

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YETİŞKİN BİREYLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ
AKDENİZ DİYETİNE UYUMUNUN ARAŞTIRILMASI**

Emine Rumeysa ÖZER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESİN HİJYENİ VE TEKNOLOJİSİ ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Kemal Kaan TEKİNŞEN

KONYA-2022

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince çalışmalarımın her alanında bana destek olan, yol gösteren, bilgi ve birikimlerini benden esirgemeyen çok değerli danışmanım Prof. Dr. Kemal Kaan TEKİNŞEN başta olmak üzere,

En başında yüksek lisans eğitimi almam için beni teşvik edip, bana cesaret veren çok kıymetli Prof. Dr. Mehmet NİZAMLIOĞLU hocama,

Hayatımın her anından yanımda olup, her kararımın arkasında duran, hiçbir maddi manevi desteği esirgemeyen aileme,

Sonsuz teşekkür ederim...



İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
--------------------------------------	-------------

ÖZET.....	x
------------------	----------

SUMMARY	xi
----------------------	-----------

1. GİRİŞ.....	1
----------------------	----------

1.1. Akdeniz Diyeti ve Sürdürülebilirlik	2
--	---

1.2. Akdeniz Diyet Piramidi	4
-----------------------------------	---

1.3. Akdeniz Diyetinde Yer Alan Besinler.....	7
---	---

1.3.1. Tam Tahıllar.....	7
--------------------------	---

1.3.2. Meyve ve Sebzeler	9
--------------------------------	---

1.3.3. Kuru Baklagiller.....	12
------------------------------	----

1.3.4. Yağlı Tohumlar	13
-----------------------------	----

1.3.5. Zeytinyağı	15
-------------------------	----

1.3.6. Balık ve Su Ürünleri.....	16
----------------------------------	----

1.3.7. Şarap.....	18
-------------------	----

1.4. Akdeniz Diyetinin Sağlıkla İlişkisi	19
--	----

1.4.1. Akdeniz Diyeti ve Kardiyovasküler Hastalıklar	20
--	----

1.4.2. Akdeniz Diyeti ve Obezite	21
--	----

1.4.3. Akdeniz Diyeti ve Tip 2 Diyabet	23
--	----

1.4.4. Akdeniz Diyeti ve Kanser	26
---------------------------------------	----

1.4.5. Akdeniz Diyeti ve Covid 19.....	27
--	----

2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
--------------------------------	-----------

2.1. Araştırma Zamanı, Yeri ve Örneklem Seçimi	29
--	----

2.2. Araştırmanın Etiği	29
-------------------------------	----

2.3. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	29
--	----

2.4. Araştırmanın Yöntemi	29
---------------------------------	----

2.5.	Araştırmanın Varsayım ve Sınırlılıkları	29
2.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	30
2.7.	Verilerin İstatiksel Analizi	31
3.	BULGULAR.....	32
3.1.	Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	32
3.2.	Akdeniz Diyeti İle İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	37
3.3.	Akdeniz Diyeti İle İlgili Tutum Düzeylerine İlişkin Bulgular	39
3.4.	Akdeniz Diyeti İle İlgili Davranış Düzeylerine İlişkin Bulgular	44
3.5.	Akdeniz Diyeti İle İlgili Besin Tüketim Sıklıklarına İlişkin Bulgular	50
3.6.	Akdeniz Diyet Skorlaması.....	51
4.	TARTIŞMA.....	59
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.	KAYNAKLAR	72
7.	EKLER	83
	EK-A: Gönüllü Onam Formu.....	83
	EK-B: Anket Formu	84
	EK-C: Turnitin Raporu.....	90

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Akdeniz Diyet Piramidi 5

Şekil 2. Katılımcıların Akdeniz Diyeti İle İlgili Bilgi Düzeyleri..... 40



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Tam tahılların (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri.....	9
Tablo 1.2. Sebzelerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri.....	11
Tablo 1.3. Meyvelerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri	11
Tablo 1.4. Kuru baklagillerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri ...	13
Tablo 1.5. Yağlı tohumların (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri	15
Tablo 1.6. Yağlı besinlerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri	17
Tablo 1.7. Su Ürünlerindeki (yenebilen 100 g) Yağ Asit Miktarları	18
Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler	33
Tablo 3.2. Cinsiyet değişkenine göre BKİ kıyaslaması	35
Tablo 3.3. Tanılı hastalık varlığı değişkenine göre BKİ kıyaslaması	36
Tablo 3.4. Fiziksel aktivite yapma durumu değişkenine göre BKİ kıyaslaması	36
Tablo 3.5. Eğitim durumu değişkenine göre BKİ kıyaslaması	37
Tablo 3.6. Medeni durum değişkenine göre BKİ kıyaslaması	37
Tablo 3.7. Katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi düzeyleri	38
Tablo 3.8. Katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili toplam bilgi düzeylerine ilişkin bulgular	39
Tablo 3.9. Katılımcıların cinsiyeti ile Akdeniz diyeti ile ilgili toplam bilgi düzeylerine ilişkin bulgular	40
Tablo 3.10. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular	40
Tablo 3.11. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular	41
Tablo 3.12. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları tanılı hastalık değişkenine ilişkin bulgular	42
Tablo 3.13. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları BKİ ilişkin ANOVA analizi bulguları	43

Tablo 3.14. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular	45
Tablo 3.15. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular	45
Tablo 3.16. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları tanıli hastalık değişkenine ilişkin bulgular	46
Tablo 3.17. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları BKİ değişkenine ilişkin ANOVA analizi bulguları	47
Tablo 3.18. Akdeniz diyeti ile ilgili besin tüketim sıklıklarına ilişkin bulgular	50
Tablo 3.19. Akdeniz Diyet Skorlaması cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular	51
Tablo 3.20. Akdeniz Diyet Skorlaması fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular	52
Tablo 3.21. Akdeniz Diyet Skorlaması tanıli hastalık değişkenine ilişkin bulgular ..	53
Tablo 3.22. Cinsiyet değişkenine göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması	55
Tablo 3.23. BKİ değişkenine göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması	55
Tablo 3.24. Eğitim seviyesine göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması	56
Tablo 3.25. Fiziksel aktivite yapma durumlarına göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması	56
Tablo 3.26. Tanıli hastalık durumlarına göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması.....	56
Tablo 3.27. Cinsiyet değişkeninin medeni durum dağılımlarına göre Akdeniz Diyet skor uyum puanlaması	57
Tablo 3.28. Cinsiyet değişkeninin yaş dağılımlarına göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması	58

SİMGELER VE KISALTMALAR

AD	Akdeniz Diyeti
ADS	Akdeniz Diyet Skoru
AHA	American Heart Association
BKI	Beden Kütle İndeksi
BM	Birleşmiş Milletler
COVID-19	Coronavirüs
CRP	C-Reaktif Protein
DHA	Dokosahekzaenoik Asit
DM	Diabetes Mellitus
EFSA	European Food Safety Authority
EPA	Eikozapentaenoik Asit
FAO	Food and Agriculture Organization
G	Gram
HDL	High Density Lipoprotein
Kg	Kilogram
Kkal	Kilokalori
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LDL	Low Density Lipoprotein
Mg	Miligram
ml	Mililitre
n-3	Omega-3
n-6	Omega-6
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PAL	Physical Activity Level
PUFA	Polyunsaturated Fatty Acid

TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜBER	Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WCED	World Commission on Environment and Development
WHO	World Health Organization



ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yetişkin Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Akdeniz Diyetine Uyumunun Araştırılması

Emine Rumeysa ÖZER

Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2021

Araştırma Haziran – Temmuz 2021 tarihleri arasında, Mersin’in Mut ilçesinde ankete katılmayı kabul eden, rastgele seçilmiş 18-65 yaş aralığında 250 bireyin beslenme alışkanlıklarının Akdeniz diyeti ile uyumunun bilgi, tutum ve davranış yönünden incelenmesini amaçlayarak yapılmıştır.

Veriler yüzyüze görüşme yapılarak, anket yöntemiyle toplanmış, bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra bulgular SPSS IBMSPSS-25 Paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde çalışmaya katılanların %51,6’sinin kadın, %48,4’ünün erkek katılımcı olduğu belirlenmiştir. Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi düzeyleri bakımından katılımcıların 9’unun yetersiz (%3,6), 97’sinin orta (%38,8) ve 144’ünün ise iyi (%57,6) seviyede oldukları tespit edilmiştir. Akdeniz diyet skor uyumlaması cinsiyet dağılımı incelendiği zaman; yüksek uyum grubunda erkek bireylerin ortalamasının ($n - \bar{x}$) 25-34,8, kadın katılımcıların ise ortalamasının ($n - \bar{x}$) 47-37,2 kişi olduğu; BKİ dağılımları incelendiği zaman ise; zayıf katılımcıların %1,2, normal kilolu katılımcıların %46,8, fazla kilolu katılımcıların %40, obez katılımcıların %12 olduğu görülmektedir. Zayıf, normal kilolu, fazla kilolu kategorilerinde kadın ve erkek katılımcıların ortalamaları ($n - \bar{x}$) sırasıyla 3-1,5, -, 69-60,2, 48-56,8, 46-51,4, 54-48,6 olarak tespit edilmiştir. Obez kategorisinde ise kadın katılımcıların ortalaması ($n - \bar{x}$) 11-15,5, erkek katılımcıların ortalaması ($n - \bar{x}$) 19-14,5 olarak raporlanmıştır.

Sonuç olarak elde edilen veriler değerlendirildiğinde coğrafi özellikler ve ekonomik koşullar doğrultusunda halkın beslenme alışkanlıklarında meyve, sebze ve zeytinyağı tüketiminin yaygın olduğu ancak yetersiz fiziksel aktivite, fazla enerji alımı ile BKİ oranlarının normal ve yüksek seviyelerde görüldüğü tespit edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Akdeniz diyeti; obezite; zeytinyağı

SUMMARY

T.C.
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Study on the Adaptation of the Nutritional Habits of Adult Individuals to the Mediterranean Diet

Emine Rumeysa ÖZER

Department of Food Hygiene and Technology

MASTER'S THESIS / KONYA-2021

The research was conducted between June and July 2021, aiming to examine the compatibility of dietary habits with the Mediterranean Diet in terms of knowledge, attitude and behavior of 250 randomly selected individuals aged 18-65 years, who accepted to participate in the survey in Mut district of Mersin.

The data were collected by face-to-face interviews, questionnaire method, and after transferring to the computer environment, the findings were evaluated using the SPSS IBMSPSS-25 Package program. When the results were examined, it was determined that %51,6 of the participants were female and %48,4 were male participants. It was determined that 9 of the participants (%3,6) were inadequate, 97 (%38,8) moderate, and 144 (%57,6) good the participants in terms of their knowledge level about the Mediterranean diet. When examining the Mediterranean diet score concordance gender distribution; In the high fit group, the average of male individuals ($n - \bar{x}$) was 25-34,8, and the average of female participants ($n - \bar{x}$) was 47-37,2; When the BMI distributions are examined; %1,2 of the thin participants, %46,8 of the normal-weight participants, %40 of the overweight participants, and %12 of the obese participants. In the underweight, normal weight, and overweight categories, the averages of male and female participants ($n - \bar{x}$) were 3-1,5, -, 69-60,2, 48-56,8, 46-51,4, 54-48,6, respectively detected. In the obese category, the average of female participants ($n - \bar{x}$) was 11-15,5, and the average of male participants ($n - \bar{x}$) was 19-14,5.

As a result, when the data obtained are evaluated, it has been determined that the consumption of fruit, vegetables and olive oil is common in the nutritional habits of the people in line with the geographical characteristics and economic conditions, but insufficient physical activity, excess energy intake and BMI rates are seen at normal and high levels.

Key words: Mediterranean diet; obesity; olive oil

1. GİRİŞ

Beslenme, büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır ve insan gereksinimlerinin en başında gelir. 20. yüzyılın başından bu yana devam eden bilimsel araştırmalar sonucu, beslenme bir bilim dalı olarak kabul edilmiştir. Yapılan araştırmalarda beslenme farklılıklarının insan sağlığı üzerinde oldukça değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Yeterli ve dengeli beslenen toplumlarda yaşam standartlarının yüksek olduğu, sağlığı korumaya ve geliştirmeye yöneldikleri gözlemlenirken; yetersiz ve dengesiz beslenen toplumlarda dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, malnütrisyon, obezite ve hipertansiyon başta olmak üzere birçok sağlık problemleri yaşadıkları tespit edilmiştir (Sofi 2009).

1975 – 2018 yılları arasında dünya çapında obezitenin 3 katına çıktığı ve normal ağırlığa sahip insan nüfusunun her geçen gün azaldığı raporlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2016 verilerinde 18 yaş ve üzeri 1,9 milyardan fazla yetişkin topluluğunun %39'unun aşırı kilolu (erkeklerin %39'u ve kadınların %40'ı), %13'ünün ise obez olduğu; obezitenin ise başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere tip 2 diyabet ve kanserin tetikleyicisi olduğu ancak, obezitenin önleneyen bir hastalık olduğu da bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından (WHO 2003) kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, obezite başta olmak üzere kronik bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme, hastalıklardan korunmada ve hastalıkların tedavisinde besin ve beslenme şeklinin çok önemli olduğu vurgulanmıştır.

Beslenme bilimi araştırmacıları ise tarih boyu yaptıkları araştırmalarda hep beslenmede çeşitlilik olması gerektiğini savunmuşlardır. Bunun altındaki temel düşünce, hiçbir besinin tek başına vücut için gerekli olan bütün besin öğelerini aynı anda içermemesindendir (Kennedy 2004). Diyet ve kronik olmayan hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda (Hu ve Willett 2002) Batı diyetinin önemli bir risk faktörü olduğu, meyve ve nişastalı olmayan sebzelerin olduğu diyet tarzının ise sağlığı korumaya yardımcı olduğu belirtilmiştir (Boeing ve ark 2012). Geniş ölçekli, toplumu temel alarak yapılan klinik ölçekli çalışmalarda; sebze, meyve, kuru baklagil, tam tahıl ürünleri, balık ve az yağlı süt ve ürünlerinin fazlaca tüketildiği bir diyetle insanların kardiyovasküler hastalıklar, kanser başta olmak üzere bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara yakalanma riskinin azaldığı kanıtlanmıştır (NCEP 2002).

Keys ve ark (1986), beslenme alışkanlıkları üzerinde çalışırken Akdeniz topluluklarında yaptıkları araştırma sonucu, kardiyovasküler hastalıkların nispeten az

görülmesiyle buradaki diyet örüntüsüne ‘Akdeniz Diyeti’ demişlerdir. Keys ve arkadaşlarının başlattığı ‘Yedi Ülke Araştırması’ ile ortaya çıkan Akdeniz diyet terimi, Akdeniz bölgesinde yaşayan toplulukların beslenme alışkanlıklarının incelenmesiyle ortaya çıkmıştır. Bu çalışmaya dahil olan ülkeler arasında İtalya, Hollanda, Yunanistan, Yugoslavya, ABD, Finlandiya ve Japonya bulunmaktadır. Çalışmaya 40-59 yaş aralığından ortalama 13,000 kişi katılmış ve çalışma 30 yıl devam etmiştir. Çalışmaya katılan insanların beslenmeleri ülkeler arasında farklılık gösterse de genel olarak yüksek oranda zeytinyağı tüketilmesi ortak olarak gözlenmiştir. Yüksek yağ tüketimine rağmen bu topluluklarda daha az kardiyovasküler hastalıklarının görülmesi beslenme araştırmacılarının dikkatini çekmiş ve bu durum onları Akdeniz diyetini daha detaylı araştırmaya itmiştir (Perez-Lopez ve ark 2009, Trichopoulou ve ark 2014).

