T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYET SKORU İLE BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Mert AŞİT

EDİRNE-2018

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYET SKORU İLE BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Mert AŞİT

Tez No:

EDİRNE-2018

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Mert AŞİT tarafından tez başlığı "YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYET SKORU İLE BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 31/05/2018 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Yüksek Lisans Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN
JÜRİ BAŞKANI

Dr. Öğr. Üyesi Ayça ÇETİNBAŞ
ÜYE

Doç. Dr. İsmail ÖZKAYA
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın oluşturulmasında bilimsel katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'a, yardımlarını esirgemeyen araştırmaya katkı sağlayan Uzm. Dr. Mustafa UÇAR ve Uzm. Dr. Savaş KARATAŞ'a, çalışma boyunca benden manevi desteğini esirgemeyen iş arkadaşlarıma, yaşamım ve eğitim hayatım boyunca beni her konuda destekleyen aileme içtenlikle teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ……1
GENEL BİLGİLER……3
BESLENMENİN ÖNEMİ VE SAĞLIKLA İLİŞKİSİ…….3
BESİN GRUPLARI VE GEREKSİNİMLERİ……..6
BESLENME ALIŞKANLIKLARI…….9
FİZİKSEL AKTİVİTE……9
AKDENİZ DİYETİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ…….10
AKDENİZ DİYETİNİN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ…….....13
GEREÇ VE YÖNTEMLER……15
BULGULAR……..20
TARTIŞMA……61
SONUÇLAR……...73
ÖZET……..82
SUMMARY……84
KAYNAKLAR……...86
ŞEKİLLER LİSTESİ……98
ÖZGEÇMİŞ……101
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BİA : Biyoelektriksel impedans analizi

BKİ : Beden kütle indeksi

BMH : Bazal metablizma hızı

BMI : Body mass index

BMR : Basal metabolic rate

ÇDYA : Çoklu doymamış yağ asiti

DHA : Dekosa Hegzaenoik Asit

DM : Diabetes mellitus

HOMA-IR : Homeostatic model assessment- Insülin rezistansı

KIDMED : Evaluation of the Mediterranean diet quality index

KVH : Kardiyovasküler hastalıklar

MUFA : Mono unsaturated fatty acid

n-3 : Omega-3

SPSS : Statistical package for the social sciences

TBW : Total body water

TG : Trigliserit

USDD : United States Department of Agriculture

WHO : World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan sağlığı; beslenme, kalıtım, iklim ve çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Bu etmenlerin başında ise beslenme gelir (1). Beslenme; sağlığı korumak geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli bir şekilde yapılması gereken bir eylemdir (2).

Sağlığın korunmasında ve hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme temeldir. Yeterli ve dengeli beslenen kişiler; Sağlam bir görünüşe, hareketli ve dikkatli bakışlara, gelişimi normal kaslara, düzgün, iyi gelişmiş kol ve bacaklara, sık sık baş ağrısından şikayet etmeyen, iştahlı, çalışmaya istekli kişiliğe, vücut ağırlığı, boy uzunluğuna ve yaşına göre orantılı, zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişimi normal, devamlı çalışabilen bir kişiliğe sahiptirler (2).

Yirminci yüzyıl; gelişmiş toplumlar için yiyecek çeşitliliği, toplam gıda arzının ve satın alma gücünün yüksekliği, hızlı büyüme, vücut yapısının kuşaktan kuşağa gelişmesi, ortalama yaşam süresinin uzaması gibi yararların yanı sıra bazı yiyecek ve içeceklerin alışkanlığa dönüşmesi ve obezite gibi durumları da beraberinde getirmiş bu ise ortalama yaşam süresi eğrisindeki yüksekliği tehdit etmeye başlamıştır (2).

Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı öğünlerde tüketilen besinlerin türünü ve miktarını etkilemekte; aralarda açlığı bastırmak için yağ ve karbonhidrattan zengin besinlerin seçilmesine sebep olabilmektedir. Üçten az öğün tüketildiğinde bir sonraki öğünde fazla miktarda besin tüketimi ile insülin yanıtı, trigliserit (TG) sentezi ve yağ depolanması

artmaktadır. Öğün atlanması ayrıca termik etkinin azalmasıyla enerji kaybını azaltmaktadır. Ek olarak glikoz emilimi, glikojen sentezi, yağ depolama ve sentezinde artış olmaktadır (3).

Yanlış beslenme alışkanlıkları ve yetersiz fiziksel aktivite gibi bazı faktörler değiştirilebilir nitelikte olup şişmanlığın oluşumu önlenebilmektedir. Beslenmenin sağlık üzerine etkilerinin beslenme modeli analizleri ile incelenmesi, bireylerin besin öğeleri alımlarının ya da besin tüketimlerinin değerlendirilmesine göre daha çok ön plana çıkmaya başlamıştır (4).

Akdeniz diyeti, günümüzün popüler beslenme modellerinden birisidir. Akdeniz Diyeti; sebze, meyve, kurubaklagiller ve tahıllardan zengin, orta düzeyde balık, yüksek miktarda doymamış yağ asidi, düşük-orta düzeyde süt ürünleri, düşük düzeyde et ve orta düzeyde şarap tüketimi ile karakterizedir (5). Akdeniz diyetine uygun beslenme, daha sağlıklı ve uzun yaşam ile ilişkilendirilmektedir (6,7). Yapılan bir çalışmada Akdeniz diyetine uyum arttıkça bireylerin bel çevresi ve kalça çevresi ölçümlerinin, bel-kalça oranlarının ve beden kütle indekslerinin (BKİ) azaldığı görülmüştür (8).

Ülkemizde Akdeniz diyeti ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Ancak Akdeniz diyeti uyum ölçeği ile ilişkilendirilmiş; beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler arasındaki olası ilişkinin saptanması amacıyla yetişkin kadın ve erkek üzerinde yürütülmüş yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran çalışmaya katılmaya gönüllü kadın ve erkek yetişkinlerin Akdeniz diyeti uyum ölçeği sorularına vermiş oldukları yanıtlardan yola çıkarak Akdeniz diyet skorlamasını yapmak; bu skorla beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmaktadır. Çalışmada genel bilgiler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, antropometrik ölçümler ve Akdeniz diyet skoru anketler ve ölçekler yardımıyla belirlenerek Akdeniz diyet skoru ile beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler ilişkilendirilecektir.

GENEL BİLGİLER

BESLENMENİN ÖNEMİ VE SAĞLIKLA İLİŞKİSİ

Bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacı, sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi ise fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyi bir durum da olmak ve bu durumu uzun süre korumaktır (10). Beslenme insan ihtiyaçlarının başında gelir. Besinlerin asıl fonksiyonu insanların yaşamlarını sürdürebilmek için beslenmeyi sağlamaktır (9). Yaşamın devamlılığı için beslenme, öncelikli bir öneme sahip olduğuna göre, insanlar ne yediğine ve ne içtiğine dikkat etmek zorundadırlar. Bu dikkati sağlama beslenme konusunda bilgi sahibi olmayı gerektirir (10). Beslenme alışkanlıkları yüzyıllar içerisinde değişmiştir. İnsanlar, tarihsel süreç içerisinde ilk önceleri sadece açlıklarını gidermek için beslenirlerken, zaman içerisinde beslenme çok çeşitli faktörlerin etki alanına girmiştir (11). Her toplumda beslenmenin ötesinde sosyal-kültürel ve sembolik rollerin etkili olduğu, bunun yanı sıra duygusal durumlardan da etkilenen beslenme alışkanlıkları vardır (9). Örneğin bilimsel gerçeklere uygun beslenme bilgileri ile donatılmış bir kişi sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirir (10).

Beslenme

Beslenme açlık duygusunu bastırmak, karın doyurmak ya da canının çektiği şeyleri yemek içmek değildir. Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri vücuduna alıp kullanabilmesidir (2). Yirminci yüzyılın başından itibaren süren araştırmalarla, beslenme bir bilim dalı olarak gelişmiştir. Bu bilim dalı, beslenmede esas olan besin öğelerinin türleri, miktarları, özellikleri ve vücut

çalışmasındaki işlevlerini, besinlerin bileşimi, fiziksel ve kimyasal özellikleri, üretimden tüketime kadar uygulanan işlemlerin besin kalitesine etkilerini, değişik yaş, cinsiyet, çalışma ve özel durumda olan bireyler ve gruplar için uygun beslenme planlarının yapılmasını inceler. Kısaca beslenme, besinlerin üretiminden hücrede kullanımına kadar geçen tüm evrelerde insan-besin ilişkisini inceleyen bir bilim dalıdır (12).

Yeterli ve Dengeli Beslenme

Büyüme, gelişme ve sağlıklı olmak için temel besin gruplarının yeterince ve dengeli bir şekilde alınması gereklidir (13,14). Sağlıklı bir yaşam için gerekli olan besin öğelerinin bir veya birkaçı yetersiz alınırsa vücudun büyümesi, gelişmesi ve normal çalışması bozulur. Sağlıklı ve uzun yaşayabilmek için bireylerin doğumdan itibaren yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmektedir. Yeterli beslenme; genellikle sağlıklı ve üretken olabilmek için organizmaya gerekli olan enerjinin sağlanması anlamına gelir. Dengeli beslenme ise, enerji yanında bütün besin öğelerinin gereksinimi kadar sağlanmasıdır (13). Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu yeterli ve dengeli beslenme tanımı ile açıklanır (2). Günlük alınan besinler yaşam süresince büyüme ve gelişmeyi destekleyecek gerekli tüm besin ögelerini karşılamanın yanı sıra, enerji harcamasıyla dengeli olarak enerji alımını da sağlamalıdır (15). Bilimsel araştırmalarda, insanın yaşamı için 50 ye yakın besin öğesine gereksinim olduğu ve insanın, sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (2). Yeterli ve dengeli bir beslenme ile sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalıklar riskinin azaltılması mümkündür (15).

Beslenme ve Sağlık İlişkisi

Sağlık birçok faktörün etkisi altında şekillenmektedir ve bunlardan biri de beslenmedir. Beslenmenin birçok besin ve besin ögesi yoluyla sağlığı etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (16). Günümüzde mevcut geniş kapsamlı çalışmalar sağlıklı yaşam modelini oluşturan yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, sigara içmeme ve ılımlı alkol tüketimi gibi bileşenlerin kronik hastalıkları azaltıcı etkilerini rapor etmektedir (17).

Sağlıklı yaşam biçimi; yaşam boyunca tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite

alışkanlığının benimsenmesi, sigara içme alışkanlığının önlenmesi gibi yaşam tarzlarının benimsenmesi, var olan ve yaşam kalitesini bozan protein-enerji yetersizliği, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, raşitizm, diş çürükleri, şişmanlık vb. gibi beslenme sorunlarının en aza indirilmesi, diyete bağlı koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, bazı kanser türleri, diyabet, osteoporoz vb. gibi kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisine yönelik yaşam şeklinin iyileştirilmesi, çevre koşullarının düzeltilmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (18).

Dünya genelinde obezite sıklıına bakıldığında ülkelerin ekonomik durumu ile obezite prevelansı arasında anlamlı ilişki olduğu ve yüksek gelirli ülkelerde obezitenin daha fazla olduğu görülmektedir (19). Obez olan yani yüksek BKİ'ye sahip olan bireylerde kalp hastalıkları, inme, Tip 2 diyabet ve çeşitli kanser türleri daha fazla görülmektedir (20,21). Obezitenin mortaliteyi nasıl etkilediğine dair yapılan çalışmada kilolu ve obez bireylerde tüm nedenlere bağlı mortalitenin normal ağırlıklı bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (22).

Sağlıksız beslenme sonucunda ortaya çıkan sağlık sorunları yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Çalışmalarda birçok hastalığın oluşumunda diyet örüntüsünün etkili olduğu ve bu hastalığa sahip bireylerin sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Obezite ile sağlıklı beslenme arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar şekerlemeler, hazır meyve suları ve fast-food tarzı yüksek enerjili olan besinlerin fazla tüketilmesinin obezite riskini arttırdığını; sağlıklı karbonhidrat tüketimi, yüksek posa alımı, yeme sıklığının arttırılması ve düşük glisemik indeksi olan besinlerin tüketilmesinin ise obezite riskini azalttığını göstermiştir (23). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi ile sebze ve meyve tüketiminin artırılmasının diyabet gelişme riskini azalttığını, bu koruyucu potansiyel etkisini de içerisindeki besin ögeleri ve antioksidan bileşenleri sayesinde gösterdiğini belirtmiştir. WHO yeterli kalsiyum (≥500 mg/gün) ve vitamin D alımının osteoporoz oranı yüksek toplumlarda fraktür riskini azalttığını, güneş ışığının ve fiziksel aktivitenin kemik ve kas sağlığını güçlendirdiğini bildirmiştir (24). Dünya Sağlık Örgütü'nün bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili yayınlamış olduğu raporlarda birçok besin ya da besin ögesinin kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir (25).

Meyve, sebze ve balık tüketiminin kardiyovasküler hastalıklar üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalarda meyve, sebze ve balık tüketimi arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin azaldığı gösterilmiştir (26,27-28). Tüketilen balığın yağ asidi plazma TG

konsantrasyonunun düşmesinde etkili olarak bu nedenle kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı belirtilmiştir (29). Ayrıca posa alımı ile kardiyovasküler hastalık riski arasında ters ilişkinin saptandığı çalışmalarda vurgulanmıştır (30).

Kanser riski ile diyet bileşenlerinin arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Besinler bir yandan kanser yapıcı, diğer yandan kanser önleyici maddeleri içerirler. Dengesiz beslenmenin yaratmış olduğu enerji dengesizliği kanser riskinin belirleyicisi olarak kabul edilebilir. Ayrıca, besinlere uygulanan pişirme ve saklama işlemleri ile de zararlı maddeler oluşabilir. Bununla beraber, belirli besinler, uygun pişirme yöntemleri ve sağlıklı beslenme alışkanlığı ile zararlı kimyasal maddelerin vücutta kanser yapıcı etkilerini önleyebilirler (31).

Yaygın nörolojik hastalıklardan biri olan Alzheimer hastalığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar en önemli önlenebilir çevresel etmenin diyet olduğunu göstermiştir (32). Antioksidan alımının alzheimer oluşumu üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada C ve E vitamini alım düzeyi yüksek olan bireylerde alzheimer gelişimi riski düşük bulunmuştur (33).

BESİN GRUPLARI VE GEREKSİNİMLERİ

Hayatsal faaliyetlerin devamı için gerekli protein, yağ, karbonhidrat, vitamin ve mineraller dışarıdan aldığımız besinlerle sağlanır. Besinler, fizyolojik gereksinmeleri gidermek yanında, psikolojik ve sosyal değerler de taşırlar. Bu konuda yapılan araştırmalar beslenme bilgilerinin; besinlerin seçimine, besinlerin miktarına ve besinlerin kullanılmasına uygulanılarak, bireyin ve toplumun sağlığının korunabileceğini ve yaşam süresinin uzayabileceğini göstermektedir.

Besin Grupları

Bazı besinler, içerik açısından birbirine benzediğinden birbirlerinin yerine geçebilirler. Merkezi Amerika'da olan Besin ve Beslenme Konseyi, 1958 yılında besinlerin dört grup altında toplanmasının uygun olacağını belirtmiştir. Besinlerin dört grup altında toplanması ve bu gruplardan tüketilecek miktarların belirlenmesi ve günlük beslenme planlarının yapılmasında büyük kolaylık sağlamaktadır. Ülkemizin besin üretimi ve beslenme durumunu dikkate alarak günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında dört besin grubu kullanılmasının daha uygun olduğuna karar verilmiştir (2).

1. Süt grubu

Süt yerine geçen besinler; yoğurt, peynir ve süttozunda yapılan besinlerdir. Bu besinler protein, kalsiyum, fosfor, B2 vitamini (riboflavin) ve vitamin B12 olmak üzere birçok besin öğesinin önemli kaynağıdır (2). Bu gruptaki besinler yağ ve bazı vitaminler için kaynaktır (12). Başta yetişkin kadınlar, çocuklar ve gençler olmak üzere tüm yaş gruplarının bu grubu her gün tüketmesi gerekir (2).

2. Et, yumurta ve kurubaklagik grubu:

Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye, nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Yağlı tohumlar diğer besinlere göre fazla yağ içerdiklerinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Dikkat edilirse bu gruptaki besinlerde diğerlerine oranla daha çok protein vardır. Bu grup: Protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum B6, B12, B1 ve A vitamini içerir (2).

3. Sebze ve meyve grubu:

Bitkilerin her türlü yenilebilen kısmı sebze ve meyve grubu altında toplanır. Bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle günlük enerji, yağ ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Folik asit, A vitaminin ön öğesi olan beta-karoten, E, C, B2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan yardımcı besinler sebzeler ve meyvelerdir. Bu grup özellikle C vitamini bakımından önemlidir (2).

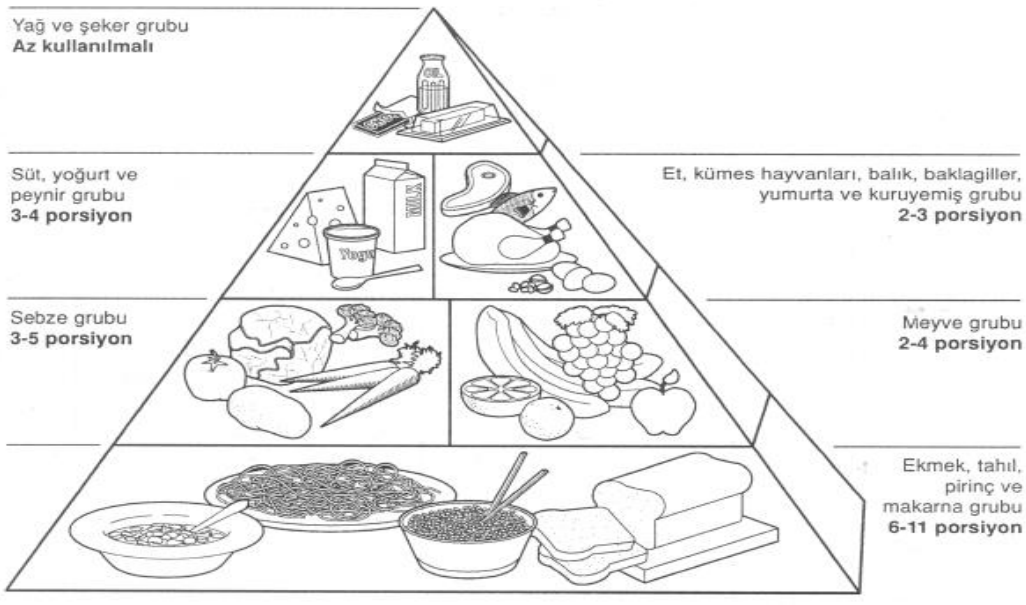
4. Ekmek ve tahıl grubu:

Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, lif) ve diğer besin öğelerini içermeleri nedeniyle sağlık açısından önemli besinlerdir. Tahıllar, protein de içerir. Bu proteinin kalitesi düşük olmakla birlikte kuru baklagiller ya da et, süt, yumurta gibi besinlerle bir arada tüketildiklerinde protein kalitesi arttırılabilir. Tahıllar, ayrıca bir miktar yağ da içerirler. Tahıl tanelerinin yağı vitamin E' den zengindir. Tahıllarda A vitamini aktivitesi gösteren öğelerle, C vitamini hemen hemen yoktur. Tahıllar B12 dışındaki B grubu vitaminlerinden zengin, özellikle B1 vitaminin (tiamin) en iyi kaynağıdır. Bu vitaminler tahıl tanelerinin çoğunlukla kabuk ve özünde bulunur (2).

Besin Gereksinimleri

Besin gereksinimleri yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı ile metabolik ve fiziksel aktiviteye bağlıdır. Buna göre her toplum kendi bireylerine özgü enerji ve besin öğeleri standardı oluşturmalıdır (11).

Besin piramidi, kişilerin her gün hangi yiyecek grubundan ne kadar tüketilmesi gerektiğini gösteren bir kılavuzdur. 1992'de Amerşka Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı (USDA) yeni bir beslenme piramidi hazırlamıştır. Buna göre piramitte tahıl grubu (6-11 porsiyon), sebze grubu (3-5 porsiyon), meyve grubu (2-4 porsiyon), süt ürünleri grubu (2-3 porsiyon), et ürünleri grubu (2-3 porsiyon) ve yağ ve şekerler grubu ("az" kullanılmak üzere) yer almıştır. Piramit en altta yer alan ve sıklıkla tüketilmesi gereken karbonhidratlarla başlamakta ve daha az tüketilmesi gereken gıdalara doğru gitmektedir (34). Her gün yetişkin bireylerin 2 porsiyon, çocukların, adölesan dönemi gençlerin, gebe ve emzikli kadınlarla menopoz sonrası kadınların 3-4 porsiyon süt ve yerine geçen besinleri tüketmeleri gerekir. Omega-3 (n-3) içeriği yüksek olduğu için sağlıklı beslenme için haftada 2 kez balık yenilmelidir. Günlük alınan sebze ve meyvenin en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler veya portakal, limon gibi turunçgiller veya domates olmalıdır. Tam tahıl ürünlerini her gün hatta her öğün tüketin. Protein ve vitamin içeriğini arttırmak için diğer besinlerle (kurubaklagiller, süt ve ürünleri) birlikte tüketilmelidir (2). Tüketilecek tahılın çoğunlukla rafine olmayanlardan sağlanması, ekmeğin tam tahıl veya kepek ekmeği olması bağırsak, kalp damar sağlığı ve kan şekerinin dengelenmesi açısından önemlidir (35). Besin piramidi Şekil 1'de gösterilmiştir (34).



Şekil 1. Besin piramidi (34)

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

Beslenme alışkanlıkları çeşitli besinlerin ve besin türlerinin tüketim sıklığının öğrenilmesi, pişirme, hazırlama ve besin saklama yöntemlerinin incelenmesi ile öğrenilmektedir (36). Dünyada teknolojik gelişmelerin, ekonomik gücün ve insan refahının artıyor olması, daha fazla besine ulaşma, porsiyon büyüklüğünde artış, fiziksel aktivite düzeyinde azalma ve TV izleme süresindeki artış besin alımını artırmıştır (37). Sağlıklı besinlerin seçimimin ideal vücut ağırlığının devamı için önemli olduğu ifade edilmektedir (38). Fastfood şekli beslenme ve abur-cubur atıştırmalar, çabuk yemek yeme gibi yanlış yeme alışkanlıkları, besinlere ulaşımın kolaylaşması obezite oluşumunda etkili olmaktadır (39).

Bireyin ve toplumun beslenme düzeni ve alışkanlıkları iklim, coğrafi konum, nüfus yapısı, eğitim, iç ve dış göçler, kitle iletişim araçları, sanayileşme gibi sosyal, ekonomik ve kültürel durumlardan etkilenmekte ve değişmektedir. Genetik ve çevresel faktörlerle birlikte, bu değişiklikler farklı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve bu sağlık sorunlarının gelişmesine neden olmaktadır (40). Son 10-20 yıl içinde Türkiye'nin sosyal, ekonomik ve mutfak kültürü yapısının giderek değişmiştir (41). Yaşanan bu değişimin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarına da yansıdığı ve kronik hastalıkların artışında rolü olduğu üzerinde durulmaktadır (42,43-44).

Koroner kalp hastalıklarından korunmada Akdeniz beslenme şeklinin olumlu etkilerini inceleyen ve yedi ülkeyi kapsayan araştırmalar yapılmıştır (45). Yapılan başka çalışmalarda 1965-1981 yıllarında İtalya'da iki araştırma bölgesinde yaşayan bireylerin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler incelenmiş ve endüstrileşmenin bu değişimde etkili olduğunu bildirmiştir (46).

Beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin farkında olmak ve bunların ekonomik, sosyodemografik faktörler ve sağlık ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının nedenlerini ve sonuçlarını anlamaya önemli ölçüde ışık tutmaktadır (47). Kuşkusuz bu da, insanların daha sağlıklı beslenmeleri için gereken değişikliklerin yapılabilmesi ve geliştirilebilmesi konusunda yardımcı olacaktır (48).

FİZİKSEL AKTİVİTE

Fiziksel aktivite; İskelet kaslarının kasılması ile oluşan ve enerji tüketimi sağlayan vücut hareketleri olarak tanımlanmaktadır (49). Yapılan çalışmalar, fiziksel aktivitenin toplum

sağlığı üzerinde etkili olduğunu, düzenli egzersizle bireylerin yaşam beklentisi ve yaşam kalitesini düzenleyerek, ileride oluşması muhtemel koroner kalp hastalıkları riskini azalttığını hipertansiyon, bazı kanser türleri, sırt yaralanmaları, diyabet, stres ve duygu durum bozuklukları dahil olmak üzere ruh sağlığı rahatsızlıkları üzerinde olumlu etkileri olduğunu bildirmektedir. İstikrarlı olrak orta düzeyde yapılan fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kolon ve meme kanseri, depresyon gibi kronik hastalık riskini azaltarak, kilo kontrolünde yardımcı olmaktadır (50,51). Yaşam tarzı olarak fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayan kişilerin yaşam kalitesini yükseltmede de daha etkili olabilmektedir (52,53). Fiziksel aktivitede önerilenler; egzersizlerin kademeli olarak artırıldığı ve haftanın en az 5 günü yapılan 30-60 dakikalık aktivitelerdir (54). Akdeniz beslenmesinde fiziksel aktivite düzeyi haftada 3 kez günde en az 30 dakika olarak önerir (55).

AKDENİZ DİYETİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Akdeniz Diyeti Tarihi

Akdeniz beslenmesi Akdeniz ülkelerinin bin yıllık tarihinin canlı ve gelişen bir sonucudur. Akdeniz beslenmesi nesilden nesile aktarılır ve devamlı toplumlara tarihin değişimlerine, çevrelerin değişimlerine tepki olarak topluluklar ve gruplar tarafından yeniden oluşturulur. Akdeniz beslenmesi Akdeniz ülkeleri tarafından yaygın bir beslenme şeklidir. Fakat Akdeniz popülasyonlarının beslenme şekillerinde farklılıklar ve çeşitlilikler vardır. Akdeniz beslenme modeli homojen olmaktan uzaktır. Dini ve kültürel farklılıkları yansıtır. Tipik ürün zenginliğini içeren son derece çeşitlidir(56). Akdeniz diyetinin temeli ‘‘The Rockefeller Foundation’s Study’’, ‘‘Ancel Keys: The Seven Countries Study’’ ve ‘‘The Study by EURATOM’’ gibi çalışmalar ile atılmıştır. 1948-1953 yılları arasında gerçekleştirilen ‘‘The Rockefeller Foundation’s Study’’ II. Dünya Savaşı sonrasında Yunan Hükümeti’nin ülkedeki ekonomik, sosyal ve sağlık durumlarını geliştirmek amacıyla Girit adasında gerçekleştirilmiştir. ‘‘Ancel Keys: The Seven Countries Study’’ çalışması koroner kalp hastalık prevelansının ve risk faktörlerinin saptanması amacıyla başlatılmış ve ‘‘The Study by EURATOM’’ çalışması da Akdeniz ve Avrupa bölgelerindeki toplumlarda beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması amacı ile gerçekleştirilmiştir (58). Geleneksel Akdeniz diyeti, 1960’lı yıllarda Angel Keys ve arkadaşları tarafından Akdeniz havzasındaki bireylerin beslenme alışkanlıklarının araştırıldığı ‘‘The Seven Countries Study’’ sonucunda ilk kez

bilimsel olarak tanımlanmış ve Akdeniz diyetinin sağlık üzerine etkileri bu çalışma ile başlamıştır (7,61,62-63).

