoglobin müdahale ve kontrol grubunda azalmıştır. Çalışmada, tip 2 diyabetli hastaların glisemik kontrolünün, beslenme ve egzersizi vurgulayan toplum temelli, grup merkezli halk sağlığı müdahaleleri yoluyla geliştirilebileceği sonucuna varılmıştır (Krook ve ark., 2003).

Son yıllarda tip 2 diyabetin tedavi ve önlenmesinde önemli rol oynayan fiziksel aktivite, yeme davranışı, obeziteyle ilgili yaşam tarzına yönelik davranış şekillerini hafifletmek için davranışsal stratejilerin gelişiminde ilerleme gözlenmiştir. Bununla birlikte, ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bir makalede; ileri araştırmalarda yüksek öncelik verilmesi gereken fiziksel aktivite ve obeziteyle ilgili olarak 4 anahtar başlık tanımlanmıştır (Wing ve ark., 2001):

- Fiziksel aktivite, yeme davranışı ve obeziteyle ilgili çevresel faktörler
- Sağlıklı yeme, fiziksel aktivite ve kilonun sağlanması ve korunumu
- Fiziksel aktivite ve yeme davranışının etyolojisi
- Çok yönlü davranışsal değişiklikler

Bu makalede; tip 2 diyabetin önlenmesi ve tedavisi ile yaşam tarzı davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğu, amaçlanan şeyin yeme ve fiziksel aktivite davranışında değişimin sağlanmasına odaklanmanın, bunu hem bireysel hem de daha geniş çevresel perspektifte ele almanın gerekli olduğu belirtilmektedir (Wing ve ark., 2001).

Tıbbi beslenme tedavisini de içeren yaşam tarzı müdahalesinin, diyabetin tedavisi ve önlenmesinde klinik olarak etkin olduğu kanıtlanmıştır. Tıbbi beslenme tedavisinin başarısı genelde 6 hafta içerisinde görülür ve bu süre maksimum 6 aya çıkmaktadır. Önemli olan nokta; diyabetlilerin veya onları geçindiren kişilerin tıbbi beslenme tedavisinin yalnız başına başarılı olup olmadığını veya ilaçla tedaviye gereksinim olup olmadığını belirlemeleridir (Pastors, 2003).

Bir çalışmada, 404 diabetik hasta incelenmiştir. Erkeklerle karşılaştırıldığında daha az kadının, kan glikozu, beden kitle indeksi, düşük dansiteli lipoproteine yönelik belirlenen hedeflere ulaştığı, her hastada risk faktörlerini tanımlama ve tedavide, diyet ve ilaç önerilerine uyumu geliştirmede desteğe gereksinim olduğu belirtilmektedir (Akbar, 2001). Hasta; kişisel yönetim, motivasyon, algılama ve eğitimin geliştirilmesiyle değiştirilebilir (Puder ve ark., 2003).

Diyet Tedavisi

- Günlük enerji gereksinimi kişinin vücut ağırlığını ideal vücut ağırlığına göre dengede tutacak şekilde düzenlenir.
- Diyetteki şeker, bal, reçel gibi basit karbonhidrat (kan şekerinin aniden yükselmesine neden olurlar) içeren besinler yerine, tahıllar ve kurubaklagiller artırılır.
- Proteinli besinler (süt, yoğurt, tavuk, balık, beyaz peynir vb.) kan şekerinin ayarlanmasında rol oynadıklarından diyetle mutlaka yer verilir.
- Diyetle katı yağlar yerine bitkisel sıvı yağlara (zellikle zeytinyağı) yer verilir.
- Diyetin posa (sebze, meyve, kurubaklagiller, kepek vb.) açısından yeterli olması sağlanır.
- Günlük ğn sayısı artırılır, 3 ana öğün (sabah, öğle, akşam), 3 ara öğün (kuşluk, ikindi, gece) şeklinde beslenme planlanır.
- Yiyeceklerin pişirme şekillerine dikkat edilir. Kızartmalar yerine haşlama, ızgara ve fırında pişirme yöntemleri kullanılır (Kızıltan, 2005).

Kalori kontrollü diyet, akut diyabetli hastalar için standart bir tedavi haline gelmiştir. Yapılan bir ęalıřmada, akut bakım safhasındaki insüline bağımlı olmayan hastalar için geliştirilen beslenmeye yönelik yeni öneriler ęeręevesinde esnek bir yeme planının uygunluğunu belirlemek amağlanmıştır. ęalıřma sonunda; daha esnek, bireysel düzenlemeli yeme planı yaklaşımının, geleneksel yaklaşım uygulanan akut bakım safhasındaki insüline bağlı olmayan diyabetli hastalar için etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Grieser ve ark., 1997). Yeni bir diyet programının etkinliğini belirlemeye yönelik randomize kontrollü olarak yapılan bir ęalıřma için Tip 2 diyabet açısından yüksek riskli 173 Japon erkek işçi belirlenmiştir. Sonuçta yeni eğitim programına katılmış olanlarda 1 yıl sonrasında 2 saatlik plazma glikozu azalmış, kontrol grubunda ise artmıştır. ęalıřma sonunda yeni diyetle eğitimin tip 2 diyabet açısından yüksek riskli kişilerde glikoz düzeyini azalttığı belirlenmiştir (Watanabe ve ark., 2004).

Amerikan Diyabet Birliği (ADA), tıbbi beslenme tedavisi ve fiziksel aktiviteye yönelik önerilerde bulunmuştur. Kilo kaybı ve fiziksel aktiviteyi artırmak trigliseritlerin azalmasına, HDL kolesterol düzeyinin artmasına ve LDL kolesterol düzeylerinin ılımlı olarak azalmasına yol ağacaktır. Yemek planında yağ oranı azaltılmalıdır. ADA,

doymuş yağın azaltılmasını karşılamak için karbonhidratların veya tekli doymamış yağların artırılmasını önermektedir. Diğer uzmanların bu tip diyet modifikasyonlarının obez diyabetik hastalarda kilo kaybını daha da zorlaştıracaklarını belirtmelerine rağmen, bazı çalışmalarda tekli doymamış yağdan zengin diyetlerin karbonhidratlardan zengin diyetlerden daha iyi metabolik etkileri olduğu belirtilmektedir (Haffner, 2002).

Tip 1 diyabetli bireylerde yapılan çalışmalarda, yemek öncesi insülin dozu ile yemeğin toplam karbonhidrat içeriğine karşı oluşan postprandial cevap arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Diyabetli kişiler; tam tahıllar, sebze ve meyve gibi lif yönünden zengin besinleri seçmeleri yönünde desteklenmektedirler. Çünkü bu besinler vitamin, mineral, lif ve sağlığı olumlu yönde etkileyen çeşitli besinleri içermektedirler (Franz ve ark., 2002).

Günümüz diyet önerilerinin önceki önerilerden farklı yönleri; karbonhidrat ve tekli doymamış yağlardan sağlanan enerji oranlarında daha büyük esnekliğin olmasını, şekerin tüketiminde daha ılımlı olmayı, yaşam tarzı değişiklikleri konusunda beslenme önerilerine yönelik olarak daha fazla vurgulama yapılmasını içermektedir. Günümüzde tekli doymamış yağlar, diyetel yağın temel kaynağı olarak desteklenmektedir. Çünkü lipit peroksidasyonuna daha az duyarlıdır ve aterosklerotik potansiyelleri daha düşüktür (Connor ve ark., 2003).

Bir çalışmada, lipit kliniğine 4 yıllık dönemde katılan, ayakta tedavi gören 30 hastaya, onların klinik diyetisyeniyle birincil konsültasyonunu takiben, Oregon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyet Alışkanlığı Anketi verilmiştir. Tamamlanan anketler, hastaların kliniği 2. ziyaretinden önce puanlanmıştır. İlgili alanları, kliniği bir sonraki ziyaretinde tartışılmış ve hastanın uyumunu, diyetel davranışlarını geliştirmek için önerilerde bulunulmuştur. Hastalar 12-24 aylık periyotlar için her 3 ayda izlenmişler, önerilerin sunulduğu oturumların tamamlanmasıyla 2. kez anket uygulanmıştır. Hastaların yeme alışkanlıklarında yaptıkları değişimleri belirlemek için, 1. anket puanları 2. anket puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Sonuçta; öneri sunulan hastalardan %64'ünün diyetel davranışlarında gelişme sağladıkları belirlenmiştir (Daly, 1997).

HbA1C düzeylerini düşürmede klinik beslenme eğitiminin etkinliğini belirleme ve farklı disipline eğitimciyle karşılaştırıldığında kayıtlı bir diyetisyen tarafından verilen klinik beslenme eğitiminin etkinliğini test etme amaçlı olarak yapılan bir çalışma için,

2001 yılı boyunca Hindistan Sağlık Servisi'nin topladığı 7490 tıbbi kayıt incelenmiş, glisemik kontrol, 2001 yılı süresince en son 2 HbA1C düzeyleri arasındaki farkın kullanılmasıyla belirlenmiştir. Sonuçta; klinik beslenme eğitimi almayan veya kayıtlı olmayan diyetisyenden beslenme eğitimi alanlarla karşılaştırıldığında, kayıtlı bir diyetisyenden klinik beslenme eğitimi alanların HbA1C düzeylerinde daha fazla düzelme sağlandığı belirlenmiştir (Wilson ve ark., 2003).

Tip 1 ve tip 2 diyabetli yetişkinlerde HbA1C'yi düşürmede bir diyetisyen tarafından verilen tıbbi beslenme tedavisi ve diyabet kişisel yönetimine yönelik eğitimin katkısını belirleme amaçlı olarak yapılan bir çalışmaya, 6 ay ve daha uzun süredir diyabet tanısı almış 102 hasta dahil edilmiştir. Hamile veya son dönem böbrek hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların diyetisyenle en az 2 ziyareti vardır. İlk HbA1C düzeyleri, ilk ziyaretlerinde, son düzeyler ise diyetisyenle ilk bağlantıdan yaklaşık 3 ay sonra ölçülmüştür. Sonuçta, Tip 1 ve Tip 2 diyabette, eğitim öncesi ve sonrası HbA1C düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmuştur. Bu çalışma bulguları, diyabet eğitimiyle HbA1C düzeylerinin gelişmesi ile ilgili çalışmaları destekler niteliktedir (Christensen ve ark., 2000).

Bir çalışmada, ayakta tedavi gören 254 diyabetik hastada, hazırlanan anketle; diyabet, obezite, fiziksel aktivite ve sigara içimine yönelik aile öyküsünün diyabet risk faktörü olduğunun farkında olanlar, diyabet yönetiminde kilo kaybı, egzersiz ve sağlıklı diyetin yararlarını bilenler, diyabet sağlık bilgisine yönelik genel kaynakları olanlar sorgulanmıştır. Çalışma sonucunda hastaların çoğunluğunun (%81.1), sigara içiminin, obezitenin (%66.3), fiziksel aktivite azlığının (%73.5) ve bir diyabetik hastanın akrabası olmanın (%78.7) diyabet risk faktörleri arasında olduğunun farkında oldukları belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğu sağlıklı diyetin (%94.9), egzersizin (%94.5) ve kilo kaybının (%87.4) diyabet kontrolünde yararlı olduğunun farkındadırlar. Medya, diyabet bilgisinin en genel kaynağı (%48.6) olmaktadır (Ezenwaka ve ark., 2003).

İkametgahla ilgili ziyaretleri de içeren yaşam tarzı modifikasyon programının glisemik kontrol ve lipit profili üzerinde yararlı etkilerle sonuçlanabileceği hipotezine dayalı bir çalışma için Tip 2 diyabetli 304 kişi yaşam tarzı modifikasyon programına katılmıştır. Bu program, 31 haftadan uzun bir süreyi içine alan 2 haftalık, 1 haftalık ve

3 günlük ziyaretleri içermektedir. 31 haftalık yaşam tarzı modifikasyon programı Tip 2 diyabetli kişilerde stres, kan basıncı ve glisemik kontrol üzerinde gelişmelerle sonuçlanmaktadır. Buradan, bu tür yaşam tarzı modifikasyon programının diyabet ve diyabetik komplikasyonlarla ilişkili risk faktörlerini azaltmada güçlü bir tedavi seçeneği olduğu sonucuna varılmıştır (Krook ve ark., 2003).

Yetişkinlere, diyabetlerini yönetmeyi öğretme süreci, 1930'lerden beri klinik uygulamaların önemli bir parçası olmuştur. Diyabet eğitiminin amaçları; metabolik kontrolü optimuma çıkarmak, akut ve kronik komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmaktır. Diyabetli yetişkinlerin %50-80'inde bilgi ve beceri eksikliği vardır ve tip 2 diyabetli kişilerin yarısından azında ideal glisemik kontrol (HbA1c <%7.0) elde edilir. Diyabet eğitimi ve etkinliğine yönelik birçok literatür mevcuttur. Bir araştırmada, çoğu veya tamamı tip 2 diyabet olan bireylerle yapılan çalışmalar incelenmiştir. 1980 Ocak ve 1999 Aralık tarihleri arasında yayınlanan İngilizce literatrlar araştırılmış ve 72 farklı çalışma sonucu tanımlanmıştır. Diyetset değişiklikleri inceleyen birçok çalışma, kişisel bildirim sonuçlarının pozitif olduğu yönündedir. Bu değişiklikler; diyetset karbonhidrat veya yağ alımındaki gelişmeleri, enerji alımındaki azalmayı, daha düşük glisemik indeksli besinlerin tüketimindeki artışı içermektedir (Norris ve ark., 2001).

Bir alışmada, HbA1c düzeyleri %9'dan fazla olan, bir diyabet eğitim merkezine yönlendirilen 50 hasta, düşünme öncesi-düşünme-hazırlanma ve değişime hazırlık için hareket kategorilerine ayrılmışlardır ve tüm katılımcılara yoğun diyabet eğitimi önerilmiştir. Eğitim programı sonrası 24 ay HbA1c düzeyleri ölçülmüştür. Sonuçta, diğer kategorilere nazaran hazırlanma ve hareket kategorilerindeki hastalar, daha kısa sürede HbA1c düzeylerinde daha fazla düşüş sağlamışlardır (Peterson ve ark., 2002).

Tip 2 diyabet teşhis edildiğinde hastalar genelde endişelenmekte ve kaygılanmaktadırlar. İdeal bir dünyada, onlara verilen eğitim ve kişisel yönetim programını takiben, bu konuyla ilgili bilgi ve duygusal destek alırlar. Örneğin Amerika hkmeti, diyabetin önemine daha çok varılmasını ve diyabet eğitim programlarının önemsenmesi ve şimdi sayıları 11000'den fazla olan eğitimciler tarafından eğitimlerin verilmesini amaçlayan diyabet eğitim programlarını desteklemektedirler. Bunun tersine, diyabet prevelansı yüksek bazı ülkelerin bu programlara ulaşamama durumu

söz konusudur (Fox ve ark., 2003).

On Latin Amerika ülkesinde bir eğitim programı uygulamak ve bu eğitim programının, diyabetin ekonomik maliyeti kadar klinik, biyokimyasal ve tedavi edici yönleri üzerindeki etkisini değerlendirme amaçlı bir çalışmada her katılımcı ülkeden eğitimci, eğitim modelini uygulama yönünde eğitilmiştir. Hasta popülasyonu, önceden diyabet eğitim kurslarına katılmamış, yaşamı kısaltan hastalıklar veya diyabetin ciddi komplikasyonları ortaya çıkmamış, metabolik kontrol için insüline gereksinim duymayan, 65 yaşından küçük, 446 diyabetli bireyi içermektedir. Sonuçta; açlık kan glikozu, HbA1c, vücut ağırlığı, sistolik kan basıncı, total kolesterol, trigliserit gibi ölçülen tüm parametrelerde 1 yıla kadar önemli oranlarda gelişme gözlenmiştir. 12 ayda hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet kontrolü için gerekli farmakolojik terapide ve tedavinin yıllık maliyetinde %62 oranında azalma tespit edilmiştir. Bu çalışmada, hastaya sorumluluk verme ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını geliştirmede eğitimsel yaklaşımın, hastalığın sosyoekonomik maliyeti kadar diyabetle ilgili komplikasyonların gelişimini azaltmada etkili bir strateji olduğu vurgulanmıştır (Gagliardino ve ark., 2001). Diyabetik hastalarda depresif semptomların değerlendirilmesi ve kontrolü, hastaların kişisel bakım davranışlarına bağlılığını geliştirecektir (Park ve ark., 2004).