Temelinde zeytinyağı olan Akdeniz diyeti, yüksek oranda meyve, sebze, tam tahıl ürünleri, kuru baklagiller, yağlı tohumlar; orta derecede balık ve su ürünleri, süt ve ürünleri, yumurta; düşük düzeyde kırmızı et tüketimi ve ılımlı düzeyde şarap içeriğine sahiptir (Barbaros 2015). Akdeniz diyeti diğer diyet modellerine kıyasla en sağlıklı beslenme modelleri arasındadır.

1.1. Akdeniz Diyeti ve Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilir bir diyetin; kişinin yaşamının her anında kolay ulaşabileceği besinlerden oluşması, ekonomik düzeyde maliyetinin kişiye uygun olması, yaşam tarzına ve kültürüne paralel besinler içermesi, sağlığını mental ve fiziksel olarak korumayı amaçlaması gerekmektedir. Sürdürülebilirlik kavramı ilk kez 1987 yılında Birleşmiş Milletler (BM)’e bağlı Dünya Çevre ve Kalkınma komisyonu (WCED) tarafından ele alınmıştır. 2010 yılında Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) ise sürdürülebilir beslenmenin tanımını ‘Kültürel olarak kabul görmüş, kişinin ulaşabileceği, ekonomik olarak uygun, satın alma gücü zorlayıcı olmayan, ekosistemi tahrip etmeyen, biyolojik çeşitliliği koruyan, beslenme olarak kişi için yeterli ve dengeli, işlenmiş besin içermeyen diyet’ olarak tanımlamıştır (FAO 2010).

Akdeniz diyeti optimal beslenmeyi hedef alarak, besinlerde çeşitliliğe önem vermektedir. Sağlıklı ve dengeli yağ içeriğine sahip besinlerin glisemik indeksi düşük, antioksidan ve posa içeriği yüksektir. Kaliteli besin alımı, ulaşılabilirlik ve ekonomiklik bu beslenme modelinin dünya çapında tanınmasına yardımcı olmuştur

(Sofi ve ark 2008). Akdeniz diyeti; besin çeşitliliği, çevreselliği, ekonomik düzeyde her kesimin ulaşabilir olması ve sosyokültürel özellikleri bakımından 2009 yılında İtalya’da yapılan uluslararası konferansta “Sürdürülebilir Bir Diyet Olarak Akdeniz Diyeti” şeklinde tanımlanmıştır. Akdeniz diyeti aslına tek bir diyet modeli olarak kabul edilse de uygulandığı ülkelere göre hatta farklı yaş gruplarına göre şekillenebilmektedir (Sofi 2009, El Rhazi ve ark 2012). 2009 yılında Sofi’nin yaptığı çalışmada Akdeniz diyetini uygulayan farklı kesimler karşılaştırılmış ve ülkeler arası farklılıklar şu şekilde ortaya çıkmıştır; Yunanistan’da diyetle toplam yağ oranı %40 gibi yüksek bir miktardayken, İtalya’da %30 olarak normal seviyede gözlenmiştir. Bir başka fark ise Akdeniz diyetinde temel özelliklerden biri tam tahıl tüketiminin yüksek olmasıyken, İspanya’da balık tüketimin oldukça yüksek olması dikkat çekmektedir (Giugliano ve Esposito 2008).

Akdeniz diyeti aslında sadece besinlerden ibaretmiş gibi düşünülmemeli, hayatla özdeşleşmiş olup birçok kültürü bünyesinde tutan, inançlar doğrultusunda besinlerde yasaklama koymayan, sosyal yaşama değer veren bir beslenme modelidir. Bu bağlamda da diğer diyetlere göre uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği ile günümüze kadar ulaşmıştır. Sürdürülebilirliği olmayan, kişinin yaşam tarzına aykırı, sağlıksız besinlerin üretilmesi ve bu doğrultuda bilinçsizce tüketilmesi veya israf edilmesi hem dünya hem de insan sağlığı açısından risk etmenidir (FAO 2018). Bilinçsizlik dünya için küresel risk taşıırken; artan obezite ile bulaşıcı olmayan kronik hastalık riskleri de dünya üzerinde yaklaşık 4 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Günümüzde yetişkinlerin 670 milyondan fazlası şişmandır (FAO 2019). Diyabetin küresel orandan artışının ise son 30 yılda 2 katına çıktığı bildirilmiştir (WHO 2016). Obeziteye bağlı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kardiyovasküler hastalıkların küresel ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer aldığı, bunun devamını ise kanser ve tip 2 diyabetin takip ettiği Dünya Sağlık Örgütü tarafından raporlandırılmıştır.

Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015 – 2020 raporunda, sağlıksız beslenmenin yol açtığı tüm olumsuz etkileri azaltmak, besinlere ulaşmada eşitsizliği kaldırmak, sağlığı korumak gibi planlar yer almaktadır. Eylem Planı, devlet politikası çerçevesinde, gıda yönetimini sistemleştirerek Avrupa topluluklarının beslenme şekillerini değiştirip, geliştirmektir. Çalışma sonucunda iki Avrupa diyetinin (Akdeniz Diyeti ve Nordik Diyeti) sağlığı koruyucu ve geliştirici olduğu raporlanmıştır

(Renzella ve ark 2018). Özellikle Akdeniz diyetinin sürdürülebilirlik adına; çevreye olumsuz etkisinin az olması, biyoçeşitlilik bakımından zengin olması, kültürel miras özelliği taşıması, sağlığı iyileştirici etkisinin olması ve ekonomiklik gibi özelliklerine vurgu yapılmıştır (Dernini ve ark 2017).

Ülkelerin şuanki beslenme şekillerine bakıldığında, 2050 yılında beslenmeye bağlı bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların, azot, sera gazı ve fosfor salınımına bağlı küresel ısınmanın artacağı; bunlara bağlı olarak su, toprak ve hava kirlilikten etkilenip, ekosistem dengesinin bozulacağı, besinlerin de bundan olumsuz etki göreceği tahmin edilmektedir. Paris Antlaşması ve BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, bize sağlıklı besin, beslenme ve sürdürülebilir sistemler hakkında rehberlik etmektedir. Önemli olanın herkesin kendi ihtiyacı kadar besin alması, beslenmenin temelini bitkisel besinlere dayandırılması, hayvansal değil bitkisel proteinlerin tüketilmesi, hazır gıdaların tüketiminin en aza indirilmesi, doymuş yağların alımının azaltılması ve besin seçerken tek bir besine ağırlık vermektense çeşitliliğe dayandırılması gibi maddeler vurgulanmaktadır (Willet ve ark 2019). Van Dooren ve ark (2013) tarafından Hollanda’da yapılan bir çalışmada, Akdeniz diyetinin sağlık skorunun diğer diyetlere göre daha yüksek olduğu, sürdürülebilirlik skorunda ise ideal aralıkta olduğu belirtilmiştir (Scarborough ve ark 2014).

1.2. Akdeniz Diyet Piramidi

Akdeniz coğrafyasına sahip topluluklardan bugüne kadar gelip, bize miras kalan Akdeniz diyeti, 2010 yılında UNESCO tarafından ‘İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirası’ olarak kabul edilmiş ve aynı yıl içerisinde günümüz yaşam şartlarına göre güncellenerek geliştirilen Akdeniz Diyet Piramidi yayınlanmış olup en güncel haliyle 2011 yılında tamamlanmıştır (Bach-Faig ve ark 2011).

Akdeniz Beslenme Piramidi



Şekil 1. Akdeniz diyet piramidi (Bach-Faig ve ark 2011)

Elde edilen bu piramit (Şekil 1) yetişkin (18-65 yaş) ve sağlıklı popülasyonun gereksinimlerini karşılamayı hedeflemektedir. Ancak gebe, emzikli, yaşlı, çocuk veya herhangi bir sağlık problemi olan bireylere göre ihtiyaçlar doğrultusunda kişiye göre Akdeniz diyeti uyarlanabilir özelliktedir. Piramitte besin ögeleri dışında, bu besin ögelerinin ne kadar ve ne sıklıkta yenilmesi gerektiği, nasıl hazırlanması gerektiği, yaşam şekli doğrultusunda sosyal hayata nasıl uyarlayabileceği, kültürel olarak aile sofrasına önem vermek gibi değerleri de kapsamaktadır (Bach-Faig ve ark 2011).

Piramidin en alt kısmında ekmek, makarna, kuskus gibi tahıl ürünleri yer almaktadır. Tahıl ürünlerinin günlük ve ortalama 8 porsiyon olarak tüketilmesi istenir. Besinleri hazırlarken önemli derecede vitamin, mineral kaybı olacağından genelde tam tahıllı/tam buğday çeşitleri tercih etmek gerekir. Tahılların üstünde yer alan meyve ve sebzeler vitamin, mineral, antioksidan ve posa açısından çok değerli besinlerdir. Sebzelerin öğlen/akşam yemek olarak veya yemeklerin yanına salata olarak günlük en az 2 porsiyon tüketilmesi istenir. Meyveler ise tatlı ihtiyacımızı karşılamak adına tercih edilmeli ve en az 2 porsiyon günlük olarak tüketilmelidir (Bach-Faig ve ark 2011).

Piramidin dışında yer alan ancak her gün 1,5-2,0 litre tüketilmesi istenen grup sudur. Vücudun özellikle de yaz aylarında sıvı dengesini sağlamak, metabolizmanın çalışmasına yardımcı olmak adına su alımı çok önemlidir. Su gereksinimi kişinin yaşına, yaşam şartlarına, kilosuna ve hastalığına göre değişiklik gösterebilir. Su gibi piramidin dışında yer alan ancak her gün ılımlı düzeyde (1-2 kadeh) tüketilmesi istenen

grup kırmızı şaraptır. Dini inanışlar ve sosyal çevre göz önüne alınarak isteğe bağlı kadınlar için 1, erkekler için 2 kadeh günlük olarak önerilmektedir (Bach-Faig ve ark 2011).

Süt ürünlerinde (peynir, yoğurt vb.) az yağlı olanlar tercih edilmeli ve günlük olarak ihtiyaca göre porsiyonlar düzenlenerek tüketilmelidir. Özellikle E vitamininden zengin olan ve Akdeniz diyetinin temelini oluşturan zeytinyağı, piramidin temelinde bulunarak günlük tüketilmesi istenen grupta yer alır. Ölçüsü ise kişi başı 1 yemek kaşığı olmalı ve yemekler dahil salata soslarında da kullanılmalıdır. Yağlı tohumların kalp için faydalı yağları içermesinden dolayı günlük 1 avuç çiğ olarak tüketilmesi gerekmektedir. Tuzu azaltmak ve yiyeceklerin lezzetine çeşitlilik katmak için yemeklerde baharatların, otların, sarımsak ve soğanın kullanılması önerilmektedir (Bach-Faig ve ark 2011).

Haftalık tüketilmesi istenen grupta yer alan besinler, genelde hayvansal veya bitkisel protein oranı yüksek olan besinlerdir. Bunlar;

- Balık ve yumurta diyetle önemli hayvansal protein kaynaklarıdır.
- Kırmızı et ve işlenmiş et tüketimi az miktar ve sıklıkta olmalıdır.
- Kuru baklagillerle, tahılların bir arada tüketilmesi protein kalitesini arttıracığından birlikte tüketilmesi önerilmektedir.

Piramitte ara sıra tüketilmesine izin verilen grupta paketli gıdalar, şeker ve şeker ilavesi olan tüm yiyecek ve içecekler yer almaktadır (Bach-Faig ve ark 2011).

Akdeniz diyeti diğer diyetlerin aksine sürdürülebilirliğe ve kültürel mirasa önem verdiği, insanları sosyal hayattan koparmak istemediği için diyetle kültürel unsurlara ve yaşam tarzına da değinmektedir. Bunlar:

- Ilımlılık: Porsiyonlar fazla büyük olmamalı ve yaşam tarzının gerektirdiği enerji ihtiyacına uygun olmalıdır. Porsiyonlar belirlenirken enerji ihtiyacının yanı sıra kültürel özellikler ve alışkanlıklarda dikkate alınmalıdır.
- Sosyallik: Diyet yapan insan genelde sosyal ortamlardan kaçır, kendine yasaklar koyar. Oysa Akdeniz diyeti tam tersine günlük hayata uyarlanarak onları arkadaş-aile sofralarından uzaklaştırmadan, paylaşımlarını arttırarak bireyi desteklemeyi ve beraberlik duygusu oluşturmaya amaçlar.

- Pişirmek/Hazırlamak: Bireyin kendi veya sevdikleriyle hazırladığı yemek onun için hem sosyal hem de terapi özelliğinde bir aktivitedir.
- Mevsimsel ve yerel besin tüketimi: Besinleri kendi mevsiminde bolca tüketmeyi ve dondurulmuş besinleri en az tüketmeyi hedef alır. Tropikal besinlerdense bölgesinde üretilen yerel besinlerin taze ve az işlenmiş olarak tüketilmesini ister.
- Fiziksel aktivite: Vücudun yaktığından daha fazla enerjiyi vücuda alarak, obezite riski başta olmak üzere diğer hastalık riskleriyle karşı karşıya kalıyoruz. Bunu önlemek için günlük hayatta yapacağımız ufak değişiklikler; mesela asansör yerine merdiven kullanmak, gidilecek yakın yerlerde araba yerine yürümeyi tercih etmek, ev işleri ile uğraşmak veya boş zamanlarda açık alanlarda spor yapmak fiziksel aktiviteyi arttırmamıza yardımcı olacak ve enerji dengesini korumamıza katkı sağlayacaktır.
- Ayrıca yeterli derece dinlenmek ve kaliteli bir uyku sağlıklı bir yaşam için önemli bir unsurdur (Bach-Faig ve ark 2011).

1.3. Akdeniz Diyetinde Yer Alan Besinler

Akdeniz diyetinde işlem görmüş besinler yer almazken, et ve ürünleri (özellikle kırmızı et) çok az yer kaplamaktadır. Diyetle daha çok tam tahıllar, sebze ve meyveler, kuru baklagiller, yağlı tohumlar, balık ve zeytinyağı yer almaktadır. Alkollü içeceklerden ise sadece şarap (ılımlı miktarda) bulunmaktadır.

1.3.1. Tam Tahıllar

Akdeniz diyetinin genel bir beslenme planı olsa bile, ülkeler arasında çeşitlilik göstermesi ve kişiye göre uyarlanabilir olması en güzel özelliklerinden biridir. Bizim bir tahıl ülkesi olmamız, beslenme alışkanlıklarımızda soframıza yerleşenin özellikle ilk ekmek olması beslenmemizde tahılların önemli bir yere sahip olduğunu gösterir. Akdeniz diyetinde de tahıl ve ürünlerinin (yulaf, arpa, buğday, mısır, pirinç, çavdar...) yüksek düzeyde (günlük ortalama 8 porsiyon) tüketilmesi önerilir (Panagiotakos ve ark 2006, Noah ve Truswell 2001).

Tahıllarda bulunan besin öğelerinden posa, dirençli nişasta ve oligosakkaritlerin kan glikoz ve insülin konsantrasyonu sağlanmaya, serum C- reaktif protein (CRP) düzeyini azaltmaya ve sindirim sistemini korunmaya yardımcı olduğu

belirtilmektedir (Perez-Lopez ve ark 2009, Lattimer ve Haub 2010, Gil ve ark 2011). Tam tahıllı bir ekmeği suda çözünmeyen posa kısmı %50-85 arasındayken geriye kalan %15-50'si suda çözünen posayı oluşturmaktadır. Suda çözünmeyen posa bağırsak hareketlerini hızlandırırken, çözünen posa prebiyotik etki göstermektedir. Bu sayede bağırsaktaki yararlı bakterileri (bifidobakteri) uyarak kan kolesterolünü düşürmeye yardımcıdır (Şanlıer 2012).