Akdeniz Diyeti Tanımı

Akdeniz beslenmesi zeytinyağı, tam tahıllar, taze veya kurutulmuş sebze ve meyveler, balık, süt, et ve çeşitli baharatlardan oluşan ılımlı miktarda şarap tüketimiyle karakterize geleneksel bir beslenme modelidir (64). Akdeniz diyetini, sadece bazı besinlerin tüketimi olarak değil, Akdeniz bölgesinde yaşayan inşalara özgü yaşam tarzı olarakta tanımlayabiliriz (65).

Akdeniz beslenmesi sağlıklı bir beslenme modeli olarak bilinmektedir (66). Tekli doymamış yağ asitleri (MUFA) bakımından zengin olup diğer beslenme modellerine göre doymuş yağ asitlerine oranla daha yüksek bulunmaktadır (67,68). Akdeniz beslenmesinde diyet lifinin yüksek tüketimi, düşük glisemik indeks ve düşük glisemik yük, besinlerin antiinflamatuar etkileri ve antioksidant bileşikler, sağlık durumu üzerinde olumlu etkiler üretmek için birlikte hareket edebilir (69,70,71-72). Akdeniz beslenmesi tüm nedenlere bağlı mortalitenin daha düşük sıklığı ile ilişkili ve aynı zamanda kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet, belli kanser türleri ve nörodejeneratif hastalıklar arasında daha az sıklıkla ilişkili olduğuna bağlıdır. Bu nedenle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejileri özellikle mikro besin eksikliklerine karşı savunmasız nüfus gruplarında, Akdeniz beslenmesine teşvik ve öncelik verilmelidir (73,74).

Akdeniz Beslenme Piramidi

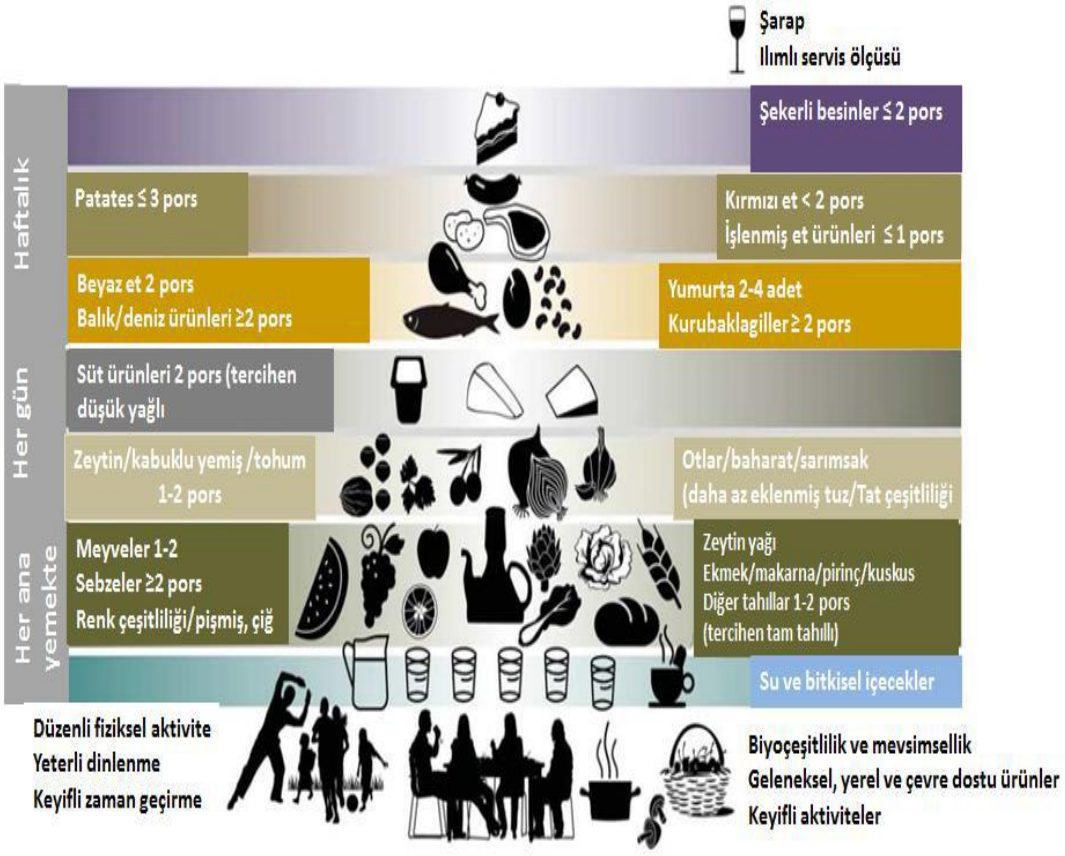
Yapılan çalışmalar ve yıllardır toplanan kanıtlar değerlendirildiğin de; geleneksel Akdeniz diyetinin sağlıklı beslenme için birçok önemli özellikleri biraraya getirdiği belirlenmiştir. Geleneksel Akdeniz diyetinin sahip olduğu başlıca 8 önemli özellik;

1) Doymuş yağ yerine tekli doymamış yağ (zeytinyağı) tüketimi,
2) Yüksek düzeyde kurubaklagil tüketimi,
3) Ekmek dahil yüksek oranda rafine edilmemiş tahıl tüketimi,
4) Yüksek düzeyde meyve tüketimi,
5) Yüksek düzeyde sebze tüketimi,
6) Et ve et ürünlerinin az tüketimi,
7) Orta düzeyde süt ve ürünlerinin tüketimi,

8) Orta düzeyde alkol tüketimidir.

Balık tüketimi ise, denize yakınlık durumuna göre değişmekle birlikte Akdeniz diyetinin önemli özelliklerindendir (75).

Akdeniz besin piramidi Şekil 1'de gösterilmiştir (76).



Şekil 2. Akdeniz diyeti piramidi (76)

Akdeniz beslenme piramidindeki tahıllar, patates, baklagiller, meyveler ve sebzeler gibi ana besinler ile birincil dereceden ana kaynağı olarak zeytinyağı mevcuttur. Az miktarlarda peynir ve süt ürünleri tüketilir. Ayda bir kez et ve et ürünleri, kümes hayvanları ve balık tüketimi ise haftada birkaç kez tekrarlanır (77). Akdeniz beslenme piramidi mütevazı, özellikle yemekle birlikte şarap tüketimini de içermektedir (66,78). 2010 yılında Akdeniz beslenme pramidinin güncellenmesiyle 30 dakika düzenli fiziksel aktivite teşvik etmek, başkalarıyla yemeği paylaşarak dostluğu vurgulamak ve Akdeniz beslenmesi yaşam tarzının önemli özellikleri olarak yeterli dinlenme önerir (55).

AKDENİZ DİYETİNİN SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Yaşam kalitesinin belirlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel olarak aktif olma, sigara içmeme ve aşırı alkol kullanmama durumu temel alınmaktadır. Akdeniz diyeti gelişmiş yaşam kalitesi ile ilişkili olup, Akdeniz diyetine uyum arttıkça kronik hastalık riski ve insidansı düşmektedir (79). Akdeniz diyeti beslenme modelleri içinde bilinen en sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip beslenme modellerinden biridir. Akdeniz diyeti enerji açısından yeterli ve vitamin-mineral yönünden, sebze ve meyvelerden, tam tahıl tanelerinden, zeytinyağı ve balık açısından zengin bir beslenme modeli olduğundan besin öğesi yetersizlikleri vitamin ve mineral eksiklikleri nadir görülmektedir (68).

Akdeniz diyetine uyum artıkça kardiyovasküler hastalıklar (KVH), diyabet, kanser gibi hastalık insidansı ve mortalitesi azaldığı The SUN (The Seguimiento Universidad de Navarra Study) kohort çalışmasında rapor edilmiştir (80,81). Akdeniz diyetine uyumun yüksek olmasının, sigara içmemenin, normal BKİ'ye sahip olmanın ve düzenli fiziksel aktivite yapmanın hem kadınlarda hem de erkeklerde mortalite ile ters ilişkili olduğu rapor edilmiştir (82). Yine yapılan çalışmada Akdeniz diyet skorunun her iki birimlik artışı ile genel mortalitenin %14 oranında azaldığı rapor edilmiştir (83). Antioksidan vitaminler ve besin bileşenleri açısından zengin bir beslenme modeli olan Akdeniz diyeti KVH riskini ve mortalitesini azaltmada önemli bir yer tutmaktadır (84). Yine sızma zeytinyağı ile zenginleştirilmiş Akdeniz diyetinin özellikle KHV riski yüksek kişilerde enerji azaltılmaksızın, fiziksel aktivite ve kilo kaybının sağlanmasına yönelik davranış değişiklikleri benimsetilerek diyabet riskini azalttığı rapor edilmiştir (85). Bir çalışmada da uzun yıllar gözlenen Akdeniz diyetine uyumun yüksek olduğu kadınların fiziksel yönden daha aktif oldukları ve sigara içmedikleri bildirilmiş, yine bu kadınlarda KVH ve inme riskinin ve mortalitesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (86). 54 ayı aşkın bir süre Akdeniz diyeti denenen metabolik sendromlu hastalarda; endotelyal fonksiyonların düzeldiği; bel çevresinde, plazma glikoz, serum insülin ve insülin direnci (HOMA-IR) düzeylerinde belirgin bir düşme sağlandığı anlaşılmıştır (4).

Kanser riskini azaltan en uygun beslenme şekli; sebze ve meyve tüketimini artırmak, kırmızı et ve rafine karbonhidrat tüketimini azaltmaktır. Ayrıca Akdeniz diyetinin tipik özelliği olan zeytinyağı ve diğer doymamış yağların doymuş yağlara tercih edilmesi de önemli bir özelliktir (87). Akdeniz diyetini oluşturan bileşenlerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları dışında özellikle kadınlarda meme kanser riskini azaltmada etkili olduğu rapor edilmiştir (88). Yapılan bir çalışmada; Akdeniz ülkelerinin tümünde kanser görülme insidansı İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Amerika'dan daha düşük bulunmuştur. Bu durum; kalın

barsak, meme, endometrium ve prostat kanserinin Akdeniz ülkeleri arasında insidansının düşük olmasıyla açıklanmaktadır. Bu kanser türleri özellikle düşuk sebze-meyve tüketimi ve yüksek kırmızı et tüketimi ile ilişkilidir (89).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Yeri, Zamanı Ve Tipi

Bu araştırma, Haziran 2017 - Şubat 2018 tarihleri arasında Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran gönüllü yetişkin bireylerde Akdeniz diyet skorunun belirlenmesi ve bu skor ile antropometrik ölçümler ve beslenme alışkanlıkları arasındaki olası ilişkinin saptanması amacıyla tanımlayıcı tipte yapıldı. Uzman hekim tarafından diyet yapmasında sakınca olmayan 19-65 yaş arası yetişkin danışanlar çalışmaya dahil edildi. Çalışma gönüllü 84 erkek ve 172 kadın olmak üzere toplam 256 yetişkin danışan ile tamamlandı. Hazırlanan anket formu araştırmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümlerle vücut bileşimi saptandı. Bu araştırma için onay, 26.04.2017 tarih ve 08/12 sayılı karar no ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (Ek-1). Araştırmaya katılan bireylere gönüllü onam formu imzalatıldı (Ek-2).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- 19-65 yaş aralığında kadın veye erkek yetişkin olmak
- Gönüllü olmak
- Uygulanacak Akdeniz diyeti uyum ölçeğini kendi doldurabilecek yeterlilikte olmak
- Algılama bozukluğu ve iletişim sorunlarına sahip olmamak
- Konjestif kalp yetmezliği olmayanlar (kalp pili olmayanlar)
- Vücudunda herhangi invaziv metal implemant bulunmayanlar
- Ödem ya da dehidratasyon sorunu olmayanlar

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 19 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak
- Gönüllü olmamak
- Uygulanacak Akdeniz diyeti uyum ölçeğini kendi doldurabilecek yeterlilikte olmamak
- Algılama bozukluğu ve iletişim sorunlarına sahip olmak
- Konjestif kalp yetmezliği olanlar (kalp pili olanlar)
- Vücudunda herhangi invaziv metal implemant bulunanlar
- Ödem ya da dehidratasyon sorunu olanlar

Araştırma verileri anket ve ölçekler yardımıyla toplandı. Araştırmacı tarafından katılımcılara 5 bölümden oluşan anket formu uygulandı.

Araştırmanın Genel Planı

Araştırmaya katılan bireylere araştırmacı tarafından hazırlanan genel bilgiler formu ile, bireylerin medeni durumları, eğitim durumları, yaşları, cinsiyetleri, meslekleri, sigara ve alkol kullanma durumları, kronik hastalık durumları gibi bilgilerin toplanabilmesi için ‘‘yüz yüze görüşme yöntemi’’ ile anket formu uygulandı (Ek-3). Araştırmacı tarafından hazırlanan beslenme alışkanlıkları formu ile bireylerin genel beslenmesi konusundaki alışkanlıkları sorgulandı (Ek-4). Araştırmacı tarafından hazırlanan fiziksel aktivite bilgisi formu ile bireylerin fiziksel aktivite bilgileri sorgulandı (Ek-5). Bireylerin antropometrik ölçümleri ve Biyoelektrik İmpedans Analizi (BİA) ölçümleri yine araştırmacı tarafından alındı (Ek-6). Bireylerin Akdeniz diyetine uyumunu belirleyen 14 maddelik Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği kullanıldı (Ek-7).

Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi

A. Genel bilgiler ve beslenme alışkanlıklarının saptanması:

Araştırmacı tarafından hazırlanan 28 sorudan oluşan genel bilgiler ve beslenme alışkanlıkları formu ile bireylerin medeni durumları, eğitim durumları, yaşları, cinsiyetleri, meslekleri, sigara ve alkol kullanma durumları, kronik hastalık durumları gibi genel bilgileri ile bireylerin genel beslenmesi konusundaki alışkanlıkları sorgulandı.

B. Fiziksel aktivite durumunun saptanması:

Araştırmacı tarafından hazırlanan genel 2 sorudan oluşan fiziksel aktivite bilgisi formu ile bireylerin fiziksel aktivite bilgileri sorgulandı.

C. Antropometrik ölçümler ve biyoelektrik impedans analizi:

Vücut ağırlığı ve vücut bileşimi: Araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlıkları (kg), vücut yağ oranı (%), yağ kütlesi (kg), vücut kas oranı (%), vücut kas kütlesi (kg), vücut su oranı (%), vücut suyu (kg), bazal metabolizma hızı (BMH) ve BKİ (kg/m2) ‘‘Tanita BC 418’’ marka biyoelektriksel impedans analizörü (BİA) kullanılarak ölçüldü. Ölçümler sırasında bireylerin olabildiğince ince kıyafetler giymesi istendi. BİA ölçümü için bireylerden 24-48 saat öncesinde ağır fiziksel aktivite yapmamaları, 24 saat öncesi alkol kullanılmaması, en az 4 saatlik açlık ile gelmeleri, test öncesi (en az 4 saat) çok fazla miktarda sıvı (su, çay, kahve) tüketmemeleri ve üzerlerinde metal eşya bulundurmamaları istendi (57).

Boy uzunluğu: Boy uzunluğu ölçümü ayaklar yan yana ve baş frankfort düzlemde (göz üçgeni, ve kulak kepçesi üstü aynı hizada, yere paralel) iken stadiometre kullanılarak ölçüldü (57).

Bel çevresi: Birey iç çamaşırları ile ayakta karın normal gevşek pozisyonda, kollar yanda sarkıtılmış, bacaklar bitişik durumda iken ölçüm alındı. Bireyin karşısında durularak en alt kaburga kemiği ile kritailiyak arasındaki orta noktadan esnemeyen mezur ile ölçüm yapıldı. Erkeklerde bel çevresinin 94 cm ve üzeri olması, kadınlarda bel çevresinin 80 cm ve üzeri olması kronik hastalıklar için risk sınırıdır. Erkeklerde bel çevresinin 102 cm ve üzeri olması, kadınlarda 88 cm ve üzeri olması ise yüksek risk sınırıdır (57).

Kalça çevresi: Araştırmacı bireyin yan tarafında durarak, birey iç çamaşırları ile ayakta, kollar yanda sarkıtılmış ve bacaklar bitişik durumda iken esnemeyen mezur ile kalçanın en geniş bölgesinden ölçüm alındı (57).

Bel/kalça oranı: Bel çevresinin (cm), kalça çevresine (cm) oranlanıyla elde edildi. Bel/kalça oranı erkek hastalarda 0,90’dan, kadın hastalarda 0,85’den büyük ise bu değerler android tip şişmanlık olarak kabul edilmektedir (57,119).

Bel/boy oranı: Bel çevresinin (cm), boy uzunluğuna (cm) oranlanıyla elde edildi. Bel/boy oranı uyarı düzeyi sınırı erkek ve kadında 0,5’tir (57,59).

Boyun çevresi: Boyun çevresi, birey ayakta iken krikotroid membranın superior kenarı hizasından ölçülerek saptandı (57,60).

D. Bireylerin Akdeniz diyetine uyumlarının saptanması:

Bireylerin Akdeniz diyetine uyumunu saptayan 14 maddelik Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği ekte verildi (Ek-7). Bu ölçekte, 2 tanesi besin tüketim alışkanlıkları ve 12 tanesi besin tüketim sıklığı ile ilgili olmak üzere toplam 14 tane soru bulunmaktadır. Her soru için verilen puan 0 ya da 1 puandır. 1 puan alabilme kriterleri şu şekildedir:

- Mutfakta yağ olarak daha çok zeytinyağı kullanımı

- Günde 4 yemek kaşığı veya daha fazla zeytinyağı tüketilmesi

- Günde 2 porsiyon veya daha fazla sebze tüketilmesi (≥1 porsiyon çiğ ya da salata olarak)

- Günde 3 porsiyon veya daha fazla meyve tüketilmesi

- Günde 1 porsiyondan daha az kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri (salam, sosis vb.) tüketilmesi

- Günde 1 porsiyondan daha az tereyağı, margarin ya da krema tüketilmesi

- Günde 1 porsiyondan daha az şekerli veya gazlı içecek tüketilmesi

- Haftada 7 kadeh veya daha fazla şarap tüketilmesi

- Haftada 3 porsiyon veya daha fazla kuru baklagillerin tüketilmesi

- Haftada 3 porsiyon veya daha fazla balık ya da kabuklu deniz ürünleri tüketilmesi

- Haftada 3 kezden daha az ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri (poğaça, börek vb.) tüketilmesi

- Haftada 3 porsiyon veya daha fazla yağlı tohumlar (yer fıstığı dahil) tüketilmesi

- Kırmızı et (dana/koyun/kuzu eti, sucuk, sosis, köfte vb.) yerine beyaz et (hindi/ tavuk eti) tüketiminin tercih edilmesi

- Haftada 2 porsiyon veya daha fazla sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerin zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak/pırasa eklenerek hazırlanan bir sos ile tüketilmesi

Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği skorlama aralığı 0-14 puan olarak belirlenmiştir. Bu ölçek, Martinez-Gonzalez ve diğerleri (2012) tarafından geliştirilmiştir (92).

E. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi:

İstatistiksel analizler Microsoft Excel 2010 yazılımı ve Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16 versiyonu kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama±standart sapma kullanılarak, normal dağılmayan değişkenler için medyan ve çeyrek değer arası genişlikler kullanılarak hesaplandı. İncelenen grup sayısının fazla olmadığı çizelgelerde bireylerin Akdeniz diyetine uyum düzeyleri, Akdeniz diyet skorunun çeyrek değer arası genişlikleri oluşturularak karşılaştırıldı (93). İncelenen grup sayısının fazla olduğu çizelgelerde ise gruplar arasındaki incelemeleri daha net olarak karşılaştırabilmek için çeyrek değer genişlikleri yerine medyan değer kullanılarak Akdeniz diyet skoru kategorilere ayrıldı. Nominal değişkenler frekans (sıklık) ve yüzdeler kullanılarak verildi. Cinsiyetler ve gruplar arası değişkenlerin karşılaştırmasında Ki-kare testinden yararlanıldı. Parametrik test varsayımlarına uymadığı belirlenen bağımsız üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında non-parametrik yöntemlerden Kruskal Wallis testinden yararlanıldı. İkişerli karşılaştırmalar ise Mann Whitney U testi kullanılarak yapılmıştır. Testlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlendi.

BULGULAR

Bireylerin Genel Özellikleri

Bu çalışma Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yaşları 19-65 arasında olan yetişkin bireylerde Akdeniz diyet skorunun belirlenmesi ve bu skor ile beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler arasındaki olası ilişkinin saptanması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırma yetişkin 256 birey üzerinde yürütülmüştür. Bu çalışma genelindeki tüm tablolarda bireyler, Akdeniz diyeti uyum ölçeği skoru çeyrek değer ve medyan gruplarına göre değerlendirilmiştir. Bireylerin Akdeniz diyet skoru ortalaması 6,15 ve medyan değeri 6,50'dir. Akdeniz diyeti uyum ölçeğinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Akdeniz diyeti uyum ölçeği tanımlayıcı özellikleri

	Akdeniz diyet skoru
Ortalama	6,15
Standart sapma (SS)	2,16
Standart hata	0,13
Medyan (ortanca)	6,50
Mod	7
Alt değer	0
Üst değer	13

Tablo 2'de bireyler Akdeniz diyeti uyum ölçeği skoru çeyrek değer genişliklerine göre dağılımları verilmiştir. Akdeniz diyet skoruna göre, 1. çeyrek değerden daha düşük olan değerler 1. çeyrek değer grubuna (Q1), 1. çeyrek değer ile medyan arasındaki değerler 2. çeyrek değer grubuna (Q2), medyan ile 3. çeyrek değer arasındaki değerler 3. çeyrek değer grubuna (Q3), 3. çeyrek değerden daha büyük olanlar ise 4. çeyrek değer grubuna (Q4) dahil edilmiştir.

Tablo 2. Bireylerin Akdeniz diyet skoru çeyrek değer genişliklerine göre dağılımları

	Akdeniz diyet skoru puan aralıkları	**N**	**%**
Akdeniz diyet skorunun çeyrek değerlere göre gruplandırılması			
1.Çeyrek değer (Q1)	<6	104	40,6
2.Çeyrek değer (Q2)	6- <7	24	9,4
3.Çeyrek değer (Q3)	7-8	93	36,3
4.Çeyrek değer (Q4)	>8	35	13,7

Tablo 3'de bireylerin Akdeniz diyet skoru çeyrek değer genişliklerinin cinsiyete göre dağılımları verilmiştir. Katılımcıların %40,6'sı 1. çeyrek değer, %9,4'ü 2. çeyrek değer, %36,3'ü 3. çeyrek değer ve %13,7'side 4. çeyrek değer grubundadır.

Tablo 3. Bireylerin Akdeniz diyet skoru çeyrek değer genişliklerinin cinsiyete göre dağılımları

		Akdeniz Diyet Skoru Çeyrek Değer Genişlikleri			
		Q1*	**Q2***	**Q3***	**Q4***
Cinsiyet					
Erkek	**N**	48	7	27	2
	%	46,2	29,2	29,0	5,7
Kadın	**N**	56	17	66	33
	%	53,8	70,8	71,0	94,3
Toplam	**N**	104	24	93	35
	%	40,6	9,4	36,3	13,7

*: Q1: 1. Çeyrek değer , Q2: 2. Çeyrek değer ,Q3: 3. Çeyrek değer , Q4: 4. Çeyrek değer

Tablo 4'de bireylerin Akdeniz diyet skoru medyan değerine göre grup dağılımları verilmiştir. Akdeniz diyet skoruna göre, medyan ve medyandan daha düşük değerler 1. grup, medyandan daha yüksek değerler ise 2. grup olarak sınıflanmıştır.

Tablo 4. Bireylerin Akdeniz diyet skoru medyan değerine göre grup dağılımları

	Akdeniz diyet skoru puan aralıkları	**N**	**%**
Akdeniz diyet skorunun medyan değere göre gruplandırılması			
Medyan ve daha düşük değerler (1.Grup)	≤6,5	128	50,0
Medyandan yüksek değerler (2.Grup)	>6,5	128	50,0
Toplam		256	100

Tablo 5'de çalışmaya katılan bireylerin, birey sayılarının ve medeni durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Tüm bireylerin %32,8'i erkek, %67,2'si kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %43,0'ü erkek, %57,0'si kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %22,7'si erkek, %77,3'ü kadındır (p=0,001). Tüm bireylerin %63,7'si evlidir. Bu grup içinden evli olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %13,7 ve %50,0'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %58,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %68,8'i evlidir. Evli olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %19,5 ve %39,1, 2.grup için %7,8 ve %61,0'dir. Tüm bireylerin %36,3'ü bekardır. Bu grup içinden bekar olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %19,1 ve %17,2'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %41,4'ü, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %31,1'si bekardır. Bekar olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %23,4 ve %18,0, 2.grup için %14,8 ve %16,4'dür (p=0,091)

Tablo 5. Çalışmaya katılan bireylerin, birey sayılarının ve medeni durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına göre dağılımı

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)		
		Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	p**
Çalışmaya katılanların dağılımı								
	N	55	73	29	99	84	172	0,001*
	%	43,0	57,0	22,7	77,3	32,8	67,2	
Medeni durum?								
Evli	**N**	25	50	10	78	35	128	
	%	19,5	39,1	7,8	61,0	13,7	50,0	0,091
Bekar	**N**	30	23	19	21	49	44	
	%	23,4	18,0	14,8	16,4	19,1	17,2	

*p<0,05 ; **Ki-kare testi

Tablo 6'da bireylerin Akdeniz diyeti medyan gruplarına göre yaşlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki erkek bireylerin yaş ortalaması 31,20±11,42 yıl iken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki erkek bireylerin yaş ortalaması 31,52±11,98 yıldır (p=0,977). Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki kadınların yaş ortalaması 38,19±12,97 yıl iken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki kadınların yaş ortalaması 41,25±10,30 yıl olarak saptanmıştır (p=0,099). Tüm bireylerin yaş ortalaması 37.12±14.24 yıldır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin yaş ortalaması 35,19±12,76 yıl iken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki bireylerin yaş ortalaması 39,05±11,41 yıldır (p=0,004). Akdeniz diyeti medyan grupları yaş ortalaması bakımından karşılaştırıldığında her iki cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı çıkmazken tüm bireylerin yaş ortlamalarının karşılaştırılması bakımından anlamlıdır.