Hipertansiyon

Kan dolaşımının sağlanması için bir basınç gereklidir. Bu basıncın normalden fazla olmasına hipertansiyon denir. Hipertansiyon için kullanılan diğer bir isim ise, Yüksek Tansiyon'dur. Kan basıncı ölçülürken 2 kan basıncı değerine bakılır (Akpolat, 2005):

- Büyük tansiyon (sistolik kan basıncı)
- Küçük tansiyon (diyastolik kan basıncı)

Kalbin kasılması sırasında ölçülen kan basıncı, büyük tansiyon, kalbin gevşemesi esnasında ölçülen kan basıncı ise küçük tansiyondur. Hem büyük tansiyon hem de küçük tansiyonun normalden fazla olması Hipertansiyon'dur. Hipertansiyon tanısı için büyük ve küçük tansiyondan birisinin normalden yüksek olması yeterlidir (Akpolat, 2005).

Genel olarak, sistolik kan basıncının (büyük tansiyon) 14 cm Hg (140 mm Hg) ve

diyastolik kan basıncının (küçük tansiyon) 9 cm Hg'dan (90 mm Hg) yüksek olması hipertansiyon olarak kabul edilir. Daha önce mevcut olan hafif - orta hipertansiyon gibi tanımlar, hipertansiyonun yol açtığı hedef organ hasarı riskini saptamada yetersiz kaldığı için yeni bir hipertansiyon tanım ve sınıflandırması yapılmıştır (Akpolat, 2005).

Tablo 3: Hipertansiyonun evreleri (JNC VI) (Bakır, 2003).

Kategori	Sistolik (mmHg) veya	Diyastolik (mmHg)
Optimum	< 120	<80
Normal	<130	<85
Yüksek normal (sınırdan)	130-139	85-89
Evre I (hafif)	140-159	90-99
Evre II (orta)	160-179	100-109
Evre III (şiddetli)	>180	>110

1. 1997 yılında, Birleşik Ulusal Komite'nin (Joint National Committee, JNC) 6. raporunda, erişkinler için kabul edilen hipertansiyon tanım ve sınıflandırmasına göre, diyastolik kan basıncı değeri olarak Korotkoff'un 5. sesinin kullanılmasını önermektedir. Sınıflandırmaya yüksek normal hipertansiyon tanımlamasının girmesi, bu hastalarda, hipertansiyon ve kardiyovasküler olay gelişme riskinin kan basıncı normal olan kişilere göre daha yüksek olmasındandır (Akpolat, 2005).

2. WHO tarafından geliştirilen hipertansiyon tanım ve sınıflandırması (Akpolat, 2005):

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği hipertansiyon 'evrelendirmesi' de yararlı bilgiler verir:

Tablo 4: Hipertansiyon tanımlamasında, WHO sınıflandırması

Kategori	Sistolik kan basıncı (mm Hg)					Diyastolik kan basıncı (mm Hg)				
Normal	<	1	4	0	<	9	0			
Hafif hipertansiyon	1	4	0	-	1	8	0	9	0	-
Alt grup: Borderline(Sınırdan)	1	4	0	-	1	6	0	9	0	-

Orta derecede ve şiddetli hipertansiyon	>	1	7	9	>	1	0	4
İzole sistolik hipertansiyon								
Alt grup: Borderline (Sınırdan)	>	1	3	9	<	9		0
		140-160				<90		

Hipertansiyonun vücuda verdiği başlıca zararlar, aşağıda özetlenmiştir (Akpolat, 2005):

- 1- Kalp yetmezliği, kalp büyümesi, kalbi besleyen damarlarda daralma (koroner arter darlığı), kalbi besleyen damarlarda tıkanma (kalp krizi)
- 2- Beyin kanaması, felç, beyin damarlarında daralma ve tıkanma
- 3- Böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarında bozulma
- 4- Görme azalması ve körlük
- 5- Büyük atardamarlarda genişleme, bu genişlemelerin yırtılması, bu damarlarda tıkanma. Bunların sonucu, kangren veya ani kanamalara bağlı ölüm gelişir.

İlaç Dışı Tedavi (Bakır, 2003):

Stresin azaltılması

- Gereksiz stresten kaçınılmalıdır.
- Nadir vakalarda iş değiştirilmesi gerekir .

Diyet

- Orta derecede tuz kısıtlaması yapılmalıdır (2 mg sodyum ,5 mg NaCl)
- Hastaların en az %50'si ilaç kullanmaksızın tuz kısıtlamasına yanıt verir (en azından kısmen).
- Yanıt vermeyenlerde bile ilaç tedavilerinin etkisini belirgin düzeyde güçlendirir.
- En yüksek etkiyi yaşlı hastalarda, Afrika-kökenli Amerikalılarda ve hipertansiyonu daha şiddetli olan hastalarda gösterir.
- İdeal vücut ağırlığının sağlanması, kan basıncını tuz kısıtlaması yapılmassa bile düşürür.
- Düşük-kolesterollü, düşük-doymuş yağ içerikli diyetler diğer risk faktörlerini azaltır, fakat kan basıncı üzerindeki etkisi çok azdır.
- Etanol alımının azaltılması: <3 kadeh/gün (optimum)
- Yüksek potasyumlu diyet

- JNC VI önerilerinde vardır (tedaviden önce hiperkalemik olan hastalara önerilmemelidir)
- Antihipertansif kullanan hastalarda kan basıncını daha da düşürebilir.

Hipertansiyon tedavisi için kullanılan ilaç sayısı ve dozunu azaltabilir. İlaçların etkisini artırır.

Şişmanlık-zayıflama: İdeal vücut ağırlığının sağlanması kan basıncını düşürür (Bakrıs, 2003). Antihipertansif terapi alan ve almayan obez hipertansiflerin tedavisinde diyet terapisinin etkisini araştırmak için yapılan bir çalışma, diyet terapisi alan 110 obez hipertansif hasta örnekleminde, Beslenme Bölümü'nce yürütülmüştür. Kişiler 2 gruba ayrılmıştır; antihipertansif ilaçlarla diyet terapisi alan ve farmakoterapi almayan diyet terapisi alan grup. Obez grup olarak BKİ >30 olan hastalar kabul edilmiştir. Antihipertansif terapiyle kombine diyet terapisi alan gruptan elde edilen sonuçlar, vücut ağırlığı, BKİ, yüzde vücut yağı, sistolik ve diastolik basınçlar, kolesterol ve trigliserit konsantrasyonu gibi parametrelerde önemli düşüşler olduğunu göstermiştir. Diyet terapisinin, sistolik ve diastolik kan basıncının normo regülasyonuna önemli oranda yardımcı olduğu tespit edilmiştir (Vasiljevic ve ark., 2004).

Tuz kısıtlaması: Hastaların en az %50'si ilaç kullanmaksızın tuz kısıtlamasına yanıt verir. Yanıt vermeyenlerde bile ilaç tedavilerinin etkisini belirgin düzeyde güçlendirir. En yüksek etkiyi yaşlı hastalarda, Afrika kökenli Amerikalılarda ve hipertansiyonu daha şiddetli olan hastalarda gösterir (Bakrıs, 2003).

Potasyum alımı: JNC VI önerilerinde vardır (Bakrıs, 2003).

Alkol kullanımı: Optimum etanol alımı <3 kadeh olmalıdır (Bakrıs, 2003).

Hipertansif hastalarda yaşam tarzına uyumu engelleyen faktörler; normal kan basıncı olduğunu düşünme, unutkanlık, ilaçların yan etkileri gibi faktörlerdir. 316 hastanın yer aldığı bir çalışmada, hastaların sigarayı bırakma (%43.6), kilo kaybı (%59.3), diyetel tuz (%22.4) ve yağın (%26.5) azaltılması ile uyumlu olmadıkları bulunmuştur (Youssef ve ark., 2002).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırma Bölgesi: Araştırma, AİBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapıldı.
2. Araştırma Evreni ve Örneklem: AİBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyet Polikliniği'ne 6 Ocak-7 Nisan 2005 tarihleri arasında yönlendirilen bütün diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon tanısı almış hastalar araştırmanın evrenini oluşturdu. Ayrıca örneklem seçilmeyip Diyet Polikliniği'ne yönlendirilen hastaların tamamı çalışmaya alındı.
3. Araştırmanın Tipi: Müdahale araştırmasıdır.
4. Araştırmaya Katılma Kriterleri: AİBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Diyet Polikliniği'ne yönlendirilen hastalar araştırmaya alındı.
5. Araştırmaya Katılmama Kriterleri: Diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon tanısı almamış olmak, anket uygulamak için zamanı olmamak.
6. Araştırmanın Değişkenleri (bağımlı ve bağımsız değişkenler):
Bağımlı değişkenler: Diyeti anlama ve uygulama bilgi puanları, kan şekeri düzeyi, HbA1C düzeyi, kolesterol düzeyleri, BUN, üre, kreatinin ve ürik asit düzeyi.

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, diyeti anlaması, diyeti uygulaması, ilaçlarını düzenli kullanması, kontrollere gelmesi, doktorun hastalığı hakkında bilgi vermesi, fizik aktivitelerini yapması.

7. Araştırmada Kullanılacak Araç ve Gereçler: Hastaların, hastalıklarına yönelik beslenmeleri ile ilgili bilgi düzeylerini saptamak için bir anket formu uygulandı.

8. Ön Deneme: AİBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyet Polikliniği'ne yönlendirilen 5 hasta üzerinde yapıldı.

9. Araştırmayı Uygulayanlar: Diyet Polikliniği'ne başvuran hastalar üzerinde, bir diyetisyen tarafından yüz yüze anket yöntemi uygulanmak suretiyle araştırma yürütüldü.

10. Araştırmanın Yöntemi: AİBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Diyet Polikliniği'ne yönlendirilen diyabet, hiperlipidemi, böbrek hastalığı ve şişmanlık tanısı konmuş hastalara, hazırlanan anket ve hastalıkları ile ilgili bir ön test uygulandı. Ön testte kendi hastalıklarına yönelik beslenme bilgi düzeyleri tespit edildi. Anket ve ön test uygulandıktan sonra yaklaşık 15 dakikalık bir sürede diyet ve beslenme eğitimi verildi. Bir sonraki kontrolde (1 ay sonra) aynı test tekrar uygulandı. Diyeti uygulamadan önce ve uyguladıktan sonraki kiloları, kan şekeri, HbA1C ve kolesterol düzeyleri, üre, kreatinin ve ürik asit değerleri de kaydedildi. Beslenme eğitimi birebir yüzyüze eğitim yöntemiyle verildi.

11. Araştırmanın Analizi: Çalışmanın analizinde SPSS istatistik paket programı kullanıldı.

12. Araştırmanın Kısıtlıkları: Çalışma sadece diyet polikliniğine gelen hastaları kapsamaktadır.

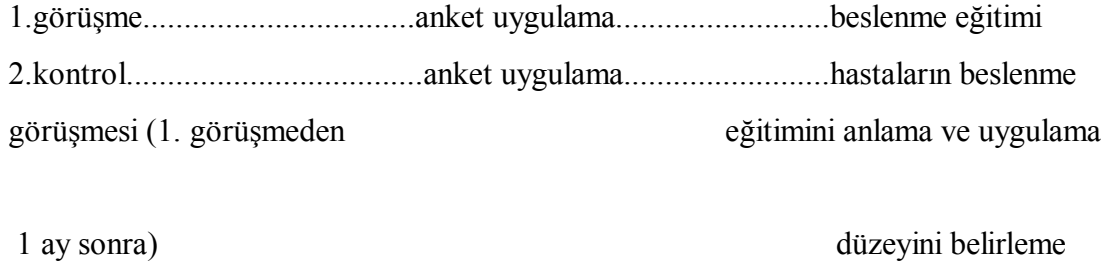
13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Görev	1.-2. ay	3.-4. ay	5.-6. ay	7.-8. ay
Literatür tarama	*****	*****	*****	*****
Araştırma önerisi hazırlama	****			
Ön deneme	*			
Veri toplama		*****		

Analiz	*****
Rapor yazımı	***

Rapor sunumu	*

3.14. Araştırmanın Akış Şeması:



BULGULAR

Çalışmaya, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyet Polikliniği'ne 2005 yılı 6 Ocak –7 Nisan tarihleri arasında diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon tanısı almış toplam 266 kişi dahil edildi. Bu 266 kişinin yaşa ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 5'te gösterildi. Diyet polikliniğine başvuranların 89'u erkek, 177'si kadın idi. Başvuranların cinsiyetleri yaş gruplarına göre farklı değildi ($\chi^2=7.690$, $p=0.104$). Buna göre 10-19 yaş grubundakilerin % 46,7'si erkek iken, 20-35 yaş grubunda bu oran % 16,7'ye inmekte fakat daha sonraki yaş gruplarında yaş büyüdükçe erkeklerin oranı da artmakta ve 65 yaş ve üzeri grupta % 33,3'e yükselmekte idi.

Tablo 5: Hastaların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı.

Yaş Grubu	Cinsiyet					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
10-19	7	46,7	8	53,3	15	5,6
20-35	7	16,7	35	83,3	42	15,8
36-50	27	33,8	53	66,2	80	30,1
51-64	35	38,9	55	61,1	90	33,8
65-üzeri	13	33,3	26	66,7	39	14,7
Toplam	89	33,5	177	66,5	266	100,0

*Satır yüzdesi, ** Kolon yüzdesi

Hastaların bazı demografik özellikleri Tablo 6’da gösterildi. Hastaların çoğu evli iken (%85,3), %10,5’i bekar, %4,1’i boşanmış ve dul idi. Hastaların %36,5’i lise ve üzerinde eğitim almışken, %63,5’i liseden daha alt düzeyde eğitime sahip idi. Hastalardan 54 kişi bir işte çalışmakta, 65’i emekli ve 147’si çalışmamaktaydı.

Tablo 6: Hastaların bazı demografik özelliklere göre dağılımı.

	Sayı	%
Medeni Durum		
Evli	227	85,3
Bekar	28	10,5
Boşanmış, dul	11	4,1
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	32	12,0
Okur-yazar, ilkokul, ortaokul	137	51,5
Lise, yüksekokul, üniversite	97	36,5

Çalışma durumu

Çalışıyor	54	20,3
Çalışmıyor	147	55,3
Emekli	65	24,4
Toplam	266	100,0

Hastaların cinsiyet ve mesleklerine göre dağılımı Tablo 7’de gösterildi. Erkeklerin çoğunluğunu emekliler oluştururken (45 kişi), kadınların çoğunluğunu ev hanımları oluşturmaktaydı (127 kişi).

Tablo 7: Hastaların cinsiyet ve mesleki durumlarına göre dağılımı.

Meslek	Erkek		Cinsiyet		K a d ı n	Toplam
	Sayı	%	Sayı	%		
İşsiz	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Serbest meslek	10	71,4	4	28,6	14	100,0
İşçi	3	100,0	0	0,0	3	100,0
Memur	22	56,4	17	43,6	39	100,0
Ev hanımı	0	0,0	127	100,0	127	100,0
Öğrenci	8	47,1	9	52,9	17	100,0
Emekli	45	72,6	17	27,4	62	100,0
Toplam	89	33,5	177	66,5	266	100,0

Tablo 8’de hastaların gönderildikleri polikliniklere göre dağılımları gösterildi. Buna göre hastalardan 254’ü (%95,5) diyet polikliniğine Dahili Bilimler’den yönlendirilmekteydi ve tanıları arasında diyabeti bulunanlar 114 (%42,9), hiperlipidemisi bulunanlar 87 (%32,7), şişmanlığı bulunanlar 79 (%29,7), böbrek hastalığı bulunanlar 11 (%4,1) ve yüksek tansiyonu olanlar 9 kişi (%3,4) idi.

Tablo 8: Hastaların gönderildikleri polikliniklere göre dağılımı.