Tam tahılların, saflaştırılmış tahıllardan farkı, öğütme işlemi yapılırken endosperm (E vitamini, selenyum, nişasta, karotenoidler bakımından zengindir), rüşeym (posa, flavvanoidler, B grubu vitaminleri, mineraller, E vitamini bakımından zengindir) ve kepek (posa, andioksidanlar, protein, B grubu vitaminleri ve E vitamini bakımından zengindir) kaybının oluşmamasıdır. Bu sayede vitamin-mineral ve posa kaybı en aza iner, insülin duyarlılığı ve glikoz metabolizmasını düzenleyerek tip 2 diyabetin oluşmasını önler, aynı zamanda tokluk hissini arttırarak kilo kontrolünü sağlamada yardımcı olur (Fardet 2010, Lattimer ve Haub 2010, Aune ve ark 2013). Tighe ve ark (2010) yaptıkları bir çalışmada tam tahılların kan basıncını dengeleyerek, kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı belirtilmiştir.

Tam tahılların, meyve ve sebzeler kadar iyi bir antioksidan kapasitesine sahip olduğu gözlenmiştir. Bu sayede kardiyovasküler hastalıklar üzerinde olumlu etkisi vardır (Borneo ve ark 2012). Yapılan bir çalışmada kardiyovasküler hastalık riski ile kişinin tükettiği tam tahıl miktarı arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Dernini ve Berry 2015). Günlük en az 3 porsiyon tam tahıl tüketen kişilerin, hiç tüketmeyenlere oranla kardiyovasküler hastalıklara 1/4 oranında daha az yakalandıkları gözlenmiştir (Panagiotakos ve ark 2006). Güçlü bir antioksidan kaynağı olan E vitamini özellikle hücre zarını oksidatif hasarlara karşı korumaktadır. Tahıllarda bulunan bir diğer bileşik ise fenoliklerdir ve kardiyovasküler sistem üzerinden en etkili olduğu işlevi LDL kolesterolü düşürmektir.

Tam tahıllı besinleri tüketenlerin kalp hastalıkları riskinin %25-36, tip 2 diyabet riskinin %21-27, gastrointestinal sistem kanserlerinde riskinin %21-43, obezite riskinin ise %47 oranında düşmesi öne sürülmüştür. Tam buğday ekmeğinin içeriğinin yoğun olması nedeniyle çiğneme süresini uzattığı, bu sürede iştah azaltmada devreye giren leptin hormonunun yaklaşık 11 dakika içerisinde tokluk yarattığı ve kilo kontrolü sağlamada destek olduğu belirtilmiştir (Şanlıer 2012). Tablo 1.1'de tam tahılların besin değerleri (Baysal ve ark 1991) gösterilmektedir.

Tablo 1.1. Tam tahılların (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Tam tahıllar	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Arpa	11,1	349	8,2	1,0	78,8	0,5	16	2,0	189	160	3
Buğday Unu	12,0	365	11,8	1,1	74,7	0,3	16	0,9	95	95	2
Çavdar Unu	11,0	350	11,4	1,7	74,8	1,0	27	2,6	262	203	1
Mısır Unu	12,0	363	6,7	0,4	80,4	0,3	24	0,8	94	92	5
Yulaf Unu	9,0	388	12,0	7,5	68,0	-	60	5,0	-	-	-
Bulgur	9,0	357	10,3	1,2	78,1	1,3	36	4,7	300	310	-

1.3.2. Meyve ve Sebzeler

Dünya genelinde farklı sağlık kuruluşları tarafından meyve ve sebze tüketiminin günlük toplam en az 5 porsiyon olması gerektiği (Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu miktar 400-500 gram) söylenmektedir. İçerdiği çeşitli besin öğeleri ve biyoaktif bileşenleri ile başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere kanser, hipertansiyon, sindirim sistemi gibi birçok hastalık riskinin önlenmesine yardımcı olduğu bilinmektedir (Liu ve ark 2000, Boeing ve ark 2012). Akdeniz diyetinin içeriğine bakıldığında meyve ve sebzeden zengin bir beslenme modeli olduğu görülmektedir (Sofi 2009). Meyve ve sebzeler enerji içerikleri düşük, posa, vitamin, antioksidan ve flavonoid bakımından zengin besinlerdir.

Ortalama 1 porsiyon meyve veya sebze 1-5 gram posa içermektedir. Diyetle yüksek posa alımı sindirim sistemini düzenlemeye yardımcı olurken; obezite, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalıklara yakalanma veya hastalıkların ilerleme riskini de düşürmektedir. Bunların yanında düzenli ve yeterli derecede posa tüketimi kan basıncını düşürmeye, diyabet hastalarında kan glukoz seviyesinin düzenlenmesine, bağışıklık sisteminin güçlenmesine, uzun süre tokluk sağlayıp, gastrik boşalmayı geciktirerek fazla enerji alımını kısıtlamaya ve kilo kontrolünün sağlanmasına destek olmaktadır (Anderson ve ark 2009).

Fenolik bileşiklerin bir alt grubu olan flavonoidler, meyve ve sebzeler başta olmak üzere yağlı tohumlarda, çayda, şarapta, tam tahıllılarda, baharatlarda bulunmaktadır. Flavonoidlerin içerisinde de en yaygın ve en aktif olarak bulunan bileşim flavonollerdir. Flavonollerin insan sağlığı üzerinde özellikle antioksidan, antikarsinojenik ve antiinflamatuvar etkiye sahip oldukları bilinmektedir (Wildman 2001, Perez-Vizcaino ve Duarte 2010, Corradini ve ark 2011, Russo ve ark 2012). Kuersetin, flavonollerin en yaygın gruplarından biri olarak bilinir ve kanda LDL seviyesini düşürmeye, kardiyovasküler hastalıklara karşı korumaya yardımcı olup, antihipertansif özellik göstermektedir (Edwards ve ark 2007, Egert ve ark 2010, Hollman ve ark 2010). Flavonoller yaygın olarak soğan, sarımsak, pırasa, lahana, brokoli, kiraz, domates, elma, yaban mersininde bulunmaktadır (Perez-Vizcaino ve Duarte 2010).

Meyve ve sebzeler içerdikleri yüksek vitamin değerleri sayesinde bağışıklık sistemini korumaya; yüksek posa değerleri sayesinde bağırsak fonksiyonlarının düzenli çalışmasına, kabızlık ve divertikülit gibi sindirim sistemi hastalıklarından korunmaya, kolesterolü dengelemeye yardımcıdırlar (Kökosmanlı ve Keleş 1996b, Baysal 2000, Şengül ve Keleş 2005, Erman 2007). Vitamin bakımından antioksidan kapasitesi yüksek A ve E vitaminleri başta olmak üzere, C vitamini, folik asit, K vitamini; mineral bakımından potasyum, selenyum, bakırdan meyve ve sebzeler zengindir (Müftüoğlu 2003). Skorbüt hastalığı ile önem kazanan C vitamini özellikle koyu yeşil yapraklı sebzelerde bulunmaktadır. Dişeti hastalıklarında, yaraların iyileşmesinde, demirin emilimini sağlamada, bağışıklık sisteminin güçlenmesinde C vitaminin yeterli alımı önemlidir. A ve E vitaminleri güçlü antioksidan kaynaklarıdır ve vücudu serbest radikallere karşı kanser başta olmak üzere kardiyovasküler, katarakt gibi hastalıklara karşı korumaktadır (Cemeroğlu 1992, Gonzalez ve ark 1994, Kökosmanlı ve Keleş 1996a, Baysal 2000, Erman 2007).

Zayıflama diyeti uygulayan, gebe ve emzिकliler, yaşlılar, herhangi özel bir hastalığı olan bireyler dışında, Akdeniz diyetine uygun beslenen bireylerin diyetlerinde yeterli miktarda vitamin ve mineral bulunduğundan ek olarak vitamin takviyesi almasına gerek yoktur (Gonzalez ve ark 2017). Yiyeceklerin mevsiminde tüketilmesi, saklama, pişirme kurallarına uyulması biyoyararlılık düzeyini etkilemektedir. Tablo 1.2’de sebzelerin, tablo 1.3’de ise meyvelerin besin değerleri (Baysal ve ark 1991) gösterilmiştir.

Tablo 1.2. Sebzelerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin ögeleri değerleri

Sebzeler	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)	Vitamin A ve Karoten IU	Vitamin C (mg)
Domates (kırmızı)	93,5	22	1,1	4,7	0,5	13	27	244	3	900	23
Fasulye (taze)	90,1	32	1,9	7,1	1,0	56	44	243	7	600	19
Karnabahar	91,0	27	2,7	5,2	1,0	25	56	295	13	60	78
Ispanak	90,7	26	3,2	4,3	0,7	93	51	470	71	8100	51
Maydanoz	85,1	44	3,6	8,5	1,5	203	63	727	45	8500	172
Patlıcan (taze)	92,4	25	1,2	5,6	0,9	12	26	214	2	10	5
Roka	90,5	33	3,0	3,2	0,8	205	-	-	5	14000	120
Soğan (yeşil)	89,4	36	1,5	8,2	1,2	51	39	231	5	2000	32

Tablo 1.3. Meyvelerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin ögeleri değerleri

Meyveler	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)	Vitamin A ve Karoten IU	Vitamin C (mg)
Ahududu (kırmızı)	84,2	57	1,2	13,6	3,0	22	22	168	1	130	25
Ahududu (siyah)	80,3	73	1,5	15,7	5,1	30	22	199	1	eser	18
Ananas	85,2	52	0,4	13,6	0,4	17	8	146	1	71	17
Mürdüm Eriği (kuru)	28	255	2,1	67,4	1,6	51	79	694	8	1600	3
İncir (kuru)	23,0	274	4,3	69,1	5,6	126	77	640	34	80	0
Kivi	91,3	30	0,3	10,0	-	100	30	300	-	6000	100

1.3.3. Kuru Baklagiller

Akdeniz diyetinin parçası olan kuru baklagiller aslında tarih boyunca insanların beslenmelerinde çok önemli bir yerde olmuştur. Buna dayanarak 2016 yılı ‘Uluslararası Bakliyat Yılı’ olarak FAO Konseyi tarafından kabul edilip, BM tarafından ilan edilmiştir. Baklagiller önemli bitkisel protein kaynakları olmaları sebebiyle sürdürülebilir tarım, gıda güvenliği ve sürdürülebilir beslenme gibi konularda sağlıklı beslenmeye destek olmaktadır (Anonim 2016).

İnsan besini olarak kullanılan kuru baklagiller daha çok; nohut, mercimek, bakla, böğrölce ve soya fasulyesidir. Kuru baklagiller, olgunlaşmış tohumlar olduklarından esas bileşimleri karbonhidrat ve proteindir, yağ içerikleri düşüktür. Tanelerin dış kısmı posa, iç kısmı ise nişastadan zengindir ancak düşük glisemik indekse sahiptir. İçeriğindeki yağ çoğunlukla doymamış yağ asididir (Baysal 2009). Kuru baklagiller yüksek oranda protein içerdiklerinden et ve yumurta bulunmadığında diyetle protein alımını arttırmak adına sıkça tercih edilir fakat et ve yumurtaya göre kuru baklagillerin vücutta emilimi düşüktür. Çünkü elzem amino asitlerden kükürtlü aminoasitler içeriğinde az bulunmaktadır. Bu yüzden diyetlerde kuru baklagillerin ve tahılların karıştırılarak (mercimekli bulgur pilavı, kuru fasulye – pilav) kullanılması istenir (Baysal 2009). Kuru baklagiller B12 dışındaki tüm B grubu vitaminlerinden, E vitamininden, kalsiyum, fosfor, çinko, potasyum, magnezyum ve demir yönünden zengindir (Baysal 2009).

Hem protein hem mineral hem de posa içeriğinden zengin olan kuru baklagiller düşük LDL ve düşük total kolesterol, vücut ağırlığında düşüş (yüksek posaya sahip olduklarından yemek sonrası tokluk süresi uzar ve açlık hissi azalır), özellikle abdominal bölgede incelme ve düşük sistolik kan basıncı ile ilişkilendirilmiştir (Papanikolaou ve Fulgoni 2008). Kuru baklagiller fenolik bileşiklerden zengin olduklarından iyi birer antioksidan kaynağıdır.

Kuru baklagiller içerdikleri vitamin, mineral, antioksidanlar ve posa sayesinde kalp-damar hastalıkları, metabolik sendrom, tip 2 diyabet, obezite, kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların diyet tedavisinde önemli rol oynamaktadır (Kılınç ve Temizhan 2013). Kuru baklagiller yüksek posa, düşük glisemik indeks ve kompleks karbohidrat içermelerinden dolayı özellikle tip 2 diyabet üzerinde önemli etkiye sahiptir (Koh-Banerjee ve Rimm 2003, Venn ve Mann 2004).

Bourdo ve arkadaşları gastrik boşalmanın süresini kontrol etmek için diyetle posa kaynağı olarak fasülye ve ondan daha düşük posa içeriğine sahip bir kontrol besini kullanmış, fasülyenin boşalmayı geciktirme süresi diğer besine göre 2 kat uzun olmuştur. Dolayısıyla tokluk süresi uzamış ve alınan enerji azaldığı için kuru baklagillerin obeziteye karşı koruyucu bir faktör olduğu kanıtlanmıştır (Turati ve ark 2014). Tablo 1.4’ de kuru baklagillerin besin değerleri (Baysal ve ark 1991) gösterilmektedir.

Tablo 1.4. Kuru baklagillerin (yenilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Kuru baklagiller	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Barbunya	8,3	349	22,9	1,2	63,7	4,3	135	6,4	457	984	10
Börülce	10,5	343	22,8	1,5	61,7	4,4	74	5,8	426	1024	35
K. fasulye (beyaz)	10,9	340	22,3	1,6	61,3	4,3	144	7,8	425	1196	19
Mercimek	11,1	340	24,7	1,1	60,1	3,9	79	6,8	377	790	30
Nohut	10,7	360	20,5	4,8	61,0	4,0	150	6,9	331	797	26

1.3.4. Yağlı Tohumlar

Yağlı tohumlar olarak nitelendirdiğimiz ceviz, badem, fındık, antep fıstığı gibi besinlerin Akdeniz diyetinde rolü büyüktür ve yağdan gelen enerjinin %35- 40 ‘ını oluşturması istenir. Bu besinlerin bitkisel yağ oranları yüksektir ve çoğunluğu tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerinden meydana gelir (Kris-Etherton ve ark 2008, Vadivel ve ark 2012). Tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerinin yanında yağlı tohumlar, magnezyum, selenyum, bakır, potasyum, K ve E vitaminleri, posa, folik asit, biyoaktif bileşenler ve B grubu vitaminlerinden (tiamin (B1), riboflavin (B2), niasin) de zengindir (Ayaz 2012, Ros 2015). Niasin sindirim ve sinir sisteminin normal çalışmasını sağlamada, yüksek kan kolesterolünün ve trigliseritin düşmesine yardımcı olmada ve HDL’nin yükselmesine yardımcı olarak kalp damar hastalık riskinin azalmasında yardımcıdır (Ayaz 2012).

Yağlı tohumlar kolesterol içermemesine rağmen içeriğindeki fitosteroller sayesinde total kolesterolün ve LDL kolesterolün düşmesine, oksidatif stresin azalmasına ve kalp-damar sağlığının korunmasına yardımcı olmaktadır (Ros 2010, Vadivel ve ark 2012). İçeriğindeki posa, potasyum, kalsiyum, protein gibi bileşenler sayesinde yağlı tohumların kardiyovasküler hastalıklar üzerinde koruyucu etkileri gözlenmiştir (Kris-Etherton ve ark 2008). Ayrıca magnezyum açısından zengin olmaları kan basıncını düşürmeye destek olur (Djousse ve ark 2009).