Tablo 6. Bireylerin Akdeniz diyeti medyan gruplarına göre yaşlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	1.Grup (n: 128) X ± SS	2.Grup (n: 128) X ± SS	Toplam (n: 256) X ± SS	p**
Bireylerin yaş dağılımı				
Erkek	31,20 ± 11,42	31,52 ± 11,98	31,31 ± 11,54	0,977
Kadın	38,19 ± 12,97	41,25 ± 10,30	39,95 ± 11,57	0,099
Toplam	35,19 ± 12,76	39,05 ± 11,41	37,12 ± 12,24	0,004*

*p<0,05 ; **Mann Whitney U testi

Tablo 7'de bireylerin eğitim durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları verilmiştir. Her iki grupta da okuryazar olmayan birey bulunmamaktadır. Tüm bireylerin %11,7'si ilkokul mezunudur. Bu grup içinden ilkokul mezunu olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %1,2 ve %10,5'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %10,9'u, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %12,5'i ilkokul mezunudur. İlkokul mezunu olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %2,3 ve %8,6, 2.grup için %0,0 ve %12,5'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %32,1'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %27,4'ü yüksekokul veya lisans mezunudur. Yüksekokul veya lisans mezunu olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %18,0 ve %14,1, 2.grup için %10,2 ve %17,2'dir.Tüm bireylerin %4,3'ü yüksek lisans veya doktora mezunudur. Bu grup içinden yüksek lisans veya doktora mezunu olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %2,0 ve %2,3'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %2,3'ü, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %6,3'ü yüksek lisans veya doktora mezunudur. Yüksek lisans veya doktora mezunu olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %1,6 ve %0,8, 2.grup için %2,3 ve %3,9'dur.

Tablo 7. Bireylerin eğitim durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Eğitim durumu nedir?							
Okuryazar değil	**N**	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Okuryazar	**N**	0	2	0	1	0	3
	%	0,0	1,6	0,0	0,8	0,0	1,2
İlkokul mezunu	**N**	3	11	0	16	3	27
	%	2,3	8,6	0,0	12,5	1,2	10,5
Ortaokul mezunu	**N**	6	11	4	15	10	26
	%	4,7	8,6	3,1	11,7	3,9	10,2
Lise mezunu	**N**	17	25	7	35	24	60
	%	13,3	19,6	5,5	27,3	9,4	23,4
Ön lisans mezunu	**N**	4	5	2	5	6	10
	%	3,1	3,9	1,6	3,9	2,3	3,9
Yüksekokul veya lisans mezunu	**N**	23	18	13	22	36	40
	%	18,0	14,1	10,2	17,2	14,1	15,6
Yüksek lisans veya doktora mezunu	**N**	2	1	3	5	5	6
	%	1,6	0,8	2,3	3,9	2,0	2,3

Tablo 8'de bireylerin mesleki durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %19,1'i memurdur. Bu grup içinden memur olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %6,3 ve %12,9'dur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %15,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %22,7'si memurdur. Memur olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %7,8 ve %7,8, 2.grup için %4,7 ve %18,0'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %28,1'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %37,6'sı ev hanımıdır.

Tablo 8. Bireylerin mesleki durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Meslek nedir?							
Ev hanımı	**N**	0	36	0	48	0	84
	%	0,0	28,1	0,0	37,6	0,0	32,8
Serbest meslek	**N**	6	2	0	3	6	5
	%	4,7	1,6	0,0	2,3	2,3	2
Memur	**N**	10	10	6	23	16	33
	%	7,8	7,8	4,7	18,0	6,3	12,9
Özel sektör	**N**	15	10	9	6	24	16
	%	11,7	7,8	7,0	4,7	9,4	6,3
Emekli	**N**	4	3	1	11	5	14
	%	3,1	2,3	0,8	8,6	2,0	5,5
İşçi	**N**	3	2	0	2	3	4
	%	2,3	1,6	0,0	1,6	1,2	1,6
Öğrenci	**N**	10	8	6	2	16	10
	%	7,8	6,3	4,7	1,6	6,3	3,9
Diğer	**N**	7	2	7	4	14	6
	%	5,5	1,6	5,5	3,1	5,5	2,3

Bireylerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 9'da bireylerin beslenme ilintili kronik sağlık sorunu durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tüm bireylerin %84,8'inde beslenme ilintili kronik sağlık sorunu yoktur. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %28,8 ve %57,0'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %85,2'sinde ve diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %84,4'ünde beslenme ilintili kronik sağlık sorunu yoktur. Beslenme ilintili kronik sağlık sorunu olmayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %34,4 ve %50,8, 2.grup için %21,1 ve %63,3'dür. Tüm bireylerin %15,2'sinde beslenme ilintili kronik sağlık

sorunu vardır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %5,1 ve %10,2'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %14,8'inde ve diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %15,6'sında beslenme ilintili kronik sağlık sorunu vardır. Beslenme ilintili kronik sağlık sorunu olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %8,6 ve %6,3, 2.grup için %1,6 ve %14,1'dir.

Tablo 9. Bireylerin beslenme ilintili kronik sağlık sorunu durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		**2.Grup (n: 128)**		**Toplam (n: 256)**	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Beslenme ilintili kronik sağlık sorunu var mı?							
Hayır	**N**	44	65	27	81	71	146
	%	34,4	50,8	21,1	63,3	27,8	57,0
Evet	**N**	11	8	2	18	13	26
	%	8,6	6,3	1,6	14,1	5,1	10,2

Tablo 10'da bireylerin tanısı konmuş sağlık problemi durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tüm bireylerin %90,6'sında tanı konmuş sağlık problemi vardır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %29,7 ve %60,9'dur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %95,3'ünde ve diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %86,0'sında tanı konmuş sağlık problemi vardır. Tanı konmuş sağlık problemi olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %41,4 ve %53,9, 2.grup için %18,0 ve %68,0'dir. Tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %94,9'una şişmanlık tanısı konmuştur. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %30,2 ve %64,7'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %95,1'ine ve diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %94,6'sına şişmanlık tanısı konmuştur. Şişmanlık tanısı konmuş sağlık problemi olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %41,0 ve %54,1, 2.grup için %18,2 ve %76,4'dür. Bireylerin hiçbirine hipotansiyon tanısı konulmamıtır.

Tablo 10. Bireylerin tanısı konmuş sağlık problemi durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Tanısı konmuş sağlık problemleri var mı?							
Evet	**N**	53	69	23	87	76	156
	%	41,4	53,9	18,0	68,0	29,7	60,9
Hayır	**N**	2	4	6	12	8	16
	%	1,6	3,1	4,7	9,4	3,1	6,3
Tanısı konmuş sağlık problemleri nelerdir? *							
Şişmanık	**N**	50	66	20	84	70	150
	%	41,0	54,1	18,2	76,4	30,2	64,7
Ülser-Gastrit	**N**	3	3	0	3	3	6
	%	2,5	2,5	0,0	2,7	1,3	2,6
Diyabet	**N**	2	4	0	10	2	14
	%	1,6	3,3	0,0	9,1	0,9	6,0
Hipertansiyon	**N**	4	6	5	6	9	12
	%	3,3	4,9	4,5	5,5	3,9	5,2
Hipotansiyon	**N**	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Demir eksikliği anemisi	**N**	2	3	0	6	2	9
	%	1,6	2,5	0,0	5,5	0,9	3,9
Hiperlipidemi, Kolesterolemi	**N**	2	2	0	3	2	5
	%	1,6	1,6	0,0	2,7	0,9	2,2

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 10 Devam. Bireylerin tanısı konmuş sağlık problemi durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Tanısı konmuş sağlık problemleri nelerdir? *							
Böbrek hastalıkları	**N**	2	2	0	0	2	2
	%	1,6	1,6	0,0	0,0	0,9	0,9
Karaciğer-Safra kesesi hastalıkları	**N**	2	0	2	1	4	1
	%	1,6	0,0	1,8	0,9	1,7	0,4
Böbrek hastalıkları	**N**	2	0	0	0	2	0
	%	1,6	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
Psikiyatrik hastalıklar							
	N	2	2	0	1	2	3
	%	1,6	1,6	0,0	0,9	0,9	1,3
Diğer	**N**	6	10	4	17	10	27
	%	4,9	8,2	3,6	15,5	4,3	11,6

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 11'de bireylerin sigara kullanma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %30,1'i sigara kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %13,3 ve %16,8'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %35,2'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %25,0'i sigara kullanıyor. Sigara kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %16,4 ve %18,8, 2.grup için %10,2 ve %14,8'dir. Sigara kullanan bireylerin %39,0'u 10 ve daha az sigara kullanmaktadır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki sigara kullanan bireylerin %42,3'ü ve diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki sigara kullanan bireylerin %34,5'i10 ve daha az sigara kullanmaktadır. 10 ve daha az sigara kullanımı olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %6,7 ve %35,6 , 2.grup için %12,6 ve %21,9'dur. Sigara kullanan bireylerin %10,4'ü 20'den fazla sigara kullanmaktadır. Tüm bireylerin %7,4'ü sigarayı bırakmış. Bu grup içinden erkek ve

kadınların dağılımı sırası ile %2,7 ve %4,7'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %8,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %6,2'si sigarayı bırakmış. Sigarayı bırakan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %3,1 ve %5,5, 2.grup için %2,3 ve %3,9'dur. Sigarayı bırakan bireylerin %57,9'u 10 ve daha az yıl sigarayı içip bırakmıştır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki sigarayı bırakan bireylerin %63,6'sı ve diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki sigarayı bırakan bireylerin %50, 10 ve daha az yıl sigarayı içip bırakmıştır. 10 ve daha az yıl sigara içip bırakan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %18,2 ve %45,4, 2.grup için %37,5 ve %12,5'dir.

Tablo 11. Bireylerin sigara kullanma durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		**2.Grup (n: 128)**		**Toplam (n: 256)**	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Sigara içme durumu?							
İçiyor	**N**	21	24	13	19	34	43
	%	16,4	18,8	10,2	14,8	13,3	16,8
İçmiyor	**N**	30	42	13	75	43	117
	%	23,4	32,8	10,2	58,6	16,8	45,7
Bırakmış	**N**	4	7	3	5	7	12
	%	3,1	5,5	2,3	3,9	2,7	4,7
İçilen sigara miktarı? (adet/gün)							
≤10	**N**	3	16	4	7	7	23
	%	6,7	35,6	12,6	21,9	9,1	29,9
>10, ≤20	**N**	15	8	6	10	21	18
	%	33,3	17,8	18,8	31,3	27,3	23,4
>20	**N**	3	0	3	2	6	2
	%	6,7	0,0	9,4	6,3	7,8	2,6

Tablo 11 Devam. Bireylerin sigara kullanma durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Sigara kaç yıl içilip bırakıldı?							
≤10	**N**	2	5	3	1	5	6
	%	18,2	45,4	37,5	12,5	26,3	31,6
>10, ≤20	**N**	2	1	0	3	2	4
	%	18,2	9,1	0,0	37,5	10,5	21,1
>20	**N**	0	1	0	1	0	2
	%	0,0	9,1	0,0	12,5	0,0	10,5

Tablo 12'de bireylerin alkol kullanma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %83,2'si alkol kullanmıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %22,3 ve %61,0'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %82,8'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %83,6'sı alkol kullanmıyor. Alkol kullanmayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %29,7 ve %53,1, 2.grup için %14,8 ve %68,8'dir. Tüm bireylerin %16,8'i alkol kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %10,5 ve %6,3'tür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %17,2'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %16,4'ü alkol kullanıyor. Alkol kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %13,3 ve %3,9, 2.grup için %7,8 ve %8,6'dır. Tüm bireylerin %7,0'si alkol türü olarak bira tüketmektedir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %4,3 ve %2,7'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %8,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %5,5'i bira tüketmektedir. Bira tüketen 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %5,5 ve %3,1, 2.grup için %3,1 ve %2,3'dir. Tüm bireylerin %0,8'i ayda 4 günden fazla alkol tüketmektedir. Hiçbir kadın ayda 4 günden fazla alkol tüketmezken %0,8 erkek ayda 4 günden fazla alkol tüketmektedir. Alkol kullananlar içinde tek seferde tüketilen en fazla alkol türü ortalama 774,50 ml ile biradır. Tüketilen bira ortalaması erkek ve kadında sırası ile 970,91 ml ve 465,86 ml'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin ortalama bira tüketimi 864,64 ml, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin ortalama bira tüketimi

632,86 ml'dir. Bira tüketen 2 gruptaki erkek ve kadın bira tüketim ortalamaları sırasıyla 1.grup için 1002,86 ml ve 622,75 ml, 2.grup için 915,00 ml ve 256,67 ml'dir.

Tablo 12. Bireylerin alkol kullanma durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Alkol kullanma durumu?							
Kullanmıyor	**N**	38	68	19	88	57	156
	%	29,7	53,1	14,8	68,8	22,3	61,0
Kullanıyor	**N**	17	5	10	11	27	16
	%	13,3	3,9	7,8	8,6	10,5	6,3
Genellikle tüketilen alkolün türü?							
Bira	**N**	7	4	4	3	11	7
	%	5,5	3,1	3,1	2,3	4,3	2,7
Şarap	**N**	0	0	0	4	0	4
	%	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	1,6
Rakı	**N**	4	1	5	4	9	5
	%	3,1	0,8	3,9	3,1	3,5	2,0
Viski	**N**	1	0	1	0	2	0
	%	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0
Diğer	**N**	5	0	0	0	5	0
	%	3,9	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0
Ayda kaç kez alkol kullanıyorsunuz?							
≤4	**N**	16	5	9	11	25	16
	%	12,6	3,9	7,0	8,6	9,8	6,3
>4	**N**	1	0	1	0	2	0
	%	0,8	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0

Tablo 12 Devam. Bireylerin alkol kullanma durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Tek seferde tüketilen alkolün türüne göre miktarı nedir?							
Bira	**mL**	1002,86	622,75	915,00	256,67	970,91	465,86
Şarap	**mL**	0,0	0,0	0,0	162,50	0,0	162,50
Rakı	**mL**	203,75	100,00	95,00	81,25	143,33	85,00
Viski	**mL**	100,00	0,0	45,00	0,0	72,5	0,0
Diğer	**mL**	62,00	0,0	0,0	0,0	62,00	0,0

		1.Grup (n: 128)	2.Grup (n: 128)	Toplam (n: 256)
Tek seferde tüketilen alkolün türüne göre miktarı nedir?				
Bira	**mL**	864,64	632,86	774,50
Şarap	**mL**	0,0	162,50	162,50
Rakı	**mL**	183,00	88,89	122,50
Viski	**mL**	100,00	45,00	72,50
Diğer	**mL**	62,00	0,0	62,00

Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Öğün Tüketimlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 13'de bireylerin yeterli ve dengeli beslenme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tüm bireylerin %35,1'i yeterli ve dengeli beslendiğini düşünüyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %12,1 ve %23,0'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %30,5'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %39,8'i yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir. Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünen 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %15,6 ve %14,8, 2.grup için %8,6 ve %31,3'tür. Tüm bireylerin %35,1'i yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmüyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %11,7 ve %23,4'dür. Akdeniz diyet

skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %38,3'ü, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %32,0'si yeterli ve dengeli beslenmediğini düşünmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmediğini düşünen 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %14,8 ve %23,4, 2.grup için %8,6 ve %23,4'dür. Tüm bireylerin %29,7'si bazen yeterli ve dengeli beslendiklerini düşünmektedir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %9,0 ve %20,7'dir.

Tablo 13. Bireylerin yeterli ve dengeli beslenme durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?							
Evet	**N**	20	19	11	40	31	59
	%	15,6	14,8	8,6	31,3	12,1	23,0
Hayır	**N**	19	30	11	30	30	60
	%	14,8	23,4	8,6	23,4	11,7	23,4
Bazen	**N**	16	24	7	29	23	53
	%	12,5	18,8	5,5	22,7	9,0	20,7

Tablo 14'de bireylerin günlük tüketilen öğün sayılarına göre dağılımı verilmiştir. Bireylerden ana öğün yapmayan bulunmamaktadır. Tüm bireylerin %52'si 3 ana öğün yapmaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %16,0 ve %35,9'dur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %46,1'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %57,8'i 3 ana öğün yapmaktadır. 3 ana öğün yapan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %20,3 ve %25,8, 2.grup için %11,7 ve %46,1'dir. 1.grupta bireylerin %0,8'i 5 ana öğün yaparken, 2.grupta 5 ana öğün yapan birey bulunmamaktadır. Tüm bireylerin %40,2'si 2 ara öğün yapmaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %10,5 ve %29,7'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %40,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %39,8'i 2 ara öğün yapmaktadır. 2 ara öğün yapan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için

%15,6 ve %25,0, 2.grup için %5,5 ve %34,4'dür. 1.grupta bireylerin %0,8'i ara öğün yapmazken, 2.grupta ara öğün yapmayan bulunmamaktadır.

Tablo 14. Bireylerin günlük tüketilen öğün sayılarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Tüketilen ana öğün sayısı nedir?							
Öğün yapmıyor	**N**	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1 ana öğün	**N**	1	2	2	1	3	3
	%	0,8	1,6	1,6	0,8	1,2	1,2
2 ana öğün	**N**	24	38	12	39	36	77
	%	18,8	29,7	9,4	30,5	14,1	30,1
3 ana öğün	**N**	26	33	15	59	41	92
	%	20,3	25,8	11,7	46,1	16,0	35,9
4 ana öğün	**N**	3	0	0	0	3	0
	%	2,3	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0
5 ana öğün	**N**	1	0	0	0	1	0
	%	0,8	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
Tüketilen ara öğün sayısı nedir?							
Öğün yapmıyor	**N**	0	1	0	0	0	1
	%	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,4
1 ara öğün	**N**	17	19	14	23	31	42
	%	13,3	14,8	10,9	18,0	12,1	16,4
2 ara öğün	**N**	20	32	7	44	27	76
	%	15,6	25,0	5,5	34,4	10,5	29,7
3 ara öğün	**N**	4	9	2	20	6	29
	%	3,1	7,0	1,6	15,6	2,3	11,3
4 ara öğün	**N**	4	3	0	1	4	4
	%	3,1	2,3	0,0	0,8	1,6	1,6

Tablo 15'de bireylerin ana öğün tüketim sürelerinin dağılımları verilmiştir. Bireylerin %49,6'sı kahvaltı öğününü 11-20 dakika arasında tüketmektedir. Bu bireylerin %13,3'ü erkek, %36,3'ü kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %44,5'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %54,7'si kahvaltısını 11-20 dakika arasında tüketmektedir. Tüm bireylerin %50,8'i, Akdeniz diyet skoru düşük olanların %45,3'ü ve yüksek olanların %56,3'ü öğle öğününü 11-20 dakika arasında tüketmektedir. Tüm bireylerin %46,1'1 akşam yemeğini 11-20 dakika arasında tüketirken, bu sıklıklar Akdeniz diyet skoru düşük ve yüksek olan gruplarda sırasıyla %39,68 ve %52,3'dür.

Tablo 15. Bireylerin ana öğün tüketim sürelerinin dağılımları

		1.Grup (n: 128)		**2.Grup (n: 128)**		**Toplam (n: 256)**	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Kahvaltı tüketim süresi (dk)							
0-10	**N**	24	22	10	24	34	46
	%	18,8	17,2	7,8	18,8	13,3	18,0
11-20	**N**	20	37	14	56	34	93
	%	15,6	28,9	10,9	43,8	13,3	36,3
21-30	**N**	10	13	5	13	15	26
	%	7,8	10,2	3,9	10,2	5,9	10,2
31 ve daha fazla	**N**	1	1	0	6	1	7
	%	0,8	0,8	0,0	4,7	0,4	2,7
Öğlen yemeği tüketim süresi (dk)							
0-10	**N**	22	26	8	24	30	50
	%	17,2	20,3	6,3	18,8	11,7	19,5
11-20	**N**	21	37	16	56	37	93
	%	16,4	28,9	12,5	43,8	14,5	36,3
21-30	**N**	11	8	5	13	16	21
	%	8,6	6,3	3,9	10,2	6,3	8,2
31 ve daha fazla	**N**	1	2	0	6	1	8
	%	0,8	1,6	0,0	4,7	0,4	3,1

Tablo 15 Devam. Bireylerin ana öğün tüketim sürelerinin dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Akşam yemeği tüketim süresi (dk)							
0-10	**N**	19	19	8	23	27	42
	%	14,8	14,8	6,3	18,0	10,5	16,4
11-20	**N**	19	32	17	50	36	82
	%	14,8	25,0	13,3	39,1	14,1	32,0
21-30	**N**	14	20	1	19	15	39
	%	10,9	15,6	0,8	14,8	5,9	15,2
31 ve daha fazla	**N**	3	2	3	7	6	9
	%	2,3	1,6	2,3	5,5	2,3	3,5

Tablo 16'da bireylerin ana öğün tüketim durumu ve tüketim alışkanlıklarına göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %32,8'i ana öğün atlamaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %10,5 ve %22,3'tür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %36,0'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %29,7'si ana öğün atlamaktadır. Ana öğün atlayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %14,1 ve %21,9, 2.grup için %7,0 ve %22,7'dir. Tüm bireylerin %18,8'i ana öğün atlamamaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %6,3 ve %12,5'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %18,7'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %18,8'i ana öğün atlamamaktadır. Ana öğün atlamayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %7,8 ve %10,9, 2.grup için %4,7 ve %14,1'dir. 1. gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %55,8'i öğlen ana öğününü atlarken, 2.gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %53,9'u öğlen ana öğününü atlamaktadır. Her iki grupta da en az akşam ana öğünü atlanmaktadır. Ana öğün atlayan bireylerin %4,3'ü akşam ana öğününü atlamaktadır. Akşam ana öğünü atlayan bireylerin %1,4'ü erkek, %2,9'u kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %2,9'u akşam öğününü atlarken, akşam ana öğün atlayanların %1,0'i erkek, %1,9'u kadındır. Akdeniz diyet skoru

yüksek olan 2.gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %5,7'si akşam ana öğününü atlarken, akşam ana öğün atlayanların %1,9'u erkek, %3,8'i kadındır. Her iki grupta da en fazla genellikle ana öğün atlama nedeni alışkanlık olmamasından kaynaklanmaktadır. Ana öğün atlayan bireylerin %40,3'ü alışkanlık olmadığı için ana öğün atlamaktadır. Alışkanlık olmadığı için ana öğünü atlayan bireylerin %11,5'u erkek, %28,8'i kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %48,1'i alışkanlık olmadığı için ana öğünü atlarken, alışkanlık olmadığından dolayı atlayanların %15,4'ü erkek, %32,7'si kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %32,7'si alışkanlık olmadığı için ana öğünü atlarken, alışkanlık olmadığından dolayı atlayanların %7,7'si erkek, %25,0'i kadındır.

Tablo 16. Bireylerin ana öğün tüketim durumu ve tüketim alışkanlıklarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Ana öğün atlar mısınız?							
Atlamıyor	**N**	10	14	6	18	16	32
	%	7,8	10,9	4,7	14,1	6,3	12,5
Atlıyor	**N**	18	28	9	29	27	57
	%	14,1	21,9	7,0	22,7	10,5	22,3
Bazen atlıyor	**N**	27	31	14	52	41	83
	%	21,1	24,2	10,9	40,6	16,0	32,4
Genellikle hangi ana öğünü atlarsınız?							
Sabah	**N**	23	20	12	30	35	50
	%	22,1	19,3	11,5	28,8	16,8	24,0
Öğle	**N**	21	37	9	47	30	84
	%	20,2	35,6	8,7	45,2	14,4	40,4
Akşam	**N**	1	2	2	4	3	6
	%	1,0	1,9	1,9	3,8	1,4	2,9

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 16 Devam. Bireylerin ana öğün tüketim durumu ve tüketim alışkanlıklarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Ana öğün atlama nedeniniz nedir? *							
Zamanım yok	**N**	13	17	10	17	23	34
	%	12,5	16,3	9,6	16,3	11,1	16,3
Geç kalıyorum	**N**	21	14	9	36	30	50
	%	20,2	13,5	8,7	34,6	14,4	24,0
Alışkanlığım yok	**N**	16	34	8	26	24	60
	%	15,4	32,7	7,7	25,0	11,5	28,8
Canım istemiyor,							
iştahsızım	**N**	14	22	10	18	24	40
	%	13,5	21,2	9,6	17,3	11,5	19,2
Kurs, spor vb. Faaliyetlerim							
nedeniyle	**N**	3	2	5	7	8	9
	%	2,9	1,9	4,8	6,7	3,8	4,3
Hazırlanmadığı için							
	N	10	5	2	6	12	11
	%	9,6	4,8	1,9	5,8	5,8	5,3
Diğer	**N**	8	5	2	13	10	18
	%	7,7	4,8	1,9	12,5	4,8	8,7

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 17'de bireylerin ara öğün tüketim durumu ve tüketim alışkanlıklarına göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %61,7'si ara öğün atlamaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %23,4 ve %38,3'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %67,3'ü, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %56,2'si ara öğün atlamaktadır. Ara öğün atlayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %31,3 ve %36,0, 2.grup için %15,6 ve %40,6'dır. Tüm bireylerin %9,4'ü ara öğün

atlamamaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %2,0 ve %7,4'tür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %10,1'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %8,6'sı ara öğün atlamamaktadır. Ara öğün atlamayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %3,1 ve %7,0, 2.grup için %0,8 ve %7,8'dir. Her iki grupta da en az genellikle gece ara öğünü atlanmaktadır. Ara öğün atlayan bireylerin %32,8'i gece ara öğününü atlamaktadır. Gece ara öğünü atlayan bireylerin %12,1'i erkek, %20,8'i kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki ara öğün atlayan bireylerin %16,9'u gece ara öğününü atlarken, gece ara öğün atlayanların %13,0'ü erkek, %13,9'u kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki ara öğün atlayan bireylerin %38,5'i gece ara öğününü atlarken, gece ara öğün atlayanların %11,1'i erkek, %27,4'ü kadındır.

Tablo 17. Bireylerin ara öğün tüketim durumu ve tüketim alışkanlıklarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Ara öğün atlar mısınız?							
Atlıyor	**N**	40	46	20	52	60	98
	%	31,3	36,0	15,6	40,6	23,4	38,3
Atlamıyor	**N**	4	9	1	10	5	19
	%	3,1	7,0	0,8	7,8	2,0	7,4
Bazen atlıyor	**N**	11	18	8	37	19	55
	%	8,6	14,1	6,2	28,9	7,4	21,5
Genellikle hangi ara öğünü atlarsınız? *							
Kuşluk	**N**	30	43	17	47	47	90
	%	26,1	37,4	14,5	40,2	20,3	38,8
İkindi	**N**	36	36	19	45	55	81
	%	31,3	31,3	16,2	38,5	23,7	34,9
Gece	**N**	15	16	13	32	28	48
	%	13,0	13,9	11,1	27,4	12,1	20,7

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 18'de bireylerin kahvaltı tüketim durumu ve kahvaltının tüketildiği yere göre dağılımı verilmiştir. Bireylerin %30,1'i düzenli kahvaltı yapmamaktadır. Bu bireylerin %12,9'u erkek, %17,2'si kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %64,8'i düzenli kahvaltı yaparken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerinde %75'i düzenli kahvaltı yapmaktadır. 1.gruptaki bireylerin %35,2'si kadın olmak üzere toplamda %50,8'i evde kahvaltı yaparken, 2. gruptaki bireylerin %53,9'u kadın olmak üzere toplamda %64,1'i evde kahvaltı yapmaktadır.