	Sayı	%
Gönderilen Poliklinikler		
Dahili Bilimler	254	95,5
Cerrahi Bilimler	12	4,5
Tanımlar		
Diyabet	86	32,3
Hiperlipidemi	63	23,7
Şişmanlık	77	28,9
Böbrek hastalığı	6	2,3
Hipertansiyon	0	0
Diyabet+hiperlipidemi	18	6,8
Diyabet+hiperlipidemi+hipertansiyon	1	0,4
Diyabet+böbrek hastalığı	3	1,1
Diyabet+hipertansiyon	6	2,3
Hiperlipidemi+şişmanlık	2	0,8
Hiperlipidemi+böbrek hastalığı	1	0,4
Hiperlipidemi+hipertansiyon	2	0,8
Böbrek hastalığı+hipertansiyon	1	0,4
Toplam	266	100,0

Tablo 9’da hastaların ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı gösterildi. Diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon tanısı almış toplam 266 kişiden ilaç kullananların sayısı 81 kişi iken (%30,5), ilaç kullanmayanların sayısı 185 kişi (%69,5) idi. Bunun nedeni hastaların bir kısmının yeni tanı almış olması ve öncelikli olarak sadece diyet tedavisinin uygun görülmüş olmasıdır. İlaç kullanan hastaların %53,1’i ilaçlarını düzenli kullandıklarını belirtmekteydi.

Tablo 9: İlk görüşme için hastaların ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı.

Sayı	%
------	---

İlaç kullanımı		
Kullanıyor	81	30,5
Düzenli kullanıyor	43	16,2
Düzenli kullanmıyor	10	3,8
Yeni tanı	28	10,5
Kullanmıyor	185	69,5
Toplam	266	100,0

İlk görüşme için hastaların diyet alma, uygulama durumları ve diyetle uymama nedenlerine göre dağılımı Tablo 10'da gösterildi. Hastalardan 209 kişi (%78,6) daha önce diyet tedavisi almadıklarını, diyet alan hastaların 50'si ise (%87,7) diyetlerini uygulamadıklarını belirtmekteydi. Diyetle uyumsuzluğun en büyük nedenleri arasında ilaçla kontrolün yeterli olduğunun düşünülmesi, başkalarıyla birlikte yaşama, diyeti önemsememe ve diyetteki miktarların az gelmesi yer almaktaydı.

Tablo 10: İlk görüşmede hastaların diyet alma, uygulama durumları ve diyetle uymama nedenlerine göre dağılımı.

	Sayı	%
Diyet alma durumu		
Daha önce diyet almış	57	21,4
Daha önce diyet almamış	209	78,6
Toplam	266	100,0
Diyet uygulama durumu		
Diyeti uygulamış	7	12,3

Tablo 10: İlk görüşmede hastaların diyet alma, uygulama durumları ve diyetle uymama nedenlerine göre dağılımı (Devam).

Diyeti uygulamamış	50	87,7
Hastalıklarının ilaçla kontrol altına alınmış olması	9	18,0
Başkalarıyla birlikte yaşama	8	16,0

Miktarların az gelmesi	8	16,0
Önemsememe	8	16,0
Kan bulgularının düzelmiş olması	7	14,0
Diyet listesinin kaybedilmesi	4	8,0
Diyetlerin kısa süreli olması	2	4,0
Depremi yaşamış olmaları	1	2,0
Kontrollerin ihmal edilmesi	1	2,0
Doktor isteği	1	2,0
Okur-yazar olmama	1	2,0
Toplam	50	100,0

Tablo 11’de tanı konulması öncesi ve sonrası beslenmelerine dikkat eden ve etmeyen hastaların dağılımı gösterildi. Hastaların %13,9’u hastalık tanısı konulmadan önce, %35,0’i hastalık tanısı konulması sonrası beslenmelerine dikkat ettiklerini belirtmekteydi. Tanı konulması öncesi ve sonrasında beslenmelerine dikkat edenler 4 kişi iken, beslenmesine dikkat etmeyenler 140 kişi idi.

Fiziksel aktivite ve hastalıkla ilgili doktorun bilgi vermesine göre hastaların dağılımı Tablo 12’de gösterildi. Hastaların %36,8’i (98 kişi) doktorları tarafından fiziksel aktivite önerildiğini, %14,7’si (39 kişi) hastalıkları ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirildiklerini belirtmekteydi.

Tablo 11: Tanı konulması öncesi ve sonrası beslenmelerine dikkat edenlerin ve etmeyenlerin dağılımı.

Beslenmeye dikkat etme	
Evet	Hayır

	Sayı	%	Sayı	%
Tanı konulmadan önce	37	28,5	229	57,0
Tanı konulduktan sonra	93	71,5	173	43,0
Toplam	130	100,0	402	100,0

*Satır yüzdesi, ** Kolon yüzdesi

Tablo 12: Fiziksel aktivite ve hastalıkla ilgili doktorun bilgi vermesine göre hastaların dağılımı.

	Sayı	%
Doktorun fiziksel aktivite önerisi		
Evet, önerdi	98	36,8
Hayır, önermedi	168	63,2
Doktorun hastalıkla ilgili bilgi vermesi		
Hayır, bilgilendirmede	210	78,9
Bilgilendirdi, fakat aklıma takılan şeyleri soramadım	17	6,4
Yeteri kadar bilgilendirdi	39	14,7
Toplam	266	100,0

Kontrol görüşmesinde hastaların ilaç kullanma, kontrollere gelme, fiziksel aktivite ve diyetel önerilere uyma durumları Tablo 13'te gösterildi. Hastaların %69,4'ü ilaç önerilmediğini söylemekteydi. Hastalardan 183 kişi kontrollerine düzenli geldiklerini, 72'si kontrollerini ihmal ettiklerini belirtmekteydi. İlk görüşmede fiziksel aktivite önerildiğini belirten 98 hastadan 72'si, 2. kontrol görüşmesinde fiziksel aktivite önerisini yerine getirmediklerini, 210 kişi önerilen diyeti uyguladıklarını, 45 kişi ise uygulamadıklarını belirtmekteydi.

Tablo 13: Kontrol görüşmesinde hastaların ilaç kullanma, kontrollere gelme, fiziksel aktivite ve diyet uygulama durumlarına göre dağılımı.

Sayı	%
------	---

İlaç kullanma durumu		
Evet	66	25,9
Hayır	12	4,7
Önerilmedi	177	69,4
Kontrollere düzenli gelme		
Evet	183	71,8
Hayır	72	28,2
Fiziksel aktivite uygulama		
Evet	25	9,8
Hayır	72	28,2
Önerilmedi	158	62,0
Toplam	255	100,0
Diyeti uygulama durumu		
Evet	210	82,4
Hayır	45	17,6
Toplam	255	100,0

Tablo 14’te kontrol görüşmesinde hastaların diyetlerine uymama gerekçeleri yer almaktadır. 2. kontrol görüşmesinde diyetle uymama nedenleri arasında başkalarıyla birlikte yaşama (%26,7), miktarların az gelmesi (%24,4), hastalıklarının ilaçla kontrol edildiğini düşünme (%13,4) ve iş yoğunluğunun olması (%13,4) gibi nedenler yer almakta idi.

Tablo 14: Kontrol görüşmesinde hastaların diyetlerine uymama nedenlerine göre dağılımı.

Diyete uymama nedenleri	Sayı	%
Başkalarıyla birlikte yaşama	12	26,7
Miktarların az gelmesi	11	24,4
Hastalıklarının ilaçla kontrol altına alınmış olması	6	13,4
Yoğunluk	6	13,4
Kendini iyi hissetme	3	6,7
Diyet listesinin kaybedilmesi	2	4,4
Diyeti önemsememeleri	2	4,4
Yalnız yaşam	2	4,4
Diyetten sıkılmış olması	1	2,2
Toplam	45	100,0

Tablo 15'te hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleklerine göre diyeti uygulama durumlarının dağılımı yer almaktadır. Kadınların ve erkeklerin diyeti uygulama oranları istatistiksel olarak farklı bulunmadı ($\chi^2=3,683$, $p=0,055$). Diyeti uygulama durumu yaş gruplarına göre farklılık göstermiyordu ($\chi^2=1,612$, $p=0,807$). Bekarların %88,9'u, boşanmış ve dul olanların %60'ı diyeti uyguladıklarını belirtmekteydi. Diyeti uygulama durumu medeni duruma ($\chi^2=0,939$, $p=0,625$) ve eğitim durumuna göre ($\chi^2=7,760$, $p=0,190$) farklılık göstermiyordu. Diyeti uygulama durumu çalışma durumuna göre ($\chi^2=0,700$, $p=0,705$) ve mesleklere göre ($\chi^2=1,760$, $p=0,780$) farklılık göstermemekteydi.

Diyeti uygulama durumu, hastalık gruplarına göre de anlamlı fark içermemekteydi ($\chi^2=1,494$, $p=0,684$).

Tablo 15: Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu,

meslek ve diyeti uygulama durumlarına göre dağılımı.

		Diyeti Uygulama							
		Evet		Hayır		Toplam			
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	X ²	p
Cinsiyet	Erkek	61	72,6	23	27,4	84	32,9	3,683	0,055
	Kadın	149	87,1	22	12,9	171	67,1		
Yaş Grubu	10-19	13	92,9	1	7,1	14	5,5	1,612	0,807
	20-35	33	78,6	9	21,4	42	16,5		
	36-50	65	85,5	11	14,5	76	29,8		
	51-64	69	79,3	18	20,7	87	34,1		
	65-üzeri	30	83,3	6	16,7	36	14,1		
Medeni Durum	Evli	180	82,6	38	17,4	218	85,5	0,939	0,625
	Bekar	24	88,9	3	11,1	27	10,6		
	Boşanmış, dul	6	60,0	4	40,0	10	3,9		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	30	93,8	2	6,2	32	12,5	7,760	0,190
	Okuryazar, ilkökul,ortaokul	106	80,9	25	19,1	131	51,4		
	Lise, yüksekokul, üniversite	74	80,4	18	19,6	92	36,1		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	38	74,5	13	25,5	51	20,0	0,700	0,705
	Çalışmıyor	125	88,0	17	12,0	142	55,7		
	Emekli	47	75,8	15	24,2	62	24,3		
Meslek	İşsiz	1	100,0	0	0,0	1	0,4	1,760	0,780
	Serbest meslek	10	71,4	4	28,6	14	5,5		
	İşçi	0	0,0	2	100,0	2	0,8		
	Memur	30	81,1	7	18,9	37	14,5		
	Ev hanımı	111	88,8	14	11,2	125	49,0		
	Öğrenci	13	81,3	3	18,7	16	6,3		
	Emekli	45	75,0	15	25,0	60	23,5		
	Toplam	210		45		255			

*Satır yüzdesi, ** Kolon yüzdesi

Tablo 16’da hastaların ilaç kullanma ve diyeti uygulama durumları yer almaktadır. İlaç kullanma ve diyet uygulama arasında ilişki bulunamadı ($\chi^2=0,858$, $p=0,354$).

Tablo 16: Hastaların ilaç kullanma ve diyeti uygulama durumlarına göre dağılımı.

İlaç Kullanımı	Diyeti Uygulama					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Kullanıyor	66	85,7	11	14,3	77	30,2
Düzenli kullanıyor	38	95,0	2	5,0	40	15,7
Düzenli kullanmıyor	8	80,0	2	20,0	10	3,9
Yeni tanı	20	74,1	7	25,9	27	10,6
Kullanmıyor	144	80,9	34	19,1	178	69,8
Toplam	210		45		255	

*Satır yüzdesi, ** Kolon yüzdesi

Tablo 17’de hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleki durumlarına göre diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşünün dağılımı yer almaktadır. Diyetisyen görüşüne göre kadınların %86,5’i, erkeklerin %78,6’sı diyetlerini uygulamakta idi. Diyetisyen görüşüne göre cinsiyet ($\chi^2=2,657$, $p=0,103$), yaş grubu ($\chi^2=3,366$, $p=0,499$), medeni durum ($\chi^2=4,416$, $p=0,110$), eğitim durumu ($\chi^2=2,621$, $p=0,270$), çalışma durumu ($\chi^2=2,787$, $p=0,248$) ve meslek grupları açısından diyetle uyum farklılık göstermemekteydi. Diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşü hastalık gruplarına göre farklılık göstermiyordu ($\chi^2=0,828$, $p=0,843$).

Tablo 17: Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleki durumları ve diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşüne göre dağılımı.

		Diyetisyen Görüşü							
		Uygulamış		Uygulamamış		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	X²	p
Cinsiyet	Erkek	66	78,6	18	21,4	84	100,0	2,657	0,103
	Kadın	148	86,5	23	13,5	171	100,0		
Yaş Grubu	10-19	12	85,7	2	14,3	14	100,0	3,366	0,499
	20-35	33	78,6	9	21,4	42	100,0		
	36-50	67	88,2	9	11,8	76	100,0		
	51-64	70	80,5	17	19,5	87	100,0		
	65-üzeri	32	88,9	4	11,1	36	100,0		
Medeni Durum	Evli	185	84,9	33	15,1	218	100,0	4,416	0,110
	Bekar	23	85,2	4	14,8	27	100,0		
	Boşanmış, dul	6	60,0	4	40,0	10	100,0		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	30	93,8	2	6,2	32	100,0	2,621	0,270
	Okuryazar, ilk,ortaokul	108	82,4	23	17,6	131	100,0		
	Lise,yüksekokul, üniversite	76	82,6	16	17,4	92	100,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	41	80,4	10	19,6	51	100,0	2,787	0,248
	Çalışmıyor	124	87,3	18	12,7	142	100,0		
	Emekli	49	79,0	13	21,0	62	100,0		
Meslek	İşsiz	1	00,0	0	0,0	1	100,0	5,166	0,523
	Serbest meslek	12	85,7	2	14,3	14	100,0		
	İşçi	1	50,0	1	50,0	2	100,0		
	Memur	30	81,1	7	18,9	37	100,0		
	Ev hanımı	110	88,0	15	12,0	125	100,0		
	Öğrenci	13	81,3	3	18,7	16	100,0		
	Emekli	47	78,3	13	21,7	60			
Toplam		214		41		255			

Tablo 18’de hastaların ilaç kullanım durumlarına göre diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşü yer almaktadır. İlaç kullandıklarını belirtenlerin %85,7’si, ilaç

kullanmadıklarını belirtenlerin %83,1'i diyetisyen görüşüne göre diyetlerini uygulamakta idi ($\chi^2=0,263$, $p=0,608$). İlaç kullananlar arasında ilaçlarını düzenli alanlar, ilaçlarını düzensiz kullanan ve yeni tanı alanlara kıyasla diyetisyen görüşüne göre diyetlerini daha fazla uygulamakta idi ($\chi^2=6,071$, $p=0,048$).

Tablo 18: Hastaların ilaç kullanım durumları ve diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşüne göre dağılımı.

İlaç Kullanımı	Diyetisyen Görüşü						X ²	P
	Evet		Hayır		Toplam			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
Kullanıyor	66	85,7	11	14,3	77	30,2	6,071	0,048
Düzenli kullanıyor	38	95,0	2	5,0	40	15,7		
Düzenli kullanmıyor	8	80,0	2	20,0	10	3,9		
Yeni tanı	20	74,1	7	25,9	27	10,6		
Kullanmıyor	148	83,1	30	16,9	178	69,8		
Toplam	214		41		255			

*Satır yüzdesi, ** Kolon yüzdesi

Hastaların diyetle uyma durumları ve diyetle uyma konusunda diyetisyen görüşü Tablo 19'da gösterildi. Diyetle uyduğunu belirten hastalar 210 kişi idi. Bu hastalardan 209'unun diyetle uyumlu olduğu diyetisyen tarafından da belirtilmekte idi. Diyetle uyum konusunda hastaların ifadesi ve diyetisyen görüşü benzerlik gösteriyordu ($\chi^2=214,686$, $p=0,000$).

Tablo 19: Hastaların diyeti uygulama durumları ve diyetle uyma konusunda diyetisyen görüşüne göre dağılımı.

	Diyeti Uygulama					
	Uygulamış		Uygulamamış		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastanın ifadesi	210	82,4	45	17,6	255	100,0
Diyetisyen görüşü	214	83,9	41	16,1	255	100,0

Tablo 20’de hastaların 1. ve 2. görüşmelerde beslenme bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar yer almaktadır. 1. ve 2. görüşmede beslenme bilgi sorularına verilen doğru cevap sayısında anlamlı düzeyde artma olduğu gözlenmiştir.