Yağlı tohumların içeriğinde bulunan linoleik asit, vücutta araşidonik asit ve n-6 (omega6) eikosanoit aside; alfa-linolenik asit ise eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik aside (DHA) ardından n-3 (omega3) eikosanoide metabolize olur. Böylece diyetle alınan yağlı tohumlar ile vücutta n-3 ve n-6 dengesi sağlanır. Bu denge özellikle düzenli miktarda ve yeterli dozda ceviz tüketimi ile sağlanıp, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine çok etkilidir (Ros ve Mataix 2006). Özellikle diyetle n-3 alınması koroner kalp hastalıklarını önlenmeye destek olur (Ayaz 2012).

Yapılan bir çalışmada kişinin günlük beslenmesine ek olarak aldığı enerjinin %12'sinin cevizden karşılanması sağlanarak 1 sene boyunca takip edilmiştir. Çalışma sonunda ilk başta yüksek olan total kolesterol düzeyinin ve trigliseritinin düştüğü gözlenmiştir (Wang ve Hu 2017). Kalp ve damar sağlığını korumaya yardımcı bir diyetin yanında haftada 5 ve üzeri ortalama 50-100 gram tüketilen yağlı tohumların total kolesterol ve LDL kolesterolü düşürdüğü belirtilmiştir (Mukuddem-Petersen ve ark 2005). Tablo 1.5'de yağlı tohumların besin değerleri (Baysal ve ark 1991) gösterilmektedir.

Tablo 1.5. Yağlı tohumların (yenilebilir 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Yağlı tohumlar	Şeker	Protein	Yağ	Yaz	Kış	Yaz	Kış	Yaz	Kış	Yaz	Kış	Yaz	Kış
Badem	4,7	598	18,6	54,2	19,5	2,6	234	4,7	504	773	4		
Ceviz	3,5	651	14,8	64,0	15,8	2,1	99	3,1	380	450	2		
Fındık	5,8	634	12,6	62,4	16,7	3,0	209	3,4	337	704	2		
Kabak Çekirdeği	4,0	610	30,0	50,0	10,0	2,0	40	10,0	1144	-	-		
Antep Fıstığı	5,3	594	19,3	53,7	19,0	1,9	131	7,3	500	972	-		

1.3.5. Zeytinyağı

Zeytinyağı, zeytin ağacının meyvesinden yapılan ve özellikle yetiştiriciliği Güney Avrupa ülkelerinde yaygın (%74,9) olan, Akdeniz diyetinin ise temelini oluşturan en önemli besin maddesidir (Baldoni ve Belaj 2009, Kiritsakis ve Shahidi 2017). Zeytinyağının bileşimi %55-83 oleik asitten, %7,5-20 doymuş yağ asidi olan palmitik asitten, %0,5-5 stearik asitten, %6-11 PUFA, %3,5-21 linoleik asitten ve %0,2-1 linolenik asitten oluşmaktadır. (Gutierrez ve ark 1999, Psomiadou ve ark 2000). Zeytinyağının içeriğindeki oleik asit, kafeik asit, hidroksitirosolün kansere karşı koruyucu olduğu bilinirken son zamanlarda içeriğinde ki skualen maddesinin de kanserle (özellikle kolon ve göğüs) savaşmada etkili olduğu gözlenmiştir (Waterman ve Lockwood 2007, Kiritsakis ve Shahidi 2017). Ancak yapılan bir araştırmada sızma zeytinyağının kansere karşı koruyucu özellik gösterebilmesi için ergenlik döneminden önce tüketilmeye başlanıp, beslenme alışkanlığı kazandırılması ve ömür boyu devam ettirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Jaen 2005, Waterman ve Lockwood 2007).

Skualenin kanserde tümör hücrelerinin büyümesini engelleme görevine ek, total kolesterol metabolizmasını düzenlemede, LDL kolesterolü düşürmede ve vücudu oksidatif strese karşı korumada da görevleri vardır (Kelly 1999, Ronco ve De Stefani 2013). Yapılan laboratuvar ve hayvan çalışmalarında da skualenin antioksidan, antikanser, hipokolesteromik, cilt nemlendirici etkileri olduğu bildirilmiştir (Newmark 1997, Rao ve ark 1998, Granados-Principal ve ark 2012, Gaforio ve ark 2015). Zeytinyağının aynı zamanda antioksidan açısından zengin bir kaynak olması (özellikle bunu E vitamini ile desteklemesi); vücudu oksidatif strese, kansere ve nörodejeneratif hastalıklara karşı korumaktadır (Fito ve ark 2007). Sızma zeytinyağı bakımından zengin Akdeniz diyeti kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaya yardımcıdır (Armutcu ve ark 2013). Kardiyovasküler hastalığı tetikleyen kan basıncı, glikoz metabolizması, lipoprotein gibi risklerin önlenmesinde zeytinyağının etkisinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Kiritsakis ve Shahidi 2017).

Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA) tarafından günlük 5 mg hidroksitirozol alınmasını önerirken, bu miktar yaklaşık 20 gram natürel sızma zeytinyağına karşılık gelmektedir (Lopez-Miranda ve ark 2010). Günümüzde ise modern tıp alanında zeytinyağının çeşitli hastalıkları ve özellikle de koroner kalp hastalığını önlemek adına günde 2 kaşık alınması önerilmektedir. Koroner kalp hastalıklarında zeytinyağının HDL'yi yükseltip LDL'yi düşürücü özelliğinin yanı sıra,

total kolesterolü ve yüksek tansiyonu düşürme gibi önemli faydaları vardır. Kanserde özellikle prostat, meme ve kolon kanserlerine karşı koruyucu etkisi gözlenmiştir. İçeriğindeki A ve E vitaminleri sayesinde çok güçlü bir antioksidan kapasiteye sahip olup kan dolaşımını temizlemeye, oksidatif stresi azaltmaya, mikropları öldürmeye yardımcıdır (Dara ve Ramis 2010). Amerikan Beslenme Rehberi'nin 2015-2020 raporunda diyetle toplam ne kadar yağ alındığından ziyade alınan yağın içeriği daha ön planda tutulmuştur. Günden güne artan kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için özellikle doymuş yağ asitlerindense doymamış yağ asitlerinin tüketilmesi gerektiği belirtilmiştir (Yücel ve Özçimen 2010, Li ve ark 2015).

İçerdiği çeşitlilik ile en zengin dünya mutfakları arasında Türk mutfacı da yer almaktadır. Bir besinin birçok pişirme ve lezzetlendirme yöntemiyle farklı tatlar çıkararak adeta damak çatlatması yaşıtan dillere destan bir mutfak kültürümüz vardır. Hem Türk mutfacının hem de Akdeniz diyetinin temel yapı taşında ise zeytinyacı bulunmaktadır. Kahvaltılarda sızma zeytinyacınn kekiklisi, sofralarda zeytini, kızartmalarda, zeytinyacı adı altında bin bir çeşit ev yemeği, soslarda kullanımı, meze ve salataların vazgeçilmezi, ızgaraların marine soslarında, pastaların (kek, kurabiye) ve hamur işlerinin yapımında hep başrol oynamaktadır. Tablo 1.6'de yağlı besinlerin, besin değeri (Baysal ve ark 1991) gösterilmektedir.

Tablo 1.6. Yağlı besinlerin (yeneyilen 100 g) enerji ve besin ögeleri değeri

Yağlı besinler	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Zeytinyacı	0,0	884	0,0	100,0	0,0	0,0	0	0,4	1	-	0
Zeytin (siyah)	71,8	207	1,8	21,0	1,1	-	77	1,6	-	-	-
Zeytin (yeşil)	75,8	144	1,5	13,5	2,8	-	90	2,0	-	-	-

1.3.6. Balık ve Su Ürünleri

Akdeniz diyetinin en önemli protein kaynakları arasında kümes hayvanları, kırmızı et ve yumurtadan önce balık ve su ürünleri yer almaktadır (Ersoy ve Özdemir 2010). Bileşimi bakımından bir balık ortalama %15-24 oranında protein, %66-84 oranında su, %0,1-22 oranında yağ, %0,8-2 oranında mineral maddeler ve %1-3

oranında glikojen içermektedir (Jacquot 1961). Yüksek oranda kaliteli protein içermesinin yanında iyot, fosfor, çinko, A vitamini, B vitamini ve K vitamini bakımından da zengindir (Baysal 2004). Yağ asitleri bakımından balıklar %20 oranında doymuş yağ içerirken, %80 oranında çoklu doymamış yağ asitleri içermektedir (Varlık ve ark 2004). Çoklu doymamış yağ asidi olan n-3 insan metabolizması tarafından sentezlenemediği için esansiyel bir yağdır ve mutlaka dışarıdan alınması gerekir (Zatsick ve Mayket 2007, Baysal 2009). n-3 yağ asidinin tek kaynağı ise balıklardır. n-3 yağ asidini bu kadar önemli olmasını sağlayan ise içeriğindeki EPA ve DHA sayesinde.

Yapılan araştırmalar sonucu yetişkin bireyler için haftada en az 2 kez yağlı balık tüketilmesi (American Cancer Society 2006) ve günlük 500 mg EPA + DHA alınması, koroner kalp hastalığına sahip bireylerin ise günlük minimum 1000 mg EPA + DHA alması Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association AHA) tarafından önerilmektedir (Turan ve Kocatepe 2014). Haftalık 200 gram balık tüketiminin kanda EPA+DHA seviyesini arttırdığı ancak pişirme yöntemiyle DHA oranında kayıplar olabileceği, EPA değerinin çok etkilenmediği gözlenmiştir (Turhan ve Kocatepe 2014).

Dünya genelinde batı tarzı beslenmenin yaygınlaşması ile fast food tarzı beslenme artmış, geleneksel beslenmeden uzaklaşmıştır. Bunun sonucunda n-6 yağ asitlerinin diyetle alımı artarken, n-3 yağ asitlerinin alımı azalmakta; n-6/n-3 dengesi bozulmaktadır. Yeterli ve dengeli alım düzeyinin 1/1 veya 4/1 olması gerekmektedir (Simopoulos 2002). n-3 yağ asidinin kalp ve damar hastalıkları üzerinde çok önemli etkileri vardır. Özellikle; kan basıncını düşürmede, ritim bozukluğunun ilerlemesini önlemede, kandaki total kolesterolün, LDL kolesterolün ve trigliseritin düşmesini sağlamada, kalp krizi riskini düşürmede çok önemli etkileri vardır (Kris-Etherton ve ark 2002, Mol 2004). 1995 yılında Eritsland ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada alınan günlük 4 gram balık yağının kandaki trigliserit düzeyini %19 oranında düşürdüğü gözlenmiştir. Aritmilerden kaynaklanan ölümlerde azalma, antitrombotik, antiinflamatuvar, antihipertansif etki, inme gibi kalp ve damar hastalıklarından korunmada, hastalıkların iyileşmesinde n-3 yağ asitlerinin olumlu etkisi yüksektir (Deckelbaum ve Torrejon 2012).

Eklem ve kas ağrılarında, romatoid artrit gibi romatizmal hastalıkların ilerlemesini önleme ve tedavilerinde balık yağının önemini vurgulamak adına yapılan

bir çalışmada, romatoid artrit hastalarına morina karaciğeri kapsül olarak verilmiş ve hastaların şikayetlerinde azalmalar gözlenmiştir (Gruenwald ve ark 2002). Tablo 1.7’de su ürünlerinin, besin değerleri (Baysal ve ark 1991) gösterilmektedir.

Tablo 1.7. Su Ürünlerindeki (yenebilen 100 g) Yağ Asit Miktarları (Pigott ve Tucker 1990)

Su Ürünleri	Yağ (g)	Doymuş Yağ (g)	Tekli Doymamış Yağ (g)	Çoklu Doymamış Yağ (g)	EPA (g)	DHA (g)	Kolesterol (mg)
Hamsi	4,8	1,3	1,2	1,6	0,5	0,9	-
Ringa	9,0	2,0	3,7	2,1	0,7	0,9	60
Uskumru	13,0	2,5	5,9	3,2	1,0	1,2	53
Sazan	5,6	1,1	2,3	1,3	0,2	0,1	67
Morina	0,7	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	43
Morina Karaciğer Yağı	100,0	17,6	1,2	25,8	9,0	9,5	570

1.3.7. Şarap

Akdeniz diyeti, sadece besinsel bir diyet modeli değil aynı zamanda içeriğinde kültürel değerlere sahip çıkan, dini inanışlara saygı gösteren, insanların sosyal hayattan uzaklaşmasını istemeyen bir diyet modelidir. Bu doğrultuda besin piramidi içinde yer almayıp, öneri olarak verdiği besin şaraptır.

Özellikle kırmızı şarabın ılımlı düzeyde tüketimi (günlük olarak kadınlar için 1, erkekler için 2 kadeh) yapılan çalışmalarda; hipertansiyon, kanser, tip 2 diyabet hastalık risklerinin düşük görülmesiyle ilişkilendirilirken (Arranz ve ark 2012), kalp-damar sağlığını koruyucu özelliği ise antioksidan kapasitesini ve HDL kolesterolü yükseltmesi, damar fonksiyonlarını yapılandırması ile ilişkilendirilmiştir (Saleem ve Basha 2010, Arranz ve ark 2012).

Fransızların beslenme alışkanlıklarına bakıldığında yüksek düzeyde yağlı besin tüketimi görülürken, buna bağlı olarak düşük oranda koroner kalp hastalıklarının görülmesi fazla oranda kırmızı şarap tüketmelerine bağlanmış ve bu olayı Fransız paradoksu (French paradox) olarak adlandırmışlardır (Kopp 1998). Yapılan

araştırmalarda Fransa toplumlarındaki kırmızı şarap tüketiminin ABD, İngiltere ve Kuzey Avrupa toplumlarına göre çok fazla olduğu göze çarpmaktadır. Bunun üzerinde Fransa ve İngiltere toplumlarının beslenme alışkanlıkları karşılaştırılmış, iki toplumda da kırmızı et ve doymuş yağ tüketiminin yüksek oranda tüketilmesi benzerlik gösterirken, kırmızı şarap tüketiminin Fransa’da önemli bir farkla fazla tüketilmesi dikkat çekmiştir. Fransa’da koroner kalp hastalığına bağlı ölüm oranlarının az oluşu ise kırmızı şarabın yüksek düzeyde tüketilmesi ile ilişkilendirilmiştir (Visioli ve ark 2005, Anlı ve ark 2006).

Kırmızı şarabın çok önemli bir antioksidan kapasiteye sahip olması, antiinflatuar olması, trombosit birikmesini önleyici olması, alzheimer hastalığını önlemeye yardımcı olması, ateroskleroz oluşumunu engellemeye yardımcı olması, HDL kolesterolü yükseltmede destek olması gibi kalp ve damar hastalıklarına yardımcı olması, kanser hücrelerine (kolon, prostat, meme, lenfoma, lösemi) karşı savaşmada destek olması özellikle içeriğindeki resveratrolten kaynaklandığı bilinmektedir (Romero-Perez ve ark 1996, Anlı ve ark 2006, Das ve Maulik 2006, Karabulut 2008).

Resveratrol, fitokimyasal bir besindir ve doğada en çok üzümde bulunur. Üzümdeki resveratrol oranı mevsime bağlı olarak değişmekte, diğer renkleriyle kıyaslandığında en çok kırmızı üzümde bulunmaktadır. Antioksidan kapasitesi yok yüksek olan resveratrol, damar sertliğinin ilerlemesine karşı LDL kolesterol seviyesini düşürerek kalp sağlığı korumaya yardımcıdır (King ve ark 2006).