Tablo 18. Bireylerin kahvaltı tüketim durumu ve kahvaltının tüketildiği yere göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Düzenli kahvaltı yapar mısınız?							
Evet	**N**	32	51	19	77	51	128
	%	25,0	39,8	14,8	60,2	19,9	50,0
Hayır	**N**	23	22	10	22	33	44
	%	18,0	17,2	7,8	17,2	12,9	17,2
Kahvaltıyı genellikle nerede yaparsınız?							
Evde	**N**	20	45	13	69	33	114
	%	15,6	35,2	10,2	53,9	12,9	44,5
İşyerinde	**N**	12	6	6	8	18	14
	%	9,4	4,7	4,7	6,3	7,0	5,5

Tablo 19'da bireylerin hafta içi ve hafta sonu öğün saatlerinin düzenine ve öğünlerin nasıl tükettiğine göre dağılımı verilmiştir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %50,0'sinin hafta içi öğün saatleri düzensizken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %39,8'nin hafta içi öğün saatleri düzensizdir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %39'unun hafta sonu öğün saatleri düzenliyken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %38,3'ünün hafta sonu öğün saatleri düzenlidir. 1.

gruptaki bireylerin %60,1'i, 2 gruptaki bireylerinde %71,1'i ailesi ile birlikte öğünlerini yapmaktadır.

Tablo 19. Bireylerin hafta içi ve hafta sonu öğün saatlerinin düzenine ve öğünleri nasıl tükettiğine göre dağılımı

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Hafta içi öğün saatleri düzenli mi?							
Hayır	**N**	31	33	14	37	45	70
	%	24,2	25,8	10,9	28,9	17,6	27,3
Evet	**N**	24	40	15	62	39	102
	%	18,8	31,2	11,7	48,4	15,2	39,8
Hafta sonu öğün saatleri düzenli mi?							
Hayır	**N**	36	42	19	60	55	102
	%	28,1	32,8	14,8	46,8	21,5	39,8
Evet	**N**	19	31	10	39	29	70
	%	14,8	24,2	7,8	30,4	11,3	27,3
Öğünleri genellikle nasıl tüketirsiniz?							
Yalnız	**N**	14	17	4	18	18	35
	%	10,9	13,3	3,1	14,0	7,0	13,7
Arkadaşlarımla	**N**	11	9	7	8	18	17
	%	8,6	7,0	5,5	6,2	7,0	5,9
Ailemle	**N**	30	47	18	73	48	120
	%	23,4	36,7	14,0	57,0	18,8	46,9

Tablo 20'de bireylerin ev dışında öğün tüketme durumu ve ev dışında tüketilen öğünlerin durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tüm bireylerin %73,1'i ev dışında yemek yemektedir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %30,1 ve %43,0'dür.

Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %75,8'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %70,3'ü ev dışında yemek yemektedir. Ev dışında yemek yiyen 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %38,3 ve %37,5, 2.grup için %21,9 ve %48,4'dür. Her iki grupta da çoğunlukla öğlen öğünleri ev dışında tüketilmektedir. Ev dışında yemek yiyen bireylerin %65,7'si öğlen öğününü ev dışında yemektedir. Öğlen öğününü dışarıda yiyen bireylerin %29,9'u erkek, %35,8'i kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki ev dışında yemek yiyen bireylerin %68,0'i öğlen öğününü dışarıda yerken, öğlen öğününü dışarıda yiyenlerin %38,1'i erkek, %29,9'u kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki ev dışında yemek yiyen bireylerin %63,3'ü öğlen öğününü dışarıda yerken, öğlen öğününü dışarıda yiyenlerin %21,1'i erkek, %42,2'si kadındır.

Tablo 20. Bireylerin ev dışında öğün tüketme durumu ve ev dışında tüketilen öğünlerin durumuna göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		**2.Grup (n: 128)**		**Toplam (n: 256)**	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Ev dışında yemek yer misiniz?							
Hayır	**N**	6	25	1	37	7	62
	%	4,7	19,5	0,8	29,0	2,7	24,2
Evet	**N**	49	48	28	62	77	110
	%	38,3	37,5	21,9	48,4	30,1	43,0
Ev dışında tüketilen öğün hangileridir? *							
Kahvaltı	**N**	16	9	6	12	22	21
	%	16,5	9,3	6,7	13,3	11,8	11,2
Öğle	**N**	37	29	19	38	56	67
	%	38,1	29,9	21,1	42,2	29,9	35,8
Akşam	**N**	35	26	16	40	51	66
	%	36,1	26,8	17,8	44,4	27,3	35,3

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 21'de bireylerin duygusal durumlarının yemek yemelerine etkisine göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %60,5'i yemek yerken duygusal durumlarından etkilenmiştir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %15,2 ve %45,3'dür. Tüm bireylerin %39,5'i yemek yerken duygusal durumlarından etkilenmemiştir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %17,6 ve %21,9'dur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %27,3'ünün sevinçliyken yemek yeme potansiyeli artarken Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %25'inde artmaktadır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %19,5'inde üzüntülüyken yemek yeme potansiyeli artmaktadır. Bu bireylerin %6,3'ü erkek, %13,3'ü kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %28,9'unda üzüntülüyken yemek yeme potansiyeli artmaktadır. Bu bireylerin %1,6'sı erkek, %27,3'ü kadındır.

Tablo 21. Bireylerin duygusal durumlarının yemek yemelerine etkisine göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		**2.Grup (n: 128)**		**Toplam (n: 256)**	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Duygusal durumunuz yemek yemenizi etkiler mi?							
Evet	**N**	27	49	12	67	39	116
	%	21,1	38,3	9,4	52,3	15,2	45,3
Hayır	**N**	28	24	17	32	45	56
	%	21,9	18,8	13,3	25,0	17,6	21,9
Sevinçliyken nasıl etkilenir?							
Artar	**N**	19	16	7	25	26	41
	%	14,8	12,5	5,5	19,5	10,2	16,0
Azalır	**N**	5	9	3	12	8	21
	%	3,9	7,0	2,3	9,4	3,1	8,2
Değişmez	**N**	4	23	2	31	6	54
	%	3,1	18,0	1,6	24,2	2,3	21,1

Tablo 21 Devam. Bireylerin duygusal durumlarının yemek yemelerine etkisine göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Üzüntülüyken nasıl etkilenir?							
Artar	**N**	8	17	2	35	10	52
	%	6,3	13,3	1,6	27,3	3,9	20,3
Azalır	**N**	15	24	10	26	25	50
	%	11,7	18,8	7,8	20,3	9,8	19,5
Değişmez	**N**	5	7	0	7	5	14
	%	3,9	5,5	0,0	5,5	2,0	5,5
Sinirliyken nasıl etkilenir?							
Artar	**N**	12	20	3	26	15	46
	%	9,4	15,6	2,3	20,3	5,9	18,0
Azalır	**N**	8	18	9	19	17	37
	%	6,3	14,0	7,0	14,8	6,6	14,5
Değişmez	**N**	8	10	0	23	8	33
	%	6,3	7,8	0,0	18,0	3,1	12,9

Tablo 22'de bireylerin bitkisel ürün kullanımı ve bitkisel ürün kullananların, kullanım amaçlarına göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %61,3'ü bitkisel ürün kullanmıyor. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %66,4'ü, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %56,3'ü bitkisel ürün kullanmıyor. Bitkisel ürün kullanmayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %30,5 ve %35,9, 2.grup için %12,5 ve %43,8'dir. Tüm bireylerin %38,6'sı bitkisel ürün kullanıyor. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %33,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %43,8'i bitkisel ürün kullanıyor. Bitkisel ürün kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %12,5 ve %21,1, 2.grup için %10,2 ve %33,6'dır. Zayıflamak için bitkisel ürün kullanan bireylerin %12,1'i erkek, %42,4'ü kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bitkisel ürün kullanan bireylerin %53,5'i bitkisel ürünü zayıflamak için kullanırken,

zayıflamak için kullananların %18,6'sı erkek, %34,9'u kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki bitkisel ürün kullanan bireylerin %55,3'ü bitkisel ürünü zayıflamak için kullanırken, zayıflamak için kullananların %7,1'i erkek, %48,2'si kadındır.

Tablo 22. Bireylerin bitkisel ürün kullanımı ve bitkisel ürün kullananların, kullanım amaçlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Bitkisel ürün kullanıyor musunuz?							
Evet	**N**	16	27	13	43	29	70
	%	12,5	21,1	10,2	33,6	11,3	27,3
Hayır	**N**	39	46	16	56	55	102
	%	30,5	35,9	12,5	43,8	21,5	39,8
Bitkisel ürün kullanıyorsanız kullanma amacınız nedir? *							
Zayıflama için	**N**	8	15	4	27	12	42
	%	18,6	34,9	7,1	48,2	12,1	42,4
Hastalıklardan korunmak için	**N**	2	5	3	10	5	15
	%	4,7	11,6	5,4	17,9	5,1	15,2
Yaşlanmayı geciktirmek için	**N**	1	0	0	5	1	5
	%	2,3	0,0	0,0	8,9	1,0	5,1
Hastalığım için	**N**	2	1	0	3	2	4
	%	4,7	2,3	0,0	5,4	2,0	4,0
Doktor öneriyor	**N**	3	2	2	5	5	7
	%	7,0	4,7	3,6	8,9	5,1	7,1
Diğer	**N**	3	10	5	10	8	20
	%	7,0	23,3	8,9	17,9	8,1	20,2

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 23'de bireylerin besin desteği kullanımı ve besin desteği kullananların besin desteklerine göre dağılımları verilmiştir. Tüm bireylerin %82,1'i besin desteği kullanmıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %26,6 ve %55,5'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %83,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %80,5'i besin desteği kullanmıyor. Besin desteği kullanmayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %35,9 ve %47,7, 2.grup için %17,2 ve %63,3'dür. Tüm bireylerin %17,2'si besin desteği kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %5,9 ve %11,3'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %15,7'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %18,8'i besin desteği kullanıyor. Besin desteği kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %6,3 ve %9,4, 2.grup için %5,5 ve %13,3'dür. Besin desteği kullanan bireylerin %68,2'si vitamin kullanmaktadır. Vitamin kullanan bireylerin %20,5'i erkek, %47,7'si kadındır. Her iki grupta da besin desteği olarak kullanılan çoğunlukla vitamindir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki besin desteği kullanan bireylerin %60,0'ı vitamin kullanırken, vitamin kullananların %20,0'si erkek, %40,0'ı kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki besin desteği kullanan bireylerin %75,0'i vitamin kullanırken, vitamin kullananların %20,8'i erkek, %54,2'si kadındır.

Tablo 23. Bireylerin besin desteği kullanımı ve besin desteği kullananların besin desteklerine göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Besin desteği kullanıyor musunuz?							
Hayır	**N**	46	61	22	81	68	142
	%	35,9	47,7	17,2	63,3	26,6	55,5
Evet	**N**	8	12	7	17	15	29
	%	6,3	9,4	5,5	13,3	5,9	11,3
Bilmiyorum	**N**	1	0	0	1	1	1
	%	0,8	0,0	0,0	0,8	0,4	0,4

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 23 Devam. Bireylerin besin desteği kullanımı ve besin desteği kullananların besin desteklerine göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Besin desteği olarak ne kullanırsınız? *							
Vitamin	**N**	4	8	5	13	9	21
	%	20,0	40,0	20,8	54,2	20,5	47,7
Mineral	**N**	0	0	1	4	1	4
	%	0,0	0,0	4,2	16,7	2,3	9,1
Omega-3	**N**	2	1	1	3	3	4
	%	10,0	5,0	4,2	12,5	6,8	9,1
Karma	**N**	2	3	3	2	5	5
	%	10,0	15,0	12,5	8,3	11,4	11,4

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 24'de bireylerin aktivite yapma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Bireylerin %61,7'si düzenli spor ve egzersiz yapmıyor. Bu bireylerinde %21,5'i erkek, %40,2'si bayandır. Bireylerin %38,3'ü düzenli spor ve egzersiz yapıyor. Bu bireylerinde %11,3'ü erkek, %27,0'si bayandır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %5,7'si her gün düzenli olarak spor ve egzersiz yaparken bu bireylerin tamamı kadınlardan oluşmaktadır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %11,1'i her gün düzenli spor ve egzersiz yaparken bu bireylerin %4,8'i erkek, %6,3'ü bayanlardan oluşmaktadır. Her iki grupta da yapılan spor ve egzersizin türü çoğunlukla yürüyüştür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %60,0'ı yürüyüş yaparken bu bireylerin %22,9'u erkek, %37,1'i kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %74,6'sı yürüyüş yaparken bu bireylerin %14,3'ü erkek, %60,3'ü kadındır.

Tablo 24. Bireylerin aktivite yapma durumlarına göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Toplam (n: 256)	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Düzenli spor/egzersiz yapıyor musunuz?							
Hayır	**N**	40	53	15	50	55	103
	%	31,3	41,4	11,7	39,0	21,5	40,2
Evet	**N**	15	20	14	49	29	69
	%	11,7	15,6	10,9	38,3	11,3	27,0
Haftada yapılan spor/egzersiz sıklığı nedir?							
Haftada 3-6 gün	**N**	15	18	11	45	26	63
	%	42,9	51,4	17,5	71,4	26,5	64,3
Her gün	**N**	0	2	3	4	3	6
	%	0,0	5,7	4,8	6,3	3,1	6,1
Yapılan spor/egzersiz türü nedir? *							
Yürüyüş	**N**	8	13	9	38	17	51
	%	22,9	37,1	14,3	60,3	17,3	52,0
Kardio	**N**	4	0	3	0	7	0
	%	11,4	0,0	4,8	0,0	7,1	0,0
Pilates	**N**	0	4	0	9	0	13
	%	0,0	11,4	0,0	14,3	0,0	13,3
Fitness	**N**	7	1	5	3	12	4
	%	20,0	2,9	7,9	4,8	12,2	4,1
Diğer	**N**	2	5	3	2	5	7
	%	5,7	14,3	4,8	3,2	5,1	7,1

* Birden fazla cevap üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 25'de fiziksel aktivite yapan bireylerin aktivite sürelerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Aktivite yapan bireylerin aktivite süreleri incelendiğinde

bütün bireylerin yaptığı ortalama aktivite süresi 192,38±107,77 dakika/hafta'dır. Erkekler ortalama 216,14±120,65 dakika/hafta, kadınlar ortalama 182,39±101,15 dakika/hafta aktivite yapmaktadır. Fiziksel aktivite yapan bireylerin Q1, Q2, Q3 ve Q4 çeyrek değer gruplarına göre ortalamaları sırası ile 193,14±121,04, 188,57±109,15, 194,57±111,73 ve 186,25±74,98'dir. Fiziksel aktivite yapan erkek, kadın ve toplam bireylerin aktivite ortalama süreleri ile Akdeniz diyet skoru çeyrek değer grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır (p=0,426), (p=0,816) ve (p=0,984).

Tablo 25. Fiziksel aktivite yapan bireylerin aktivite sürelerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	Akdeniz Diyet Skoru Çeyrek Değer Genişlikleri					
	Q1*	**Q2***	**Q3***	**Q4***	**Toplam**	**p*****
Cinsiyet						
Erkek						
N	14	1	13	1	29	
Ortalama aktivite						
(dk/hafta) **(X)**	192,36	180,00	241,15	260,00	216,14	0,426
(SS)	135,50	-	111,66	-	120,65	
Kadın						
N	14	6	34	15	69	
Ortalama aktivite						
(dk/hafta) **(X)**	193,93	190,00	176,76	181,33	182,39	0,816
(SS)	109,85	119,50	108,10	74,89	101,15	
Toplam						
N	28	7	47	16	98	
Ortalama aktivite						
(dk/hafta) **(X)**	193,14	188,57	194,57	186,25	192,38	0,984
(SS)	121,04	109,15	111,73	74,98	107,77	

*: Q1: 1. Çeyrek değer , Q2: 2. Çeyrek değer ,Q3: 3. Çeyrek değer , Q4: 4. Çeyrek değer, **p<0,05 ;
***Kruskal Wallis testi

Tablo 26'da Bireylerin son 6 ayda vücut ağırlığı değişimlerine göre dağılımları verilmiştir. Bireylerin %24,2'sinde son 6 ay içinde vücut ağırlığında değişim olmamıştır. Bu bireylerin %8,2'si erkek, %16,0'sı kadındır. Bireylerin %68,0'inde vücut ağırlığında değişim

olmuştur. Bu bireylerinde %22,3'ü erkek, %45,7'si bayandır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. grupta toplamda 361 kg artış olmuştur ve bu artış erkeklerde toplamda 192 kg, kadınlarda 169 kg olmuştur. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. grupta toplamda 229 kg artış olmuştur ve bu artış erkeklerde 52 kg, kadınlarda 177 kg olmuştur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. grupta toplamda 220 kg azalma olmuştur ve bu azalma erkeklerde toplamda 74 kg, kadınlarda 146 kg olmuştur. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. grupta toplamda 387 kg azalma olmuştur ve bu azalma erkeklerde 51 kg, kadınlarda 336 kg olmuştur.

Tablo 26. Bireylerin son 6 ayda vücut ağırlığı değişimlerine göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)		**2.Grup (n: 128)**		**Toplam (n: 256)**	
		Erkek	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**	**Erkek**	**Kadın**
Son 6 ayda vücut ağırlığında değişim oldu mu?							
Hayır	**N**	16	20	5	21	21	41
	%	12,5	15,6	3,9	16,4	8,2	16,0
Evet	**N**	36	48	21	69	57	117
	%	28,1	37,5	16,4	53,9	22,3	45,7
Bilmiyorum	**N**	3	5	3	9	6	14
	%	2,3	3,9	2,3	7,0	2,3	5,5
Vücut ağırlığında kaç kg artış oldu?							
Kişi sayısı	**(N)**	25	21	12	29	37	50
Toplam kg artışı		192	169	52	177	244	346
Ortalama	**(X)**	7,68	8,05	4,33	6,10	6,59	6,92
Standart sapması	**(SS)**	4,56	7,18	2,02	5,81	4,20	6,42
Vücut ağırlığında kaç kg azalma oldu?							
Kişi sayısı	**(N)**	11	27	9	41	20	68
Toplam kg azalması		74	146	51	336	125	482
Ortalama	**(X)**	6,73	5,41	5,67	8,20	6,25	7,09
Standart sapması	**(SS)**	2,97	2,06	3,12	8,59	3,01	6,90

Tablo 26 Devam. Bireylerin son 6 ayda vücut ağırlığı değişimlerine göre dağılımları

	1.Grup (n: 128)	2.Grup (n: 128)	Toplam (n: 256)
Vücut ağırlığında kaç kg artış oldu?			
Kişi sayısı **(N)**	46	41	87
Toplam kg artışı	361	229	590
Ortalama **(X)**	7,85	5,59	6,78
Standart sapması **(SS)**	5,83	5,04	5,56
Vücut ağırlığında kaç kg azalma oldu?			
Kişi sayısı **(N)**	38	50	88
Toplam kg azalması	220	387	607
Ortalama **(X)**	5,79	7,74	6,90
Standart sapması **(SS)**	2,40	7,92	6,22

Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 27'de bireylerin antropometrik ölçümlerinin ortalamaları Akdeniz diyet skoru çeyrek değer gruplarına göre verilmiştir. Erkeklerin ortalama boy uzunluğu 174,49±6,60 cm, kadınların ortalama boy uzunluğu 158,86±6,32 cm'dir. Boyun uzunluğu erkek ve kadın Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin ortalama vücut ağırlığı 98,90±23,83 kg, kadınların ortalama vücut ağırlığı 81,11±15,48 kg'dır. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça vücut ağırlığı anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$). Erkek bireylerin BKİ ortalaması 32,38±7,10 kg/m2', kadın bireylerin BKİ ortalaması 32,29±6,13 kg/m2'dir. Akdeniz diyetine daha uyumlu beslenen bireylerde BKİ istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0,05$). Erkek ve kadın bireylerin vücut yağ oranı, Akdeniz diyet skoru en yüksek olan grupta en düşük düzeydedir ($p<0,05$). Vücut kas oranı ortalaması bakımından erkek Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmazken ($p>0,05$), bu oran kadın Akdeniz diyet skoru grupları arasında anlamlı olarak artmaktadır ($p<0,05$). Erkek ve kadın bireylerin vücut su oranı, Akdeniz diyet skoru en yüksek olan grupta en yüksek düzeydedir ($p<0,05$). Akdeniz diyet

skoru arttıkça erkek ve kadın bireylerin yağ kütlesi (kg), kas ağırlığı (kg), vücut suyu (kg) ve BMH'larının (kkal/gün) ortalama düzeyleri azalmaktadır ve gruplar arası farklılıklar anlamlıdır ($p<0,05$). Erkeklerin ortalama bel çevresi 102,54±14,65 cm, kadınların ortalama bel çevresi 96,22±11,19 cm'dir. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin ortalama kalça çevresi 111,99±13,26 cm, kadınların ortalama kalça çevresi 109,60±10,53 cm'dir. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$). Erkek bireylerin bel/kalça oranı 0,91±0,06, kadın bireylerin bel/kalça oranı 0,88±0,05'dır ve kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmazken($p>0,05$), erkek bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Erkek bireylerin bel/boy oranı 0,59±0,08, kadın bireylerin bel/boy oranı 0,61±0,08'dir ve Akdeniz diyet skoru arttıkça bu oran anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin ortalama boyun çevresi 40,55±3,63 cm, kadınların ortalama boyun çevresi 36,78±2,93 cm'dir. Erkek ve kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	Akdeniz Diyet Skoru Çeyrek Değer Genişlikleri					
	Q1* **X ± SS**	**Q2*** **X ± SS**	**Q3*** **X ± SS**	**Q4*** **X ± SS**	**Toplam** **X ± SS**	**p*****
Boy Uzunluğu (cm)						
Erkek	174,98±6,75	175,43±6,02	173,63±6,76	171,00±1,41	174,49±6,60	0,609
Kadın	158,86±6,24	160,18±8,77	158,15±5,93	159,61±5,81	158,86±6,32	0,495
Toplam	166,30±10,34	164,63±10,64	162,65±9,36	160,26±6,25	163,99±9,75	0,008**
Vücut Ağırlığı (kg)						
Erkek	106,39±22,84	92,30±13,61	89,17±23,75	73,70±5,94	98,90±23,83	0,009**
Kadın	87,69±15,59	80,45±14,36	80,36±15,40	71,77±10,50	81,11±15,48	0,000**
Toplam	96,32±21,34	83,90±14,90	82,92±18,52	71,88±10,24	86,95±20,39	0,000**
BKİ (kg/m2)						
Erkek	34,66±6,72	29,94±3,85	29,48±7,20	25,25±2,47	32,38±7,10	0,007**
Kadın	34,84±6,35	31,43±5,69	32,20±5,77	28,58±4,64	32,29±6,13	0,000**
Toplam	34,75±6,49	31,00±5,18	31,41±6,30	28,39±4,59	32,32±6,45	0,000**
Yağ Oranı (%)						
Erkek	29,19±8,20	24,77±5,55	24,80±10,06	16,85±3,89	27,11±8,91	0,045**
Kadın	42,23±5,47	39,25±7,00	39,78±6,68	37,23±5,80	40,03±6,38	0,004**
Toplam	36,21±9,45	35,02±9,35	35,43±10,34	36,06±7,42	35,79±9,49	0,921

*: Q1: 1. Çeyrek değer , Q2: 2. Çeyrek değer , Q3: 3. Çeyrek değer , Q4: 4. Çeyrek değer , **p<0,05 ;
***Kruskal Wallis testi

Tablo 27 Devam. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	Akdeniz Diyet Skoru Çeyrek Değer Genişlikleri					
	Q1*	**Q2***	**Q3***	**Q4***	**Toplam**	**p*** **
	X ± SS	**X ± SS**	**X ± SS**	**X ± SS**	**X ± SS**	
Yağ Kütlesi (kg)						
Erkek	32,47±13,53	23,36±7,74	24,06±13,63	12,55±3,89	28,53±13,79	0,014**
Kadın	37,74±10,89	32,52±10,16	32,67±10,62	27,58±8,14	33,33±10,77	0,000**
Toplam	35,31±12,40	29,85±10,28	30,17±12,15	26,72±8,68	31,76±12,03	0,000**
Kas Oranı (%)						
Erkek	70,79±8,31	76,70±5,63	75,57±9,68	74,25±16,48	72,90±8,95	0,077
Kadın	57,87±5,48	60,74±7,01	60,23±6,68	62,70±5,87	59,99±6,37	0,006**
Toplam	63,84±9,46	65,40±9,86	64,68±10,34	63,36±6,92	64,22±9,50	0,900
Kas Kütlesi (kg)						
Erkek	74,06±11,03	68,96±7,07	65,52±11,64	70,03±14,61	70,79±11,54	0,034**
Kadın	49,87±5,18	48,14±5,67	47,70±6,89	45,01±3,91	47,93±5,95	0,000**
Toplam	61,03±14,72	54,21±11,35	52,87±11,75	46,44±7,44	55,43±13,52	0,000**
Vücut Su Oranı (%)						
Erkek	51,84±6,00	55,10±4,05	55,33±7,09	60,84±2,89	53,45±6,45	0,028**
Kadın	42,37±4,01	44,79±4,92	44,00±4,98	45,91±4,30	43,92±4,69	0,005**
Toplam	46,74±6,89	47,80±6,64	47,29±7,65	46,76±5,48	47,04±6,96	0,887
Vücut Su Kütlesi(kg)						
Erkek	54,12±8,14	50,49±5,18	47,98±8,52	44,75±1,48	51,62±8,45	0,018**
Kadın	36,63±3,97	35,51±4,12	34,99±5,08	32,95±2,85	35,19±4,43	0,000**
Toplam	44,70±10,75	39,88±8,19	38,76±8,59	33,63±3,93	40,59±9,81	0,000**
BMH (kkal/gün)						
Erkek **X**	2256,19	2048,14	1964,93	1831,00	2135,11	0,015**
SS	389,00	239,74	374,30	67,88	393,13	
Kadın **X**	1570,88	1485,12	1475,67	1382,00	1489,63	0,000**
SS	187,42	182,47	219,34	122,78	199,99	
Toplam **X**	1887,17	1649,33	1617,71	1407,66	1701,43	0,000**
SS	453,49	326,33	351,34	159,70	411,51	
Bel Çevresi (cm)						
Erkek	107,38±13,74	95,14±6,28	97,19±14,87	84,50±6,36	102,54±14,65	0,002**
Kadın	98,20±10,51	97,82±12,56	96,12±11,54	92,24±10,26	96,22±11,19	0,035**
Toplam	102,43±12,90	97,04±11,02	96,43±12,52	91,80±10,17	98,29±12,76	0,000**
Kalça Çevresi (cm)						
Erkek	116,50±12,05	107,71±6,75	106,37±13,52	94,50±13,44	111,99±13,26	0,002**
Kadın	112,89±9,80	109,53±10,94	109,38±10,59	104,52±9,69	109,60±10,53	0,002**
Toplam	114,56±10,99	109,00±9,79	108,51±11,52	103,94±9,96	110,39±11,53	0,000**

*: Q1: 1. Çeyrek değer , Q2: 2. Çeyrek değer , Q3: 3. Çeyrek değer , Q4: 4. Çeyrek değer , **p<0,05 ;
***Kruskal Wallis testi