Tablo 20: Hastaların, 1. ve 2. görüşmelerde beslenme bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar.

	1. görüşme	2. görüşme		
	$\bar{x} \pm Sd$	$\bar{x} \pm Sd$	t	p
Diyabet	5,37 $\pm$ 2,01	8,42 $\pm$ 1,01	-22,769	0,000
Hiperlipidemi	9,65 $\pm$ 1,93	12,01 $\pm$ 0,95	-16,122	0,000
Şişmanlık	7,74 $\pm$ 1,73	9,50 $\pm$ 0,80	-11,921	0,000
Böbrek hastalıkları	2,80 $\pm$ 0,84	7,80 $\pm$ 0,84	-7,071	0,002
Hipertansiyon	5,88 $\pm$ 1,46	7,38 $\pm$ 0,52	-3,969	0,005

Hastaların 1. ve 2. görüşmelerdeki kilo, BKİ, tansiyon ve kan bulguları ortalamaları Tablo 21’de yer almaktadır. 1. ve 2. görüşmelerde HbA1C, BUN, üre değerleri ortalamalarında anlamlı fark gözlenmezken, diğer parametrelerde anlamlı düzeyde fark gözlenmiştir.

1. görüşmede kilo, HbA1C, trigliserit, VLDL kolesterol, BUN, kreatinin, üre değerleri ve hiperlipidemi bilgi puan ortalamaları, 2. görüşmede kilo, diyabet ve hiperlipidemi bilgi puan ortalamaları arasında yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde fark varken, diğer değerlerde anlamlı düzeyde fark gözlenmemiştir.

Medeni duruma göre 1. görüşmede kilo, BKİ değerlerinde, 2. görüşmede kilo, BKİ, HDL kolesterol düzeylerinde, eğitim durumu açısından 1. görüşmede BKİ ve açlık kan şekeri, 2. görüşmede BKİ değerinde anlamlı fark gözlenmiştir.

Çalışma durumu açısından 1. görüşmede BKİ ve HbA1C değerleri, 2. görüşmede BKİ ve hiperlipidemi bilgi puan ortalamaları, meslek grupları arasında 1. görüşmede

kilo, BKI, BUN, kreatinin, üre, hipertansiyon bilgi puan ortalamaları, 2. görüşmede kilo, BKI değerleri anlamlı düzeyde farklı iken, diğer parametrelerde anlamlı fark gözlenmemiştir.

Tablo 21: Hastaların, 1. ve 2. görüşmelerdeki kilo, BKI, tansiyon ve kan bulguları ortalamaları.

	1. görüşme x±Sd	2. görüşme x±Sd	t	p
Kilo	81,50±15,36	79,30±14,94	20,324	0,000
BKI	30,82±5,61	30,01±5,38	13,504	0,000
Büyük tansiyon	157,14±14,96	132,86±9,51	8,167	0,000
Küçük tansiyon	97,14±4,88	85,71±5,35	8,000	0,000
Açlık kan şekeri	180,54±76,26	143,98±46,92	9,060	0,000
HbA1C	7,13±1,95	5,91±0,76	2,086	0,105
Total kolesterol	233,39±41,09	187,30±41,06	14,856	0,000
Trigliserit	211,60±108,71	162,07±73,20	8,888	0,000
LDL kolesterol	143,63±35,53	120,37±31,85	11,424	0,000
HDL kolesterol	49,41±9,67	47,05±9,74	6,743	0,000
VLDL kolesterol	43,52±22,89	37,73±18,97	4,916	0,000
BUN	20,77±7,83	23,21±8,08	-1,277	0,258
Kreatinin	1,57±0,63	1,45±0,56	3,084	0,018
Üre	55,57±24,48	55,00±18,21	0,120	0,909
Ürik asit	7,15±0,00	5,28±0,00	-	-

Diyabet tanısı almış hastaların HbA1C, BUN, kreatinin, üre değerlerinde anlamlı fark gözlenmezken, kilo, BKI, tansiyon, açlık kan şekeri, trigliserit, total, LDL, HDL ve VLDL kolesterol değerlerinde anlamlı fark gözlenmiştir.

Hiperlipidemi tanısı almış hastaların tansiyon, açlık kan şekeri değerlerinde anlamlı fark gözlenmezken, kilo, BKI, trigliserit, total, LDL, HDL, VLDL kolesterol değerlerinde anlamlı fark gözlenmiştir.

Şişmanlık tanısı almış hastaların açlık kan şekeri, trigliserit, LDL, HDL ve VLDL kolesterol değerlerinde anlamlı fark gözlenmezken, kilo, BKI ve total kolesterol değerlerinde anlamlı fark gözlenmiştir.

TARTIşMA

Yetersiz ve dengesiz beslenme, yani besin elementlerinin günlük gereksinimden az alınmaları, besin elementleri arasındaki dengenin bozulması yada gereksinimden fazla alınması sağlığın bozulmasına yol açar (Atilla, 2005). Primer ve sekonder beslenme hastalıklarının sağlık üzerindeki etkileri yetersizliğin derecesine, süresine, kişinin yaşına ve gelişme çağına bağlı olarak farklılık gösterir (Atilla, 2005).

Beslenme yetersizliği ve dengesizliğinin dolaylı olarak neden olduğu hastalıkların en  onemlileri; enfeksiyon hastalıkları, aterosklerotik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, diş çürükleri ve karaciğer hastalıklarıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azaltarak enfeksiyonlara zemin hazırlamakta, hastalığın ağır seyretmesine ve   ld r c  komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (Baysal ve ark., 1999).

Tütünden sonra obezite,  onlenebilir   l mlerin ikinci en büyük nedeni olmaktadır. Avrupa’da yetişkin nüfusun %10-20’si obezdir. Bu artışın farklı açıklamaları vardır; sedanter yaşam tarzı ve kaloriden zengin besin alımındaki artış gibi (Bautista-Castano ve ark., 2004). şişmanlık; diyabet, hipertansiyon ve aterosklerotik hastalıkların oluşumunda  onemli bir risk etmenidir (Baysal ve ark., 1999). Retrospektif  alışmalar, yetişkin obezlerde şişmanlığın 1/3 oranında çocuklukta ya da adölesan döneminde başladığını göstermiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 verilerine göre kadınların %33.4’  hafif şişman ($BKI=25-30\text{kg/m}^2$), %18.8’i şişmandır ($BKI>30$). şişmanlık, kentlerde köylerden daha yüksektir. Sosyokültürel düzeyi düşük olan kadınlarda daha yüksek oranda görülürken, erkeklerde bunun tersi söz konusudur (Atilla, 2005).

Amerika Birleşik Devletleri’nde KKH’ndan   l m oranı 1920’lerden sonra her yıl

%1-2 artarak 1960'ların ortasında 100.000'de 300'e ulaşmıştır. Sağlıklı 40 yaşındaki bir erkeğin 60 yaşına kadar KKH'na yakalanma olasılığı %20 olarak hesaplanmıştır. İlk kez kalp yetmezliği geçirenlerde ölüm olasılığı %30-35'tir (Baysal ve ark., 1999). Ülkemizde de yetişkin nüfustaki ölüm nedenlerinin ilk sırasını KKH almaktadır. Ölümlerin yaklaşık %34'ü KKH nedeniyle oluşmaktadır (Baysal ve ark., 1999). Hastalık riski 35 yaşından itibaren artmakta, erkeklerde kadınlardan, yüksek sosyo-ekonomik grupta düşük sosyo-ekonomik gruptan daha yüksek oranlarda görülmektedir (Baysal ve ark., 1999).

Özellikle gelişmekte olan toplumlarda tip 2 diyabet prevalansı son 10 yıldan fazla süredir artmaktadır. Yapılan bir çalışmada, tip 2 diyabetli hastaların glisemik kontrolünün, beslenme ve egzersizi vurgulayan toplum temelli, grup merkezli halk sağlığı müdahaleleri yoluyla geliştirilebileceği sonucuna varılmıştır (Krook ve ark., 2003). Tıbbi beslenme tedavisini de içeren yaşam tarzı müdahalesinin, diyabetin tedavisi ve önlenmesinde klinik olarak etkin olduğu kanıtlanmıştır. Tıbbi beslenme tedavisinin başarısı genelde 6 hafta içerisinde görülür ve bu süre maksimum 6 aya çıkmaktadır. Önemli olan nokta; diyabetlilerin veya onları geçindiren kişilerin tıbbi beslenme tedavisinin yalnız başına başarılı olup olmadığını veya ilaçla tedaviye gereksinim olup olmadığını belirlemeleridir (Pastors, 2003).

Parkinson hastalığı teşhisi olan ileri yaşı kadınlarda diyetle uyum ve alınan diyetsetel önerilerin algılanışını belirleme amaçlı yapılan çalışmaya 64-88 yaşlarındaki 54 kadın dahil edilmiştir. Çalışmada hastalar, 'besin değışimleri' ile ilgilenmemişlerdir. Çalışma sonunda diyetsetel önerilerin, kadınların besin tercihleri ve alıştıkları besinlere dayalı olması önerilmektedir (Gustafsson ve ark., 2005).

Bazı çalışmalar, kadınların erkeklere, ileri yaştakilerin gençlere göre diyetle uyumlarının daha iyi olduğunu rapor etmektedir. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınların diyeti uygulama oranları, erkeklerinkinden daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

Aerobik egzersizin diyetsetel uyum üzerindeki etkisinin değeriendirildiğı bir çalışmada 13 obez kadın 12 haftalık kilo kaybı programına dahil edilmişlerdir. Egzersize tabi olmayan 17 obez kadın kontrol grubu olarak değeriendirilmiştir. Diyetler, haftada 1 kilo verecek şekilde düzenlenmiştir. Egzersizler, haftada 3 kez 45

dakikalık olacak şekilde uygulanmıştır. Egzersiz uygulayan grupta diyetle uyumun daha iyi olduğu bulunmuştur. Enerji kısıtlaması süresince aerobik egzersizin diyetle uyumu artırdığı sonucuna varılmıştır (Racette ve ark., 1995).

Diyetle alım ve besin seçim davranışları üzerinde kişisel ve bölgesel düzeyde sosyo-ekonomik özelliklerin etkisini inceleme amaçlı olarak yapılan çalışmaya, 85 bölgeden yaşları 25-79 olan 1339 erkek ve kadın dahil edilmiştir. sosyo-ekonomik durum ve diyetle yönelik bilgi, yüz yüze görüşmeler yapılarak elde edilmiştir. Çalışma sonucunda, yaşanan bölgenin sosyo-ekonomik düzeyinden ziyade, bireylerin sosyo-ekonomik özelliklerinin diyetin şekillenmesinde daha önemli rol oynadığı sonucuna varılmıştır (Giskes ve ark., 2006).

Taiwan'da 1993-1996 yılları arasında yapılan bir çalışmada 20 yaş üzerinde erkek ve kadınlarda diyabet prevalansı %3,7-6,3 olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen hastaların %50'den fazlası ilaçlarını düzenli kullandıkları, %60-75'inin doğru zamanda veya doğru yiyecekleri yemediği tespit edilmiş, %50'si düzenli egzersiz yaptıklarını belirtmiştir. Bazı çalışmalar, kadınların erkeklere, ileri yaştakilerin gençlere göre uyumlarının daha iyi olduğunu rapor etmektedir (Chang ve ark., 2005).

Diyetisyen görüşüne göre de, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kadınların %86,5'i, erkeklerin %78,6'sı diyetlerini uygulamaktadır. Hastaların diyeti uygulamaya yönelik kişisel görüşleri ile diyetle uyumla ilgili diyetisyen görüşü, birbirine benzerdir. Diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon tanısı almış toplam 266 kişiden ilaç kullananların sayısı 81 kişi iken (%30,5), ilaç kullanmayanların sayısı 185 kişidir (%69,5). Bunun nedeni hastaların bir kısmının yeni tanı almış ve öncelikli olarak sadece diyet tedavisinin uygun görülmüş olmasıdır. İlaç kullanan hastaların %53,1'i ilaçlarını düzenli kullandıklarını belirtmektedir. Düzenli ilaç alanların diyeti uygulama oranı, ilaçlarını düzensiz kullananlar ve yeni ilaç kullanmaya başlayanlardan daha yüksek düzeydedir. Buradan ilaç kullanan ve özellikle ilaçlarını düzenli alanların diyetle uyumunun daha iyi olduğu sonucu çıkarılabilir. Hastaların %36,8'i doktorları tarafından fiziksel aktivite önerildiğini, %14,7'si hastalıkları ile ilgili yeterli düzeyde bilgilendirildiklerini belirtmektedir. Hastalardan 183 kişi kontrollerine düzenli geldiklerini, 72'si kontrollerini ihmal ettiklerini belirtmektedir. İlk görüşmede fiziksel aktivite önerildiğini belirten 98 hastadan 72'si (%73,5), 2. kontrol görüşmesinde

fiziksel aktivite önerisini yerine getirmediklerini belirtmektedirler. Hastaların %13,9'u hastalık tanısı konulmadan önce, %35,0'i hastalık tanısı konulması sonrası beslenmelerine dikkat ettiklerini belirtmekteydi. Tanı konulması öncesi ve sonrasında beslenmelerine dikkat edenler 4 kişi iken, beslenmesine dikkat etmeyenler 140 kişi idi.

Sosyodemografik ve klinik profillerine göre, kolesterol düşürücü ilaç tedavisiyle kombine sağlık ve diyetel önerilerle dislipidemik hastaların uyumunu tanımlama amaçlı yapılan bir çalışmaya, ortalama yaşı 58 ± 12 yıl olan, çoğunluğu erkek 7902 hasta dahil edilmiştir. Yeme davranışı çalışması, hastaların %24,9'unun diyetel önerilerle uyumunun zayıf olduğunu göstermiştir. Uyumun kadınlarda, 60 yaş üzeri hastalarda, emekli veya evde yaşayanlarda daha iyi olduğu bulunmuştur. Daha fazla sayıda kardiyovasküler risk faktörlerine sahip olan hastaların diyetel önerilere uyumunun daha kötü olduğu belirlenmiştir. Çalışma, diyetin temel öneminin hastalar tarafından yeterli anlaşılmadığını göstermiştir (Allaert, 2004). Çalışmamızda da herhangi bir işte çalışmayan grupta diyeti uygulayanların oranı en yüksek düzeydeyken, çalışan ve emekli olanlarda bu oran birbirine benzerdi ve daha düşük düzeylerde idi. Bu sonuçlar emekli olan, evde yaşayanların diyetle daha uyumlu olduklarına dair verilerle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, okur-yazar olmayanların diyeti uygulama oranı, diğer eğitim düzeyine sahip olanlardan daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

Bir çalışmada; diyetel müdahale ve kardiyovasküler hastalıklarla ilgili risk faktörünü karşılaştırma amaçlanmıştır. Çalışmaya dahil edilmiş 560 kişi kişisel seçimli karışık besin planı ($n=277$) veya besin ögesiyle zenginleştirilmiş yeme planı olmak üzere iki gruba ayrılmış, her grupta enerjinin yağ, protein ve karbonhidratlardan gelen kısmının aynı oranlarda olması sağlanmıştır. Uyum, hazır yeme planı uygulanan grupta daha iyiydi. Her iki grupta da uyumlu olan hastaların kilo, sistolik ve diastolik kan basıncı, total ve LDL kolesterol düzeylerinde daha fazla düşüş olmuştur. Çalışma sonunda, hazır yeme planının, kardiyovasküler hastalıklara yönelik belirlenen hedeflere ulaşma, diyetel uyumu geliştirme ve besin ögesi gereksinimlerinin çoğunun karşılanmasında basit ve etkin bir strateji olduğu sonucuna varılmıştır (Metz ve ark., 1997).