Bu bilgiler doğrutusunda kırmızı şarabın sağlık için faydalı olması, insanları alkole teşvik etmek için kullanılmamalı, tüketimi 1-2 değişim ile sınırlandırılmalıdır. Alkolün aşırı alımı siroz başta olmak üzere, karaciğer yağlanması, hipertansiyon, felç gibi hastalık riskleriyle sonuçlanabilir (Baysal 2000).

1.4. Akdeniz Diyetinin Sağlıkla İlişkisi

Akdeniz diyeti, içeriğindeki besinlerle yüksek antioksidan kapasiteye ve zengin polifenol içeriğine sahip olup vücudu oksidatif strese karşı korurken, inflamasyonu önlemeyi, kan değerlerini normal düzeye getirmeyi hedef alır. Tüm bunları yaparken başta kardiyavosküler hastalıklar olmak üzere, tip 2 diyabet, kanser (meme, kalın bağırsak, prostat) ve obezite gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların tedavisinde rol alıp sağlıklı yaşama destek olmaktadır.

1.4.1. Akdeniz Diyeti ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Dünya genelinde ölüm nedenleri sıralandığında kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. 2012 yılında ortalama 17,5 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklar nedeni ile öldüğünü Dünya Sağlık Örgütü verilerinde açıklamıştır (WHO 2016). 2016 yılında ise ülkemizde ölümlerin %39,8'inin nedeni kardiyovasküler hastalıklar olarak ilk sırada yer almıştır (Türkiye İstatistik Kurumu 2017).

İspanya'da yürütülen bir kohort çalışmasına ortalama 13 bin yetişkin katılmış ve katılımcılar 4,9 sene takip edilmiştir. Çalışmanın sonucunda Akdeniz diyetine uyum arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin azaldığı gözlenmiştir. Çalışmada katılımcıların besin tüketim sıklıkları alınmış ve Akdeniz Diyet Skoru (ADS) anketi yapılmıştır. ADS'de 2 puanlık artışın, koroner kalp hastalığının başlamasını %26 oranında azalması ile ilişkilendirilmiştir (Martinez-Gonzalez ve ark 2011).

Barringer'in (2001) koroner kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin doymuş yağ asitlerinden zengin diyetle ilişkisini araştırmak üzere yaptığı çalışmasında, diyetle alınan yağ düzeyi azaltıldığında koroner kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin azaldığını gözlemlemiştir (Barringer 2001). Balık tüketimi ve ani kardiyak ölüm riski arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir prospektif kohort çalışmasında, haftada en az 1 kez balık tüketilmesinin erkeklerde ölüm riskini azalttığı ortaya çıkmıştır (Siscovick ve ark 2000). Kardiyoloji, beslenme, genel tıp alanında çıkarılan dergilerden toplamda 35 makale tarandı; araştırmadan elde edilen sonuçlardan bazıları şu şekildedir; diyetle n-3 alımının ani kardiyak ölümlerinden koruduğu (Siscovick ve ark 2000), suda çözünebilir liften zengin beslenmenin total kolesterolü ve LDL kolesterolü düşürmeye yardımcı olduğu (Pietinen ve ark 1996, Brown ve ark 1999), meyve ve sebzelerin antioksidan açısından zengin olması ve diyetle bu besinlerin alınmasıyla kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir (Kromhout 2001).

Akdeniz diyetine uygun beslenenlerin inflamasyon ve endotel fonksiyon gibi ateroskleroz risk faktörlerinin azaldığı kanıtlanmıştır. Bunun ise meyve, sebze, tam tahıllı besinler, yağlı tohumlardan özellikle ceviz ve posadan zengin beslenilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Nettleton ve ark 2010, Kuyumcu ve Kuyumcu 2019). Amerika'da Akdeniz Diyet Skoru ve aterotrombotik risk arasındaki ilişkiyi incelemek adına 4 farklı grup oluşturulmuş, yaklaşık 13,000 kişinin katıldığı bir kohort çalışması

yapılmıştır. AD'nin çeşitli inflamasyonlar üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda ADS arttıkça, total kolestereol / HDL kolesterol oranının azaldığı, HDL kolesterol seviyesinin ise tüm gruplarda arttığı gözlenmiştir. Kadın ve erkeklerin tükettikleri besinlere bakıldığında; erkeklerin kuru baklagil ve balığı fazla tükettiği, kadınların ise sebze, meyve ve tam tahılları fazla tükettiği belirtilmiştir. Aynı çalışma 10 yıllık koroner kalp hastalık riskini de incelemiş ve erkeklerde ADS'ye uyum arttıkça riskin düştüğü, kadınlarda ise sadece postmenopoz dönemde düşüş olduğu raporlanmıştır (Cartera ve ark 2010).

Nurses Health Study'nin 26 yıllık izlenimli çalışmasında yağlı süt ürünlerinin ve kırmızı et tüketiminin (işlenmiş et ürünleri hariç) yüksek oranda tüketilmesinin kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı, balık, fındık ve tavuk tüketiminin ise kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı saptanmıştır (Bernstein ve ark 2010). Randomize klinik çalışmalarda; hayvansal kaynaklı protein yerine, bitkisel kaynaklı protein kullanıldığında total kolesterol düzeyinin düştüğü gözlenmiştir (Anderson ve ark 1995). Başka bir çalışmada kırmızı et yerine, soya peyniri kullanıldığında trigiliserit, total kolesterol ve LDL kolesterolde ciddi düzeyde düşüş olduğu belirtilmiştir (Ashton ve Ball 2000). Yağlı tohumların zayıflama diyetlerine eklenmesiyle yapılan randomize kontrollü çalışmada, ağırlık kaybı gözlenmiş, toplam kolesterol, LDL kolesterol ve oksidatif inflamatuvar değerlerinde düşüş görülmüş; prospektif kohort çalışmalarında ise yağlı tohum tüketilmesi daha düşük kardiyovasküler hastalık riski ile sonuçlanmıştır (Cesaretti ve Fereidoon 2008, Afshin ve ark 2014).

Biyoyararlılığı oldukça yüksek olan zeytinyağı antioksidan başta olmak üzere yüksek oranda fenolik madde içermekte ve bu sayede sızma zeytinyağı trigiliserit ve LDL kolesterol düzeylerini düşürürken, HDL kolesterol düzeyini yükselterek, damarların gevşemesini, kan basıncının düşmesini, ateroskleroz riskinin azalmasını sağlayarak kalp-damar sağlığını korumaktadır (Cicerale ve ark 2009).

1.4.2. Akdeniz Diyeti ve Obezite

Obezite genetik faktörlerden daha çok çevresel etmenlerden kaynaklı olarak kişinin günlük harcadığından daha fazla enerji alması ve/veya fiziksel aktivite azlığının neden olduğu bir enerji dengesizliği sorunudur. Batı tarzı beslenmenin yaygınlaşmasıyla dünya çapında giderek artan obezitenin görülme sıklığı kalp ve

damar hastalıkları başta olmak üzere bulaşıcı olmayan diğer kronik hastalık risklerini de beraberinde getirmektedir.

2012 yılında Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından güncellenen raporda; obezite prevalansının 1980 yılına göre OECD ülkelerinde (Türkiye, ABD, Avusturya, Kanada, Hollanda, Fransa, Almanya, Lüksemburg, İngiltere, İtalya, Belçika, İrlanda, Danimarka, Yunanistan, İsveç, İsviçre, İzlanda, İspanya, Norveç, Portekiz) 2-3 kat artış gösterdiği belirtilmiştir (Baş ve Sağlam 2018). Ülkemizde yapılan TURDEP-I (1998 yılı) ve TURDEP-II (2010 yılı) çalışmalarında obezite prevalansının %22,3'ten %31,2'ye çıktığı gözlenmiş ve 12 yılda obezitenin %44 oranında arttığı raporlanmıştır (Baş ve Sağlam 2018).

Akdeniz topluluklarının da obezite ve BKİ arasındaki ilişkiyi incelemek adına, Akdeniz topluluklarından örnek olarak İspanya seçilmiş ve diyet bileşenlerinden tek birine değil, genel diyet kapsamına uydukları için BKİ ve Akdeniz diyeti arasında ters bir ilişki gözlemlendiği bildirilmiş (Schröder 2007). Normal kilolu itfaiyecilerle obez itfaiyecilerin karşılaştırıldığı, 780 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışma sonucunda (Yang ve ark 2014); normal kilolu bireylerin Akdeniz diyetine uyumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada yemeklerinde ayçiçek yağı kullananlarla zeytinyağı kullananlar karşılaştırılmış ve ayçiçek yağı kullananların 6 yıl içinde zeytinyağı kullananlara oranla 2,3 kat daha fazla obeziteye yakalanma riskinin olduğu raporlanmıştır (Soriquer ve ark 2009). Başka bir çalışmada insülin direnci olan obez kadınların yemeklerinde ekstra sızma zeytinyağı kullanmasıyla hem insülin dirençlerinin hem de C-peptit düzeylerinin anlamlı olarak düştüğü kayıt edilmiştir (Farnetti ve ark 2011).

Baer ve ark (1997) diyet posası ve obezite üzerine yaptıkları çalışmada, posa alımının artması sonucu diyetle tokluk süresinin artmasına bağlı total enerjinin düştüğü, basit karbonhidrat alımına karşı yönelmenin azaldığı ve kilo kaybı gözlenerek obeziteye destek olduğu gözlemlenmiştir. Babio ve ark (2009) yaptığı çalışma, Baer ve arkadaşlarını destekler nitelikte olup, Akdeniz diyeti posadan zengin olduğundan acıkmayı geciktirerek mide boşalma süresini uzatıp, enerji alımını düşürdüğü, sonucunda ise kilo kaybına ve obezite ile mücadeleye yardımcı olduğu raporlanmıştır.

Prospektif kesitsel bir çalışmada yetişkin bireylerin meyve ve sebze tüketiminin obezite üzerindeki etkileri araştırılmış ve koruyucu özellikte olduğu belirtilmiştir (Castanho ve ark 2013). Adipozite ile meyve, sebze alımı arasındaki ilişkinin araştırıldığı derleme çalışmasının sonucunda ise fazla kilolu bireylerde daha az kilo artışı gözlenerek, obezite üzerinde meyve, sebze tüketiminin olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Ledoux ve ark 2011).

Obeziteyle mücadele kapsamında yapılan birçok araştırmanın sonucu olarak davranış terapisine ek beslenme modelinin de tamamen değişmesi gerektiği, tek besinle değil çeşitli besinleri içeren, posa bakımından zengin, düşük işlenmiş karbonhidrat, bol sebze meyve, az miktarda doymuş yağ vurgusu yapılmıştır. Bu doğrultuda en uygun diyet modelinin Akdeniz diyeti olduğu konusunda hem fikir olunmuştur (Slavin 2015, Corbala'n ve ark 2009). Bendall ve ark (2018) Akdeniz diyeti ve abdominal obezite arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları sistematik derleme çalışmasına 18 makale dahil edilmiş ve sonucunda Akdeniz diyetine uyan 7186 kişinin abdominal obezitesinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonunda obezite ve buna bağlı bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesinde Akdeniz diyetinin önemi vurgulanmıştır. Akeniz diyetinin kilo üzerindeki etkisini inceleyen SUN kohort çalışmasına ortalama 10,000 kişi katılmış ve yaklaşık 5,7 yıl sürmüştür. Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren grubun (6 ve üzeri) en az kilo alan grup olduğu gözlenmiştir (Beunza ve ark 2010).

BKI'nin %1'lik bir artışı kardiyovasküler hastalık riskini erkeklerde %3,6 ve kadınlarda %3,3 oranında arttırmaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların ise toplam vücut yağından önce, abdominal obeziteyle doğrudan ilişkisi olduğu bilinmektedir. Kilo kaybını %5-10 arasında olması bile kardiyovasküler hastalık riski oranını düşürmekte, toplam kolesterol, LDL kolesterol, trigliserit seviyelerinin düşmesini ve HDL kolesterol seviyesinin yükselmesini sağlamaktadır (Panagiotakos ve ark 2006).

1.4.3. Akdeniz Diyeti ve Tip 2 Diyabet

Diabetes Mellitus (DM), insülin senkresyonu ve insülinin aktivitesinde veya her ikisinde de meydana gelen bozulmalar sonucu, kan şekerinin yükselmesi, karbonhidrat metabolizması başta olma üzere protein ve yağ metabolizmasının da bozulmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır. Pankreastan salgılanan insülinin diyabet hastalarında üretilmemesi veya vücudun insüline yanıt vermemesiyle kan şekeri

yükselmekte ve hastaların sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Alphan 2018). ABD’de 2007 yılında tüm toplumdaki diyabet prevalansı 23,6 milyon kişiyken, 20 yaş ve üzeri popölasyonda 1,6 milyon kişi olarak rapor verilmiştir. Ülkemizde ise 1997 ve 2010 yıllarında 25,000 kişi ile yapılan TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmaları sonucu; 12 yılda diyabet prevalansı %7,2’den 13,7’ye yükselmiş, kadınlarda (%14,6) diyabet prevalansının erkeklere (%12,4) göre daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Alphan 2018).

Martinez-Gonzalez ve ark (2012) tarafından Akdeniz diyeti ve diyabet arasında ki ilişkiyi anlamak için yapılan ve ilk çalışmalardan biri olarak kabul edilen prospektif kohort çalışmasına yaşları ortalama 37 olan, yaklaşık 13 bin 380 kişi katılmış ve bu kişiler 4 sene takip edilmiştir. Çalışma sonunda Akdeniz diyetine uyumu yüksek olan (>6) hastaların diyabet riskinin %83 oranında daha az olduğu belirtilmiştir. Akdeniz diyetine uyumun 2 puanlık bir artışında bile diyabet riskinin %35 oranında düştüğü de raporlarda geçmektedir (Martinez-Gonzalez ve ark 2012).

Diyabetin abdominal obeziteyle doğrudan ilişkili olması, obezitenin ise insülin direnci metabolizmasını etkilemesi sağlıklı beslenmenin önemi ön plana çıkmaktadır. Yapılan araştırmalarda porsiyon kontrolü dışında en uygun diyet modelinin Akdeniz diyeti olduğu, hem kilo kontrolü sağladığı hem de diyabet gelişme riskini önlediği bildirilmektedir (Schröder 2007). Kalp krizi geçirme riski olan hastalarda ani ölümleri önlemede Akdeniz diyetinin %70 oranında azaltıcı etki sağladığı Lyon Diyet Sağlığı tarafından savunulmaktadır (Kris-Etherton ve ark 2001).

Ekstra sızma zeytinyağının zengin kullanıldığı bir diyetle; trigliserit ve LDL kolesterol düzeyleri düşerken, HDL kolesterol düzeyinin yükselerek kalp-damar hastalıklarında, aterogeneze hastalık risk faktörlerinin azaldığı ve diyabet hastalığında glikoz metabolizmasını düzenlendiği gözlenmiştir (Lopez-Miranda ve ark 2007, Martinez-Gonzales 2011). Tekli doymamış yağ asitlerinden zengin beslenmek glisemiye düzenlemekte ve tip 2 diyabet riskine karşı koruyucu olarak rol oynamaktadır (Mente ve ark 2009). Bireylerin diyetinde aldığı yağların, miktarlarından çok kalitesinin önemli olduğu birçok sağlık çalışmasında vurgulanmaktadır. Diyabette de hayvansal yağlardan ziyade bitkisel yağların kullanılmasının altı çizilirken, n-3 ve n-6 yağ asitlerinin alımı da diyabete yakalanma riskini azaltmaktadır (Wu ve Mozaffarian 2012). n-3 yağ asidi ve tip 2 diyabet arasındaki ilişkiyi anlamak amacıyla yapılan bir meta-analiz çalışmasında, n-3 yağ

asidi takviyesi alan bireylerde kalp-damar hastalıklarında trigliserit değeri, trombosit birikimi gibi risk etmenlerinin azaldığı ve gliseminin kontrol altına alındığı gözlenmiştir (Hartwe ve ark 2009).