Tablo 27 Devam. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	Akdeniz Diyet Skoru Çeyrek Değer Genişlikleri					
	Q1* X ± SS	Q2* X ± SS	Q3* X ± SS	Q4* X ± SS	Toplam X ± SS	p***
Boyun Çevresi (cm)						
Erkek	41,10±3,45	40,86±3,44	39,78±3,91	36,50±0,71	40,55±3,63	0,163
Kadın	37,54±3,04	36,47±2,83	36,61±2,99	36,00±2,46	36,78±2,93	0,115
Toplam	39,18±3,69	37,75±3,58	37,53±3,57	36,03±2,39	38,02±3,63	0,000**
Bel/Kalça						
Erkek	0,91±0,07	0,87±0,03	0,91±0,05	0,90±0,06	0,91±0,06	0,041**
Kadın	0,87±0,05	0,89±0,04	0,88±0,06	0,88±0,05	0,88±0,05	0,279
Toplam	0,89±0,07	0,88±0,04	0,89±0,06	0,88±0,05	0,89±0,06	0,694
Bel/Boy						
Erkek	0,61±0,08	0,53±0,04	0,56±0,08	0,50±0,04	0,59±0,08	0,002**
Kadın	0,62±0,08	0,61±0,09	0,61±0,07	0,58±0,07	0,61±0,08	0,028**
Toplam	0,62±0,08	0,59±0,09	0,59±0,08	0,57±0,07	0,60±0,08	0,003**

*: Q1: 1. Çeyrek değer , Q2: 2. Çeyrek değer , Q3: 3. Çeyrek değer , Q4: 4. Çeyrek değer , **p<0,05 ;
***Kruskal Wallis testi

Tablo 28'de bireylerin bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranına göre risk değerlerinin dağılımı verilmiştir. Bireylerin bel çevresinin kadınlarda ≥80 cm, erkeklerde ≥94 cm olması kronik hastalıklar açısından risk kabul edildiğinde, kadın bireylerin %94,8'inin, erkek bireylerin %70,2'sinin risk grubunda olduğu görülmektedir. Akdeniz diyet skoru yüksek olan erkek bireyler, Akdeniz diyet skoru düşük olan erkek bireylere göre daha az risk taşımaktadır (p<0,05). Kadınlarda risk grubunda olmayan birey sayısı az olduğundan gruplar arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır. Bel çevresinin kadınlarda ≥88 cm, erkeklerde ≥102 cm olması kronik hastalıklar açısından yüksek risk olarak değerlendirildiğinde, Akdeniz diyet skoru yüksek olan erkek bireyler, Akdeniz diyet skoru düşük olan erkek bireylere göre daha az risk taşımaktadır (p<0,05). Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylere göre yüksek risk bakımından değerlendirildiğinde kadın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Bel kalça oranının kadınlarda ≥0,85 cm, erkeklerde ≥0,90 cm olması kronik hastalıklar açısından risk kabul edildiğinde Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki kadın ve erkek bireylerin Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylere göre risk bakımından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Bel boy uzunluğu oranının kadın ve erkeklerde

≥0,50 cm olması kronik hastalıklar açısından risk kabul edildiğinde Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki kadın ve erkek bireylerin Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylere göre risk bakımından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 28. Bireylerin bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı risk değerlerine göre dağılımları

		1.Grup (n: 128)	2.Grup (n: 128)	Toplam (n:256)	Ki-Kare	p**
Bel Çevresi						
Kadın						
≥80 cm (risk)	**N**	70	93	163	-	-
	%	95,9	93,9	94,8		
≥88 cm (yüksek risk)	**N**	59	77	136	0,235	0,628
	%	80,8	77,8	79,1		
Erkek						
≥94 cm (risk)	**N**	45	14	59	10,220	0,001*
	%	81,8	48,3	70,2		
≥102 cm (yüksek risk)	**N**	33	8	41	7,984	0,005*
	%	60,0	27,6	48,8		
Bel/Kalça						
Kadın						
≥0,85 (risk)	**N**	55	80	135	0,443	0,389
	%	75,3	80,8	78,5		
Erkek						
≥0,90 (risk)	**N**	49	27	76	0,105	0,746
	%	89,1	93,1	90,5		
Bel/Boy						
Her iki cinsiyet için						
≥0,50 (risk)	**N**	120	116	236	0,868	0,352
	%	93,8	90,6	92,2		

*p<0,05 ; **Ki-kare testi

Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Verilerinin Değerlendirilmesi

Tablo 29'da Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği'ne göre her soruda 1 puan alan bireylerin dağılımları verilmiştir. Bireylerin en çok puan aldıkları ölçek sorusu günde pişmiş olarak 2 porsiyon ve üzeri, çiğ olarak 1 porsiyon ve üzeri sebze tüketimi ile ilgili olan sorudur. Bireylerin %81,7'si günde pişmiş olarak 2 porsiyon ve üzeri, çiğ olarak 1 porsiyon ve üzeri sebze tüketmektedir. Bu bireylerin %22,7'si erkek, %59,0'u kadındır. En çok puan aldıkları diğer sorular ise sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerin zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsaklı sos ile haftada 2 porsiyon veya daha fazla tüketilmesi (78,1), günde 1 porsiyondan az şekerli veya gazlı içecek tüketimidir (%64,1). Bireylerin tamamı haftada 7 kadeh veya daha fazla şarap tüketmediği için, hiçbir birey bu sorudan puan alamamıştır (%0,0). Bireylerin en az puan aldıkları sorular ise haftada 3 porsiyon veya daha fazla balık tüketimi (%9,4), Kırmızı ve işlenmiş et tüketiminin 1 porsiyondan az olması (18,7), haftada 3 porsiyon veya daha fazla kuru baklagil yemeği tüketimidir (%30,9). Bireylerin %54,3'ü mutfağında yağ olarak daha çok zeytinyağı kullanmaktadr. Bu bireylerin %13,3'ü erkek, %41,0'i kadındır. Günde 4 yemek kaşığı ve üzeri zeytinyağı tüketen bireyler tüm bireylerin %45,7'sidir. Bu bireylerin %10,5'1 erkek, %35,2'si kadındır. Bireylerin %35,5'i mutfağında günde 3 porsiyon ve üzeri meyve tüketmektedir. Günde 3 porsiyon ve üzeri meyve tüketen bireylerin %12,5'i erkek, %23,0'ü kadındır. Bireylerin %33,3'ü mutfağında günde 1 porsiyondan az tereyağı, margarin veya krema tüketmektedir. Günde 1 porsiyondan az tereyağı, margarin veya krema tüketen bireylerin %9,5'i erkek, %23,8'i kadındır. Bireylerin %61,6'sı haftada 3 defadan az ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri tüketmektedir. Haftada 3 defadan az ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri tüketen bireylerin %14,5'i erkek, %46,1'i kadındır.

Tablo 29. Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği'nde bir puan alan bireylerin dağılımları

Sorular	1 puan kriteri	Toplam (n: 256)			
		Erkek		Kadın	
		N	%	N	%
Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı mı kullanırsınız?	Evet	34	13,3	105	41,0
Günde ne kadar zeytinyağı tüketirsiniz?	≥4 yemek kaşığı	27	10,5	90	35,2
Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz?	≥2 porsiyon veya ≥1 porsiyon çiğ olarak)	58	22,7	151	59,0
Günde kaç porsiyon meyve (taze sıkılmış meyve suyu dahil) tüketirsiniz?	≥3 porsiyon	32	12,5	59	23,0
Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri (salam, sosis vb.) tüketirsiniz?	<1 porsiyon	10	3,9	38	14,8
Günde kaç porsiyon tereyağı, margarin ya da krema tüketirsiniz?	<1 porsiyon	23	9,5	61	23,8
Günde kaç adet şekerli ya da gazlı içecekler tüketirsiniz?	<1 porsiyon	45	17,6	119	46,5
Haftada kaç kadeh şarap içersiniz?	≥ 7 kadeh	0	0,0	0	0,0
Haftada kaç porsiyon kuru baklagil yemeği tüketirsiniz?	≥3 porsiyon	25	9,8	54	21,1
Haftada kaç porsiyon balık veya kabuklu deniz ürünleri tüketirsiniz?	≥3 porsiyon	8	3,1	16	6,3
Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri tüketirsiniz?	<3 defa	37	14,5	118	46,1
Haftada kaç porsiyon yağlı tohum (yer fıstığı dahil) tüketirsiniz?	≥3 porsiyon	42	16,1	82	32,0
Kırmızı et yerine (dana/koyun/kuzu eti, sucuk, sosis, köfte vb.) yerine beyaz et (hindi/tavuk eti) tüketmeyi tercih eder misiniz?	Evet	40	15,6	101	39,5
Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemekleri zeytinyağı,domates veya salça, soğan, sarımsak/pırasa'lı sos ile tüketirsiniz?	≥2 porsiyon	65	25,4	135	52,7

Tablo 30'da Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği'nde 1 puan kriterini sağlayan bireylerin medyan değer gruplarına göre dağılımları verilmiştir. Hiçbir birey haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketmemiştir. Bireylerin mutfakta daha çok yağ olarak zeytinyağı tüketimi Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. grupta (%78,1), Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruba kıyasla (%30,4) daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Zeytinyağının günde 4 yemek kaşığı ve daha fazla kullanımı Akdeniz diyet skoru yüksek olan grupta (%65,7), skoru düşük olan gruba (%25,8) göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0,05$). Sebzelerin günde 2 porsiyon ve üzeri tüketimi, meyvelerin günde 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi ve diğer tüm Akdeniz diyeti uyum ölçeği 1 puan kriterlerini sağlayan bireylerin sıklıkları da Akdeniz diyet skoru düşük olan grupta daha azdır ($p<0,05$). Mutfakta yağ olarak daha çok zeytinyağı kullanımı, zeytinyağının günde 4 yemek kaşığından fazla tüketimi, meyvenin günde 3 porsiyondan fazla tüketimi ve yağlı tohumların haftada 3 porsiyondan fazla tüketimi erkeklerde Akdeniz diyet skoru medyan değer grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketen hiçbir erkek olmadığı için değerlendirilememiştir. Kırmızı ve işlenmiş et tüketiminin 1 porsiyondan az olması dışında diğer tüm kriterler erkek gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Meyvelerin günde 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi, haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketimi, balık ve deniz ürünlerinin haftada 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi açısından kadın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketen hiçbir kadın olmadığı için değerlendirilememiştir. Diğer tüm kriterler kadın gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 30. Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği'nde 1 puan kriterini sağlayan bireylerin medyan değer gruplarına göre dağılımları

1 puan kriterini sağlayanlar							
		1.Grup (n: 128)		2.Grup (n: 128)		Ki-Kare	p**
		N	%	N	%		
Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı kullanımının olması	Erkek	19	34,5	15	51,7	2,326	0,127
	Kadın	20	27,4	85	85,9	60,389	0,000*
	Toplam	39	30,4	100	78,1	58,573	0,000*
Zeytinyağı ≥4 yemek kaşığı/gün	Erkek	15	27,3	12	41,4	1,732	0,188
	Kadın	18	24,7	72	72,7	38,920	0,000*
	Toplam	33	25,8	84	65,7	40,783	0,000*
Sebze ≥2 porsiyon /gün	Erkek	34	61,8	24	82,8	3,896	0,048*
	Kadın	56	76,7	95	96,0	14,522	0,000*
	Toplam	90	70,3	119	93,0	21,918	0,000*
Meyve ≥3 porsiyon/gün	Erkek	18	32,7	14	48,3	1,947	0,163
	Kadın	19	26,0	40	40,4	3,854	0,050
	Toplam	37	28,9	54	42,2	4,927	0,026*
Kırmızı et/işlenmiş etler <1 porsiyon/gün	Erkek	3	5,5	7	24,1	-	-
	Kadın	9	12,3	29	29,3	7,025	0,008*
	Toplam	12	9,3	36	28,2	14,769	0,000*
Tereyağı, krema veya margarin <1 porsiyon/gün	Erkek	11	20,0	12	41,4	4,365	0,037*
	Kadın	13	17,8	48	48,5	17,276	0,000*
	Toplam	24	18,8	60	46,9	22,963	0,000*
Şekerli veya gazlı içecek <1 porsiyon/gün	Erkek	22	40,0	23	79,3	11,797	0,001*
	Kadın	28	38,4	91	91,9	56,545	0,000*
	Toplam	50	39,1	114	89,1	69,497	0,000*
Şarap ≥ 7 kadeh/hafta	Erkek	0	0,0	0	0,0	-	-
	Kadın	0	0,0	0	0,0	-	-
	Toplam	0	0,0	0	0,0	-	-
Kuru baklagil yemeği ≥3 porsiyon/hafta	Erkek	8	14,5	17	58,6	17,646	0,000*
	Kadın	16	21,9	38	38,4	5,289	0,021*
	Toplam	24	18,8	55	43,0	17,594	0,000*
Balık/ kabuklu deniz ürünleri ≥3 porsiyon/hafta	Erkek	1	1,8	7	24,1	-	-
	Kadın	5	6,8	11	11,1	0,905	0,342
	Toplam	6	4,7	18	14,1	6,621	0,010*
Ev yapımı olmayan tatlı/hamur işleri <3 defa/hafta	Erkek	19	34,5	18	62,1	5,836	0,016*
	Kadın	33	45,2	85	85,9	32,240	0,000*
	Toplam	52	40,6	103	80,5	42,533	0,000*
Yağlı tohumlar ≥3 porsiyon/hafta	Erkek	24	43,6	18	62,1	2,581	0,108
	Kadın	25	34,2	57	57,6	9,167	0,002*
	Toplam	49	38,3	75	58,6	10,573	0,001*
Kırmızı et yerine beyaz et tüketimi	Erkek	21	38,2	19	65,5	5,688	0,017*
	Kadın	28	38,4	73	73,7	21,700	0,000*
	Toplam	49	38,3	92	71,8	29,192	0,000*
Zeytinyağı,domates, soğan, sarımsaklı sos ile yemek tüketimi ≥ 2 porsiyon/hafta	Erkek	38	69,1	27	93,1	6,255	0,012*
	Kadın	55	75,3	80	80,8	0,743	0,389
	Toplam	93	72,7	107	83,6	4,480	0,034*

*p<0,05 ; **Ki-kare testi

TARTIŞMA

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan ögeleri vücuduna alıp kullanılabilmesidir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılması için gerekli esastır (2,17). Beslenmenin sağlık üzerine etkilerinin beslenme modeli analizleri ile incelenmesi, bireylerin besin öğeleri alımlarının ya da besin tüketimlerinin değerlendirilmesine göre daha çok ön plana çıkmaya başlamıştır (4). Akdeniz diyeti beslenme modelleri içinde bilinen en sağlıklı beslenme modellerinden biridir (81). Bu araştırma Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yaşları 19-65 arasında olan yetişkin bireylerde Akdeniz diyet skorunun belirlenmesi ve bu skor ile beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler arasındaki olası ilişkinin saptanması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırmamıza yetişkin 256 birey katılmıştır. Araştırma genelindeki tüm tablolarda bireyler, Akdeniz diyeti uyum ölçeği skoru çeyrek değer ve medyan gruplarına göre değerlendirilmiştir. Bireylerin Akdeniz diyet skoru ortalaması 6,15 ve medyan değeri 6,50'dir. Akdeniz diyet skoruna göre, medyan ve medyandan daha düşük değerler 1. grup, medyandan daha yüksek değerler ise 2. grup olarak sınıflanmıştır. Karşılaştırılması gereken kriterlerin fazla olmadığı çizelgelerde bireylerin Akdeniz diyetine uyum düzeyleri, Akdeniz diyet skorunun çeyrek değer arası genişlikleri oluşturularak karşılaştırıldı (93). Akdeniz diyet skoruna göre, 1. çeyrek değerden daha düşük olan değerler 1. çeyrek değer grubuna, 1. çeyrek değer ile medyan arasındaki değerler 2. çeyrek değer grubuna, medyan ile 3. çeyrek değer arasındaki değerler 3. çeyrek değer grubuna, 3. çeyrek değerden daha büyük olanlar ise 4. çeyrek değer grubuna dahil edilmiştir.

Amerika'da yaşayan bireylerde yapılan bir çalışmada kadınların erkeklerden daha yüksek diyet kalitesine sahip olduğu bulunmuştur (90). Çalışmamızda tüm bireylerin %32,8'i erkek, %67,2'si kadındır. Erkek bireylerin % 65,5'i, kadın bireylerin %42,4'ü Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.grupta iken; erkeklerin %34,5'i, kadınların 57,6'sı Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptadır (p=0,001). Yetişkin bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da, Akdeniz diyet skoru yüksek olan grupta düşük olan gruba göre kadın yüzdesinin daha fazla olduğu gözlenmiştir (91). Bu araştırmalar, çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %58,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %68,8'i evlidir. Bizim çalışmamıza parelel bir şekilde yapılan başka bir çalışmada da medeni durumu evli olan bireyler diğer medeni durumlara göre Akdeniz diyetine daha fazla uyum göstermişlerdir (92).

Yapılan bir çalışmada, Akdeniz diyetine daha uyumlu şekilde beslenen bireylerin eğitim seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (92). Çalışmamızda bireylerin %11,7'si ilkokul mezunudur. Bu grup içinden ilkokul mezunu olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %1,2 ve %10,5'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %10,9'u, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %12,5'i ilkokul mezunudur. Tüm bireylerin %4,3'ü yüksek lisans veya doktora mezunudur. Bu grup içinden yüksek lisans veya doktora mezunu olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %2,0 ve %2,3'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %2,3'ü, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %6,3'ü yüksek lisans veya doktora mezunudur. Bu sonuçlardan Akdeniz diyet skoru yüksek olan bireylerin, Akdeniz diyet skoru düşük olan bireylere göre eğitim seviyelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yetişkin bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da, Akdeniz diyet skoru yüksek olan bireylerin daha iyi eğitim seviyesine sahip olduğu gözlenmiştir (91). Düzenli sağlıklı yaşam davranışları, eğitim seviyesinin yükselmesi ve çalışma yaşamının kendine has disiplini içerisinde bilinçlenen çalışan bayanlar vücut kompozisyonlarını korumada ev hanımlarına göre daha başarılı olmaktadır Şişmanlık görülme sıklığı özellikle ev hanımlarında, diğer meslek gruplarına göre daha fazladır (94). Genellikle Şişman bireyler üzerinde yapılan çalışmamızda da tüm bireylerin %32,8'i, Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %28,1'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %37,6'sı ev hanımıdır. Araştırmamızdan elde edilen bu sonuçlar yapılan diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin yaş ortalaması 35,19±12,76 yıl iken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki bireylerin yaş ortalaması 39,05±11,41 yıldır (p=0,004). Journal of The Academy of Nutrition and Dietetic'te

yayınlanan araştırmada üç farklı yaş grubundaki 1553 kişi (20-49 yıl, 49-62 yıl, 62-80 yıl) Akdeniz diyetine uyumları açısından karşılaştırılmış, en düşük uyuma sahip yaş grubu 20-49 yaş grubundaki genç yetişkinler, en yüksek uyuma sahip yaş grubu ise 62-80 yaş grubundaki bireyler olarak bildirilmiştir (95). Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda da yaş ilerledikçe Akdeniz diyeti uyumu artmaktadır.

Beslenmenin sağlık üzerine etkilerinin beslenme modeli analizleri ile incelenmesi, diğer değerlendirme yöntem ve kriterlerine göre daha çok ön plana çıkmaya başlamıştır (59). Araştırmamızda tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %94,9'una şişmanlık tanısı konmuştur. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %30,2 ve %64,7'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %95,1'ine ve diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %94,6'sına şişmanlık tanısı konmuştur. Şişmanlığın altında yatan etmen multi faktöriyel olmakla birlikte; geleneksel beslenme alışkanlıklarının azalması, enerjisi yüksek besinlerin tüketimi ve porsiyon büyüklüklerinin artması ile düşük fiziksel aktivite şişmanlığın temel nedenleri arasındadır (4).

Çalışmamızda Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %35,2'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %25,0'i sigara kullanıyor. Sigara kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %16,4 ve %18,8, 2.grup için %10,2 ve %14,8'dir. Yani Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin, diğer gruba göre sigara kullanma durumlarının daha az olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da, Akdeniz diyet skoru yüksek olan bireylerde sigara kullanma durumu ve sıklığının, Akdeniz diyet skoru düşük olan bireylere göre daha az olduğu görülmüştür (96,97). Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar yapılan diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Tüm bireylerin %16,8'i alkol kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %10,5 ve %6,3'tür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %17,2'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %16,4'ü alkol kullanıyor. Alkol kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %13,3 ve %3,9, 2.grup için %7,8 ve %8,6'dır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki erkek ve kadın bireyler şarap tüketmezken, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki kadın bireylerin ortalama şarap tüketimi 162,50 ml'dir. Yapılan çalışmalar sonucunda Alkol kötü kullanımının yaşam boyu riski kadınlarda %10, erkeklerde %20; alkol bağımlılığının yaşam boyu riski ise kadınlarda %3-5, erkeklerde %10'dur. Alkol bağımlılığı ve alkol kötü kullanımının birlikte yaşam boyu yaygınlığı %13,8 olarak bildirilmektedir. Araştırmaların büyük çoğunluğunun ortak görüşü kardiyovasküler sistem üzerine hafif-orta derecede alkol tüketiminin faydalı olduğu, fazla

tüketiminin ise sağlığı olumsuz etkilediği yönündedir. Gözlemsel ve metabolik çalışmalarda kardiyovasküler yararın günde 1-2 kadeh hafif alkollü içecekle görüldüğü belirtilmiştir (98).

Çalışmamızda Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireyler çoğunlukla yeterli ve dengeli beslenmediğini düşünmezken, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireyler çoğunlukla yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir. Yine Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki kadın bireyler çoğunlukla yeterli ve dengeli beslenmediğini düşünmezken, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki kadın bireylerin çoğu yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir. Yapılan bir çalışmada katılımcıların kendi beslenme ve ağlık durumlarını değerlendirmeleri istenmiş ve Akdeniz diyetine uyumlarının arttıkça kişinin kendi beslenme ve buna bağlı olarak da sağlık durumlarını daha iyi olarak yorumladıkları rapor edilmiştir (99).

Araştırmaya katılan Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki erkek bireyler (% 20,3) ve diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki erkek bireyler (% 11,7) çoğunlukla 3 ana öğün yapmaktadır. Ancak bu durum kadınlarda değişmektedir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki kadın bireyler çoğunlukla 2 ana öğün yaparken (%29,7), diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki kadın bireyler (% 46,1) çoğunlukla 3 ana öğün yapmaktadır. Yine Akdeniz diyet skoru yüksek olan grupta çoğunlukla erkekler 1 ara öğün ve kadınlarda 2 ara öğün yapmaktadır. Ayhan ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %70.9'unun üç ana öğün ve en az bir ara öğünle beslendiklerini saptamışlardır (102). Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı önemlidir (100). Yapılan bir çalışmada, ana öğün atlayan bireylerde şişmanlığın daha fazla görüldüğü saptanmıştır (101). Araştırma sonuçları genellikle erkek ve kadınlar için benzer olmakla birlikte Akdeniz diyetine uyum arttıkça kadınların erkeklere göre öğünlerine daha çok önem verdikleri ve daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızda kadın bireyler çoğunlukla kahvaltı, öğle ve akşam yemeklerini 11-20 dk arasında tüketmektedir. Akdeniz diyet skoru düşük olan grupta erkek bireyler çoğunlukla yemeklerini 0-10 dk arasında tüketirken, 2.grupta 11-20 dk arasında tüketmektedir. Hızlı yemek yeme, doygunluk hissi oluşuncaya kadar alınan besin miktarının artmasına ve fazla enerji alımına neden olmaktadır (103). Bu nedenle yemek yeme hızının artmasının şişmanlık açısından risk oluşturabilmektedir (104). Çalışmamızda da erkek bireylerde Akdeniz diyet uyumu arttıkça yemek yeme hızı azalmıştır. Bu araştırma sonuçları bireylerin %32.8'inin devamlı, %48.4'ünün ise bazen ana öğün atladığını göstermektedir. Bireylerin sadece %18,8'i ana öğün atlamamaktadır. Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı öğünlerde tüketilen

besinlerin türünü ve miktarını etkilemekte; aralarda açlığı bastırmak için yağ ve karbonhidrattan zengin besinlerin seçilmesine sebep olabilmektedir. Üçten az öğün tüketildiğinde bir sonraki öğünde fazla miktarda besin tüketimi ile insülin yanıtı, TG sentezi ve yağ depolanması artmaktadır. Öğün atlanması ayrıca, termik etkinin azalmasıyla enerji kaybını azaltmaktadır. Ek olarak glikoz emilimi, glikojen sentezi, yağ depolama ve sentezinde artış olmaktadır (3). 974 yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışmada da, şişman bireylerin daha fazla öğün atladıkları bildirilmişlerdir (105). Çalışmamızda Akdeniz diyet skoru düşük ve yüksek grupların ikisinde de erkekler daha çok sabah, kadınlar da öğlen öğünün atlamaktadır. Her iki grupta da akşam öğünün en az atlanan öğündür. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 sonuçları incelendiğinde bireylerin en fazla sabah (% 14,5) ve öğle (% 14,5) öğününü daha sonra ise akşam (% 4,5) öğününü atladıkları bildirilmiştir. Durum cinsiyet bazında incelendiğinde erkeklerin (% 15,8), kadınlara (% 12,5) göre daha fazla sabah öğününü atladıkları bildirilmiştir. Öğle öğününü atlama durumu cinsiyet bazında incelendiğinde kadınların (% 21,4) erkeklere göre (% 14,5) daha fazla öğle öğününü atladıkları bildirilmiştir. (106). Çalışmamızda Akdeniz diyet skoru düşük olan grupta erkekler daha çok geç kaldığı için, kadınlarda alışkanlığı olmadığı için öğün atlarken diyet skoru yüksek olan grupta erkekler daha çok zamanları olmadığı ve canı istemediği için öğün atlarken kadınlarda geç kaldıkları için öğün atlamaktadır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 sonuçlarına göre kahvaltı, öğle ve akşam öğünlerini atlama sebebi olarak en fazla gösterilen nedenin ‘‘canı istemiyor’’ olduğu rapor edilmiştir (106). Yetişkin bireylerin değişen yaşam tarzları, yaş, cinsiyet, medeni ve mesleki durumları öğünleri neden atladığı ve öğün yapma alışkanlıklarını etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda bireylerin %61,7’si devamlı, %28,9’u da bazen ara öğün atlamaktadır. Ve en çok atlanan ara öğün kuşluk ve ikindi olmuştur. Öğün düzeni ve sayısı vücut ağırlığı denetiminin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Eğitimli kişiler daha çok ağırlık denetiminin sağlanmasında kişinin günlük enerji ihtiyacını aşmadan daha sık ve daha küçük öğünler tüketimini önermektedir. (107). Gün içerisinde öğün sayısı arttıkça BKİ değerlerinin düştüğü, yağsız vücut kütlesinin ise arttığı yönünde çalışmalar mevcuttur (108). Çalışmamızda Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki %50,0 bireyin hafta içi öğün saatleri düzenli iken, 2.grupta %60,1 bireyde hafta içi öğün saatleri düzenlidir. Yani diyet uyumu arttıkça bireylerin öğün saatleri daha düzenli olmaktadır. Çalışan bireylerin hafta sonu iş olmaması, tatile ve dinlenmeye ayrılan sürenin artmasından dolayı hafta sonu her iki grupta da öğün saatleri düzenli değildir.