Diyetle uyumlu hastalarda kronik böbrek yetmezliği için düşük proteinli diyetin

etkisini araştırma amaçlı yapılan bir çalışmaya 3 aydan uzun süre düşük proteinli diyet (0,69 g/kg/gün) alan, kronik böbrek yetmezliği olan 47 erkek ve 18 kadın toplam 75 hasta dahil edilmiştir. Diyet terapisine uyum, hastaların diyetset kayıtlarından yararlanılarak belirlenmiştir. Günlük diyetset alım ve tahmini protein alımı üriner nitrojen çıkarımından hesaplanmıştır. Çalışma sonucunda; diyetle uyumlu hastalarda glomerüler filtrasyon hızı, kreatinin ve kan üre azotu değerlerinde azalma olduğu gözlenmiş, sosyal destek ve kişisel yeterliliğin yüksek olmasının düşük proteinli diyet tedavisiyle uyumu geliştirmeye ilişkin olduğu sonucuna varılmıştır (Kanazawa ve ark., 2006).

Çalışmamızda 1. görüşmeye kıyasla 2. görüşmede diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon ile ilgili beslenme bilgi sorularına daha fazla kişi doğru cevap vermiştir. 1. ve 2. görüşmelerde kilo, BKİ, büyük tansiyon, , küçük tansiyon, açlık kan şekeri, total kolesterol, trigliserit, LDL, HDL, VLDL kolesterol, kreatinin değerlerinde anlamlı düzeyde fark bulunurken, HbA1C, BUN, üre değerlerinde anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. HbA1C üç-dört aylık devrede hastalığın kontrol altında olup olmadığını gösterir (Baysal ve ark., 1999). Bu nedenle çalışmamızda 1 ay sonraki kontrol görüşmesinde HbA1C düzeyinde anlamlı bir düşüş beklenmemektedir. Çoğu kan değeri ve beslenme bilgi puanlarında diyet eğitimi sonrasında anlamlı fark tespit edilmesi, diyet eğitimlerinin hastalar ve hastalıklar üzerinde etkin olduğunu destekler niteliktedir.

Diyeti uygulama durumu, hastalık gruplarına göre de anlamlı fark içermemektedir. Diyeti uygulama ile ilgili diyetisyen görüşü hastalık gruplarına göre farklılık göstermiyordu.

SONUÇLAR

Diyabet, hiperlipidemi, şişmanlık, böbrek hastalığı ve hipertansiyon tanısı almış toplam 266 kişinin 1. ve 2. görüşmelerdeki kan bulguları, beslenme bilgi sorularına verdikleri doğru cevaplar ve diyetle uyum düzeyleri değerlendirildiğinde;

- Hastalardan, önceden diyet almış olanların çoğunun önceki diyetlerini uygulamadıkları
- Diyetisyen görüşüne göre hastaların %83,9'unun, hastaların kendi ifadelerine göre de %82,4'ü diyetle uyumlu olduğu
- Diyetle uyum konusunda yaş grupları arasında anlamlı fark olmadığı
- Medeni duruma göre diyetle uyum konusunda fark olmadığı
- Diyetle uyum konusunda eğitim durumu açısından fark olduğu (hastaların kendi ifadeleri dikkate alındığında okur-yazar olmayan grupta diyetle uyum daha yüksek düzeyde)
- Çalışma durumuna göre diyetle uyum konusunda fark olduğu (çalışmayan grupta diyeti uygulama oranı en yüksek)
- Düzenli ilaç kullanan hastaların diyetle daha uyumlu olduğu
- Hastaların, beslenme eğitiminin verilmesi ile birlikte kontrol görüşmesinde kan bulguları ve beslenme bilgi düzeylerinde olumlu yönde gelişme olduğu sonucuna varılmıştır.

ÖNERİLER

- Hastaların diyetlerine uyumlarını sağlamak için diyet tedavisinin önemi ve birçok hastalığın, özellikle kronik hastalıkların tedavisinde önemli yeri olduğu anlatılmalı, diyet eğitimi tekrar edilmelidir.
- Pek çok çalışmada kadınların diyetlere daha uyumlu oldukları bulunduğu göz önüne alınarak, erkek hastaların eşleriyle birlikte diyet eğitimine katılmaları ile diyetle daha fazla uyum sağlanabilir.
- Erken yaşlarda kazanılan alışkanlıkların ileriki yaşlarda değiştirilmesinin daha güç olması nedeniyle beslenme eğitimine daha erken yaşlarda başlanmalıdır.
- Başkalarıyla birlikte yaşama, miktarların az gelmesi, hastalığın sadece ilaçla kontrolünün üzerinde durulması gibi diyetle uyumu güçleştiren sebeplerden dolayı, hastanın beraber yaşadığı kişilerin de desteği sağlanmalıdır.
- Bir işte çalışmayan hastalarda diyetle uyum daha yüksek düzeylerde olduğundan, çalışanlara da işyerlerinde kolay uygulayabilecekleri alternatif diyet önerileri sunulabilir.
- Diyetle uyuma katkı sağlaması amacıyla kişilerin fiziksel aktivite uygulaması desteklenmelidir.
- Her hastada hastalık tedavisinde, diyet ve ilaç önerilerine uyumu geliştirmede destek sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- 1- Baysal A. Beslenme, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1997.
- 2- Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N, Merdol TK, Pekcan G, Keçecioglu S, Besler HT, Mercanlıgil SM. Diyet El Kitabı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1999.
- 3- Huang C, Yin W, Zeng G, Chen F. Effects of nutritional intervention on several chronic diseases in communities. Wei Sheng Yan Jiu 1999; 28(3):162-164.
- 4- Aurora M, Deborah J, Michael G, Milagros C, Judith K. Dietary Adherence: Characteristics and Intervention. Control Clin Trials 2000;21:206-211.
- 5- Chang H, Chiou C, Lin M, Lin S, Tai T. A population study of the self-care behaviors and their associated factors of diabetes in Taiwan: results from the 2001 National Health Interview Survey in Taiwan. Preventive Medicine 2005;40:344-348.
- 6- Allaert FA. [Influence of the sociodemographic and clinical profile of dyslipidaemic patients on their compliance with dietary advice combined with cholesterol-lowering drug treatment (nutrivast survey)]. Ann Cardiol Angeiol 2004;53(5):279-289.
- 7- Puder FF, Keller U. Quality of diabetes care: problem of patient or doctor adherence? Swiss Med Wkly 2003;133:530-534.
- 8- Atilla S, Toplum Beslenmesine Giriş, 2005.
www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3062.doc.
- 9- Bağrıaçık N, Türk Diabet ve Obezite Vakfı Yayınları, 1-1999.
- 10- Gray DP. Dietary advice in British General Practice. Eur J Clin Nutr 1999; 53(2):3-8.

- 11- Coşkun H, Obezite Cerrahisi ve Tedavisi, 2005. www.obezitecerrahisi.com/obezite.htm
- 12- Bautista-Castano I, Molina-Cabrillana J, Montoya-Alonso JA, Serra-Majern L. Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *International Journal of Obesity* 2004;28:697-705.
- 13- Hoppin AG. Obesity and the liver: developmental perspectives. *Semin Liver Dis* 2004;24(4):381-387.
- 14- Bohler T, Alex C, Becker E, Becker R, Hoffmann S, Hurtzler D, Jung C, Laufersweiler-Lochmann F, Radu C. [Quality indicators for ambulatory health education programme for overweight and obese children and adolescents]. *Gesundheitswesen* 2004;66(11):748-753.
- 15- Hutton B, Fergusson D. Changes in body weight and serum lipid profile in obese patients treated with orlistat in addition to a hypocaloric diet: a systematic review of randomized clinical trials. *American Journal of Clinical Nutrition* 2004;80(6):1461-1468.
- 16- Atilla S, Kadın Sağlığı ve Şişmanlık, 2005. www.huksam.hacettepe.edu.tr/kadin.htm
- 17- Stubbs CO, Lee AJ. The obesity epidemic: both energy intake and physical activity contribute. *MJA* 2004;181(9):489-491.
- 18- Abalkhail B. Overweight and obesity among Saudi Arabian children and adolescents between 1994 and 2000. *East Mediterr Health J* 2002;8(4-5):470-479.
- 19- Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction: randomized trial. *JAMA* 2005;293(1):43-53.
- 20- Pereira MA, Swain J, Goldfine AB, Rifai N, Ludwig DS. Effects of a low-glycemic load diet on resting energy expenditure and heart disease risk factors during weight loss. *JAMA* 2004;292(20):2482-2490.
- 21- Yiğit F, Müderrisoğlu H, Guş G, Bozbaş H, Korkmaz ME, Ozin MB, Tayfun E. Comparison of intermittent with continuous simvastatin treatment in hypercholesterolemic patients with end stage renal failure. *Jpn Heart J* 2004;45(6):959-968.

- 22- Selby JV, Peng T, Karter AJ, Alexander M, Sidney S, Lian J, Arnold A, Pettitt D. High rates of co-occurrence of hypertension, elevated low-density lipoprotein cholesterol, and diabetes mellitus in a large managed care population. *Am J Manag Care* 2004;10(2):163-170.
- 23- Nicolosi RJ, Wilson TA, Lawton C, Handelman GJ. Dietary effects on cardiovascular disease risk factors: beyond saturated fatty acids and cholesterol. *J Am Coll Nutr* 2001;20(5):421-427.
- 24- Maki KC, Shinnick F, Seeley MA, Veith PE, Quinn LC, Hallissey PJ, Temer A, Davidson MH. Food products containing free tall oil-based phytosterols and oat beta-glucan lower serum total and LDL cholesterol in hypercholesterolemic adults. *J Nutr* 2003;133(3):808-813.
- 25- Gavin JR. Slowing cardiovascular disease progression in African-American patients: diabetes management. *J Clin Hypertens* 2004;6(4):26-33.
- 26- Coutu MF, Dupuis G, D'Antono B, Rochon L. Illness Representation and Change in Dietary Habits in Hypercholesterolemic Patients. *Journal of Behavioral Medicine* 2003;26(2):133-152.
- 27- Alm-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2004;3:321-330.
- 28- Krempf M. [Dietary recommendations for dyslipidemic individuals] *Ann Med Interne* 2001;152(3):198-200.
- 29-Djousse L, Arnett DK, Coon H, Province MA, Moore LL, Ellison RC. Fruit and vegetable consumption and LDL cholesterol: the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study. *Am J Clin Nutr* 2004;79(2):213-217.
- 30- Sanches A, Delgado-Rodriguez M, Martinez-Gonzalez MA, Irala-Estevez J. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN. *European Journal of Clinical Nutrition* 2003;57:285-292.
- 31- Sanches A, Martinez JA, Irala-Estevez J, Martinez-Gonzalez MA. Determinants of the adherence to an 'a priori' defined Mediterranean dietary pattern. *Eur J Nutr* 2002;41:249-257.
- 32- Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysoshoou C, Stefanadis C, Toutouzas P. Primary prevention of acute coronary events through the adaption of a Mediterranean-style diet. *East Mediterr Health J* 2002;8(4-5):593-602.

- 33- Thomas HD, Maynard C, Wagner GS, Eisenstein EL. Results from a practice-based lipid clinic model in achieving low density lipoprotein cholesterol goals. *N C Med J* 2003;64(6):263-266.
- 34- Aydın M, Böbrek Hastalıklarının Belirti ve Bulguları, 2005.
<http://www.haydarpasanumune.gov.tr/hastalik/dbobrek yetm.shtml>.
- 35- Güven B, Böbrek Hastalıklarında Beslenme, 2005.
<http://www.haydarpasanumune.gov.tr/hastalik/dbbeslenme.shtml>.
- 36- Schuck O, Teplan V, Mareckova O, Skibova J, Stollova M. Estimation of Glomerular Filtration Rate Based on the Modification of Diet in Renal Disease Equation in Patients with Chronic Renal Failure. *Kidney Blood Press Res* 2005;28(2):63-67.
- 37- Levey AS, Adler S, Caggiula AW, England BK, Greene T, Hunsicker LG, Kusek JW, Rogers NL, Teschan PE. Effects of dietary protein restriction on the progression of advanced renal disease in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Am J Kidney Dis* 1996;27(5):652-663.
- 38- Kopple JD, Greene T, Chumlea WC, Hollinger D, Maroni BJ, Merrill D, Scherch LK, Schulman G, Wang SR, Zimmer GS. Relationship between nutritional status and the glomerular filtration rate: results from the MDRD study. *Kidney Int* 2000;57(4):1688-1703.
- 39- Vervoot G, Willems HL, Wetzels JF. Assessment of glomerular filtration rate in healthy subject and normoalbuminuric diabetic patients: validity of a new (MDRD) prediction equation. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17(11):1909-1913.
- 40- Beddhu S, Samore MH, Roberts MS, Stoddard GJ, Pappas LM, Cheung AK. Creatinine production, nutrition, and glomerular filtration rate estimation. *J Am Soc Nephrol* 2003;14:1000-1005.
- 41- Ylonen K, Saloranta C, Kronberg-Kippila C, Groop L, Aro A, Virtanen SM. Associations of dietary fiber with glucose metabolism in nondiabetic relatives of subjects with type 2 diabetes: the Botnia Dietary Study. *Diabetes Care* 2003;26(7):1979-1985.
- 42- Franz MJ, Warshav H, Daly AE, Green-Pastors J, Arnold MS, Bantle J. Evolution of diabetes medical nutrition therapy. *Postgrad Med J* 2003;79(927):30-35.

- 43- Bonnet C, Gagnayre R, d'Ivernois JF. Difficulties of diabetic patients in learning about their illness. *Patient Educ Couns* 2001;42(2):159-164.
- 44- Binetti P, Nicolo A. [Medical education and patient education: new teaching strategies and new communication dynamics]. *Clin Ter* 2004;155(9):405-413.
- 45- Hatun Ş, Çocukluk Çağı Diyabeti, 2005. http://saglik.tr.net/cocuk_sagligi_diyabet.shtml
- 46- Krook A, Holm I, Pettersson S, Wallberg-Henriksson H. Reduction of risk factors following lifestyle modification programme in subjects with type 2 (non-insulin dependent) diabetes mellitus. *Clin Physiol Funct Imaging* 2003;23(1):21-30.
- 47- Wing RR, Goldstein MG, et al. Behavioral science research in diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24:117-123.
- 48- Pastors JG. Medications or lifestyle change with medical nutrition therapy. *Curr Diab Rep* 2003;3(5):386-391.
- 49- Akbar DH. Low rates of diabetic patients reaching good control targets. *East Mediterr Health J* 2001;7(4-5):671-678.
- 50- Kızıltan G, Diyabet ve Beslenme, 2005. <http://dbd.baskent.edu.tr/diyabet.htm> .
- 51- Grieser BH, Welch KJ, Haris MA. Implementation of the 1994 ADA nutrition recommendations for inpatients with NIDDM. *Clinical Nutrition* 1997:97.
- 52- Watanabe M, Yamaoka K, Yokotsuka M, Tango T. Randomized controlled trial of a new dietary education program to prevent type 2 diabetes in a high-risk group of Japanese male workers. *Diabetes Care* 2004;27(3):856.
- 53- Haffner SM. Management of dyslipidemia in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2002;25:574-577.
- 54- Franz MJ, Bantle JP, et al. Evidence-based nutrition principles and recommendation for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care* 2002;25:202-212.
- 55- Connor H, Annan F, Bunn E, Frost G, McGough N, Sarwar T, Thomas B. The implementation

of nutritional advice for people with diabetes. *Diabet Med* 2003;20(10):786-807.

56- Daly MV. Measuring changes in diet behaviors using a dietary assessment tool. *Clinical Nutrition* 1997;97.

57- Wilson C, Brown T, Acton K, Gilland S. Effects of clinical nutrition education and educator discipline on glycemic control outcomes in the Indian health service. *Diabetes Care* 2003;26(9):2500-2504.

58- Christensen NK, Steiner J, Whalen J, Pfister R. Contribution of medical nutrition therapy and diabetes self-management education to diabetes control as assessed by HbA1C. *Diabetes Spectrum* 2000;13(2):72.

59- Ezenwaka CE, Offiah NV. Patients' health education and diabetes control in a developing country. *Acta Diabetol* 2003;40(4):173-175.

60- Krook A, Holm I, Pettersson S, Wallberg-Henriksson H. Reduction of risk factors following lifestyle modification programme in subjects with type 2 (non-insulin dependent) diabetes mellitus. *Clin Physiol Funct Imaging* 2003;23(1):21-30.

61- Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self-management training in type-2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:561-587.