Diyabet hastası olan bireylerin doğrudan alkol alımına izin verilen kesinleşmiş bir çalışma bulunmamakla beraber, yapılan bazı gözlemsel çalışmalarda düşük düzeyde alkol alımının tip 2 diyabet riskini azaltabileceği bildirilmiş ancak klinik veriler yetersiz olduğundan tüketilmesi önerilmemiştir (TEMD 2013). İlimli düzeyde alkol alımının tip 2 diyabet gelişiminde koruyucu bir etki sağladığı tartışmalı bir konudur ancak alkol almayanlarla, ılımlı düzeyde alkol alanlar karşılaştırıldığında; günlük 48 gram ve altı alkol alanların, almayanlara göre %30 daha az diyabet riski taşıdıkları gözlenmiştir. Ancak atlanmaması gereken nokta alkol alımında ılımlı düzeyin aşılmamasıdır (Knott ve ark 2015). Bir başka çalışmada, tip 2 diyabet riskinin günlük 63 gram altı alınmasıyla düştüğü, bu değer üzerine çıkıldığında ise riskin başladığı belirtilmiştir. En uygun dozun günlük 10-14 gram alkol alınması olduğu ve tip 2 diyabet riskini azalttığı raporlanmıştır (Scholz ve Navarrete-Munoz 2016).

Meyve ve sebzenin toplam tüketiminin diyabet riski ile net bir ilişkisi bulunmamış fakat yeşil yapraklı sebzelerin diyetle fazla tüketilmesiyle diyabet riskinin düştüğü bildirilmiştir. Aynı çalışmada üzüm, yaban mersini, elma gibi bazı spesifik meyvelerin tüketiminin diyabet riskini düşürdüğü de belirtilmiştir (Tinker ve ark 2008). Meyve ve sebze tüketimiyle diyabet arasında doğrudan ilişki bulunamasa da yapılan prospektif kohort çalışmaları sonucunda içerdikleri posa miktarı sayesinde diyetle tüketimleri ile tip 2 diyabet riski gelişimi arasında ters bir orantı görülmüştür (Stevens ve ark 2002).

Yetersiz miktarda diyetle magnezyum alınması, kanda da magnezyum düşüklüğüne sebep olacaktır. Magnezyum eksikliği ise tip 2 diyabet ve beraberinde getirdiği hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Magnezyumun en zengin kaynakları koyu yeşil yapraklı sebzeler, yağlı tohumlar, meyveler; yani Akdeniz diyetinin bileşenleridir. Akdeniz diyetine uyumun artması ile magnezyumun kanda artması doğru orantılı iken tip 2 diyabet ile ters orantılıdır (Wang ve ark 2013, Rosique-Esteban ve ark 2018). Diyabet ve insülin direncinin önlenmesinde / tedavisinde Akdeniz diyeti, Amerikan Diyabet Birliği tarafından önerilmektedir (ADA 2017).

1.4.4. Akdeniz Diyeti ve Kanser

Tarih boyunca yapılan araştırmalarda Akdeniz ülkelerinde yaşayan insanların, Kuzey Avrupa ülkelerinde yaşayan insanlara oranla daha az kansere yakalandıkları gözlenmiş, bunun sebebinin ise Akdeniz coğrafyasında yaygın olan beslenme modeliyle bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Güney İtalya ve Kuzey İtalya bölgeleri karşılaştırıldığında, her iki bölgede de sigara ve doymuş yağ tüketim oranlarının benzer olduğu ancak akciğer kanserine bağlı ölümlerin Güney İtalya’da daha az oranda olduğu görülmüştür. Bunun üzerine beslenme alışkanlıkları daha detaylı incelenmiş ve Güney İtalya’da zeytinyağı, zeytin ve balık tüketimi yaygınken Kuzey İtalya’da kırmızı et tüketiminin yaygın olduğu dikkat çekmiştir (Taioli ve ark 1991, Schwingshackl ve Hoffmann 2014). Besin çeşitliliği ile içeriğinde birçok biyoaktif madde içermesi, antioksidan kapasitesi yüksek besin gruplarına yer vermesiyle Akdeniz diyetinin bazı kanser türlerine karşı koruyucu faktör olduğu öne sürülmüştür (Schwingshackl ve Hoffmann 2014).

Kanserin etiyolojisine bakıldığında beslenmede kullanılan yağ miktarı değil, yağ türünün daha önemli olduğu vurgulanmıştır. Akdeniz diyetinin temelini oluşturan zeytinyağının kanser riskini büyük oranda azalttığı belirtilmiştir (Lopez-Miranda ve ark 2010). Meme kanserini önlemede hangi diyet modelinin daha faydalı olduğunu öğrenmek için yapılan bir çalışmada; bir gruba Akdeniz diyetine ek sızma zeytinyağı, bir gruba Akdeniz diyetine ek sert kabuklu kuruyemiş eklenmiş ve bir gruba da düşük yağlı diyet uygulanmıştır. Çalışma sonucu meme kanseri riskini önlemede sızma zeytinyağının kullanıldığı Akdeniz diyetinin yüksek etkisi göze çarpmaktadır (Toledo ve ark 2015). Balık yağının kanser üzerinde doğrudan etkisinin henüz net olmadığı ancak kanserden korumada (özellikle prostat, meme kanserlerinde), ağrıları azaltmada ve kanserli hücreyle mücadelede etkisinin yüksek olduğu (içeriğindeki DHA ve EPA sayesinde) bildirilmiştir (Norrish 2000).

Avrupa Kanseri Araştırmaya Yönelik Prospektif Araştırma (EPIC) raporunda; günlük 35 gram posa alımını tam tahıl tüketerek alanlarla, 15 gram posa alımını tam tahıl tüketerek alanlar karşılaştırılmış ve günlük 35 gram posa alan grubun kolorektal kanser riskinin %40 daha az olduğu raporlanmıştır (Bingham ve ark 2003). Diyetle tam tahıllı besinlerden gelen posanın ve tam tahılların yeterli miktarda tüketilmesinin kolorektal kanser riskinde azalma olabileceği vurgulanmaktadır (Aune ve ark 2011).

2007 yılında Amerika Kanser Araştırma Enstitüsü tarafından hazırlanan raporda, nişasta içermeyen meyve ve sebzelerin bazı kanser türlerine (mide, yutak, gırtlak, ağız, yemek borusu) karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Şarabın kanser üzerindeki etkisini araştırmak üzere hayvanlar üzerine yapılan bir çalışma sonucunda; etken maddesi olan resveratrolün deri, göğüs, kolorektal, akciğer, prostat, özefagus, pankreas kanserlerine karşı korucu olduğu tespit edilmiştir (Man ve Chan 2002, Fernandez-Marr ve ark 2012). Meme kanseri tanısı alan bir grup hasta meyve, sebze, balık, tam tahıllı ürünlerden zengin beslenirken; bir grup hasta da kırmızı et, işlenmiş tahıl, tatlı ve yüksek yağlı besinlerle beslenmiş ve daha sağlıklı beslenen grubun mortalite oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (Kroenke ve ark 2005). Ayrıca diyetle fazla kırmızı et, işlenmiş gıda tüketimi prostat, mide, kolorektal kanserleri ile doğrudan ilişkilendirilmiştir (Kolonel 2001, Norat ve ark 2002). Akdeniz diyetinin kanser türlerine karşı bu kadar koruyucu olmasında, antioksidan içeriği yüksek besinlerin (sebze, meyve) ve tekli doymamış yağ asitlerinin içeriğinde zengin olarak barınması etkili olmaktadır (Pounis ve ark 2014).

Yapılan bir meta-analiz çalışması sonucunda Akdeniz diyetine uyumun 2 puanlık bir artışında bile kansere bağlı ölümlerin veya kansere yakalanma riskinin %6 oranında düştüğü bildirilmiştir (Sofi ve ark 2008). 2010 yılında yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında da %6 oranında azalmayla ortalama aynı sonuçlar elde edilmiştir (Sofi ve ark 2010). 12 adet vaka-kontrol çalışmasının ve 21 adet kohort çalışmasının analiz edildiği başka bir çalışmada; Akdeniz diyetine yüksek uyum gösterenlerin kanser insidansı %10 olarak raporlanmış ve diğer gruplar arasında en düşük risk grubu olarak seçilmiştir (Schwingshackl ve Hoffmann 2014).

1.4.5. Akdeniz Diyeti ve Covid 19

Korona virüs (COVID- 19) hastalığı, 2019 yılında ortaya çıkarak tüm dünyayı etkisi altına alan ve ülkelerde ölümlere neden olan bulaşıcı bir salgındır. COVID-19 özellikle diyabet, obezite, kalp-damar hastalığı, hipertansiyon, solunum sistemi hastalıkları başta olmak üzere kronik hastalığı olanları etkilemekte ve bu grupların ölüm riskleri yüksek olmaktadır (Wu ve ark 2020, Calder 2020).

Bağışıklık sisteminin güçlü olması doğru, yeterli, dengeli beslenme ile mümkündür ve bu noktada Hipokrat'ın milattan önce dile getirdiği 'Besinler ilacınız, ilacınız besinler olsun.' sözü bir kez daha bu salgınla anlaşıldı ki oldukça önem arz

etmektedir (Cardenas 2013). Yetersiz ve dengesiz beslenen insanların bağımsıklık sisteminin düştüğü, enfeksiyon riskine karşı duyarlı oldukları salgında açık bir şekilde görülmüştür (Bhaskaram 2002, Alpert 2017, Calder 2020). Uzun bir dönem karantina dönemi yaşanmasıyla yapılan araştırmalarda, evde beslenme düzeninin Akdeniz diyetine uygun olması önerilmiştir (Casas ve ark 2014, Rinninella ve ark 2019, Barrea ve ark 2020, Muscogiuri ve ark 2020).

COVID-19 özellikle solunum güçlüğü ile karşımıza çıkan ve akciğerleri yoran bir hastalıktır. Bu durumdaki hastalarda karbonhidrat kısıtlamasına gidilmeli (2g/kg/gün) ve basit karbonhidratlardan kaçınılarak kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir (Romano ve ark 2020). Meyve, sebze, tam tahıllı besinler gibi kompleks karbonhidratların yeterli miktarda diyetle yer alması antiinflamatuvar etki yaratmaktadır (Iddir ve ark 2020).

Yeterli derecede lif alımının kanser, obezite, tip 2 diyabet, kalp-damar hastalıkları üzerinde çok önemli etkileri olduğu bilinmektedir. Kadınlar için günlük 25 gram, erkekler için günlük 38 gram lif tüketiminin (tam tahıllar baş kaynak olmak üzere) CRP düzeylerinde düşüş, antiinflamatuvar etki ve bağırsak sisteminin sağlığı üzerinde de olumlu etki gözlenmiştir (Iddir ve ark 2020). Literatürde biyoaktif bileşenlerden zengin beslenmenin (meyve, sebze, tam tahıllar) COVID-19 enfeksiyonlarına karşı koruyucu olduğu öne sürülmektedir (Dabaghian ve ark 2020).

Hayvanlar üzerinde yapılan bir deneyde yüksek n-3 alımının bağımsıklık sistemini güçlendirdiği, antiinflamatuvar etki yaratarak hastalığın şiddetini azalttığı raporlanmıştır. Ancak n-6/n-3 oranının 1/1 veya 1/4 olarak kalması istenmekte, dengenin bozulması halinde n-6 yağ asitlerinin n-3 metabolizmasını bozabileceği düşünülmektedir (Khayyatadeh 2020). Hem in vitro hem in vivo çalışmalar sonucu Akdeniz diyetinin n-3 yağ sitleri, polifenoller, flavonoidler ve D vitamininden zengin olması akciğer enfeksiyonlarında inflamasyonu azalttığı ve bağımsıklık sistemini güçlendirdiği kanıtlanmıştır (Maiorino ve ark 2020).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Zamanı, Yeri ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma Haziran – Temmuz 2021 tarihleri arasında, Mersin’in Mut ilçesinde ankete (Ek-C) katılmayı kabul eden rastgele seçilmiş 18-65 yaş aralığında 250 bireyin beslenme alışkanlıklarının Akdeniz diyeti ile uyumunun bilgi, tutum ve davranış yönünden incelenmesini amaçlayarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Selçuk Üniversitesi Veteriner Fakültesi Deney Hayvanları Üretim ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu’ndan 03.06.2021 tarih ve 2021/70 sayılı karar ile izin alınmıştır. Etik Kurul izni Ek-A’da yer almaktadır.

Araştırma için ankete katılmaya gönüllü olan bireyler, araştırma hakkında detaylı bilgilendirilmiş olup yazılı onamları alınmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu Ek-B’de yer almaktadır.

2.3. Araştırma Verilerinin Toplanması

Bilgilendirme onam formu onaylayan katılımcılara Akdeniz diyeti ile ilgili beslenme bilgi düzeylerini öğrenmek için yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formu uygulanmıştır. Katılımcılara Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi, tutum, davranış soruları sorulmuş, besin tüketim sıklıkları alınmış ve Akdeniz Diyet Skorlaması anketi uygulanmıştır. Anket formu (Ek-C), araştırma konusuyla ilgili güncel literatür bilgilerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

2.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmamızda gereç ve yöntemimiz; yetişkin bireyler üstünde tarama modeli, nicel türde olup; kâğıt, kalem kullanarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Anket yapılacak çalışma grubu 250 birey ile sınırlıdır. Bu araştırmada kullanılacak olan ölçek formu demografik bilgiler, bilgi, tutum, davranış soruları, besin tüketim sıklığı ve Akdeniz Diyet Skorlaması olmak üzere toplam 6 bölümden oluşmaktadır. Anket verileri istatistiksel analiz raporu ile değerlendirilmiştir.

2.5. Araştırmanın Varsayım ve Sınırlılıkları

Araştırmada, ankete katılmayı kabul eden bireylerin soruları samimi ve doğru bir şekilde yanıtladıkları varsayılmaktadır. Araştırma boyunca elde edilen sonuçlar,

yapılan ankette yer verilen sorular ve ankete katılmayı kabul eden bireylerin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada uygulanan anket 6 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde demografik özelliklere dair sorular yer almaktadır. Bu kapsamda; cinsiyet, doğum tarihi, boy (cm), kilo (kg), medeni durum, eğitim durumu, meslek, fiziksel aktivite, tanısı konmuş bir hastalığının olup olmamasıyla ilgili sorular sorulmuştur. Kategorilerde cinsiyet kadın ve erkek olarak, medeni durum bekar ve evli olarak, eğitim durumu orta okul, lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans olarak, meslek öğrenci, memur, işçi, akademisyen ve diğer olarak, düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmadıkları evet ve hayır olarak (cevapları evet ise her gün / haftada 5-6 / haftada 3-4 / haftada 1-2 gün kaç dakika yaptıklarını belirtmeleri istenmiştir), ailede kilo problemi olup olmadığı evet ve hayır olarak (cevapları evet ise fazla kilo veya aşırı zayıflık olarak belirtmeleri istenmiştir), tanısı konmuş bir hastalıklarının olup olmadığı evet ve hayır olarak (cevapları evet ise kardiyovasküler / diyabet / obezite / kanser / hiperlipidemi / hipertansiyon / diğer olarak belirtmeleri istenmiştir) anket soruları hazırlanmıştır. Ek olarak elde edilen ağırlık ve boy ölçümü değerlerinden beslenme durumunun saptanmasında kullanılan beden kütle indeksi ($BKİ = \frac{\text{Ağırlık [kg]}}{\text{Boy}^2 [\text{m}^2]}$) hesaplanmıştır. Katılımcılar zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak sınıflandırılmıştır.