Kahvaltı sağlıklı beslenmenin anahtar bileşeni olarak kabul edilmektedir. Kahvaltının tüketilmesi gün içerisinde enerji dengesinin sağlanmasına yardımcı olmakta ve kahvaltı tüketen bireylerin aşırı kilolu olmadığı bilinmektedir (109). Enerji dengesinin korunması kilo kontrolünün sağlanmasında, obezite, tip 2 diyabet, KVH ve kanser gibi kronik hastalık risklerinin azaltılmasında önemli bir faktör olarak yer almaktadır (110). Araştırmamızda bireylerin çoğu (% 69,9) düzenli kahvaltı yapmaktadır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %64,8'i düzenli kahvaltı yaparken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerinde %75'i düzenli kahvaltı yapmaktadır. Kadınlarda düzenli kahvaltı yapma uyumu Akdeniz diyet skoru artarken kadınlarda düzenli kahvaltı yapma alışkanlığı artarken erkeklerde artmamaktadır. Bu durum erkeklerin daha geç kalmasından, iş hayatında kadınlara göre daha fazla bulunmasından ve kadınlarına göre daha çok dışarıda vakit geçirmesinden dolayı olabilir.

Çalışmamızda bireylerin %73,1'i ev dışında yemek yemektedir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %75,8'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %70,3'ü ev dışında yemek yemektedir. Her iki grupta da çoğunlukla öğlen öğünleri ev dışında tüketilmektedir. Ev dışında yemek yiyen bireylerin %65,7'si öğlen öğününü ev dışında yemektedir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki ev dışında yemek yiyen bireylerin %68,0'i öğlen öğününü dışarıda yerken, öğlen öğününü dışarıda yiyenlerin %38,1'i erkek, %29,9'u kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki ev dışında yemek yiyen bireylerin %63,3'ü öğlen öğününü dışarıda yerken, öğlen öğününü dışarıda yiyenlerin %21,1'i erkek, %42,2'si kadındır. Ev dışı yemek yeme sıklığının artması obezite sıklığının artmasına neden olmaktadır. Amerika'da ev dışında yemek hazırlanan yerlerde yiyecekler evde yapılanlara göre toplam enerji, yağ, doymuş yağ, kolesterol ve sodyum oranları daha yüksek iken daha az posa ve kalsiyum içermektedir ve besin kalitesi de evde yapılan yemeklere göre daha azdır. Ev dışında yemek tüketen kişilerin evde yemek yiyen kişilere göre daha yüksek BKİ' ye sahip olduğu görülmüştür (111).

Bu araştırmada bireylerin %60,5'i yemek yerken duygusal durumlarından etkilenmiştir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %15,2 ve %45,3'dür. Kadınlar erkeklere göre duygusal durumlardan daha fazla etkilenmiştir. Emosyonel yemenin BKİ'si yüksek kişilerde daha fazla görüldüğü yani beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (112,113). Bazı çalışmalarda ise negatif duygu durumlarında (öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi) emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (114). Çalışmamızda da sinirlilik ve sevinç halinde yeme davranışları

artmıştır. Bu sonuçlar gösteriyor ki bireyler bazı uyaranlara karşı daha fazla besin tüketmektedir.

Çalışmamızda bireylerin besin desteği ve bitkisel ürün kullanımı düşüktür. Tüm bireylerin %82,1'i besin desteği (vitamin, mineral vb.), %61,3'ü bitkisel ürün kullanmıyor. Dünya genelinde vitamin-mineral desteği kullanım oranı geçmişe göre artmaktadır. Sporun ve hareketli yaşamın popüler olduğu günümüz toplumunda Fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve beden kütle indeksi (BKİ) düşük olan bireylerde vitamin-mineral desteği kullanımının daha yaygın olduğu bildirilmektedir (115). Akdeniz diyet skoru yüksek olan grupta bitkisel ürün ve besin desteği kullanımı düşük olan gruba göre daha fazladır.

Fiziksel yönden inaktif olmak meme ve kolon kanser oluşum riskinde %21-25, diyabet riskinde %27 ve iskemik kalp hastalıkları riskinde %30'luk bir paya sahip olduğu için dünya mortalitesini artırıcı risk faktörleri arasında dördüncü sıradadır. Fiziksel yönden aktif olmamak dünya genelinde toplum sağlığını etkilemekte ve KVH, diyabet, kanser, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve obezite gibi çeşitli hastalık risklerini artırmaktadır.(117). Yapılan bir çalışmada BKİ 25 kg/m2 üzerinde olan bireylerin düşük fiziksel aktivite yaptıkları bulunmuştur (116). Çalışmaya katılan bireylerin düzenli fiziksel aktivite yapma düzeyleri düşüktür. Bireylerin %61,7'si düzenli spor ve egzersiz yapmamaktadır. Çalışmamızı oluşturan örneklemin geneli şişman bireylerden oluştuğu için araştırmamızdan elde edilen sonuçlar diğer araştırmalarla benzerdir. Çalışmamızda bireylerin %38,3'ü düzenli spor ve egzersiz yapmaktadır. Akdeniz diyet skoru düşük olan bireylerin %27,3'ü düzenli spor ve egzersiz yaparken Akdeniz diyet skoru yüksek olan bireylerin %49,2'si düzenli spor ve egzersiz yapmaktadır. Yani Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin, diğer gruptaki bireylere göre daha fazla düzenli fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. Akdeniz diyetine uyumun belirlenmesi amacıyla 22043 yetişkin ile yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite ve Akdeniz diyet skoru arasında pozitif yönde ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur (5). Çalışmamızda Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %5,7'si her gün düzenli olarak spor ve egzersiz yaparken bu bireylerin tamamı kadınlardan oluşmaktadır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %11,1'i her gün düzenli spor ve egzersiz yaparken bu bireylerin %4,8'i erkek, %6,3'ü bayanlardan oluşmaktadır. Şişman bireylerde, yağ yakımın artırmak için "30 dakikadan fazla süren, en az 5 gün/hafta" sıklığında yapılan egzersizlerin verimli olduğu bilinmektedir (118). Her iki grupta da yapılan spor ve egzersizin türü çoğunlukla yürüyüştür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %60,0'ı

yürüyüş yaparken bu bireylerin %22,9'u erkek, %37,1'i kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %74,6'sı yürüyüş yaparken bu bireylerin %14,3'ü erkek, %60,3'ü kadındır. Aktivite yapan bireylerin aktivite süreleri incelendiğinde bütün bireylerin yaptığı ortalama aktivite süresi 192,38±107,77 dakika/hafta'dır. Erkekler ortalama 216,14±120,65 dakika/hafta, kadınlar ortalama 182,39±101,15 dakika/hafta aktivite yapmaktadır. Fiziksel aktivite yapan erkek, kadın ve toplam bireylerin aktivite ortalama süreleri ile Akdeniz diyet skoru çeyrek değer grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır (p=0,426), (p=0,816) ve (p=0,984). 1553 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ve Akdeniz diyetine uyumları arasında istatistiksel açıdan bir fark (p=0.830) bulunmadığı bildirilmiştir (97). Araştırma sonuçları literatürdeki diğer çalışmalar ile genellikle uyumluluk göstermekmekle birlikte bazı farklılıklarda olmaktadır. Bu farklılıklar genellikle araştırmaların yapıldığı popülasyonun yaşı, cinsiyeti, yaşanılan bölge, ekonomik durum ve benzeri faktörlerden kaynaklanmaktadır. Fiziksel yönden aktif olmak Akdeniz ve sağlıklı yaşam tarzının vazgeçilmez bir unsurudur.

Araştırmamızda erkeklerin ortalama boy uzunluğu 174,49±6,60 cm, kadınların ortalama boy uzunluğu 158,86±6,32 cm'dir. Boy uzunluğu erkek ve kadın Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Vücut ağırlığı / boy uzunluğu indeksleri boya göre doğru ağırlığı ifade etmeyi hedeflemektedir. Beden kütle indeksi bugün en yaygın olarak kullanılan indekslerdendir. Dünya Sağlık Örgütü, yetişkin bireylerde BKİ'nin 25,0-29,9 kg/m2 olması durumunu hafif şişmanlık, ≥30 kg/m2 olması durumunu ise şişmanlık olarak tanımlamıştır (119). Çalışmada erkeklerin ortalama vücut ağırlığı 98,90±23,83 kg, kadınların ortalama vücut ağırlığı 81,11±15,48 kg'dır. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça vücut ağırlığı anlamlı olarak azalmaktadır (p<0,05). Erkek bireylerin BKİ ortalaması 32,38±7,10 kg/m2', kadın bireylerin BKİ ortalaması 32,29±6,13 kg/m2'dir. Akdeniz diyetine daha uyumlu beslenen bireylerde BKİ istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaktadır (p<0,05). Bir çalışmada Akdeniz diyetine uyumlu beslenen bireylerde obezite görülme oranı uyumu düşük olan bireylere göre daha düşük bulunmuş ve aradaki farklın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.004) (97). Yunan adaları ve Kıbrıs'ta yaşayan 65 yaş üstü bireylerin Akdeniz diyet skoru artışlarının, BKİ değerlerinin anlamlı azalması ile sonuçlandığı bildirilmiştir (120). Yine Akdeniz diyeti uyumu arttıkça her iki cinsiyette de BKİ değerinin azaldığını gösteren başka çalışmalarda vardır (121).

Vücut yağ kütlesinin saptanmasında, uygulaması kolay olan ve invazif olmayan biyoelektriksel impedans analizi (BİA) yöntemi kullanılabilmektedir. Vücut yağ oranının,

erkeklerde vücut kütlesinin %25'ini, kadınlarda %30'unu aşması şişmanlık olarak kabul edilir (122,123). Çalışmada Erkek ve kadın bireylerin vücut yağ oranı, Akdeniz diyet skoru en yüksek olan grupta en düşük düzeydedir ($p<0,05$). Yetişkin 248 kadın bireyle yapılan çalışmada bireylerin Akdeniz diyet skorlarının arttıkça vücut yağ yüzdelerinin azaldığı bildirilmiştir (124). Çalışmada Akdeniz diyet skoru arttıkça erkek ve kadın bireylerin yağ kütlesi (kg), kas ağırlığı (kg), vücut suyu (kg) ve BMH'larının (kkal/gün) ortalama düzeyleri azalmaktadır ve gruplar arası farklılıklar anlamlıdır ($p<0,05$). Kadınlarda bel çevresinin ≥80 cm olması kronik hastalıklar açısından risk sınırı, ≥88 cm olması yüksek risk sınırını göstermektedir (10). Erkeklerin ortalama bel çevresi 102,54±14,65 cm, kadınların ortalama bel çevresi 96,22±11,19 cm'dir. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$). Yine yetişkin 248 kadın bireyle yapılan çalışmada bireylerin Akdeniz diyet skorlarının arttıkça vücut yağ yüzdelerinde olduğu gibi bel çevresinin de azaldığı bildirilmiştir (124). Vücutta yağın bulunduğu bölge, hastalıkların morbidite ve mortalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Android tip şişmanlığın öneminin fark edilmesiyle birlikte; bel/kalça oranı abdominal şişmanlığın tanısında kullanılmaya başlanmıştır (119). Bel/kalça oranının erkeklerde ≥0,90, kadınlarda ≥0,85 olması android şişmanlık ve buna bağlı kronik hastalıkların riskini artırmaktadır (10). Çalışmada erkeklerin ortalama kalça çevresi 111,99±13,26 cm, kadınların ortalama kalça çevresi 109,60±10,53 cm'dir. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$). Erkek bireylerin bel/kalça oranı 0,91±0,06, kadın bireylerin bel/kalça oranı 0,88±0,05'dır ve kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmazken($p>0,05$), erkek bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kalp rahatsızlığı bulunmayan 20 ile 89 yaş arası hafif şişman ve şişman 1762 kadın ve erkek katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, 0-55 puan aralığı olan Akdeniz diyet ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin Akdeniz diyet skorları üçte birlik değer genişliklerine göre sınıflandırıldığında, Akdeniz diyet skoru arttıkça bireylerin bel çevresi, bel/kalça oranı ve beden kütle indekslerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (91). Bel/boy oranının ≥0,50 olması KVH, Tip 2 DM gibi kronik hastalıklar için risk unsurudur (10). Çalışmada erkek bireylerin bel/boy oranı 0,59±0,08, kadın bireylerin bel/boy oranı 0,61±0,08'dir ve Akdeniz diyet skoru arttıkça bu oran anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0,05$). Yetişkin sağlıklı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, erkeklerde boyun çevresinin ≥37 cm, kadınlarda boyun çevresinin ≥34 cm olması hafif şişmanlık (BKİ=25) sınırı olarak belirlenmiştir. Boyun çevresi, vücutta üst bölge subkutan adipoz yağ dokusu dağılımını gösteren pratik ölçümlerden biridir. (129). Çalışmada erkeklerin ortalama boyun çevresi 40,55±3,63 cm, kadınların

ortalama boyun çevresi 36,78±2,93 cm'dir. Erkek ve kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin bel çevresinin kadınlarda ≥80 cm, erkeklerde ≥94 cm olması kronik hastalıklar açısından risk kabul edilmektedir (10). Çalışmada kadın bireylerin %94,8'inin, erkek bireylerin %70,2'sinin risk grubunda olduğu görülmektedir. Akdeniz diyet skoru yüksek olan erkek bireyler, Akdeniz diyet skoru düşük olan erkek bireylere göre daha az risk taşımaktadır ($p<0,05$). Kadınlarda risk grubunda olmayan birey sayısı az olduğundan gruplar arasında istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır. Akdeniz diyetine uyumları Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) ile değerlendirilen yaşları 10 ile 24 arasında değişen 2513 genç bireyin KIDMED indeksinin en yüksek çeyrek değer grubundaki bireylerin en düşük BKİ, bel çevresi ve bel/boy oranı değerlerine sahip olduğu gözlenmiştir (126). Yaptığımız araştırma sonuçları ve diğer araştırmalar karşılaştırıldığında Akdeniz diyetine uyum ve antropometrik ölçümler arasında ilişki görünmektedir. Akdeniz diyetine uygun beslenmenin şişmanlık ile ters ilişkili olduğu desteklenmektedir.

Akdeniz diyetine uyumun artmasıyla birlikte genel mortalite azalmaktadır (127). Uyuma artışa bağlı olarak yaşam kalitesi artmaktadır (79). Akdeniz diyeti uyum ölçeğinde, 12 tanesi besin tüketim sıklığı ve 2 tanesi besin tüketim alışkanlıkları ile ilgili olmak üzere 14 madde bulunmaktadır. Bu maddeler Akdeniz diyetinin temel özellikleri baz alınarak hazırlanmıştır (97). Çalışmada bireylerin en çok puan aldıkları ölçek sorusu günde pişmiş olarak 2 porsiyon ve üzeri, çiğ olarak 1 porsiyon ve üzeri sebze tüketimi ile ilgili olan sorudur. Çalışmada bireylerin %81,7'si günde pişmiş olarak 2 porsiyon ve üzeri, çiğ olarak 1 porsiyon ve üzeri sebze tüketmektedir. Bu bireylerin %22,7'si erkek, %59,0'u bayandır. Akdeniz diyeti sebze ve meyvelerden zengin bir beslenme modelidir. Bitkisel kaynaklı besinler, yüzlerce besin ögesi olmayan ancak belirgin biyolojik aktiviteleri ile sağlık üzerine potansiyel etkileri olan biyoaktif bileşen ya da fitokimyasal adı verilen bileşikleri içerir. Akdeniz diyeti bu içeriklerinden dolayı yüksek antioksidan kapasitesi, düşük mortalite, düşük kronik hastalıklar ve düşük metabolik sendrom riski ile ilişkilendirilmektedir (128). En çok puan aldıkları diğer sorular ise sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerin zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsaklı sos ile haftada 2 porsiyon veya daha fazla tüketilmesi (78,1), günde 1 porsiyondan az şekerli veya gazlı içecek tüketimidir (%64,1). Yapılan çalışmalar günde 1 porsiyondan az şekerli veya gazlı içecek tüketimi ve özellikle Akdeniz diyetinin zeytinyağı ile desteklendiğinde abdominal obezite derecesini azaltarak kardiyovasküler hastalık riskini azaltabileceği yönündedir (129). Çalışmada %45,7 birey

günde 4 yemek kaşığı ve daha fazla zeytinyağı tüketmektedir. Bireylerin tamamı haftada 7 kadeh veya daha fazla şarap tüketmediği için, hiçbir birey bu sorudan puan alamamıştır (%0,0). Bireylerin en az puan aldıkları sorular ise haftada 3 porsiyon veya daha fazla balık tüketimi (%9,4), Kırmızı ve işlenmiş et tüketiminin 1 porsiyondan az olması (18,7), haftada 3 porsiyon veya daha fazla kurubaklagil yemeği tüketimidir (%30,9). Yapılan bir çalışmada da benzer şekilde bireylerin en az puan aldıkları sorular arasında, bu çalışmadaki gibi kuru baklagiller ve şarap tüketimi ile ilgili sorular (sırasıyla %26,8 ve % 29,5) yer almaktadır (92). Yapısındaki çoklu doymamış yağ asitleri sayesinde balık Akdeniz diyetini oluşturan karakteristik bileşenlerden bir tanesi olmaktadır. Düzenli balık tüketimi obezite, KVH'lar, kanser, akciğer hastalıkları ve depresyon, Alzheimer gibi çeşitli hastalık risklerini azaltıcı potansiyel etki gösterebilmektedir (130). Aşırı yağ alımı, aşırı enerji alımına sebep olmakta ve beraberinde altta yatan diğer mekanizmalar ile birlikte obezite, KVH'lar, tip 2 DM ve kanser gibi hastalıklar için risk faktörü oluşturabilmektedir (131). Bireylerin çoğunun günde 1 porsiyondan fazla tereyağı, margarin ya da krema tüketmesi kaygı vericidir.

Çalışmamızda haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketen hiçbir erkek olmadığı için değerlendirilememiştir. Kırmızı ve işlenmiş et tüketiminin 1 porsiyondan az olması dışında diğer tüm kriterler erkek gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Güncel beslenme önerileri kırmızı et ve ürünlerinin tüketiminin azaltılması yönündedir. Kırmızı et ve ürünleri tüketiminin azaltılması düşük kanser riski ile ilişkilendirilmektedir(131). Doymuş yağ ve kolesterol içeriği zengin olan kırmızı et ve ürünlerinin erkekler tarafından fazla tüketimi kaygı vericidir. Çalışmamızda meyvelerin günde 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi, haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketimi, balık ve deniz ürünlerinin haftada 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi açısından kadın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketen hiçbir kadın olmadığı için değerlendirilememiştir. Diğer tüm kriterler kadın gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Yapılan bir çalışmada; mutfakta daha çok zeytinyağı kullanılması, sebze ve meyvenin belirtilen porsiyonlardan fazla tüketilmesi, şekerli gazlı içeceklerin günde 1 porsiyondan az tüketilmesi, şarap, kurubaklagil, balık, yağlı tohumlar ve zeytinyağlı sebzeli soslu yemeklerin belirtilen porsiyondan fazla tüketilmesi anlamlı olarak daha düşük abdominal şişmanlık riski ile ilişkili bulunmuştur (92). Çalışmamızda şarap tüketiminin fazla olmamasının nedeni yaşam kültürümüzden ve dini görüşlerden dolayı olabilir. Bunun dışında genellikle çalışmamızdan vardığımız sonuçlar literatürle aynı doğrultudadır ve Akdeniz diyetine yüksek uyum ile şişmanlık arasındaki ters ilişki, bu olası mekanizmalardan ileri gelebilir.

Bu araştırmaya göre bireylerde Akdeniz diyet skorunun beslenme alışkanlıkları ve vücut bileşimleri ile ilişkili olduğu Akdeniz diyetine uyum arttıkça beslenme alışkanlıklarımızın ve vücut bileşimlerimizin bu durumdan pozitif etkilendiği sonucuna varılmıştır.

SONUÇLAR

Çalışmamız yaşları 19-65 arası olan 256 yetişkin bireyde Akdeniz diyet skorunun belirlenmesi ve bu skor ile antropometrik ölçümler ve beslenme alışkanlıkları arasındaki olası ilişkinin saptanması amacıyla yapılmıştır. Gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

1) Tüm bireylerin %32,8'i erkek, %67,2'si kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %43,0'ü erkek, %57,0'si kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %22,7'si erkek, %77,3'ü kadındır ($p<0,05$).
2) Tüm bireylerin %63,7'si evlidir. Bu grup içinden evli olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %13,7 ve %50,0'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %58,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %68,8'i evlidir. Evli olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %19,5 ve %39,1, 2.grup için %7,8 ve %61,0'dir.
3) Tüm bireylerin yaş ortalaması 37.12±14.24 yıldır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin yaş ortalaması 35,19±12,76 yıl iken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki bireylerin yaş ortalaması 39,05±11,41 yıldır ($p<0,05$). Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki erkek bireylerin yaş ortalaması 31,20±11,42 yıl iken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki erkek bireylerin yaş ortalaması 31,52±11,98 yıldır ($p>0,05$). Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki kadınların yaş ortalaması 38,19±12,97 yıl iken, 2.gruptaki kadınların yaş ortalaması 41,25±10,30 yıl olarak saptanmıştır ($p>0,05$).

4) Tüm bireylerin %11,7'si ilkokul mezunudur. Bu grup içinden ilkokul mezunu olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %1,2 ve %10,5'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %10,9'u, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %12,5'i ilkokul mezunudur. İlkokul mezunu olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %2,3 ve %8,6, 2.grup için %0,0 ve %12,5'dir. Her iki grupta da okuryazar olmayan birey bulunmamaktadır.
5) Tüm bireylerin %19,1'i memurdur. Bu grup içinden memur olan erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %6,3 ve %12,9'dur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %15,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %22,7'si memurdur. Memur olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %7,8 ve %7,8, 2.grup için %4,7 ve %18,0'dir.
6) Tüm bireylerin %84,8'inde beslenme ilintili kronik sağlık sorunu yoktur. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %28,8 ve %57,0'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %85,2'sinde ve diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %84,4'ünde beslenme ilintili kronik sağlık sorunu yoktur. Beslenme ilintili kronik sağlık sorunu olmayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %34,4 ve %50,8 , 2.grup için %21,1 ve %63,3'dür.
7) Tüm bireylerin %90,6'sında tanı konmuş sağlık problemi vardır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %29,7 ve %60,9'dur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %95,3'ünde ve diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %86,0'sında tanı konmuş sağlık problemi vardır. Tanı konmuş sağlık problemi olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %41,4 ve %53,9 , 2.grup için %18,0 ve %68,0'dir. Tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %94,9'una şişmanlık tanısı konmuştur. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %30,2 ve %64,7'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %95,1'ine ve diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki tanı konmuş sağlık problemi olan bireylerin %94,6'sına şişmanlık tanısı konmuştur. Şişmanlık tanısı konmuş sağlık problemi olan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %41,0 ve %54,1 , 2.grup için %18,2 ve %76,4'dür. Bireylerin hiçbirine hipotansiyon tanısı konulmamıtır.
8) Tüm bireylerin %30,1'i sigara kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %13,3 ve %16,8'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %35,2'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %25,0'i sigara kullanıyor. Sigara kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup

için %16,4 ve %18,8 , 2.grup için %10,2 ve %14,8'dir. Sigara kullanan bireylerin %10,4'ü 20'den fazla sigara kullanmaktadır. Tüm bireylerin %7,4'ü sigarayı bırakmış. Sigarayı bırakan bireylerin %57,9'u 10 ve daha az yıl sigarayı içip bırakmıştır. 10 ve daha az yıl sigara içip bırakan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %18,2 ve %45,4 , 2.grup için %37,5 ve %12,5'dir.

9) Tüm bireylerin %16,8'i alkol kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %10,5 ve %6,3'tür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %17,2'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %16,4'ü alkol kullanıyor. Alkol kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %13,3 ve %3,9, 2.grup için %7,8 ve %8,6'dır. Tüm bireylerin %7,0'si alkol türü olarak bira tüketmektedir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %4,3 ve %2,7'dir. Tüm bireylerin %0,8'i ayda 4 günden fazla alkol tüketmektedir. Hiçbir kadın ayda 4 günden fazla alkol tüketmezken %0,8 erkek ayda 4 günden fazla alkol tüketmektedir. Alkol kullananlar içinde tek seferde tüketilen en fazla alkol türü ortalama 774,50 ml ile biradır. Tüketilen bira ortalaması erkek ve kadında sırası ile 970,91 ml ve 465,86 ml'dir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin ortalama bira tüketimi 864,64 ml, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin ortalama bira tüketimi 632,86 ml'dir.
10) Tüm bireylerin %35,1'i yeterli ve dengeli beslendiğini düşünüyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %12,1 ve %23,0'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %30,5'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %39,8'i yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir.
11) Tüm bireylerin %52'si 3 ana öğün yapmaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %16,0 ve %35,9'dur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %46,1'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %57,8'i 3 ana öğün yapmaktadır. Tüm bireylerin %40,2'si 2 ara öğün yapmaktadır. 1.grupta bireylerin %0,8'i ara öğün yapmazken, 2.grupta ara öğün yapmayan bulunmamaktadır.
12) Bireylerin %49,6'sı kahvaltı öğününü 11-20 dakika arasında tüketmektedir. Bu bireylerin %13,3'ü erkek, %36,3'ü kadındır. Tüm bireylerin %50,8'i, Akdeniz diyet skoru düşük olanların %45,3'ü ve yüksek olanların %56,3'ü öğle öğününü 11-20 dakika arasında tüketmektedir. Tüm bireylerin %46,1'1 akşam yemeğini 11-20 dakika arasında tüketirken, bu sıklıklar Akdeniz diyet skoru düşük ve yüksek olan gruplarda sırasıyla %39,68 ve %52,3'dür.

13) Tüm bireylerin %32,8'i ana öğün atlamaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %10,5 ve %22,3'tür. 1. gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %55,8'i öğlen ana öğününü atlarken, 2.gruptaki ana öğün atlayan bireylerin %53,9'u öğlen ana öğününü atlamaktadır. Her iki grupta da en az akşam ana öğünü atlanmaktadır. Her iki grupta da en fazla genellikle ana öğün atlama nedeni alışkanlık olmamasından kaynaklanmaktadır. Ana öğün atlayan bireylerin %40,3'ü alışkanlık olmadığı için ana öğün atlamaktadır. Alışkanlık olmadığı için ana öğünü atlayan bireylerin %11,5'u erkek, %28,8'i kadındır.
14) Tüm bireylerin %9,4'ü ara öğün atlamamaktadır. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %2,0 ve %7,4'tür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %10,1'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %8,6'sı ara öğün atlamamaktadır. Ara öğün atlamayan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %3,1 ve %7,0, 2.grup için %0,8 ve %7,8'dir. Her iki grupta da en az genellikle gece ara öğünü atlanmaktadır. Ara öğün atlayan bireylerin %32,8'i gece ara öğününü atlamaktadır. Gece ara öğünü atlayan bireylerin %12,1'i erkek, %20,8'i kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki ara öğün atlayan bireylerin %16,9'u gece ara öğününü atlarken, gece ara öğün atlayanların %13,0'ü erkek, %13,9'u kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki ara öğün atlayan bireylerin %38,5'i gece ara öğününü atlarken, gece ara öğün atlayanların %11,1'i erkek, %27,4'ü kadındır.
15) Bireylerin %30,1'i düzenli kahvaltı yapmamaktadır. Bu bireylerin %12,9'u erkek, %17,2'si kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %64,8'i düzenli kahvaltı yaparken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerinde %75'i düzenli kahvaltı yapmaktadır. 1.gruptaki bireylerin %35,2'si kadın olmak üzere toplamda %50,8'i evde kahvaltı yaparken, 2. gruptaki bireylerin %53,9'u kadın olmak üzere toplamda %64,1'i evde kahvaltı yapmaktadır.
16) Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %50,0'sinin hafta içi öğün saatleri düzensizken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %39,8'nin hafta içi öğün saatleri düzensizdir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %39'unun hafta sonu öğün saatleri düzenliyken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %38,3'ünün hafta sonu öğün saatleri düzenlidir. 1. gruptaki bireylerin %60,1'i, 2 gruptaki bireylerinde %71,1'i ailesi ile birlikte öğünlerini yapmaktadır.