62- Peterson KA, Hughes M. Readiness to change and clinical success in a diabetes education program. *JABFP* 2002;15.

63- Fox C, Kilvert A. Intensive education for lifestyle change in diabetes. *BMJ* 2003;327:1120-1121.

64- Gagliardino JJ, Etchegoyen G. A model educational program for people with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001;24:1001-1007.

65- Park H, Hong Y, Lee H, Ha E, Sung Y. Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *J Clin Epidemiol* 2004;57(9):978-984.

66- Akpolat T, Hipertansiyon: Hipertansiyon (Yüksek Tansiyon) Nedir?, 2005.
www.geocities.com/HotSprings/resort/9484/sayfa3.html

67- Bakrıs S. Hipertansiyon, Klinisyenin Tanı ve Tedavi Klavuzu, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık, 2003.

68- Vasiljevic N, Paunovic K, Backovic D, Jorga J, Ristic G, Plecas D, Stojanovic S. Assessment of diet therapy effect on blood pressure of obese persons with and without antihypertensive therapy. *Vojnosanit Pregl* 2004;61(4):379-385.

69- Youssef RM, Moubarak II. Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. *East Mediterr Health J* 2002;8(4-5):579-592.

70- Gustafsson K, Ekblad J, Sidenvall B. Older women and dietary advice: occurrence, comprehension and compliance. *J Hum Nutr Diet* 2005; 18(6):421-422.

71- Racette SB, Schoeller DA, Kushner RF, Neil KM. Exercise enhances dietary compliance during moderate energy restriction in obese women. *American Journal of Clinical Nutrition* 1995;62:345-349.

72- Giskes K, Turrell G, Van Lenthe FJ, Brug J, Mackenbach JP. A multilevel study of socio-economic inequalities in food choice behaviour and dietary intake among the Dutch population: the GLOBE study. *Public Health Nutr* 2006;9(1):75-83.

73- Metz JA, Kris-Etherton PM, Morris CD, Mustad VA, Stern JS, Oparil S, Chait A, Haynes RB, Resnick LM, Clark S, Hatton DC, McMahon M, Holcomb S, Snyder GW, Pi-Sunyer FX, McCarron DA. Dietary compliance and cardiovascular risk reduction with a prepared meal plan compared with a self-selected diet. *American Journal of Clinical Nutrition* 1997;66:373-385.

74- Kanazawa Y, Nakao T, Ohya Y, Shimomitsu T. Association of socio-psychological factors with the effects of low protein diet for the prevention of the progression of chronic renal failure. *Intern Med* 2006;45(4):199-206.

EKLER

EK 1. ANKET FORMU

EK 2. DİYET LİSTELERİ

DİYET POLİKLİNİĞİ'NE GELEN HASTALARA UYGULANACAK ANKET FORMU

Tarih:.....

Anket No:.....

1.	Hastanın	
Adı-Soyadı:.....		
2.	Telefon	
Numarası:.....		
3.	Doğum	
Tarihi:.....		
4. Medeni Durumu: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Dul		
5. Çocuk Sayısı:.....		
6. Eğitim Durumu: 1) OY değil 2) OY 3) İlkokul 4) Ortaokul-lise 5) Yüksekokul-üniversite		
7. Çalışma Durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli		
8. Mesleği: 1) İşsiz 2) Serbest meslek 3) İşçi 4) Memur 5) Ev hanımı 6) Öğrenci 7) Emekli		
9.	Gönderildiği	
Poliklinik:.....		
1	0	
Tanı:.....		
11. Tanının ilk konulduğu tarih ve yer:.....		
12.	Kullandığı	
İlaçlar:.....		
13. İlaçları Düzenli Alıp Almadığı: () Düzenli alıyor () Düzenli almıyor () Yeni tanı		
	Başlangıç	1 ay sonra
14. Boy:		
15. Kilo:		
16. BKI:		
17. TA:		
18. Açlık Kan Şekeri Düzeyleri:		
19. HbA1C Düzeyleri:		
20. Total Kolesterol Düzeyleri:		
21. TG Düzeyleri:		
22. LDL Kolesterol Düzeyleri:		
23. HDL Düzeyleri:		
24. VLDL Düzeyleri:		
25. BUN:		
26. Kreatinin:		
27. Üre:		
28. Ürik Asit:		

29. Şimdiye kadar bu hastalığınız için herhangi bir diyet uyguladınız mı? () Evet
() Hayır

30. Diyeti ilk kim önerdi? Ne zaman?.....

31. Önerilen bu diyeti / diyetleri uyguladınız mı? () Evet () Hayır

32. Uygulayamadı iseniz bunun nedeni nedir?

() Anlayamadım

() Diyet listesini kaybettim

() İlaç ve/veya insülinle hastalığım kontrol altında olduğundan diyeti uygulamaya gerek duymadım

() Başkalarının yanında yaşamak durumunda kaldığımdan uygulayamadım

() Diğer

33. Hastalık tanısının konmasından sonra beslenmenizde herhangi bir değişiklik yaptınız mı?

() Evet () Hayır

34. Beslenmenizde değişiklik oldu ise ne gibi değişiklikler oldu?

-.....

-.....

-.....

-.....

35. Hastalık tanısı konmadan önce beslenmenizde dikkat ettiğiniz noktalar var mıydı?

() Evet () Hayır

36. Cevabınız evet ise hangi hususlara dikkat ederdiniz?

-.....

-.....

-.....

-.....

37. Öğünlerde neler yediğinizden kısaca söz eder misiniz?

Sabah:

.....

.....

Öğle:

.....

.....

Akşam:.....

.....

Ara Öğün:.....

38. Diyet yapmanın bu hastalığın gidişini olumlu etkileyeceğine inanıyor musunuz?

()Evet ()Hayır

39. Size önerdiğim bu diyeti uygulayabilecek misiniz? ()Evet.

()Hayır.

Çünkü.....

40. Doktorunuz size bu hastalığınız için fizik aktivite önerdi mi? () Evet () Hayır

41. Doktorunuz size hastalığınız hakkında bilgi verdi mi?

() Hayır vermedi

() Bilgi verdi fakat aklıma takılan bazı konuları açıklamadı / soramadım

() Yeteri kadar bilgilendirdi.

HASTALARA 2. GELİŞTE UYGULANACAK ANKET FORMU

42. İlaçlarınızı düzenli kullanabildiniz mi? Neden?

() Evet.

() Hayır.

Çünkü.....

() İlaç önerilmedi

43. Kontrollerinize düzenli geldiniz mi? Neden?

() Evet

() Hayır.

Çünkü.....

44. Doktorunuz size önerdiği fizik aktiviteleri yapabildiniz mi? () Evet () Hayır

45. Benim size önerdiğim diyeti uygulayabildiniz mi? () Evet () Hayır

46. Uygulayamadı iseniz bunun nedeni nedir?

() Anlayamadım

() Diyet listesini kaybettim

() İlaç ve/veya insülinle hastalığım kontrol altında olduğundan diyeti uygulamaya gerek duymadım

() Başkalarının yanında yaşamak durumunda kaldığımdan uygulayamadım

() Diğer

47. Diyetisyenin görüşü : 1. Diyeti uygulamış 2. Uygulamamış

1) DİYABETLE İLGİLİ BESLENME BİLGİSİ SORULARI

- 1) Günde kaç öğün olarak beslenmelisiniz?
 - a) 2 öğün
 - b) 3 öğün
 - c) 4 öğün
 - d) 6 öğün
- 2) Şeker hastaları için uzak durulması gereken yiyecekler hangileridir?
 - a) Şeker, bal gibi tatlı yiyecekler
 - b) Domates, salatalık gibi sebzeler
 - c) Elma, karpuz gibi meyveler
 - d) Ekmek, patates gibi nişastalı yiyecekler
- 3) Çiğ sebzeler hangi öğünlerde yenilmelidir?
 - a) Sabah
 - b) Öğle
 - c) Akşam
 - d) Her öğün
- 4) Meyvelerle ilgili olarak aşağıda belirtilenlerden hangisi yanlıştır?
 - a) Porsiyon ölçüsüne dikkat ederek yemeliyiz
 - b) Kabuklu yenilebilecek meyveleri kabuklu yemeliyiz
 - c) Meyvelerin yanında süt, yoğurt, peynir gibi protein içerikli yiyecekler yemeliyiz
 - d) Meyveleri istediğimiz kadar yemeliyiz
- 5) Eğer diyetimdeki öğün saatlerine uyamıyorsam, kaç saat aralıklarla öğünlerimi düzenlemeliyim?
 - a) 2,5-3 saat aralıklarla
 - b) 3,5-4 saat aralıklarla
 - c) 5-6 saat aralıklarla
 - d) 1-2 saat aralıklarla
- 6) Aşağıdakilerden hangisi şeker hastalığında sakıncalı olan bir yiyecek değildir?
 - a) Kızartmalar
 - b) Kaymak, mayonez
 - c) Reçel, bal
 - d) Meyveler
- 7) Diyabet diyetini ne kadar süreyle uygulamalıyım?
 - a) Bir sonraki kontrole kadar
 - b) Kan şekerim düşene kadar
 - c) Ömür boyu, sürekli
 - d) Kendi isteğime bağlı
- 8) Diyetimde yazılı olan sütü içmek istemiyorsam, yerine aşağıdakilerden hangisini yiyebilirim?
 - a) Peynir
 - b) Zeytin
 - c) Yoğurt
 - d) Sebze
- 9) Diyetimde yazılı olan et yerine aşağıdaki besinlerden hangisini yiyebilirim?
 - a) Yumurta
 - b) Süt
 - c) Yoğurt
 - d) Kurufasülye
- 10) Kepekli yiyecekleri diyette artırmalı mıyız, azaltmalı mıyız?
 - () Artırmalıyız
 - () Azaltmalıyız

2) HİPERLİPİDEMİ İLE İLGİLİ BESLENME BİLGİSİ SORULARI

- 1) Şişman olmak kolesterolü etkiler mi?
☐ Evet, etkiler
☐ Hayır, etkilemez
- 2) Şişmanlık kolesterolü etkilerse nasıl etkiler?
☐ İyi yönde etkiler
☐ Kötü yönde etkiler
- 3) Kolesterolü düşürmek için yemeklerde tercih edeceğim yağ aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?
a) Margarin c) İç yağı
b) Tereyağı d) Bitkisel yağlar (Zeytinyağı, ayçiçeği yağı gibi)
- 4) Kahvaltıda ve diğer öğünlerde yemekler haricinde hangi yağ kullanmalıyım?
a) Tereyağı
b) Margarin
c) Yemekler dışında mümkün olduğunca yağ kullanmamalıyım
d) Kuyruk yağı
- 5) Kolesterolü düşürmek için katı yağ kullanmamak yeterli midir?
☐ Evet, yeterlidir
☐ Hayır, yeterli değildir
- 6) Diyetimde çiğ sebzeleri hangi öğünde/öğünlerde yemeliyim?
a) Kahvaltıda c) Akşam yemeğinde
b) Öğle yemeğinde d) Her öğünde
- 7) Aşağıdakilerden hangisi lifli ürünlerden değildir?
a) Süt-yoğurt c) Elma-armut
b) Domates-salatalık d) Kurufasulye-nohut
- 8) Lifli besinleri diyetimizde artırmalı mıyız, azaltmalı mıyız?
☐ Lifli ürünleri azaltmalıyız
☐ Lifli ürünleri artırmalıyız
- 9) Aşağıdakilerden hangisi kolesterol içerikli besinlerden değildir?
a) Tereyağı c) Sakatatlar
b) Süt d) Tahıllar (Bulgur, pirinç gibi)
- 11) Aşağıdaki et ürünlerinden hangisini günlük beslenme düzeninde öncelikli olarak tercih etmeliyim?
a) Dana eti c) Sucuk, salam gibi ürünler
b) Ciğer, dalak gibi sakatatlar d) Tavuk, balık eti
- 12) Et ürünlerini ne şekilde pişirerek yemeliyim?
a) Haşlayarak c) Kavurarak
b) Kızartarak d) Fırında üzerine yağ koyarak
- 13) Tavuk-balık gibi beyaz et ürünlerini istediğim kadar yiyebilir miyim?
☐ Evet, yiyebilirim
☐ Hayır, yiyemem
- 14) Şekerli yiyecekler (şeker, bal, reçel, pekmez gibi) kolesterolümü etkiler mi? Etkilerse nasıl etkiler?
☐ Hayır, etkilemez
☐ Evet, etkiler. Fazla miktarda alırsam kolesterolüm yükselir.
☐ Evet, etkiler. Fazla miktarda alırsam kolesterolüm düşer.

3) ŞİŞMANLIK İLE İLGİLİ BESLENME BİLGİSİ SORULARI

- 1) Zayıflamak için gün içindeki öğün düzenim nasıl olmalı?
 - a) Bir gün boyunca sadece 1 yiyeceği istediğim kadar yemeliyim
 - b) Bir gün aç kalıp bir gün istediğimi yemeliyim
 - c) Günde 1-2 kez yemek yemeliyim
 - d) Gün içinde az az ve sık sık yemek yemeliyim
- 2) Süt-yoğurt gibi ürünlerde tercihimiz ne olmalıdır?
 - () Kaymaklı olan ürünleri yemeliyiz
 - () Kaymaksız, az yağlı veya yağsız olanları tercih etmeliyiz
- 3) Et ürünlerinde tercihimiz hangisi olmalıdır?
 - () Çoğunlukla sakatat (ciğer, beyin, böbrek gibi) yemeyi tercih etmeliyiz.
 - () Çoğunlukla kırmızı et, sucuk, salam, sosis gibi ürünleri yemeyi tercih etmeliyiz.
 - () Çoğunlukla tavuk, balık gibi ürünleri yemeyi tercih etmeliyiz.
- 4) Yemeklerde hangi yağı kullanmalıyız?
 - a) Margarin
 - b) Bitkisel sıvı yağları
 - c) Tereyağı
 - d) İç yağı-kuyruk yağı
- 5) Sebzelerle ilgili olarak aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğrudur?
 - a) Domates, salatalık gibi çiğ sebzeleri diyetle yazılı miktar kadar yiyebiliriz, fazlasını yememeliyiz
 - b) Salatayı sadece akşam öğününde yemeliyiz
 - c) Sebze yemeklerini istediğimiz kadar yiyebiliriz
 - d) Salatayı her öğün yağsız olarak yiyebiliriz
- 6) Ekmeği gün içinde ne kadar yemeliyim?
 - a) Diyetle yazılı miktar kadar yemeliyim
 - b) Hiç yememeliyim
 - c) Öğünlerde 1-2 dilim yemeliyim
 - d) İstedikim kadar yemeliyim
- 7) Daha çok hangi tür ekmeği tercih etmeliyim
 - () Beyaz ekmeği
 - () Kepekli ekmeği
- 8) Şekerli ürünler (şeker, bal, reçel ve diğer tatlılar) ile ilgili olarak aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğrudur?
 - a) Şekerli yiyecekleri ve hamur tatlılarını arada sırada yememin sakıncası yok
 - b) Şekerli yiyecekleri istediğim kadar yiyebilirim
 - c) Şekerli yiyecekleri ve hamur tatlılarını yememem gerekir
 - d) Şekeri istediğim kadar kullanabilirim, hamur tatlılarını(baklava, yaş pasta vb.) haftada 1 kez yiyebilirim
- 9) Yağ ve yağlı ürünlerle ilgili, aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğrudur?
 - a) Ekmek üstü olarak yağ yememin (tereyağı, margarin gibi) bir sakıncası yoktur
 - b) Fındık, fıstık, ceviz gibi yağlı ürünleri istediğim kadar yiyebilirim
 - c) Katı yağları yemeklerde istediğim ölçüde kullanabilirim
 - d) Yağı sadece yemeklerde kullanmalıyım, yemeklerde kullandığım yağ da bitkisel sıvı yağ (ayçiçeği, zeytinyağı, mısırözü vb.) olmalı

10) Meyvelerle ilgili olarak aşağıda belirtilenlerden hangisi doğrudur?