İkinci bölümde Akdeniz diyetine dair bireylerin beslenme ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla 20 soruluk bir test bölümü yer almaktadır. Her soru 4 şıktan oluşmakta ve 3 seçenek yanlış, 1 seçenek doğru cevabı içermektedir.

Üçüncü bölümde Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları hiç katılmıyorum, kısmen katılmıyorum, emin değilim, kısmen katılıyorum, tamamen katılıyorum olarak 5'li likert tipi olup, 10 sorudan oluşmaktadır.

Dördüncü bölümde Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları evet, bazen, hayır olarak 3'lü likert tipi olup 10 sorudan oluşmaktadır.

Beşinci bölümde Akdeniz diyetinde önemli olan 20 besinin her gün, haftada 5-6 kez, haftada 3-4 kez, haftada 1-2 kez, 15 günde 1 kez, ayda 1 kez tükettikleri veya hiç tüketmedikleri sorulmuştur.

Altıncı bölümde ise Akdeniz Diyeti Bağıllık Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenirliliği çalışmasından alınan 14 soruluk Akdeniz Diyet Skorlaması (ADS) anketi uygulanmıştır. Ölçeğin orijinali Martinez-Gonzalez ve ark (2012) tarafından hazırlanmış olup, Türkçe versiyonu ise Pehlivanoglu ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Her soru için verilen yanıt 0 veya 1 olarak kayıt altına alınmakta, verilen değerlere uygun veya daha fazla besin tüketimi varsa cevap 1, verilen cevabın altındaysa cevap 0 olarak yazılmaktadır. Toplamda 0-14 aralığında bir puan skoru dağılımı olup; 5 ve altındaysa düşük uyum, 6-9 arasındaysa orta derece uyum, 10 ve üzerinde puanlama olursa yüksek derece uyum olarak yorumlanmaktadır.

2.7. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada değerlendirilmeye alınan ölçeklerin verilere ilişkin uç değerler gözden geçirilmiştir. Bu analizden sonra normallik, homojenlik ve doğrusallık testleri yapılmıştır. Araştırma sürecinde 250 kişilik örnekleme uç değer analizi yapılmıştır. Veri setinin normalliğine ilişkin yapılan Normal Q-Q grafiği, Detrended Normal Q-Q grafiği, kutu- çizgi grafiği ve histogram analizlerine göre kullanılan ölçeklerin normal dağılıma sahip olduğu görülmüştür. Normallik ve uç değer analizleri sonrasında 250 verinin analiz için uygun olduğu düşünülmüş ve bu veri seti üzerinden analizler yürütülmüştür. Katılımcıların demografik göstericilerinin frekans ve yüzde dağılımları ve araştırmanın maddeleriyle ilgili olarak; t-test, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey testi ve Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ve ki-kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm yapılan testlerde IBMSPSS-25 paket programı kullanılmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler

Özellik	Grup	n=250	f (%)
Cinsiyet	Kadın	129	51,6
	Erkek	121	48,4
Yaş	1956-1965	35	14,0
	1966-1975	39	15,6
	1976-1985	37	14,8
	1986-1995	73	29,2
	1996-2003	66	26,4
Boy	145-154	19	7,6
	155-164	89	35,6
	165-174	97	38,8
	175-184	31	12,4
	184-200	14	5,6
Kilo	38-57	35	14,0
	58-77	143	57,2
	78-97	56	22,4
	98-170	16	6,4
BKI	Zayıf	3	1,2
	Normal Kilolu	117	46,8
	Fazla Kilolu	100	40,0
	Obez	30	12,0
Medeni durum	Bekâr	102	40,8
	Evli	148	59,2
Meslek	Öğrenci	15	6,0
	Memur	65	26,0
	İşçi	29	11,6
	Akademisyen	9	3,6
	Diğer	132	52,8

Tablo 3.1. (Devam) Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler

	Ortaokul	37	14,8
	Lise	66	26,4
Eğitim	Ön Lisans	40	16,0
	Lisans	88	35,2
	Yüksek Lisans	19	7,6
Fiziksel Aktivite	Evet	77	30,8
	Hayır	173	69,2
Fiziksel Aktivite Evet Cevabı	Her gün	23	9,2
	Haftada 5-6 gün	34	13,6
	Haftada 3-4 gün	14	5,6
	Haftada 1-2 gün	6	2,4
Aile Kilo Problemi	Evet	88	35,2
	Hayır	162	64,8
Aile Kilo Problemi Evet Cevabı	Aşırı Zayıflık	5	2,0
	Fazla Kilolu	83	33,2
Tanımlı Hastalık	Evet	86	34,4
	Hayır	164	65,6
Tanımlı Hastalık Evet Cevabı	Kardiyovasküler	18	7,2
	Diyabet	16	6,4
	Obezite	10	4,0
	Hiperlipidemi	19	7,6
	Hipertansiyon	15	6,0
	Diğer	8	3,2

n: kişi sayısı, f: frekans

Tablo 3.1’de yer alan araştırma bulguları değerlendirildiğinde, katılımcıların cinsiyetleri incelendiği zaman kadın katılımcıların fazla (%51,6), yaşları incelendiği zaman ise 1986-1995 arası doğum yılına sahip katılımcıların fazla (%29,2) olduğu görülmektedir. BKİ durumlarına bakıldığında normal kilolu katılımcı sayısının fazla (%46,8) olduğu ortaya çıkmıştır. Sonuçlar incelendiğinde zayıf katılımcıların %1,2, fazla kilolu katılımcıların %40, obez katılımcıların %12 olduğu raporlanmıştır. Eğitim durumlarına bakıldığında lisans eğitimi alan katılımcıların çoğunlukta (%35,2) olduğu; %14,8’inin ortaokul, %26,4’ünün lise, %16’sının ön lisans ve %7,6’sının yüksek lisans kategorisinde olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcıların medeni durumları değerlendirildiği zaman evli katılımcıların (%59,2) bekar katılımcılara (%40,8) oranla daha fazla; meslekleri incelendiği zaman ise diğer seçeneğini

işaretleyen katılımcıların yoğunlukta (%52,8) olduğu görülmektedir. Fiziksel aktivite yapma durumları dikkate alındığında fiziksel aktivite yapmayan katılımcıların (%69,2) çoğunluğu oluşturduğu raporlanmıştır. Katılımcılardan fiziksel aktivite yapan katılımcılar değerlendirildiğinde; haftada 5-6 gün fiziksel aktivite yapan katılımcıların fazla (%13,6) olduğu, %9,2'sinin her gün, %5,6'sının haftada 3-4 gün, %2,4'ünün haftada 1-2 gün fiziksel aktivite yaptığı sonucu ortaya çıkmıştır. Aile kilo problemi durumlarına bakıldığında, ailede kilo problemi olmayan katılımcıların (%64,8), ailede kilo problemi olan katılımcılara (%35,2) oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Aile de kilo problemi olanların durumları incelendiği zaman ise fazla kilo problemi yaşayan birey sayısı çoğunluğu (%33,2) oluşturmaktadır. Tanılı hastalığı olmayan (%65,6) katılımcıların, olan katılımcılara (%34,4) göre yoğunlukta olduğu; tanılı hastalığı olanların ise; %7,2'sinin kardiyovasküler, %6,4'ünün diyabet, %4'ünün obezite, %7,6'sının hiperlipidemi, %6'sının hipertansiyon, %3,2'sinin diğer tanılı hastalık grubuna sahip olduğu raporlanmıştır.

Tablo 3.2. Cinsiyet değişkenine göre BKİ kıyaslaması

BKİ	Kadın	Erkek	Toplam
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Zayıf ($\leq 18 \text{ kg/m}^2$)	3-1,5	-	3-3,0
Normal Kilolu ($18-24.99 \text{ kg/m}^2$)	69-60,2	48-56,8	117-117,0
Fazla Kilolu ($25-29.99 \text{ kg/m}^2$)	46-51,4	54-48,6	100-100,0
Obez ($30 \leq \text{kg/m}^2$)	11-15,5	19-14,5	30-30,0
Toplam	129-129,0	121-121,0	250-250

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Tablo 3.2'de katılımcıların cinsiyetlerinin BKİ dağılımı incelendiği zaman; zayıf kategorisinde 3 kadın katılımcı bulunurken hiç erkek katılımcıya rastlanamamıştır. Normal kilolu kategorisinde kadın katılımcıların sayısı 69, erkek katılımcıların sayısı 48; fazla kilolu kategorisinde kadın katılımcıların sayısı 46, erkek katılımcıların sayısı 54; obez kategorisinde ise kadın katılımcıların sayısı 11, erkek katılımcıların sayısı 19 olarak sonuçlanmıştır.

Tablo 3.3. Tanılı hastalık varlığı değişkenine göre BKİ kıyaslaması

Tanılı Hastalık durumu	Zayıf	Normal Kilolu	Fazla Kilolu	Obez
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Evet	1-1,0	31-37,9	39-32,4	15-9,7
Hayır	2-2,0	86-79,1	61-67,6	15-20,3
Toplam	3-3,0	117-117,0	100-100,0	30-30,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Tablo 3.3’de tanılı hastalığı olan katılımcıların BKİ dağılımlarına bakıldığında; zayıf kategorisinde tanılı hastalığı olan katılımcılar 1, tanılı hastalığı olmayan katılımcılar 2; normal kilolu kategorisinde tanılı hastalığı olan katılımcılar 31, tanılı hastalığı olmayan katılımcılar 86; fazla kilolu kategorisinde tanılı hastalığı olan katılımcılar 39, tanılı hastalığı olmayan katılımcılar 61; obez kategorisinde ise tanılı hastalığı olan katılımcılar 15, tanılı hastalığı olmayan katılımcılar 15 kişi olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.4. Fiziksel aktivite yapma durumu değişkenine göre BKİ kıyaslaması

Fiziksel Aktivite	Zayıf	Normal Kilolu	Fazla Kilolu	Obez
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Evet	3-2,1	37-36,0	30-30,8	7-9,2
Hayır	-	80-81,0	70-69,2	23-20,8
Toplam	3-3,0	117-117,0	100-100,0	30-30,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Katılımcıların fiziksel aktivite yapma durumlarının BKİ dağılımı değerlendirildiği zaman; zayıf kategorisinde fiziksel aktivite yapan katılımcıların sayısı 3 iken fiziksel aktivite yapmayan katılımcıya rastlanmamıştır. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez kategorilerinin hepsinde fiziksel aktivite yapmayan katılımcı sayısının, fiziksel aktivite yapan katılımcı sayısından yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.5. Eğitim durumu değişkenine göre BKİ kıyaslaması

Eğitim Durumu	Zayıf	Normal Kilolu	Fazla Kilolu	Obez
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Ortaokul	-	13-17,5	18-15,0	6-4,1
Lise	-	31-30,3	27-25,9	8-7,9
Ön Lisans	2-0,5	13-18,9	18-16,2	7-4,9
Lisans	1-1,1	48-41,7	31-35,6	8-10,8
Yüksek Lisans	-	12-8,5	6-7,3	1-2,3
Toplam	3-3,0	117-117,0	100-100,0	30-30,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Tablo 3.5'te katılımcıların eğitim durumu değişkeninin BKİ dağılımı incelendiği zaman; zayıf kategorisinde eğitim durumu ortaokul, lise ve yüksek lisans olan katılımcılara rastlanmazken, ön lisans kategorisindeki katılımcıların ortalaması 2-0,5, lisans kategorisindeki katılımcıların ortalaması 1-1,1 olarak belirlenmiştir. Normal kilolu kategorisinde eğitim durumu sırasıyla ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans olan katılımcıların ortalamaları 13-17,5, 31-30,3, 13-18,9, 48-41,7, 12-8,5 iken; fazla kilolu kategorisinde eğitim durumu sırasıyla ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans olan katılımcıların ortalamaları 18-15,0, 27-25,9, 18-16,2, 31-35,6, 6-7,3 ve obez kategorisinde eğitim durumu sırasıyla ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans olan katılımcıların ortalamaları da 6-4,0, 8-7,9, 7-4,8, 8-10,6 ve 1-2,3 olarak raporlanmıştır.

Tablo 3.6. Medeni durum değişkenine göre BKİ kıyaslaması

Medeni Durum	Zayıf	Normal Kilolu	Fazla Kilolu	Obez
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Bekâr	3-1,2	56-47,4	32-40,5	11-12,2
Evli	-	61-69,6	68-59,5	19-17,8
Toplam	3-3,0	117-117,0	100-100,0	30-30,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Katılımcıların medeni durum değişkeninin BKİ dağılımlarına bakıldığında; zayıf kategorisinde bekâr medeni duruma sahip katılımcıların ortalaması 3-1,2 iken evli medeni durumuna sahip katılımcı olmadığı; normal kilolu kategorisinde bekâr medeni duruma sahip katılımcıların ortalaması 56-47,4, evli medeni duruma sahip katılımcıların ortalaması 61-69,6; fazla kilolu kategorisinde bekâr medeni duruma

sahip katılımcıların ortalaması 32-40,5, evli medeni duruma sahip katılımcıların ortalaması 68-59,5; obez kategorisinde bekâr medeni duruma sahip katılımcıların ortalaması 11-12,2 ve evli medeni duruma sahip katılımcıların ortalamasının 19-17,8 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.2. Akdeniz Diyeti İle İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi düzeylerine ait bulgular Tablo 3.7’de gösterilmektedir.