17) Tüm bireylerin %73,1'i ev dışında yemek yemektedir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %30,1 ve %43,0'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %75,8'i, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %70,3'ü ev dışında yemek yemektedir. Ev dışında yemek yiyen 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %38,3 ve %37,5 , 2.grup için %21,9 ve %48,4'dür. Her iki grupta da çoğunlukla öğlen öğünleri ev dışında tüketilmektedir.
18) Tüm bireylerin %60,5'i yemek yerken duygusal durumlarından etkilenmiştir. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %15,2 ve %45,3'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki bireylerin %19,5'inde üzüntülüyken yemek yeme potansiyeli artmaktadır. Bu bireylerin %6,3'ü erkek, %13,3'ü kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %28,9'unda üzüntülüyken yemek yeme potansiyeli artmaktadır. Bu bireylerin %1,6'sı erkek, %27,3'ü kadındır.
19) Tüm bireylerin %38,6'sı bitkisel ürün kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %11,3 ve %27,3'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %33,6'sı, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %43,8'i bitkisel ürün kullanıyor. Bitkisel ürün kullanan 2 gruptaki erkek ve kadın dağılımları sırasıyla 1.grup için %12,5 ve %21,1 , 2.grup için %10,2 ve %33,6'dır. Bitkisel ürün kullanan bireylerin %54,5'i bitkisel ürünü zayıflamak için kullanmaktadır. Zayıflamak için bitkisel ürün kullanan bireylerin %12,1'i erkek, %42,4'ü kadındır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bitkisel ürün kullanan bireylerin %53,5'i bitkisel ürünü zayıflamak için kullanırken, Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki bitkisel ürün kullanan bireylerin %55,3'ü bitkisel ürünü zayıflamak için kullanmaktadır.
20) Tüm bireylerin %17,2'si besin desteği kullanıyor. Bu grup içinden erkek ve kadınların dağılımı sırası ile %5,9 ve %11,3'dür. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki bireylerin %15,7'si, diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylerin %18,8'i besin desteği kullanıyor. Besin desteği kullanan bireylerin %68,2'si vitamin kullanmaktadır. Vitamin kullanan bireylerin %20,5'i erkek, %47,7'si kadındır. Her iki grupta da besin desteği olarak kullanılan çoğunlukla vitamindir. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki besin desteği kullanan bireylerin %60,0'ı vitamin kullanırken, vitamin kullananların %20,0'si erkek, %40,0'ı kadındır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki besin desteği kullanan bireylerin %75,0'i vitamin kullanırken, vitamin kullananların %20,8'i erkek, %54,2'si kadındır.

21) Bireylerin %38,3'ü düzenli spor ve egzersiz yapıyor. Bu bireylerinde %11,3'ü erkek, %27,0'si bayandır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %5,7'si her gün düzenli olarak spor ve egzersiz yaparken bu bireylerin tamamı kadınlardan oluşmaktadır. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2.gruptaki düzenli spor ve egzersiz yapan bireylerin %11,1'i her gün düzenli spor ve egzersiz yaparken bu bireylerin %4,8'i erkek, %6,3'ü bayanlardan oluşmaktadır. Her iki grupta da yapılan spor ve egzersizin türü çoğunlukla yürüyüştür.

Aktivite yapan bireylerin aktivite süreleri incelendiğinde bütün bireylerin yaptığı ortalama aktivite süresi 192,38±107,77 dakika/hafta'dır. Erkekler ortalama 216,14±120,65 dakika/hafta, kadınlar ortalama 182,39±101,15 dakika/hafta aktivite yapmaktadır. Fiziksel aktivite yapan bireylerin Q1, Q2, Q3 ve Q4 çeyrek değer gruplarına göre fiziksel aktivite ortalamaları sırası ile 193,14±121,04 , 188,57±109,15 , 194,57±111,73 ve 186,25±74,98'dir. Fiziksel aktivite yapan erkek, kadın ve toplam bireylerin aktivite ortalama süreleri ile Akdeniz diyet skoru çeyrek değer grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

22) Bireylerin %68,0'inde vücut ağırlığında değişim olmuştur. Bu bireylerinde %22,3'ü erkek, %45,7'si bayandır. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. grupta toplamda 361 kg artış olmuştur ve bu artış erkeklerde toplamda 192 kg, kadınlarda 169 kg olmuştur. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. grupta toplamda 229 kg artış olmuştur ve bu artış erkeklerde 52 kg, kadınlarda 177 kg olmuştur. Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. grupta toplamda 220 kg azalma olmuştur ve bu azalma erkeklerde toplamda 74 kg, kadınlarda 146 kg olmuştur. Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. grupta toplamda 387 kg azalma olmuştur ve bu azalma erkeklerde 51 kg, kadınlarda 336 kg olmuştur.

23) Tüm bireylerin ortalama boy uzunluğu 163,99±9,75 cm'dir. Erkeklerin ortalama boy uzunluğu 174,49±6,60 cm, kadınların ortalama boy uzunluğu 158,86±6,32 cm'dir. Boyun uzunluğu erkek ve kadın Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

24) Erkeklerin ortalama vücut ağırlığı 98,90±23,83 kg, kadınların ortalama vücut ağırlığı 81,11±15,48 kg'dır. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça vücut ağırlığı anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$).

25) Erkek bireylerin BKİ ortalaması 32,38±7,10 kg/m2', kadın bireylerin BKİ ortalaması 32,29±6,13 kg/m2'dir. Akdeniz diyetine daha uyumlu beslenen bireylerde BKİ istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0,05$).
26) Erkek ve kadın bireylerin vücut yağ oranı, Akdeniz diyet skoru en yüksek olan grupta en düşük düzeydedir ($p<0,05$).
27) Vücut kas oranı ortalaması bakımından erkek Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmazken ($p>0,05$), bu oran kadın Akdeniz diyet skoru grupları arasında anlamlı olarak artmaktadır ($p<0,05$).
28) Erkek ve kadın bireylerin vücut su oranı, Akdeniz diyet skoru en yüksek olan grupta en yüksek düzeydedir ($p<0,05$).
29) Akdeniz diyet skoru arttıkça erkek ve kadın bireylerin yağ kütlesi (kg), kas ağırlığı (kg), vücut suyu (kg) ve BMH'larının (kkal/gün) ortalama düzeyleri azalmaktadır ve gruplar arası farklılıklar anlamlıdır ($p<0,05$).
30) Erkeklerin ortalama bel çevresi 102,54±14,65 cm, kadınların ortalama bel çevresi 96,22±11,19 cm'dir. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$).
31) Erkeklerin ortalama kalça çevresi 111,99±13,26 cm, kadınların ortalama kalça çevresi 109,60±10,53 cm'dir. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça anlamlı olarak azalmaktadır ($p<0,05$).
32) Erkek bireylerin bel/kalça oranı 0,91±0,06, kadın bireylerin bel/kalça oranı 0,88±0,05'dır ve kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmazken($p>0,05$), erkek bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).
33) Erkek bireylerin bel/boy oranı 0,59±0,08, kadın bireylerin bel/boy oranı 0,61±0,08'dir ve Akdeniz diyet skoru arttıkça bu oran anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0,05$).
34) Erkeklerin ortalama boyun çevresi 40,55±3,63 cm, kadınların ortalama boyun çevresi 36,78±2,93 cm'dir. Erkek ve kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
35) Bireylerin bel çevresinin kadınlarda ≥80 cm, erkeklerde ≥94 cm olması kronik hastalıklar açısından risk kabul edildiğinde, kadın bireylerin %94,8'inin, erkek bireylerin %70,2'sinin risk grubunda olduğu görülmektedir. Akdeniz diyet skoru yüksek olan erkek bireyler, Akdeniz diyet skoru düşük olan erkek bireylere göre daha az risk taşımaktadır ($p<0,05$).

36) Bel çevresinin kadınlarda ≥88 cm, erkeklerde ≥102 cm olması kronik hastalıklar açısından yüksek risk olarak değerlendirildiğinde, Akdeniz diyet skoru yüksek olan erkek bireyler, Akdeniz diyet skoru düşük olan erkek bireylere göre daha az risk taşımaktadır ($p<0,05$).

37) Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki kadın bireylerin Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylere göre yüksek risk bakımından değerlendirildiğinde kadın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

38) Bel kalça oranının kadınlarda ≥0,85 cm, erkeklerde ≥0,90 cm olması kronik hastalıklar açısından risk kabul edildiğinde Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki kadın ve erkek bireylerin Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylere göre risk bakımından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

39) Bel boy uzunluğu oranının kadın ve erkeklerde ≥0,50 cm olması kronik hastalıklar açısından risk kabul edildiğinde Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruptaki kadın ve erkek bireylerin Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. gruptaki bireylere göre risk bakımından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

40) Hiçbir birey haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketmemiştir. Bireylerin mutfakta daha çok yağ olarak zeytinyağı tüketimi Akdeniz diyet skoru yüksek olan 2. grupta (%78,1), Akdeniz diyet skoru düşük olan 1. gruba kıyasla (%30,4) daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

41) Zeytinyağının günde 4 yemek kaşığı ve daha fazla kullanımı Akdeniz diyet skoru yüksek olan grupta (%65,7), skoru düşük olan gruba (%25,8) göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0,05$). Sebzelerin günde 2 porsiyon ve üzeri tüketimi, meyvelerin günde 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi ve diğer tüm Akdeniz diyeti uyum ölçeği 1 puan kriterlerini sağlayan bireylerin sıklıkları da Akdeniz diyet skoru düşük olan grupta daha azdır ($p<0,05$).

42) Mutfakta yağ olarak daha çok zeytinyağı kullanımı, zeytinyağının günde 4 yemek kaşığından fazla tüketimi, meyvenin günde 3 porsiyondan fazla tüketimi ve yağlı tohumların haftada 3 porsiyondan fazla tüketimi erkeklerde Akdeniz diyet skoru medyan değer grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

43) Haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketen hiçbir erkek olmadığı için değerlendirilememiştir. Kırmızı ve işlenmiş et tüketiminin 1 porsiyondan az olması

dışında diğer tüm kriterler erkek gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Meyvelerin günde 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi, haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketimi, balık ve deniz ürünlerinin haftada 3 porsiyon ve daha fazla tüketimi açısından kadın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Haftada 7 kadeh ve üzeri şarap tüketen hiçbir kadın olmadığı için değerlendirilememiştir. Diğer tüm kriterler kadın gruplar arasında anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

ÖZET

Bu araştırma, Haziran 2017 - Şubat 2018 tarihleri arasında Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran gönüllü yetişkin danışanlar üzerinde yapılmıştır. Bu çalışma; uzman hekim tarafından diyet yapmasında sakınca olmayan yaşları 19-65 arası 84 erkek, 172 kadın olmak üzere toplam 256 yetişkin bireyde Akdeniz diyet skorunun belirlenmesi ve bu skor ile antropometrik ölçümler ve beslenme alışkanlıkları arasındaki olası ilişkinin saptanması amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Hazırlanan anket formu araştırmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümlerle vücut bileşimi saptanmıştır. Bu değerlendirmeler sonucunda bireylerin Akdeniz diyet skoru ortalaması 6,15±2,16 ve medyan değeri 6,50 olarak bulunmuştur. İncelenen grup sayısının fazla olduğu çizelgelerde bireylerin Akdeniz diyetine uyum düzeyleri medyan değer kullanılarak, incelenen grup sayısının fazla olmadığı çizelgelerde ise medyan değer yerine Akdeniz diyet skorunun çeyrek değer arası genişlikleri kullanılarak Akdeniz diyet skoru kategorilere ayrıldı. Erkeklerin ortalama vücut ağırlığı 98,90±23,83 kg, kadınların ortalama vücut ağırlığı 81,11±15,48 kg'dır. Erkek bireylerin beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması 32,38±7,10 kg/m2, kadın bireylerin beden kitle indeksi ortalaması 32,29±6,13 kg/m2'dir. Erkek ve kadınlarda Akdeniz diyet skoru arttıkça vücut ağırlığı ve beden kitle indeksi istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaktadır ($p<0,05$). Akdeniz diyet skoru arttıkça erkek ve kadın bireylerin yağ kütlesi, kas ağırlığı, vücut suyu, bazal metabolizma hızının (BMH) ortalama düzeyleri, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/boy oranının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuç olarak beslenme; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, medeni durum ve alışkanlıklardan etkilenmektedir. Akdeniz diyetine uyumun, kadın ve erkek bireylerin beden kütle indeksi ve

vücut bileşimi ile kötü olan beslenme alışkanlıklarında olumlu etkiler gösterebileceği tespit edilmiştir. Ülke genelinde Akdeniz diyetine uyumun beslenme durumunu ve antropometrik ölçümler üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akdeniz diyeti, beslenme alışkanlıkları, yetişkinler, antropometrik ölçümler

THE EVALUATION OF RELATION BETWEEN MEDITERRANEAN DIET SCORE WITH NUTRITION HABITS AND ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS IN ADULT INDIVIDUALS

SUMMARY

This research is done about volunteer adult sick people, who applied to the polyclinic of Nutrition and Dietetics of Yalova Devlet Hastanesi, between June 2017 and February 2018. In this study the ages of 19-65 years 84 men and 172 women who has noincoveniency to go on a diet by the staff physician has been condusted totally 256 individuals. This survey is performed in order to determine the score of Mediterranean diet and with the score, so as to determine the relationship betmeen anthropomnetric measurements and habit of nourishment has been carried out. Prepared questionnaire form was implemented with individuals who participated in the survey by face to face interview method. Also, participants in survey's body composition is determined by anthropometric measurements. According to the results is evaluated, Mediterranean diet score of individuals average 6,15±2,16 and is found as median value 6.50. On the charter where there are more number of groups, by using median value individuals, while the level of adaptation to the mediterranean diet, on the charter in which there arent many numbers of groups instead of median value is seperated into the mediterranean diet categorizes by using enlargements between the quarter value the mediterranean diet score. The average of body weight was 98,90±23,83 kg in males and 81,11±15,48 kg in females. The body mass index (BMI) was 32,38±7,10 kg/m2 in males and 32,29±6,13 kg/m2 in females. While Mediterranean diet score is getting increase in males and females, body weight and body mass index is decreased significant statistically ($p<0,05$).

While Mediterranean diet score is getting increased, fat mass, muscle mass, body water, the average of basal metabolic rate (BMR) level, waist circumference, hip circumference and waist/length ratio is determined to have decreased significantly ($p<0,05$). As a result of this nourishment is affected by age, gender, education, socio-economical status, marital status, and habits. The adaptation to the Mediterranean diet is determined to show males and females's body mass index and body composition in bad nourishment habits. Comprehensive researchs should be made to evaluate effect the adaptation to the Mediterranean diet on nourishment status and anthropometric measurements across the country.

Key words: Mediterranean diet, nutrition habits, adults, anthropometric measurements

KAYNAKLAR

1. Saygın M, Öngel K, Calışkan S, Yaglı M A, Has M, Gonca T, ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi'nin beslenme alışkanlıkları. Süleyman Demirel Üniversitesi Dergisi 2011;18(2):43-47.

2. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: 2004.

3. Kılıc E, Şanlıer N. Üç kuşak kadının beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması. Kastamonu Eğitim Dergisi 2007;15(1):31-44.

4. Schroder H. Protective mechanisms of the Mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes. The Journal of Nutritional Biochemistry 2007;18(3):149-60.

5. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. The New England Journal of Medicine 2003;348(26):2599-2608.

6. Romaguera D, Norat T, Mouw T, May AM, Bamia C, Slimani N, et al. Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. The Journal of Nutrition 2009;139(9):1728-1737.

7. Schroder H, Marrugat J, Vila J, Covas MI, Elosua R. Adherence to the traditional mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a spanish population. The Journal of Nutrition 2004;134(12):3355-3361.

8. Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Pitsavos C, Stefanadis C. Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study. Nutrition 2006;22(5):449-456.

9. Theodorson T. Cardiovascular risk and risk reduction: A review of recent literature. Journal of Family Community Medicine 1995;2(1):19–26.

10. Baysal A, Aksoy M, Besler H, Bozkurt N, Kececioglu S, Merdol TK, ve ark. Diyet El Kitabi (Beşinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2008.

11. Baysal A, Giriş - Genel Tanımlar. Diyet El Kitabı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2002. s.7-39.

12. Baysal A. Beslenme ve sağlık. Beslenme (Dokuzuncu Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2002. s.9-18

13. Acık Y, Celik G, Ozan AT, Oguzöncül AF, Deveci SE, Gülbayrak C. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Sağlık ve Toplum 2003;13(4):74-80.

14. Şaşmaz T, Tanır F, Demirhindi H, Karaömerlioğlu Ö, Akbaba M. Adana ilköğretim okullarındaki öğretmenlerin çocuk beslenmesi ve beslenme eğitimi hakkındaki bilgileri. Sağlık ve Toplum 2000;10(2):40-44.

15. Ergün C. Sağlıklı Beslenme Kavramı ve Tüketici Algısı Üzerine Bir Araştırma (tez). Ankara: Hacettepe üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003.

16. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Cenevre: 2003.

17. Kim S, Popkin BM, Siega-Riz AM, Haines PS, Arab L. A cross-national comparison of lifestyle between China and the United States, using a comprehensive cross-national measurement tool of the healthfulness of lifestyles: the Lifestyle Index. Preventive Medicine 2004;38(2):160-171.

18. Yücecan S. Optimal Beslenme. T Bugan, C. Kesici, M Soylu, E Erkan ve M. Tanrıkul (Ed.). T.C. Sağlık Bakanlığı Beslenme Bilgi Serisi A. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2012. s.7-20.

19. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. The Lancet 2011;377(9765):557-567.

20. WHO. The World Health Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Cenevre: 2002.

21. Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Proceedings of the Nutrition Society 2008;67(03):253-256.

22. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. Jama 2013;309(1):71-82.

23. Drewnowski A, Specter S. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. The American journal of clinical nutrition 2004;79(1):6-16.

24. WHO. Dietary Intake of Fruit and Vegetables and Risk of Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease. Cenevre: 2005.

25. Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010: World Health Organization 2011. s.176.

26. Mirmiran P, Noori N, Zavareh MB, Azizi F. Fruit and vegetable consumption and risk factors for cardiovascular disease. Metabolism 2009;58(4):460-468.

27. Zhang X, Shu XO, Xiang YB, Yang G, Li H, Gao J, et al. Cruciferous vegetable consumption is associated with a reduced risk of total and cardiovascular disease mortality. Am J Clin Nutr 2011;94(1):240-246.

28. Hristova K, Shiue I, Pella D, Singh RB, Chaves H, Basu TK, et al. Prevention strategies for cardiovascular diseases and diabetes mellitus in developing countries: World Conference of Clinical Nutrition 2013. Nutrition 2014;30(9):1085-1089.

29. Wang Y, Crawford MA, Chen J, Li J, Ghebremeskel K, Campbell TC, et al. Fish consumption, blood docosahexaenoic acid and chronic diseases in Chinese rural populations. Comparative Biochemistry and Physiology Part A: Molecular & Integrative Physiology 2003;136(1):127-140.

30. Liu S, Buring JE, Sesso HD, Rimm EB, Willett WC, Manson JE. A prospective study of dietary fiber intake and risk of cardiovascular disease among women. Journal of the American College of Cardiology 2002;39(1):49-56.

31. Yıldız EA. Kanser ve Beslenme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara: 2012.

32. Gu Y, Nieves JW, Stern Y, Luchsinger JA, Scarmeas N. Food combination and Alzheimer disease risk: a protective diet. Archives of Neurology 2010;67(6).699-706.

33. Engelhart MJ, Geerlings MI, Ruitenberg A, van Swieten JC, Hofman A, Witteman JC, et al. Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer disease. Jama 2002;287(24):3223-3229.

34. Beers MH, Berkow R (Çeviri: Özenoğlu A, Artan Ş). Beslenme Bozuklukları. The Merck Manual Tanı Tedavi El Kitabı. İstanbul: Yüce reklam, yayım, dağıtım aş; 2002:1-23.

35. Beyhan Y. İşçi Sağlığı-İş Güvenliği ve Beslenme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara: 2008.

36. Baysal A. Beslenme. Beslenme (Dokuzuncu Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2001.

37. Baş M, Sağlam D. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. Ankara: Hatiboğlu yayınları; 2013:168:135-277.

38. Batra R, Keller PA, Strecher VJ. Leveraging consumer psychology for effective health communications: The obesity challenge. ME Sharpe; 2011.

39. Hamurcu P. Obez bireylerde benlik saygısı ve benlik algısının değerlendirilmesi (tez). İstanbul: T.C. Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı; 2014.

40. Koksal O. Türkiye 1974 Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması. Ankara: Aydın Matbaası; 1977.

41. Akşit BT. Sosyal, demografik ve ekonomik yapılardaki dönüşüm ve beslenme modelleri: Hızlı Hazır Yemek Sistemi. In: Türkiye Diyetisyenler Derneği Hizmetiçi Eğitim Sistemi (Editör). Ankara; 1993. s.15-24.

42. Baysal A. Food and nutrition policies in Turkey. In: Ferro-Luzzi A, Cialfa E, Leclercq C (Eds.). Proceedings of a WHO Symposium: Food and nutrition policy in Mediterranean Europe; 1990; Rome, Italy. World Health Organization Nutrition Series 1991;(1):131-46.

43. Pekcan G, Karaagaoglu N. State of nutrition in Turkey. Nutr Health 2000;14:41-52.

44. Arslan P, Mert İ, Azmaz A. Nutrition education and consumer awareness in Turkey. In: Inter-Country Workshop (Ed.). Food and Agriculture Organization of United Nations Near-East Regional Office; Cairo, Egypt; 1997.

45. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, et al. The diet and 15-year death rate in the "Seven Countries Study". Am J Epidemiol 1986;124:903-15.

46. Fidanza F. The Mediterranean Italian diet: keys to contemporary thinking. Proc Nutr Soc 1991;50:519-26.

47. Garipagaoglı M, Eliuz B, Esin K, Çağatay P, Nalbant H, Solakoğlu Z. Tıp Fakültesi 1. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Dergisi 2012;13(1):1-8.

48. Yılmaz E, Özkan S. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;(6).

49. Vural Ö. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı; 2010

50. Patricia B. McCarley PB. Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease: A Case Presentation. Continuing Nursing Education 2007:182-194.

51. Memiş F. KKTC Lefkoşa Bölgesi 15-18 Yaş Lise Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumlarının Belirlenmesi (tez). Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi; 2014.

52. Genc A, Şener Ü, Karabacak H, Ücok K.Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması. Kocatepe Tıp Dergisi 2011;12(3):145-150.

53. Bozkuş T, Türkmen M, Kul M, Ozkan A, Oz Ü, Cengiz C. Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi ve İlişkilendirilmesi. International Journal of Science Culture and Sport 2014;1(3):49-65.

54. Akkurt S. Obezite ve Fiziksel Aktivite. Turkiye klinikleri journal of sports medicine special topics 2015;1(1):6-12.

55. Spalding BM. Dietary Intake Patternsmediterranean Diet Adherence Among Turkish Adults (Dissertation). A thesis submitted to the Graduate School-New Brunswick; 2014.

56. Kromhout D, Keys A, Aravanis C, Buzina R, Fidanza F, Giampaoli S, et al. "Food Consumption Patterns in the 1960's in seven countries." American Society for Clinical Nutrition 1989;49(5):889-893.

57. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. A. Baysal (Editör), Diyet el kitabı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2008. s.67-141.

58. Nestle M. Meditarrenean Diets: Historical and Research Review. American Journal of Clinical Nutrition 1995;61(1):1313-1320.

59. Kopuz K, Özbey N, Kazancıoğlu R, Orhan Y. Şişman kadınlarda kardiyovasküler riskin saptanmasında bel çevresi/boy oranı düzeyleri. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2000;63(3):256-259.

60. Sarı H. Obstruktif uyku apne sendromlu hastalarda vücut kitle indeksi ve boyun çevresi ölçümlerininin apne hipopne indeksiyle korelasyonu (tez). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.

61. Dernini S, Berry EM. Mediterranean diet: from a healthy diet to a sustainable dietary pattern. Frontiers in Nutrition 2015;2(15):1-7.

62. Ersoy G, Özdemir G. Akdeniz diyetinin sağlığa yararları. Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences 2010;22(1):75-84.

63. Naska A, Trichopolou A. Back to the future: The Mediterranean diet paradigm. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases 2014;24:216-219.

64. CIHEAM/FAO. Mediterranean Food Consumption Patterns: Diet, Environment, Society, Economy and Health. A White Paper Priority 5. Expo Milan 2015 Feeding Knowledge Programme. Rome: CIHEAM-Bari/FAO; 2015.

65. Alarcon de la Lastra C, Barranco MD, Motilva V, Herrerias JM. Mediterranean diet and health: biological importance of olive oil. Curr Pharm Des 2001;7(10):933-50.

66. Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, et al. Mediternanean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. The American Journal of Clinical Nutrition 1995;61(6):1402-1406.

67. Bos MB, de Vries JHM, Feskens EJM, van Dijk SJ, Hoelen DWM, Siebelink E, et al. Effect of a high monounsaturated fatty acids diet and a Mediterranean diet on serum lipids and insulin sensitivity in adults with mild abdominal obesity. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2010;20(8):591–598.

68. Castro-Quezada I, Roman-Vinas B, Serra-Majem L. The Mediterranean diet and nutritional adequacy: a review. Nutrients 2014;6(1):231–48.

69. Rodriguez-Rejon AI, Castro-Quezada I, Ruano-Rodriguez C, Ruiz-Lopez MD, Sanchez-Villegas A, Toledo E, et al. Effect of a Mediterranean Diet Intervention on Dietary Glycemic load and dietary glycemic ındex: The PREDIMED Study. J Nutr Metab 2014:1-10.

70. Estruch R, Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI, et al. Effects of a Mediterranean-Style Diet on Cardiovascular Risk Factors. A Randomized Trial. Ann Intern Med 2006;145:1-11.

71. Visioli F, Galli C. The role of antioxidants in the Mediterranean diet. US National Library of Medicine National Institutes of Health 2001;36:49-52.

72. Sofi F, Abbate R, Gensini G, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean dieton health: an updated systematic review and meta-analysis. American Journal of Clinical Nutrition 2010;92(5):1189-1195.

73. Mitrou PN, Kipnis V, Thiebaut AC, Reedy J, Subar AF, Wirfalt E, et al. Mediterranean dietary pattern and prediction of all-cause mortality in a US population: results from the NIH-AARP Diet and Health Study. US National Library of Medicine National Institutes of Health 2007;167(22):2461-8.

74. Bemelmans WJ, Broer J, de Vries JH, Hulshof KF, May JF, Meyboom-De Jong B. Impact of Mediterranean diet education versus posted leaflet on dietary habits and serum cholesterol in a high risk population for cardiovascular disease. Public Health Nutrition 2000;3(3):273-283.

75. Trichopoulou A. Traditional Mediterranean diet and longevity in the elderly: a review. Public Health Nutr 2004;7(7):943-7.

76. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public Health Nutrition 2011;14(12A), 2274-2284.

77. Bluhm PK. Analysis of the Andalusian and Basque Country Diets as Examples of a Mediterranean (Dissertation). Oregon State University; 2015 s.4-42.

78. Barriers, B. Mediterranean Foods Alliance. Whole Grains: Breaking Barriers Conference, 2014:7-2.

79. Sanchez PH, Alonso JD, Ruano C, Majem LS, Gonzalez MA, Villegas AS. Mediterranean Diet and Quality of Life. In: Preedy V, Watson RR (Eds.). The Mediterranean Diet: An Evidence- Based Approach. 2015:61-68.

80. Dominguez LJ, Rastrollo MB, Arrillaga CF, Toledo E, Beunza JJ, Barbagollo M, et al. Smila Prediction of Total Mortality, Diabetes İncidence and Cardiovascular Events Using Relative and Absolute Comhe SUN Cohort. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease 2013;23:451-458.

81. Hodge AM, English DR, Itsiopolous C, Dea KO, Giles GG. Does a Mediterranean Diet Reduce The Mortality Risk Associated with Diabetes: Evidence From The Melbourne Collaboratice Cohort Study. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Disease 2011;21(9):733-739.

82. Brandt PA. The impact of a Mediterranean diet and healthy lifestyle on premature mortality in men and women. American Journal of Clinical Nutrition 2011;94(3):913-20.

83. Trichopoulou A, Bamia C, Trichopoulos D. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. British Medical Journal 2009;(338):1-8.

84. Sabban F. The Antioxidant Advantage of The Mediterranean Diet in Cardiovascular Disease. Nutrition and Dietary supplements 2014;6:35-40.

85. Salvado JS, Bullo M, Estruch R, Ros E, Covas MI, Jurado NI, et al. Prevention of Diabetes With Mediterranean Diets. Annals of Internal Medicine 2014;160:1-10.

86. Fung TT, Rexrode KM, Mantzoros CS, Manson JE, Willet WC, Hu FB. Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. Circulation 2009;119(8):1093-1100.

87. La Vecchia C. Mediterranean diet and cancer. Public Health Nutr 2004;7(7):965-8.

88. Lorgeril M, Salen P. Do Statins Increase and Mediterranean Diet Decrease The Risk of Breast Cancer? BMC Medicine 2014;12(94):1-8.

89. Scarmeas N, Stern Y, Tang MX, Mayeux R, Luchsinger JA. Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. Ann Neurol 2006;59(6):912-21.

90. Hurley KM, Oberlander SE, Merry BC, Wrobleski MM, Klassen AC, Black MM. The healthy eating index and youth healthy eating index are unique, nonredundant measures of diet quality among low-income, African American adolescents. J Nutr 2009;139(2):359-364.

91. Tzima N, Pitsavos C, Panagiotakos DB, Skoumas J, Zampelas A, Chrysohoou C, et al. Mediterranean diet and insulin sensitivity, lipid profile and blood pressure levels, in overweight and obese people; the Attica study. Lipids in Health and Disease 2007;6(22):1-7.

92. Martinez-Gonzalez MA, Garcia-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales, P, Corella D, et al. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. PloS One 2012;7(8):431-34.

93. Babio N, Bullo M, Basora J, Martinez-Gonzalez MA, Fernandez-Ballart J, Marquez-Sandoval F, et al. Adherence to the Mediterranean diet and risk of metabolic syndrome and its components. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases 2009;19:563-570.

94. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2007;21(5):211-220.

95. Alonso MCP, Rodriguez JIR, Belio JFM, Garrido RC, Bartolome JL, Arranz AG, et al. Factors Associated With Adherence to The Mediterranean Diet In The Adult Population. Journal of The Academy of Nutrition and Dietetic 2014;114(4):583-589.

96. Carter SJ, Roberts MB, Salter J, Eaton CB. Relationship between Mediterranean Diet Score and atherothrombotic risk: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), 1988-1994. Atherosclerosis 2010;210(2):630-636.

97. Schroder H, Fito M, Estruch R, Martinez-Gonzalez MA, Corella D, Salas-Salvado J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. The Journal of Nutrition 2011;141(6):1140-1145.

98. Knoops KT. Mediterranean Diet, Lifestyle Factors, and 10-Year Mortality in Elderly European Men and Women: The HALE Project. Jama 2004:1433-1439.

99. Vicedo RB, Munoz EMN, Hera MG, Palacios SG, Gran DV, Sevilla JFC, et al. A Lower Adherence to Mediterranean Diet is Associated with Poorer Self-Related Health ın University Populations. Nutricion Hospitalaria 2015;31(2):785-792.

100. Gülec M, Yabancı N, Gocgeldi E, Bakır B. Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. Gülhane Tıp Dergisi 2008;50:102-109.

101. Cayır A, Atak N, Kose S. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011;64(1):13-19.

102. Ayhan DE, Günaydın E, Gönlüaçık E, Arslan U, Çetinkaya F, Asımı H, ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesş Dergisi 2012;38(2):97-104.

103. Koruk İ, Şahin T. Konya Fazilet Uluışık Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. Genel Tıp Dergisi 2005;15(4):147-155.

104. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013;21(2):107-115.

105. Marin-Guerrero AC, Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillon P, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. Eating behaviours and obesity in the adult population of Spain. The British Journal of Nutrition 2008;100(5):1142-1148.

106. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara: 2014.

107. Kulovitz MG, Kravitz LR, Mermier C, Gibson AL, Conn CA, Kolkmeyer D, et al. Potential Role of Meal Frequency As a Strategy for Weight Loss and Health in Overweight or Obese Adults. Nutrition 2014;30:386-392.

108. Alencar MK, Beam JR, McCormick JJ, White AC, Salgado RM, Kravitz LR, et al. Increased Meal Frequency Attenuates Fat-Free Mass Losses and Some Markers of Health Status with a Portion-Controlled Weight Loss Diet. Nutrition Research 2015;35:375-383.

109. Szajewska H, Ruszczynski M. 'Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe', Critical Reviews in Food Science and Nutrition 2010;50(2):113– 119.

110. Pereira MA, Erickson E, MCKee P, Schrankler K, Raatz K, Lytle LA et al. Breakfast Frequency and Quality May Affect Glycemia and Appetite in Adults and Children. The Journal of Nutrition 2011;141:163-168.

111. Swinburn BA, Seidell JC, James WPT. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. Public health nutrition 2004;7(1):123-146.

112. Marcus MD, Wing RR, Lamparski DM, Binge eating and dietary restraint in obese patients. Addictive behaviors 1985;10:163-168.

113. Swanson D, Dinello F. Severe obesity as a habituation syndrome: Evidence during a starvation study. Archives of general psychiatry 1970;22:120-127.

114. Ganley R. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. International Journal of eating disorders 1989;8:343-361.

115. Rock C. Multivitamin-multimineral supplements: who uses them? American Journal of Clinical Nutrition 2007;85:277-279.

116. Sugiyama T, Healy GN, Dunstan DW, Salmon J, Owen N. Joint associations of multiple leisure-time sedentary behaviours and physical activity with obesity in Australian adults. The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2008:5-35.

117. WHO. Global Recommendations on Physical Activity For Health. İsviçre: 2010.

118. Kokino S, Özdemir F, Zateri C. Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;23(1):47-54.

119. Koksal E, Küçükerdönmez Ö. Şişmanlığı saptamada güncel yaklaşımlar. Baysal A, Baş M (Editörler). Yetişkinlerde ağırlık yönetimi. İstanbul: Ekspress Baskı; 2008:35-70.

120. Tyrovolas S, Bountziouka V, Papairakleous N, Zeimbekis A, Anastassiou F, Gotsis E, et al. Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: The MEDIS study. International Journal of Food Sciences and Nutrition 2009;60(6):137-150.

121. Lebnac V, Hudon AM, Royer MM, Corneau L, Dodin S, Begin C, et al. Differences Between Men and Women in Dietary Intakes and Metabolic Profile in Response to a 12-Week Nutritional Intervention Promoting Te Mediterranean Diet. Journal of Nutritional Science 2015;4(13):1-11.

122. Güney E, Özgen A, Saraç F, Yılmaz C, Kabalak T. Biyoelektrik impedans yöntemi ile obezite tanısında kullanılan diğer yöntemlerin karşılaştırılması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;4(2):15-18.

123. Eszter V, Frances A, Arja L, Harri S, Markku A, Sulin C. Assesing body composition with dxa and bioimpedance: Effects of obesity, physical activity and age. Obesity 2008;16:700-705.

124. Boghossian NS, Yeung EH, Mumford SL, Zhang C, Gaskşns AJ, Wende JW, et al. Adherence to the Mediterranean Diet and Body Fat Distribution in Reproductive Aged Women. Europen Journal of Clinical Nutrition 2013;67:289-294.

125. Ben-Noun L, Sohar E, Laor A. Neck circumference as a simple screening measure for identifying overweight and obese patients. Obesity Research 2001;9(8):470-477.

126. Schroder H, Mendez MA, Ribas-Barba L, Covas MI,Serra-Majem L. Mediterranean diet and waist circumference in a representative national sample of young Spaniards. International Journal of Pediatric Obesity 2010;5(6):516-519.

127. Buckland G, Agudo AA. The Mediterranean Diet and Mortality. In: Preedy VR, Watson RR (Eds.). The Mediterranean Diet An Evidence-Based Approach. (1. Bs.), St. Louis. Elsevier 2015:47-60.

128. Calixto FS, Goni I. Defination of The Mediterranean Diet Based on Bioactive Compounds. Critical Reviews in Food Science and Nutrition 2009;49:145-152.

129. Eguaras S, Toledo E, Hernandez-Hernandez A, Cervantes S, Martinez-Gonzalez MA. Better adherence to the Mediterranean diet could mitigate the adverse consequences of obesity on cardiovascular disease: The SUN Prospective Cohort. Nutrients. 2015;7(11):569-574.

130. Prato E, Biandolino F. The Contribution of Fish to The Mediterranean Diet. The Mediterranean Diet An Evidence-Based Approach. (1. Bs.), St. Louis. Elsevier 2015:165-173.

131. Oostindjer M, Alexander J, Amdam GV, Andersen G, Bryan NS, Chen D, et al. The Role of Red and Processed Meat in Colorectal Cancer Developmen: A Perspective. Meat Science 2014;97: 583-596.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Besin piramidi……8

Şekil 2. Aakdeniz diyeti piramidi…….....12

TABLOLAR

Tablo 1. Akdeniz diyeti uyum ölçeği tanımlayıcı özellikleri……..20

Tablo 2. Bireylerin Akdeniz diyet skoru çeyrek değer genişliklerine göre dağılımları……...21

Tablo 3. Bireylerin Akdeniz diyet skoru çeyrek değer genişliklerinin cinsiyete göre dağılımları…….21

Tablo 4. Bireylerin Akdeniz diyet skoru medyan değerine göre grup dağılımları…….22

Tablo 5. Çalışmaya katılan bireylerin, birey sayılarının ve medeni durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına göre dağılımları…….23

Tablo 6. Bireylerin Akdeniz diyeti medyan gruplarına göre yaşlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre dağılımları…..……....24

Tablo 7. Bireylerin eğitim durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları…….25

Tablo 8. Bireylerin mesleki durumlarının Akdeniz diyeti medyan gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları…….26

Tablo 9. Bireylerin beslenme ilintili kronik sağlık sorunu durumlarına göre dağılımları…...27

Tablo 10. Bireylerin tanısı konmuş sağlık problemi durumlarına göre dağılımı…….28

Tablo 11. Bireylerin sigara kullanma durumlarına göre dağılımları……30

Tablo 12. Bireylerin alkol kullanma durumlarına göre dağılımları…….32

Tablo 13. Bireylerin yeterli ve dengeli beslenme durumlarına göre dağılımları…….34

Tablo 14. Bireylerin günlük tüketilen öğün sayılarına göre dağılımları……..35

Tablo 15. Bireylerin ana öğün tüketim sürelerinin dağılımları……36

Tablo 16. Bireylerin ana öğün tüketim durumu ve tüketim alışkanlıklarına göre dağılımları…….38

Tablo 17. Bireylerin ara öğün tüketim durumu ve tüketim alışkanlıklarına göre dağılımları.....40

Tablo 18. Bireylerin kahvaltı tüketim durumu ve kahvaltının tüketildiği yere göre dağılımları…….41

Tablo 19. Bireylerin hafta içi ve hafta sonu öğün saatlerinin düzenine ve öğünleri nasıl tükettiğine göre dağılımları……..42

Tablo 20. Bireylerin ev dışında öğün tüketme durumu ve ev dışında tüketilen öğünlerin durumuna göre dağılımları……....43

Tablo 21. Bireylerin duygusal durumlarının yemek yemelerine etkisine göre dağılımları…..44

Tablo 22. Bireylerin bitkisel ürün kullanımı ve bitkisel ürün kullananların, kullanım amaçlarına göre dağılımları……...46

Tablo 23. Bireylerin besin desteği kullanımı ve besin desteği kullananların besin

desteklerine göre dağılımları…….47

Tablo 24. Bireylerin aktivite yapma durumlarına göre dağılımları……..49

Tablo 25. Fiziksel aktivite yapan bireylerin aktivite sürelerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre dağılımları…….....50

Tablo 26. Bireylerin son 6 ayda vücut ağırlığı değişimlerine göre dağılımları……51

Tablo 27. Bireylerin antropometrik ölçümlerinin aritmetik ortalama ve standart sapma değerlerine göre dağılımları……..…….53

Tablo 28. Bireylerin bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı risk değerlerine göre dağılımları…….56

Tablo 29. Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği'nde bir puan alan bireylerin dağılımları……..58

Tablo 30. Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği'nde 1 puan kriterini sağlayan bireylerin medyan değer gruplarına göre dağılımları……60

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Erzurum'da dünyaya geldim. 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nü kazandım. Lisans eğitimimi Haziran 2015 yılında tamamladım. Bir ay sonra Temmuz 2015 de Yalova Devlet Hastanesi'ne atandım. 2016 Şubat ayında Trakya Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimime başladım. Yüksek lisans eğitimime devam ettiğim sırada hastanede diyetisyen olarak obezite, diyabet polikliniğinde ve Palyatif bakım servisinde gerek obezite ve diyabette beslenme konusunda gerekse klinik nütrisyon konusunda deneyim sahibi oldu. 2018 Mayıs ayına kadar diyabet, yoğun bakım, palyatif bakım, obezite ve mikrobiyota alanlarında birçok ulusal ve uluslararası kongre ve konferanslara katıldım.

EKLER

Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2017/127	
	PROTOKOL ADI	Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyet Skoru ile Beslenme Alışkanlıkları ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Sedef DURAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 08/12**	**Tarih:26.04.2017**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Sedef DURAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Mert AŞİT'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan
Dekan Yrd.

Ek 2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.04.2017 tarih ve 08/12 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar (MERT AŞİT) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

Araştırmanın bilimsel adı:

Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyet Skoru ile Beslenme Alışkanlıkları ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:

Sağlıklı Beslenme Düzeyi ile Beslenme Alışkanlıkları ve Vücut Kompozisyonları Arasındaki İlişki

Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:

Yrd. Doç. Dr. Sedef DURAN, Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Araştırmanın amacı:

Ülkemizde Akdeniz diyeti ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Ancak Akdeniz diyeti uyum ölçeği ile ilişkilendirilmiş; Beslenme alışkanlıkları ve Antropometrik ölçümler arasındaki olası ilişkinin saptanması amacıyla yetişkin kadın ve erkek üzerinde yürütülmüş yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):

Epidemiyolojik Tez Çalışması

Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:

Ocak 2018-Mayıs 2018

Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:

Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğinde muayene olan ve çalışma kriterlerini sağlayan toplam 250 danışan ile çalışma planlanmaktadır.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:

Araştırmaya Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yaklaşık 250 yetişkin bireyin alınması planlanmıştır. Bireylerin öncelikle 14 sorudan oluşan "Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği" ve 30 soruluk anket formunu doldurmaları istenecektir. Daha sonra vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel ve kalça çevresi ölçülecek ve son olarak Tanita BC-418 MA cihazı kullanılarak vücut kompozisyonu bileşenleri (Vücut yağ kütlesi, vücut yağ yüzdesi, yağsız vücut kütlesi, kas kütlesi) ölçülecektir.

Araştırmanın deneysel kısımları:

Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğinde muayene olan kişilerden kan alınmadan anket ve ölçekler uygulanacak ve vücut ölçümleri alınacak ve elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirilecek.

Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı:

Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğinde muayene olan ve çalışma kriterlerini sağlayan kişiler çalışmaya alınacaktır.

Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:

Yalova Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğinde muayene olması ve çalışma kriterlerini sağlayıp, çalışmaya katılmaya gönüllü olması.

Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:

Katılımcıların sağlıklı bir beslenme şekillerinin olup olmadıklarını ve bu beslenme şeklinin vücut kompozisyonları üzerine etkisini öğreneceklerdir.

Gönüllünün sorumlulukları:

Çalışmada bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır. İstediğiniz anda herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz**.**

Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:

Gebe, lohusa ve çocuklar alınmayacaktır.

Risklere karşı alınan önlemler:

Herhangi bir kan alımı ya da tıbbi girişimde bulunulmayacaktır. Sizle anketler doldurulacak ve bazı vücut ölçümleri yapılacaktır. Bu yüzden sizin açınızdan herhangi bir risk yoktur.

Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:

Anket soruları bizzat yardımcı araştırmacılar tarafından sorulacak, anlaşılmayan yerler açıklanarak doldurulacaktır**.**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:

Girişimsel bir işlem uygulanmayacağı için çalışmaya alınanlara sigorta yapılmayacak ve tazminat karşılanmayacaktır.

Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:

Gönüllülere her ne sebeple olursa olsun herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:

Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek herhangi bir durum yoktur ama gönüllüler istedikleri zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirler.

Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?

Eğer isterlerse gönüllülere araştırma sonrasında bilgi verilecektir.

Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:

Mert AŞİT, TEL:05345514118

Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:
Gönüllülerden biyolojik materyal alınmayacaktır**.**
Gönüllülerden elde edilecek biyolojik materyaller üzerinde genetik araştırma yapılabilmesi için onay:-

"……(Araştırmanın açık adı)" araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar, vb…);

☐ **Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.**

☐ **İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.**

☐ **Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- **Gönüllünün; (El yazısı ile)**

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- **Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)**

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- **Açıklamaları yapan araştırmacının**

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

Ek 3

A. GENEL BİLGİLER

Anket no: Tarih:
Adı-Soyadı:

1. Yaş (yıl): ……

2. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumu:

1.Okuryazar değil	2.Okuryazar	3.İlkokul mezunu
4.Ortaokul mezunu	5. Lise mezunu	6. Ön lisans mezunu
6. Yüksekokul/lisans mezunu	7. Yüksek lisans ve doktora	

5. Meslek:

1.Ev hanımı	2.Serbest meslek	3.Memur	4. Özel sektör
5.Emekli	6. İşçi	7. Öğrenci	8.Diğer……

6. Hekim tarafından tanısı konulmuş beslenme ilintili kronik sağlık sorununuz/hastalığınız var mı?
   1.Hayır 2. Var (belirtiniz)

7. Tanısı konmuş bir sağlık sorunu varsa hangisi/hangileridir?

1. Şişmanlık	7. Hiperlipidemi, kolesterolemi
2. Ülser-Gastrit	8. Böbrek hastalıkları
3. Diyabet	9. Karaciğer-safra kesesi hastalıkları
4. Hipertansiyon	10. Besin alerjisi
5. Hipotansiyon	11. Psikiyatrik hastalıklar
6. Demir eksikliği anemisi	12. Diğer (…….....)

8. Sigara içme durumu:
   1. İçiyor (……adet/gün) 2. İçmiyor 3. …. yıl içtim bıraktım

9. Alkol kullanıyor musunuz?
   1. Hayır 2. Evet (1sek = 360 ml bira, 150 ml şarap, 45 ml rakı, viski, cin, vb.)
   Ayda: ……kez
   Tek seferde: ……mL
   Genellikle tüketilen alkolün türü: ……

Ek 4

B. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

10. Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır 3. Bazen

11. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

1. Ana öğün:..... 2. Ara öğün:.....

12. Ana öğünlerinizi ne kadar sürede tüketirsiniz?

Kahvaltı:
1) 0 ile 10 dk arası 2) 10 ile 20 dk arası 3) 20 ile 30 dk arası 4) 30 dk 'dan fazla

Öğle:
1) 0 ile 10 dk arası 2) 10 ile 20 dk arası 3) 20 ile 30 dk arası 4) 30 dk 'dan fazla

Akşam:
1) 0 ile 10 dk arası 2) 10 ile 20 dk arası 3) 20 ile 30 dk arası 4) 30 dk 'dan fazla

13. Ana öğünleri (sabah, öğle, akşam) atlar mısınız?

1. Hayır 2. Evet 3. Bazen

14. Yanıt Evet ve Bazen ise; Genellikle hangi öğünü atlarsınız?

1. Sabah 2.Öğle 3. Akşam

15. Ana öğün atlıyorsanız atlama nedenlerinizden size göre önemli olanları işaretleyiniz (En fazla 3 seçeneği işaretleyiniz).

1. Zamanım yok……. ☐
2. Geç kalıyorum……..……. ☐
3. Alışkanlığım yok…… ☐
4. Canım istemiyor/iştahsızım……..... ☐
5. Kurs, spor vb. faaliyetlerim nedeniyle…… ☐
6. Hazırlanmadığı için…… ☐
7. Diğer (belirtiniz) …… ☐

16. Ara öğün atlar mısınız?

1.Evet 2. Hayır (cevabınız hayır ise 18. soruya geçiniz) 3. Bazen

17. Cevabınız evet veya bazen ise hangi ara öğünü veya ara öğünleri atlarsınız?

1.Kuşluk 2.İkindi 3.Gece

18. Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız?

1.Evet 2.Hayır (cevabınız hayır ise 20.soruya geçiniz)

19. Cevabınız evet ise sabah kahvaltısını nerede yapıyorsunuz? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. Evde 2.İşyerinde

20. Öğün saatleriniz düzenli midir?

Hafta içi: 1.Hayır 2. Evet
Hafta Sonu: 1. Hayır 2. Evet

21. Yemeklerinizi nasıl yersiniz?

1. Yalnız başıma 2. Arkadaşlarımla 3. Ailemle birlikte

22. Ev dışında yemek yer misiniz?

1.Hayır 2.Evet

23. Cevabınız evet ise hangi öğünleri ev dışında yersiniz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)
1. Kahvaltı 2. Öğle 3. Akşam

24. Duygusal Durumunuz Yemek Yemenizi Etkiler mi?

1. Evet 2. Hayır

25. Cevabınız evet ise nasıl?

Sevinç: 1)Artar 2) Azalır 3)Değişmez
Üzüntü: 1)Artar 2) Azalır 3)Değişmez
Sinirlilik: 1)Artar 2) Azalır 3)değişmez

26. Herhangi bir bitkisel ürün (toz,tablet, sıvı, çay vb.) kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

27. Cevabınız 'evet' ise kullanım amacınız nedir?

1. Zayıflama için 2. Hastalıklardan korunmak için
3. Yaşlanma belirtilerini geciktirmek için 4. Hastalığım için
5. Doktor öneriyor 6. Diğer.....

28. Besin desteği (vitamin, mineral, omega 3, vb.) kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet (Adı nedir?.....) 3. Bilmiyorum

Ek 5

C. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU

29. Düzenli spor/egzersiz yapıyor musunuz? (Son bir hafta içinde en az 3 kez, günde 30 dakika ve üzeri süre aktivite yaptınız mı?)

1. Hayır 2. Evet

Yanıt Evet ise;

Egzersiz/spor türü: .....

Haftada:……..kez

Süresi:…….dakika/hafta

30. Son 6 ayda vücut ağırlığınızda bir değişiklik oldu mu?

1. Hayır, değişme olmadı
2. Evet Arttı (kg):..... Azaldı (kg).....
3. Bilmiyor

Ek 6

D.ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

ÖLÇÜMLER	
Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
Bel çevresi (cm)	
Kalça çevresi (cm)	
Boyun çevresi (cm)	
BKİ (kg/m²)	
Bel:Kalça Oranı	
Bel:Boy Oranı	
Yağ oranı (%)	
Yağ kütlesi (kg)	
Yağsız vücut kütlesi(kg)	
Yağsız vücut oranı(%)	
Sıvı oranı (%)	
Sıvı ağırlığı (kg)	
BMR (kcal)	

Ek 7

E. AKDENİZ DİYETİ UYUM ÖLÇEĞİ (PREDIMED)

Sorular	Yanıt	Puanlama ölçütü	Puan
1.Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı mı kullanırsınız?		Evet	
2.Günde ne kadar zeytinyağı tüketirsiniz? (kahvaltı, kızartma, salata, ev dışı tüketim vb. dahil)		≥4 yemek kaşığı	
3.Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz? (1 porsiyon (pors) = 200 gram(g) = 4 yemek kaşığı (YK) sebze yemeği; garnitürleri yarım porsiyon olarak düşününüz)		≥2 porsiyon veya ≥1 porsiyon çiğ olarak)	
4.Günde kaç porsiyon meyve (taze sıkılmış meyve suları dahil) tüketirsiniz? (1 Pors = Elma, Armut vb.=1 orta boy; Muz, Nar=½ büyük boy; Kiraz, Çilek, Üzüm vb.=1 su bardağı; K.incir=1 adet; K.Erik / K.Kayısı=3 adet; K.üzüm=2 YK; Taze Meyve suyu = 1 çay bardağı)		≥3 porsiyon	
5.Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri (salam, sosis v.b) tüketirsiniz? (1 porsiyon 100-150 g = 4 köfte büyüklüğünde)		<1 porsiyon	
6.Günde kaç porsiyon tereyağı, margarin ya da krema tüketirsiniz? (1 porsiyon = 12 g = 2 Tatlı Kaşığı)		<1 porsiyon	
7.Günde kaç adet şekerli (soğuk çay, meyve suyu, meyveli soda vb.) veya gazlı içecek (kola, gazoz vb.) tüketirsiniz? (1 porsiyon = Soda için ;1 şişe = Diğer içecekler için ; 1 kutu)		<1 porsiyon	
8.Haftada kaç kadeh şarap içersiniz? (1 Kadeh = 120 ml)		≥ 7 kadeh	
9.Haftada kaç porsiyon kuru baklagil yemeği tüketirsiniz? (1 porsiyon = 150 g = 8 YK)		≥3 porsiyon	
10.Haftada kaç porsiyon balık ya da kabuklu deniz ürünleri tüketirsiniz?(1 pors balık=100-150 g=1/2 orta çipura/levrek = 15 adet hamsi;1 porsiyon deniz ürünü = 4-5 adet ya da 200 g)		≥3 porsiyon	
11.Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri (poğaça, börek vb.) tüketirsiniz?		<3 defa	
12.Yer fıstığı dahil haftada kaç porsiyon yağlı tohum tüketirsiniz? (1 porsiyon = 30 gram = 3 adet ceviz = 20 adet fındık, badem = 25 adet yer fıstığı, antep fıstığı)		≥3 porsiyon	
13.Kırmızı et yerine (Dana / koyun / kuzu eti, sucuk, sosis, köfte v.b.) beyaz et (hindi /tavuk eti) tüketmeyi tercih eder misiniz?		Evet	
14.Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemekleri zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak/pırasa'lı sos ile tüketirsiniz?		≥2 porsiyon	