- a) Meyveleri istediğim kadar yiyebilirim
- b) Meyveleri, diyetle belirtilen miktarlarda yiyebilirim
- c) Tatlı olmayan meyveleri istediğim kadar yiyebilirim
- d) Kurutulmuş meyveleri istediğim kadar yiyebilirim

4) BÖBREK HASTALIKLARI İLE İLGİLİ BESLENME BİLGİSİ SORULARI

1) Böbrek hastalığına yönelik diyetle tuz oranı nasıl olmalı?

- () Tuz oranı azaltılmalı () Tuz oranı arttırılmalı

2) Böbrek hastalığına yönelik diyetle sebzelerle(salatalık, pırasa, domates vb.) ilgili olarak aşağıda belirtilenlerden hangisi doğrudur?

- a) Sebzeleri yemek olarak istediğim kadar yiyebilirim
- b) Sebzeleri, diyetle belirtilen miktar kadar yemem gerekir
- c) Sebzeleri kızartarak yemem gerekir
- d) Sebzeleri çiğ olarak istediğim kadar yiyebilirim

3) Meyvelerle ilgili olarak aşağıda belirtilenlerden hangisi doğrudur?

- a) Meyveleri istediğim kadar yiyebilirim
- b) Meyveleri haşlayarak istediğim kadar yiyebilirim
- c) Meyveleri günde en fazla 2 porsiyon kadar yiyebilirim
- d) Meyvelerden özellikle muz, kivi ve çileği istediğim kadar yiyebilirim

4) Aşağıdakilerden hangisi proteinli bir yiyecek değildir?

- a) Şeker c) Ekmek
- b) Süt d) Yumurta

5) Aşağıdakilerden hangisi protein içerikli bir yiyecektir?

- a) Bal c) Makarna
- b) Tereyağı d) Kaymak

6) Aşağıdakilerden hangisi protein içerikli bir yiyecek değildir?

- a) Pilav
- b) Tereyağı
- c) Çorba
- d) Kuru fasulye

7) Aşağıdaki yiyeceklerden hangisini yememde bir sakınca yoktur?

- a) Zeytin, turşu gibi tuzlu yiyecekler
- b) Kuruyemişler (badem, ceviz, fındık gibi)
- c) Muz, kivi gibi meyveler
- d) Lokum, bal gibi tatlı yiyecekler

8) Sebze yemeklerini ne şekilde pişirerek yemeliyim?

- a) Soğanla yağı ve salçayı kavurup sebzeyi ekler ve pişiririm
- b) Sebzeyi haşlayıp süzerim ve yağı yakmadan pişiririm
- c) Sebzeleri kızartıp yerim
- d) Sebzeleri pişirmeden çiğ olarak yemeliyim

9) Aşağıdakilerden hangisini belli miktarlarda yememin sakıncası yoktur?

- a) Konserve ürünler
- b) Kurutulmuş meyveler

- c) Yağda kızartılmış yiyecekler
 - d) Tuzsuz tereyağı
- 10) Aşağıdaki yiyeceklerden hangisini yememeliyim?
- a) Salata
 - b) Lokum
 - c) Şeker
 - d) Yağ

5) HİPERTANSİYON İLE İLGİLİ BESLENME BİLGİSİ SORULARI

- 1) Hipertansiyon açısından yiyeceklerdeki tuz oranı nasıl olmalıdır?
() Tuz oranı az olmalı
() Tuz oranı fazla olmalı
- 2) Bunu sağlamak için yemek ve ekmeklerimizde tercihimiz ne olmalıdır?
() Ekmek ve yemekler mümkün olduğunca tuzlu olmalıdır
() Ekmek ve yemekler mümkün olduğunca tuzsuz olmalıdır
- 3) Aşağıdaki yiyeceklerden hangisi hipertansiyon açısından sakıncalıdır?
a) Turşu
b) Domates
c) Kurufasulye
d) Bal
- 4) Aşağıdaki yiyeceklerden hangisi hipertansiyon açısından sakıncalı değildir?
a) Zeytin
b) Konserve ürünler
c) Makarna
d) Salam
- 5) Aşağıdaki yiyeceklerden hangisi hipertansiyon açısından sakıncalıdır?
a) Tavuk eti
b) Kırmızı et
c) Sucuk
d) Yumurta
- 6) Aşağıdaki yiyeceklerden hangisi hipertansiyon açısından sakıncalıdır?
a) Süt
b) Et suyu tabletleri
c) Elma
d) Pırasa
- 7) Aşağıdaki yiyeceklerden hangisi hipertansiyon açısından sakıncalı değildir?
a) Hazır salça
b) Konserve sebze yemekleri
c) Çiğ sebzeler
d) Pastırma, sucuk gibi yiyecekler
- 8) Yemeklerde öğün düzenimiz nasıl olmalıdır?
a) Aklımıza geldikçe yemek yemeliyiz
b) 1-2 öğün azar azar yemeliyiz
c) Öğünlerimiz fazla olmalı, öğünlerde azar azar yemeliyiz
d) 1-2 öğün fazla miktarda yemeliyiz

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ BESLENME VE DİYET UZMANLIĞI

Bir Günde Yemeniz Gereken Yiyecekler ve Miktarları:

Süt Değişimi.....Su bardağı.....Gram
Et Değişimi.....
Ekmek Değişimi.....İnce dilim
Sebze Değişimi.....
Meyve Değişimi.....Porsiyon
Yağ Değişimi.....Tatlı kaşığı

Bir Günde Yemeniz Gereken Yiyeceklerin Öğünlere Göre Dağılımı:

Sabah (07:00)Çay (şekersiz)
.....Süt (şekersiz)
.....Kibrit kutusu peynir
.....Adet yumurta
.....Zeytin
.....İnce dilim ekmek
.....Porsiyon meyve

Kuşluk (10:00)
.....

Öğle (13:00)Köfte büyüklüğünde et
.....Etsiz sebze yemeği
.....Çorba
.....Yemek kaşığı pilav veya makarna
.....Su bardağı yoğurt
.....İnce dilim ekmek
.....Porsiyon meyve

İkinci (16:00)
.....

Akşam (19:00) Köfte büyüklüğünde et
.....Etsiz sebze yemeği
.....Çorba
.....Yemek kaşığı pilav veya makarna
.....Su bardağı yoğurt
.....İnce dilim ekmek
.....Porsiyon meyve

Gece (22:00)

NOT: Öğünlerde yağsız salata serbest yenilebilir.

DEĞİŞİM LİSTELERİ

Süt Değişimi:

Aşağıdakilerden her biri bir değişim süte eşittir.

Yiyecek Adı	Ortalama Ölçü	Miktar (gram)
Süt	1 su bardağı	200
Yoğurt	1 su bardağı	200
Ayran	2 su bardağı	400

NOT: Yarım yağlı veya light süt ve yoğurt tüketmek sağlığınıza açısından daha iyi bir seçim olacaktır.

Ekmek Değişimi:

Aşağıdakilerden her biri bir değişim ekmeğe eşittir.

Yiyecek Adı	Ortalama Ölçü	Miktar (gram)
Ekmek	1 ince dilim(etimek kalınlığı)	25
Kepekli ekmek (çavdar, yulaf)	1 ince dilim	25
Uno light	2 adet	50
Hamburger ekmeği	½ hamburger ekmeği	25
Sandviç ekmeği	½ sandviç ekmeği	25
Yufka	1/8 yufka	25
Un	2 silme yemek kaşığı	15
Pirinç (pişmiş)	2 yemek kaşığı	15
Bulgur (pişmiş)	2 yemek kaşığı	15
Kuskus	2 yemek kaşığı	15
Erişte	2 yemek kaşığı	15
Makarna	2 yemek kaşığı	15
Patates	1 küçük boy	100
Kestane	2 orta boy	30
Patlamış mısır	1 su bardağı dolusu	20
Haşlanmış mısır	½ küçük boy	20
Kuru fasulye	4 yemek kaşığı	80
Nohut	4 yemek kaşığı	80
Börülce	4 yemek kaşığı	80
Barbunya	4 yemek kaşığı	80
Yeşil mercimek	4 yemek kaşığı	80
İç bakla	4 yemek kaşığı	80
Çorba	1 küçük kepçe	80
Beyaz leblebi	½ çay bardağı	20
Sarı leblebi	½ çay bardağı	20
Etimek	2 adet	18
Galeta kepekli	½ adet	12
Galeta sade büyük	1.5 adet	17

Galeta sade küçük	6 adet	17
Grissini sade kepekli	2.5 adet	16-17
Kepekli altın başak form	3.5 adet	16
Badem, balık kraker	1/3 paket	14-15
Çizi kraker	3 adet	14
Çubuk kraker	2/5 paket	17
Taç kraker	3-5 adet	14

Et Değişimi:

Aşağıdakilerden her biri bir değişim ete eşittir.

Yiyecek Adı	Ortalama Ölçü	Miktar (gram)
*Köfte	1 adet	30
*Kıyma	1 köfte kadar	30
*Pirzola (kemiksiz)	1 küçük boy	30
*Kuşbaşı et	3-4 küçük boy	30
*Biftek	1 orta boy	30
Tavuk	1 köfte kadar	30
Balık	1 köfte kadar	30
Beyaz peynir	1 kibrit kutusu kadar	30
*Kaşar peyniri	³ / ₄ kibrit kutusu	30
Lor peynir	¹ / ₄ su bardağı	40-45
*Yumurta	1 adet	50
*Sosis	1 adet (küçük)	25
*Salam	1 dilim (orta kalınlıkta)	25

NOT: 2 adet köfte ölçüsü avuç içini bir daire şeklinde doldurabilecek büyüklüktedir.

NOT: (*)İşaretliler kolesterol ve trigliserid açısından zengin yiyeceklerdir. Tercih edilmemesi gerekir.

Sebze Değişimi:

Aşağıdakilerden her biri bir değişim sebze eşittir.

Yiyecek Adı	Ortalama Ölçü	Miktar (gram)
Taze fasulye	4 yemek kaşığı	150
Bamya	4 yemek kaşığı	150
Patlıcan	4 yemek kaşığı	125
Taze kabak	4 yemek kaşığı	150
Semizotu	4 yemek kaşığı	150
Pazı	4 yemek kaşığı	150
Ispanak	4 yemek kaşığı	150
Karnabahar	4 yemek kaşığı	100
Lahana	4 yemek kaşığı	100
Havuç	1 orta boy	100
Havuç suyu	1 çay bardağı	120
Pırasa	5 yemek kaşığı	150
Bakla (taze)	4 yemek kaşığı	100
Enginar	1 orta boy (pişmiş)	100

Bezelye	4 yemek kaşığı	100
---------	----------------	-----

NOT: Havuç dışındaki tüm sebzelerin pişmiş miktarları verilmiştir. Çiğ sebzelerden yağ eklemeden istenildiği kadar yenilebilir. Kalorileri ve glisemik indeksleri çok düşüktür (Domates, salatalık, marul, soğan, biber).

Meyve Değişimi:

Aşağıdakilerden her biri bir değişim meyveye eşittir.

Yiyecek Adı	Ortalama Ölçü	Miktar (gram)
*Elma	1 küçük boy	80
Mandalina	1 büyük boy	100
Portakal	1 orta boy	125
*Greyfurt	½ adet	125
Limon	1 orta boy	100
Muz	1 küçük boy veya ½ büyük boy	50
*Şeftali	1 orta boy	100
Üzüm	15 iri tane	60
*Kiraz	12 adet	75
Vişne	14 adet	75
Turunç	1 orta boy	125
Yeni dünya (malta eriği)	6 adet	60
Nar	½ adet	75
Karpuz	1/8 orta boy (ince bir dilim)	150
Kavun	1/8 orta boy	100
Kayısı	3 adet	100
Kivi	1 orta boy	100
İncir (taze)	1 adet	50
Mürdüm eriği	3-4 adet	50
Yeşil erik (küçük)	8-10 adet	100
Kırmızı erik	5 adet	60
Çilek	1 su bardağı (12 adet)	125
Böğürtlen	½ su bardağı	75
Ayva	¼ orta boy	75
*Armut	1 küçük boy	75
Ahududu	½ su bardağı	75
Avokado	½ su bardağı	125
Dut	½ su bardağı	50
Ananas	½ su bardağı	50

NOT: (*) İşaretli meyveler öncelikli tercih edilmelidir.

Yağ Değişimi:

Aşağıdakilerden her biri bir değişim yağa eşittir.

Yiyecek Adı	Ortalama Ölçü	Miktar (gram)
*Tereyağ	1 tatlı kaşığı	5
*Krema (Kaymak)	1 yemek kaşığı	15
*Krem Peynir	1 tatlı kaşığı	5
Zeytinyağı	1 tatlı kaşığı	5
Ayçiçek, mısırözü ve soya yağı	1 tatlı kaşığı	5
*Margarin	1 tatlı kaşığı	5
*Mayonez	1 tatlı kaşığı	5
Zeytin	5 adet	25-30
Ceviz	2 adet	10
Fındık	5-6 adet	10
*Yerfıstığı	10 adet	10
*Badem	6 adet	10
*Ayçekirdeği	1/3 çay bardağı	10

NOT: (*) İşaretliler (kolesterol ve trigliserit) açısından zengin oldukları için tercih edilmemelidir.

YASAK OLAN YİYECEKLER

- Şeker ve şekerli gıdalar (bal, reçel, pekmez, marmelat, şurup)
- Hamur işleri, börek, çörek, pasta, kek, kurabiye, çikolata, kaymak, krema,

kuruyemişler

- Sakatatlar (karaciğer, beyin, böbrek, dalak, içkembe, yürek vb.)
- Yağda kızartılmış, kavrulmuş, sos ilave edilmiş yiyecekler
- Alkollü içecekler, hazır meyve suları, meşrubatlar
- Sucuk, salam, sosis, pastırma gibi et rnleri
- Bütün yağlı yiyecekler, zeytin
- İçeriği bilinmeyen hazır gıdalar
- Hayvani ve katı yağlar (tereyağ, margarin, kuyruk yağı, sade yağ vb.)

AİBÜ DÜZCE TIP FAKÜLTESİ ARAşTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BESLENME VE DİYET BÖLÜMÜ

KALP HASTALIğI VE DİYET

Yüksek kolesterol, kalbiniz için tehlikelidir. Çünkü damar içerisinde birikerek plak adı verilen oluşumlara yol açar. Plak damar içine doğru büyür ve bazen de yırtılarak veya yerinden koparak damarı aniden tıkar. Kalp krizi, kalbi besleyen damarların birinde böyle ani bir tıkanma sonucu olarak meydana gelir.

Diyet, kolesterol düşürücü tedavinin önemli bir parçasıdır.

Kalp sağlığınız için aşağıdaki nerileri göz önünde bulundurunuz:

SEBZE MEYVE KEPEKLİ EKMEK K U R U B A K L A G İ L YEMEKLERİ BALIK VE TAVUK ETİ AZ YAğLI SÜT AZ YAğLI PEYNİR		YAğ YAğLI BESİNLER BEYAZ EKMEK HAMUR İşLERİ KIRMIZI ET YAğLI PEYNİR şEKER TUZ	
--	---	--	---

YENİLMEMESİ GEREKEN YİYECEKLER:

- **Sakatatlar:** Karaciğer, beyin, böbrek, dalak, yürek, içkembe vb.

- **Yağlı Gıdalar:** Kaymak, krema, çikolata, soslar, tahin, tahin helvası, et suyu, tavuk suyu, mayonez

- **Yağlar:** Kuyruk yağı, i yağ, margarin, tereyağı

- Yağlı etler, tavuk derisi, salam, sosis, sucuk, pastırma vb.

- Yağda kızartmalar (et, sebze ve hamur kızartmaları)

- Alkollü içecekler, meşrubatlar, hazır meyve suları, gazoz, kola

- Kahve

- Tuz ve tuzlu gıdalar (turşu, salça, salamura besinler, hazır konserveler)

- Hamur işleri (pasta, kek, kurabiye, börek vb.)

- Kuruyemişler
- Hazır çorbalar, et suyu tabletleri

LİPİT VE KOLESTEROLDEN KISITLI AZ TUZLU DİYET

BİR GÜNDE YENİLMESİ GEREKEN YİYECEKLER :

- 1 su bardağı kaymaksız süt
- 1 su bardağı kaymaksız yoğurt veya 2 su bardağı ayran
- 1 kibrit kutusu büyüklüğünde az yağlı, az tuzlu peynir
- 3 köfte büyüklüğü kadar tavuk veya balık eti
- (.....gram)ince dilim ekmek (mutlaka kepekli olacak)
- 1 tabak kurubaklagil yemekleri
- 2 tabak sebze yemeği
- 4 porsiyon meyve
- ½ tabak pilav veya makarna (yaklaşık 2-3 yemek kaşığı)
- 1 kase çorba (mercimek, şehriye gibi içerisinde tanesi olan çorbalar)
- 4 tatlı kaşığı sıvı yağ (yemekler için kullanılacak)
- 5 adet zeytin
- YASAK.....şeker (çay için)
- YASAK.....bal veya pekmez

ÖNERİLER:

- Beyaz ekmek yerine kepekli ekmeği tercih ediniz.
- Her öğün yağsız salata tüketiniz.
- Pirinç pilavı yerine bulgur pilavı tercih ediniz.
- Yemeklere yağı yakmadan ekleyiniz.
- Ayçiçek, soya veya mısır özü yağlarından biriyle, zeytinyağı veya fındık yağı kullanınız.
- Et yemeklerini, haşlama, veya ızgara olarak tüketiniz.
- Pasta, kek, kurabiye, börek vb. hamur işlerinde çok fazla yağ veya yumurta kullanıldığından bunları yemekten kaçınınız.
- Sigara içmeyiniz, stresten mümkün olduğunca uzak durunuz.
- Az az, sık sık yiyiniz. Günde en az 3 öğün tüketiniz. Öğle yemeklerini ihmal etmeyiniz.
- Günde en az 10-15 su bardağı kadar su içiniz.
- Domates, salatalık, yeşil biber, maydanoz, havuç vb. çiğ sebzeleri arzu ettiğiniz kadar tüketebilirsiniz.
- Haftada 1 kere, 1 kibrit kutusu büyüklüğünde peynir yerine 1 adet haşlanmış yumurta yiyebilirsiniz.
- Mutlaka, her gün en az 45 dakika yürüyüş yapınız.

BİR PORSİYON MEYVE :

- | | |
|--|-----------------------|
| * 1 küçük boy elma | * 1 adet incir |
| * 1 orta boy portakal | * 1 orta boy şeftali |
| * ½ orta boy veya 1 küçük boy greyfurt | * 1 orta boy armut |
| * 1 büyük boy mandalina | * 1 ince dilim karpuz |

- | | |
|--------------------------------|---|
| * ½ orta boy nar | * 1 ince dilim kavun |
| * ½ küçük boy ayva | * 1 adet kuru incir |
| * 1 küçük boy muz | * 4 adet kuru kayısı |
| * 3 adet kayısı | * 5 adet kuru erik |
| * 12 adet kiraz | * 1 yemek kaşığı kuru üzüm |
| * 12 adet çilek | * 5 adet büyük boy hurma |
| * 14 adet vişne | * 1 çay bardağı taze sıkılmış portakal suyu |
| * 15 iri tane üzüm | * 1 çay bardağı taze sıkılmış elma suyu |
| * 5 adet erik 6 adet yenidünya | * 1 çay bardağı taze sıkılmış greyfurt suyu |

Kkal'lık	DİYET
----------	-------

BİR GÜNDE YENİLMESİ GEREKEN YİYECEKLER :

- Kaymaksız süt
- Kaymaksız yoğurt
- Peynir
- Köfte büyüklüğü kadar et*
- Dilim ekmek
- Porsiyon ekmek yerine geçen besinler
- Tabak sebze yemeği
- Porsiyon meyve
- Kase çorba
- Tatlı kaşığı sıvıyağ (Yemekler için kullanılacak)
- Adet zeytin

Tavuk ve balık etini tercih ediniz. 2 köfte kadar et, 1 tabak ızgara balık etine eşittir.

**1 tabak sebze ya da kurubaklagil yemeğine, 1 köfte kadar et girmektedir.

ÖNERİLER :

- Beyaz ekmek yerine, kepekli ekmeği tercih ediniz.
- Her öğün yağsız salata tüketiniz.
- Kabukla yenilebilecek olan meyveleri soymayınız.
- Yemeklere yağı yakmadan ekleyiniz.
- Ayçiçek, soya veya mısırözü yağlarından biriyle, zeytinyağını karıştırarak kullanınız.
- Sigara içmeyiniz.
- Stresten mümkün olduğunca uzak durunuz.
- Az az, sık sık yiyiniz. Günde en az üç öğün tüketiniz. Öğle yemeklerini ihmal etmeyiniz.
- Bol bol su içiniz. Günde en az 10-15 su bardağı kadar su içiniz.
- Domates, salatalık, yeşil biber, maydanoz, havuç vb. çiğ sebzeleri arzu ettiğiniz

kadar tüketebilirsiniz.

AİBÜ DÜZCE TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BESLENME VE DİYET BÖLÜMÜ

ŞİŞMANLIK VE DİYET

Yiyecek insana rahatlık verir ve iyi bir kaçış yoludur. Çalışma şekli de çok basittir. Kendinizi kötü hissedersiniz ve yersiniz.

Şişmanlık, vücudun harcadığından fazla enerjinin alınması sonucu ortaya çıkan bir sorundur. Kalp hastalığı, şeker hastalığı, hipertansiyon, kanser, karaciğer yağlanması gibi sağlık sorunlarına zemin hazırlar. Hareketlerin kısıtlanmasına, eklem ağrılarına, nefes darlığına neden olur. Şişmanlığın tedavisinde, diyet ve egzersiz vazgeçilmez unsurlardır. Diyetisyeniniz tarafından, boyunuz, kilonuz, beslenme alışkanlıklarınız ve sağlık durumunuza göre hazırlanan diyetler yalnızca size özgüdür. Bu zayıflama diyeti size, iyi bir beslenme alışkanlığı kazandırarak zayıflamanızı sağlayacaktır.

YENİLMEMESİ GEREKEN YİYECEKLER :

- Şeker ve şekerli yiyecekler (bal, reçel, pekmez, marmelat, çikolata vb.)
- Hamur işleri ve tatlılar (börek, pasta, kek, kurabiye)
- Kuruyemişler
- Sakatatlar (karaciğer, dalak, içkembe, beyin vb.)
- Alkollü içecekler, meşrubatlar ve hazır meyve suları, kola, gazoz
- Yağlı yiyecekler (kaymak, krema, mayonez vb.)
- Yağda kızartmalar (et, sebze ve hamur kızartmaları)
- Sos ilave edilmiş yiyecekler
- İçeriği bilinmeyen hazır gıdalar
- Listede belirtilmemiş her türlü yiyecek
- Hazır çorbalar, et suyu tabletleri
- Tuz ve tuzlu gıdalar (turşu, salça, salamura besinler, hazır konserve)

BİR PORSİYON EKMEK YERİNE GEÇEN BESİNLER:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| - 2 yemek kaşığı pilav | - 4 yemek kaşığı kurubaklagil yemeği |
| - 2 yemek kaşığı makarna | - 1 küçük boy patates |

BİR PORSİYON MEYVE :

- * 1 küçük boy elma
- * 1 orta boy portakal
- * ½ orta boy veya 1 küçük boy greyfurt
- * 1 büyük boy mandalina
- * ½ orta boy nar
- * ½ küçük boy ayva
- * 1 küçük boy muz
- * 3 adet kayısı
- * 12 adet kiraz
- * 12 adet çilek
- * 14 adet vişne
- * 15 iri tane üzüm
- * 5 adet erik
- * 6 adet yenidünya
- * 1 adet incir
- * 1 orta boy şeftali
- * 1 orta boy armut
- * 1 ince dilim karpuz
- * 1 ince dilim kavun
- * 1 adet kuru incir
- * 4 adet kuru kayısı
- * 5 adet kuru erik
- * 1 yemek kaşığı kuru üzüm
- * 5 adet küçük boy hurma
- * 1 çay bardağı taze sıkılmış portakal suyu
- * 1 çay bardağı taze sıkılmış elma suyu
- * 1 çay bardağı taze sıkılmış greyfurt suyu

**AİBÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
BESLENME VE DİYET BÖLÜMÜ**

.....
TUZSUZ, POTASYUM VE FOSFORDAN SINIRLI DİYET

BİR GÜNDE ALINMASI GEREKEN YİYECEK MİKTARLARI

<u>YİYECEK ADI</u>	<u>MİKTAR (Gr)</u>	<u>ORTALAMA ÖLÇÜ</u>
Yumurta		
Süt veya yoğurt		
Et		
Ekmek		
Sebze		
Meyve		
Bal		
Reçel		

ÖRNEK YEMEK LİSTESİ

Sabah :

.....

.....

.....

Ara :

.....

Öğle :

.....

.....

.....

.....

Ara :

Akşam :

.....
.....
.....
.....

SEBZELERİN BİR PORSİYON MİKTARLARI
200 mg Potasyum, 20 mg Fosfor içermektedir.

	<u>ORTALAMA ÖLÇÜ</u>	<u>MİKTAR (Gr)</u>
Taze fasulye	2 yemek kaşığı	85
Lahana	2 yemek kaşığı	85
Havuç	2 yemek kaşığı	60
Pırasa	2 yemek kaşığı	60
Karnabahar	2 yemek kaşığı	70
Patlıcan	3 yemek kaşığı	95
Bamya	4 yemek kaşığı	80
Y. Dolma biber	2 orta boy	95
Sivri biber	8-9 orta boy	94
Çarliston	3 orta boy	94
Taze kabak	3 yemek kaşığı	100
Domates	Çok küçük	80
Kıvırcık	7 yaprak	65
Salatalık	1 küçük boy	125
Kereviz	2 yemek kaşığı	50

MEYVELERİN 1 PORSİYON MİKTARLARI

	<u>ORTALAMA ÖLÇÜ</u>	<u>MİKTAR (Gr)</u>
Elma	1 büyük boy	180
Kayısı	2 tane	70
Kiraz	16 tane	105
Vişne	16 tane	100
İncir	1 tane	100
Greyfurt	½ tane	150
Üzüm	23 iri tane	125
Limon	2 küçük boy	150
Portakal	½ orta boy	100
Mandalina	1 tane	100
Şeftali	1 orta boy	100
Armut	1 büyük boy	160
Erik	6 tane	130
Ayva	¼ orta boy	100

Nar	1/7 küçük boy	70
Karpuz	1/8 orta boy	200
Çilek	10 tane	120
Ananas	1.5 dilim halka şeklinde	140
Yeni dünya	5 tane	130

İnce bir dilim ekmek yemediğiniz zaman aşağıdaki yiyeceklerden bir tanesini gösterilen miktarda yiyebilirsiniz.

	<u>ORTALAMA ÖLÇÜ</u>	<u>MİKTAR (Gr)</u>
Buğday unu (çorba)	1 kase	15
Şehriye (çorba)	1 kase	15
Pirinç (çorba)	2 kase	30
Kuskus	2 yemek kaşığı	15
Pirinç (pilav olarak)	4 yemek kaşığı	30
Makarna	2 yemek kaşığı	15
Erişte	2 yemek kaşığı	15
İrmik	4 yemek kaşığı	25

NOT: 1- 1 yumurta, 1 köfte kadar et (=30 gr) denk değerdedir. İstenirse birbirinin yerine yenebilir. Etlerden koyun etini ve beyaz tavuğun etini tercih ediniz.

2- Sebzeleri yıkadıktan sonra küçük parçalara bölün, haşlayın, haşladığınız bu suyu dökün, sonra yağ, istenirse et ilavesi ile tekrar pişirin. Yemeklerin suyunu yemekten kaçınınız.

3- Günde en az 5 yemek kaşığı şeker ve 2 yemek kaşığı sıvı yağ tüketiniz. (Bitkisel sıvı yağ+zeytinyağı+mısırözü)

SERBEST YİYECEKLER

Açık çay, ıhlamur, nişasta, şeker, akide şekeri, sade lokum

YENİLMEMESİ GEREKEN YİYECEKLER

- Listede önerilenden fazla süt, yumurta, et, balık, tavuk, ekmek, sebze, meyve
- İçeriği bilinmeyen çörek, kek, kurabiye, pasta, börek, bisküvi, kraker
- Konserve, turşu, salamura, sucuk, pastırma, salam, sosis, zeytin vb.
- Sakatatlar (karaciğer, beyin, böbrek, dalak, yürek, dil, içkembe)
- Kuruyemişler (badem, ceviz, fındık, fıstık vb.)
- Pestil, hurma gibi kurutulmuş yiyecekler
- Çikolata, kakao, kakao katılmış hazır pudingler, kahve, neskafe, boza
- Et suyu ve hazır et suyu tabletleri, et suyu ile yapılmış tüm yiyecekler ve içecekler
- Meşrubatlar (gazoz, kola, hazır meyve suları gibi)
- Kuru baklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek, bakla, barbunya gibi)
- Bulgur, patates, mısır, tarhana
- Tahin, pekmez, tahin helvası
- Pancar, bakla, ıspanak, pazı, tatlı kabağı, mantar, enginar, asma yaprağı, bezelye
- Muz, kavun, hindistan cevizi, kivi
- Hazır yiyecekler (çorbalar, tatlılar, çeşni vericiler)
- Kaymak, krema, tuzlu tereyağ gibi aşırı yağlı yiyecekler
- Yağda kızartılmış yiyecekler

- Tuz ve kabartma tozu eklenmiş tüm besinler
- Kurutulmuş meyveler (kuru kayısı, kuru üzüm)
- Listede tüm besinlerin yenilmesi SAKINCALIDIR.

NİŞASTALI UN KURABİYESİ (YARIM EKMEK YERİNE)

Piştirme Süresi: **30 Dakika**

1 Porsiyon

Enerji: 361.5 kal.

CHO: 60.4 gr

Protein: 0.9 gr

Yağ: 12.5 gr

Potasyum: 6 mg

Fosfor: 5.7 mg

Sodyum: 0.2 mg

MALZEMELER	MİKTAR (Gr)	2 Adet
		ORTALAMA ÖLÇÜ
Nişasta	105	10 yemek kaşığı
Buğday Unu	12	1 yemek kaşığı
Pudra Şekeri	20	2 yemek kaşığı
Vanilya	1	1 çay kaşığı
Sıvı Yağ	25	2.5 yemek kaşığı

Yapılışı:

- 1- Nişasta, un, pudra şekeri ve vanilyayı karıştır.
- 2- Sıvı yağı ekle.
- 3- Şekil ver ve fırında pişir.
- 4- 1 porsiyon kurabiye yediğinizde, yarım dilim ekmeği yemeyiniz.

NİŞASTA PELTESİ

Piştirme Süresi: 25 Dakika

1 Porsiyon

Enerji: 257 kal.

CHO: 65.5 gr

Protein: 0.1 gr

Yağ: 0 gr

Potasyum: 25 mg

Fosfor: 1.7 mg

Sodyum: 0.7 mg

MALZEMELER	MİKTAR (Gr)	3 Porsiyon
		ORTALAMA
Su	500	5 çay bardağı
Nişasta	50	5 yemek kaşığı
Şeker	150	15 yemek kaşığı

Yapılışı:

- 1- Suyun bir kısmını nişastayı ezmek için ayır.
- 2- Geri kalan kısmını kaynat.
- 3- Nişastayı ayrılan suyun bir kısmı ile iyice ez.
- 4- Kaynayan suyun içine ekle, yavaş yavaş karıştır.
- 5- Nişasta su karışımı kaynayınca şekeri ekle ve karıştır.
- 6- İndirileceğı zaman limon suyunu ekle.
- 7- Sıcak iken kaselere boşalt.

HİPERTANSİYON DİYETİ

- Yemek ve ekmeklerinizi tuzsuz yiyiniz.
- Salamura ürünleri (turşu, zeytin, konserve yiyecekler gibi) yemekten sakınınız.
- Hazır salçaların yerine yemeklerinizde domates kullanmayı tercih ediniz.
- Hazır et suyu tabletlerini kullanmaktan sakınınız.
- Tuz yerine yemeklerinize lezzet verici olarak soğan, sarımsak, nane katabilirsiniz.
- Sucuk, salam, sosis gibi ürünleri yemekten sakınınız.
- Azar azar, sık sık yiyiniz.
- Hareket düzeyinizi artırınız, gün içinde yürüyüşler yapınız.