Tablo 3.7. Katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi düzeyleri

Maddeler	Cevap	n=250	f (%)
Aşağıdakiler hangisi posadan zengin besin grubudur?	Doğru	204	81,6
	Yanlış	46	18,4
Aşağıdaki besinlerden hangisi omega-3 içermez?	Doğru	173	69,2
	Yanlış	77	30,8
Sağlığımızı korumak ve geliştirmek için hangi tür ekmek tüketimi daha uygundur?	Doğru	186	74,4
	Yanlış	64	25,6
Obeziteyi engelleyerek tip 2 diyabet (şeker hastalığı) riskini azaltmak için günde ortalama kaç porsiyon tam tahıl tüketilmelidir?	Doğru	46	18,4
	Yanlış	204	81,6
Aşağıdakilerden hangisinin bağırsak sağlığı üzerine olumlu etkisi yoktur?	Doğru	205	82,0
	Yanlış	45	18,0
Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?	Doğru	200	80,0
	Yanlış	50	20,0
Türkiye Beslenme Rehberine (TÜBER) göre yetişkinler için günlük alınması gereken posa miktarı aşağıdakilerden hangisidir?	Doğru	79	31,6
	Yanlış	171	68,4
I-Az yağlı süt ve ürünleri her gün 2 porsiyon tüketilmeli II-İlımlı düzeyde şarap tüketimi diyabet, kanser gibi hastalıkların yakalanma riskini azaltır III-haftada 1-2 porsiyon balık tüketimi kalp-damar sağlığı açısından önemlidir. IV- posadan zengin beslenmek Akdeniz diyeti açısından önemlidir. Yukarıdakilerden hangisi doğrudur?	Doğru	181	72,4
	Yanlış	69	27,6
Aşağıdakilerden hangisinin insan sağlığı üzerinde olumsuz etkisi vardır?	Doğru	223	89,2
	Yanlış	27	10,8
Aşağıdaki durumlardan hangisi kanser için risk oluşturmaz?	Doğru	223	89,2
	Yanlış	27	10,8
Aşağıdakilerden hangisi kolesterol içermemesine rağmen kolesterol düşürücü etkiye sahiptir?	Doğru	105	42,0
	Yanlış	145	58,0

Tablo 3.7. (Devam) Katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi düzeyleri

Aşağıdakilerden hangisi tam tahıl grubunun içerisinde yer almaz?	Doğru	185	74,0
	Yanlış	65	26,0
Akdeniz diyetinin temelinde yer alan besin gruplarından hangisi yanlış verilmiştir?	Doğru	211	84,4
	Yanlış	39	15,6
Aşağıdakilerden hangisi Akdeniz Diyet modelinin özelliklerinden değildir?	Doğru	180	72,0
	Yanlış	70	28,0
Aşağıdakilerden hangisi Akdeniz diyetinin temel ilkeleri arasında yer almaz?	Doğru	225	90,0
	Yanlış	25	10,0
Akdeniz diyetinde ılımlı düzeyde tüketilmesi gereken şarap miktarı nedir?	Doğru	93	37,2
	Yanlış	157	62,8
I-Sindirim sistemi	Doğru	192	76,8
II- Kalp- ve damar sağlığı	Yanlış	58	23,2
III-Obezite			
IV- Tip II Diyabet			
Akdeniz diyetinin özellikleri düşünüldüğünde hangisi yer almaz?	Doğru	168	67,2
	Yanlış	82	32,8
Akdeniz Diyet Piramidine göre aşağıdaki besinlerden hangisini en az tüketmeliyiz?	Doğru	189	75,6
	Yanlış	61	24,4
Akdeniz diyetinde ‘ara sıra’ tüketilmesine izin verilen besin hangisidir?	Doğru	182	72,8
	Yanlış	68	27,2

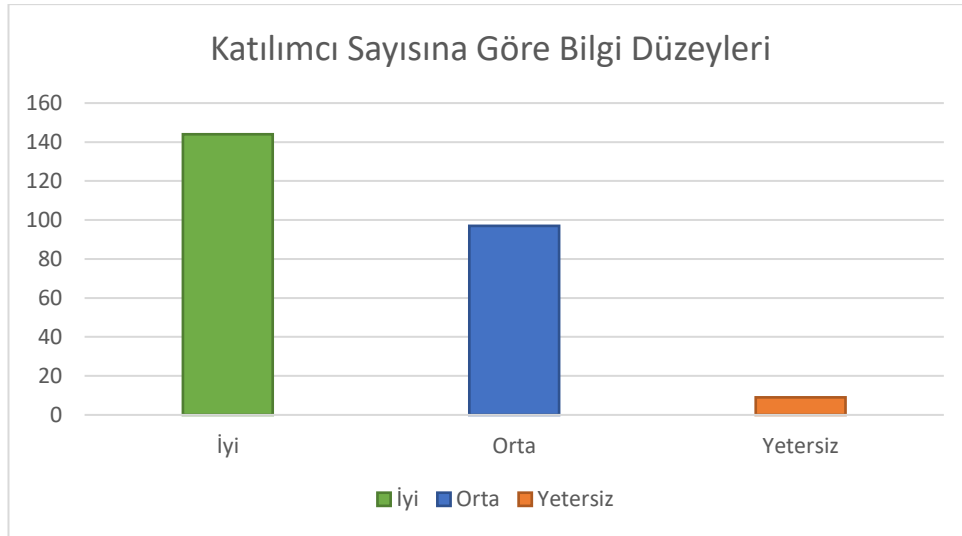
n: kişi sayısı, f: frekans

Tablo 3.8. Katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili toplam bilgi düzeylerine ilişkin bulgular

Bilgi Düzeyi	n=250	f (%)
Yetersiz	9	3,6
Orta	97	38,8
İyi	144	57,6

n: kişi sayısı, f: frekans

Tablo 3.8’de yer alan araştırma bulguları göz önüne alınarak araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi düzeyleri hesaplanmıştır. Buna göre katılımcıların bilgi düzeylerinin sınıflandırılmasına ilişkin bulgular Şekil 2’de gösterilmektedir.



Şekil 2. Katılımcıların Akdeniz Diyeti ile ilgili bilgi düzeyleri

Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi düzeyleri bakımından katılımcıların 9'unun yetersiz (%3,6), 97'sinin orta (%38,8) ve 144'ünün ise iyi (%57,6) seviyede oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 3.9. Katılımcıların cinsiyeti ile Akdeniz diyeti ile ilgili toplam bilgi düzeylerine ilişkin bulgular

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	p
Akdeniz Diyeti Bilgi düzeyleri	Kadın	129	2,573	0,583	0,334
	Erkek	121	2,504	0,549	

Tablo 3.9 incelendiğinde; katılımcıların cinsiyetlerine göre Akdeniz diyeti bilgi düzeyi ölçeğinin toplam değerlerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

3.3. Akdeniz Diyeti İle İlgili Tutum Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.10. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	p
Yağlı tohum tüketimi LDL(kötü) kolesterol seviyesini düşürür.	Kadın	129	2,302	1,215	0,708
	Erkek	121	2,363	1,366	
Günlük ortalama 2-2,5 litre su tüketimi insan sağlığını olumlu etkiler.	Kadın	129	1,775	1,009	0,231
	Erkek	121	1,628	0,923	
Zeytinyağı, kolesterol üzerinden olumsuz etki eder.	Kadın	129	3,775	1,187	0,907
	Erkek	121	3,793	1,283	
Omega-3 tüketimi kalp sağlığını olumlu yönde etkiler.	Kadın	129	1,961	1,048	0,218
	Erkek	121	1,801	0,988	
Kuru baklagiller diyet posası açısından zengindir.	Kadın	129	2,077	1,122	0,785
	Erkek	121	2,115	1,089	

Tablo 3.10. (Devam)Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular

Meyve ve sebzeler antioksidan açısından zengindir.	Kadın	129	1,868	0,995	0,951
	Erkek	121	1,876	1,021	
Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır.	Kadın	129	1,876	1,015	0,047
	Erkek	121	2,140	1,082	
Akdeniz diyeti şarap tüketimini yasaklar.	Kadın	129	3,674	1,251	0,271
	Erkek	121	3,504	1,184	
Kanser riski Akdeniz diyetine uyum ile ters ilişkilidir.	Kadın	129	2,410	1,308	0,601
	Erkek	121	2,330	1,113	
Akdeniz diyetinin obezite üzerinde önemli rolü vardır.	Kadın	129	1,907	1,071	0,225
	Erkek	121	2,074	1,104	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss: standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeği değerlendirildiğinde “Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır” maddesinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) varken ölçeğin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 3.11. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular

	Fiziksel Aktivite	n	$\bar{x}$	ss	p
Yağlı tohum tüketimi LDL(kötü) kolesterol seviyesini düşürür.	Evet	77	2,103	1,400	0,062
	Hayır	173	2,433	1,225	
Günlük ortalama 2-2,5 litre su tüketimi insan sağlığını olumlu etkiler.	Evet	77	1,480	0,912	0,013
	Hayır	173	1,803	0,980	
Zeytinyağı, kolesterol üzerinden olumsuz etki eder.	Evet	77	4,090	1,299	0,008
	Hayır	173	3,647	1,180	
Omega-3 tüketimi kalp sağlığını olumlu yönde etkiler.	Evet	77	1,623	1,013	0,007
	Hayır	173	2,000	1,005	
Kuru baklagiller diyet posası açısından zengindir.	Evet	77	2,000	1,213	0,360
	Hayır	173	2,138	1,052	
Meyve ve sebzeler antioksidan açısından zengindir.	Evet	77	1,675	1,069	0,039
	Hayır	173	1,959	0,966	
Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır.	Evet	77	1,636	0,944	0,001
	Hayır	173	2,167	1,062	
Akdeniz diyeti şarap tüketimini yasaklar.	Evet	77	3,883	1,317	0,017
	Hayır	173	3,462	1,153	
Kanser riski Akdeniz diyetine uyum ile ters ilişkilidir.	Evet	77	2,155	1,377	0,083
	Hayır	173	2,468	1,128	

Tablo 3.11. (Devam) Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular

Akdeniz diyetinin obezite üzerinde önemli rolü vardır.	Evet	77	1,714	1,201	0,008
	Hayır	173	2,109	1,014	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss:standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Tablo 3.11 incelendiğinde; katılımcıların fiziksel aktivite yapmalarına göre Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeğinin “Günlük ortalama 2-2,5 litre su tüketimi insan sağlığını olumlu etkiler”, “Zeytinyağı, kolesterol üzerinden olumsuz etki eder”, “Omega-3 tüketimi kalp sağlığını olumlu yönde etkiler”, “Meyve ve sebzeler antioksidan açısından zengindir”, “Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır”, “Akdeniz diyeti şarap tüketimini yasaklar”, “Akdeniz diyetinin obezite üzerinde önemli rolü vardır” maddelerinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) varken; ölçeğin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 3.12. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları tanımlı hastalık değişkenine ilişkin bulgular

	Tanımlı Hastalık	n	$\bar{x}$	ss	p
Yağlı tohum tüketimi LDL(kötü) kolesterol seviyesini düşürür.	Evet	86	2,186	1,173	0,107
	Hayır	164	2,408	1,342	
Günlük ortalama 2-2,5 litre su tüketimi insan sağlığını olumlu etkiler.	Evet	86	1,825	1,097	0,002
	Hayır	164	1,640	0,892	
Zeytinyağı, kolesterol üzerinden olumsuz etki eder.	Evet	86	3,825	1,149	0,246
	Hayır	164	3,762	1,276	
Omega-3 tüketimi kalp sağlığını olumlu yönde etkiler.	Evet	86	1,965	1,045	0,502
	Hayır	164	1,841	1,008	
Kuru baklagiller diyet posası açısından zengindir.	Evet	86	2,104	1,063	0,850
	Hayır	164	2,091	1,128	
Meyve ve sebzeler antioksidan açısından zengindir.	Evet	86	1,883	0,999	0,659
	Hayır	164	1,865	1,012	
Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır.	Evet	86	2,220	1,131	0,105
	Hayır	164	1,890	0,997	
Akdeniz diyeti şarap tüketimini yasaklar.	Evet	86	3,697	1,085	0,074
	Hayır	164	3,536	1,284	
Kanser riski Akdeniz diyetine uyum ile ters ilişkilidir.	Evet	86	2,372	1,198	0,887
	Hayır	164	2,372	1,229	
Akdeniz diyetinin obezite üzerinde önemli rolü vardır.	Evet	86	2,116	1,089	0,537
	Hayır	164	1,920	1,085	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss: standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Tablo 3.12 incelendiğinde; katılımcıların tanımlı hastalıklarına göre Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeğinin sadece “Günlük ortalama 2-2,5 litre su tüketimi insan sağlığını olumlu etkiler” maddesinde anlamlı bir farklılaşmaya ($p<0,05$) rastlanmıştır.

Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeğinin BKİ’ye göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi-ANOVA uygulanmıştır. Tek yönlü varyans analizi-ANOVA analizinden elde edilen bulgular Tablo 3.13 ’de sunulmuştur.

Tablo 3.13. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları BKİ ilişkin ANOVA analizi bulguları

Akdeniz Diyetine Uyum ile ilgili Tutum Soruları	BKİ	n	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Yağlı tohum tüketimi LDL(kötü) kolesterol seviyesini düşürür.	A. Zayıf	3	2,333	1,527	1,373	0,251	---
	B. Normal Kilolu	117	2,265	1,302			
	C. Fazla Kilolu	100	2,310	1,276			
	D. Obez	30	2,814	1,241			
Günlük ortalama 2-2,5 litre su tüketimi insan sağlığını olumlu etkiler.	A. zayıf	3	2,333	1,527	1,360	0,256	---
	B. Normal Kilolu	117	1,658	1,001			
	C. Fazla Kilolu	100	1,680	0,908			
	D.Obez	30	2,000	1,000			
Zeytinyağı, kolesterol üzerinden olumsuz etki eder.	A. Zayıf	3	3,666	2,309	0,140	0,936	---
	B. Normal Kilolu	117	3,794	1,263			
	C. Fazla Kilolu	100	3,780	1,185			
	D.Obez	30	3,629	1,213			
Omega-3 tüketimi kalp sağlığını olumlu yönde etkiler.	A. Zayıf	3	2,333	1,527	1,665	0,175	---
	B. Normal Kilolu	117	1,829	1,060			
	C. Fazla Kilolu	100	1,820	0,936			
	D.Obez	30	2,259	1,059			
Kuru baklagiller diyet posası açısından zengindir.	A. Zayıf	3	2,333	1,527	0,552	0,647	---
	B. Normal Kilolu	117	2,017	1,159			
	C. Fazla Kilolu	100	2,120	1,094			
	D.Obez	30	2,296	0,868			

Tablo 3.13. (Devam) Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum soruları BKİ ilişkin ANOVA analizi bulguları

Meyve ve sebzeler antioksidan açısından zengindir.	A. Zayıf	3	2,333	1,154	0,425	0,735	---
	B. Normal Kilolu	117	1,829	0,993			
	C. Fazla Kilolu	100	1,880	1,027			
	D.Obez	30	2,000	1,000			
Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır.	A. Zayıf	3	2,333	2,309	0,249	0,862	---
	B. Normal Kilolu	117	1,957	1,053			
	C. Fazla Kilolu	100	2,040	1,053			
	D.Obez	30	2,074	0,957			
Akdeniz diyeti şarap tüketimini yasaklar.	A. Zayıf	3	3,666	2,309	0,902	0,441	---
	B. Normal Kilolu	117	3,683	1,257			
	C. Fazla Kilolu	100	3,590	1,189			
	D.Obez	30	3,259	0,944			
Kanser riski Akdeniz diyetine uyum ile ters ilişkilidir.	A. Zayıf	3	3,666	1,527	2,906	0,035	A-D
	B. Normal Kilolu	117	2,265	1,227			
	C. Fazla Kilolu	100	2,350	1,157			
	D.Obez	30	2,851	1,231			
Akdeniz diyetinin obezite üzerinde önemli rolü vardır.	A. Zayıf	3	2,333	1,154	0,794	0,498	---
	B. Normal Kilolu	117	1,923	1,153			
	C. Fazla Kilolu	100	1,980	1,024			
	D.Obez	30	2,259	1,059			

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss: standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Tablo 3.13 incelendiğinde; Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeğinin BKİ'ye göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü faktör varyans analiz (ANOVA) bulgularında; Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeğinin “Kanser riski Akdeniz diyetine uyum ile ters ilişkilidir” maddesinde BKİ'ye göre anlamlı düzeyde farklılaştığı (0,035) görülmüştür.

3.4. Akdeniz Diyeti İle İlgili Davranış Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 3.14. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	p
Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm.	Kadın	129	1,511	0,546	0,001
	Erkek	121	1,809	0,537	
Her öğünüme tahıl ürünü (ekmek, pilav, makarna...) eklerim.	Kadın	129	1,635	0,636	0,925
	Erkek	121	1,628	0,634	
Günlük 2-2,5 litre su tüketirim.	Kadın	129	1,612	0,628	0,112
	Erkek	121	1,735	0,588	
İşlenmiş, hazır, fastfood yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm.	Kadın	129	1,837	0,569	0,049
	Erkek	121	1,991	0,664	
Yemeklerimde/salatalarımda zeytinyağı kullanırım.	Kadın	129	1,674	0,627	0,630
	Erkek	121	1,636	0,619	
Tuz yerine baharat kullanmayı tercih ederim.	Kadın	129	1,914	0,625	0,174
	Erkek	121	2,024	0,651	
Kırmızı eti ayda 1-2 kere tüketirim.	Kadın	129	1,876	0,661	0,001
	Erkek	121	2,140	0,636	
Balık ve yumurtayı haftada 1 kere tüketirim.	Kadın	129	1,790	0,620	0,063
	Erkek	121	1,942	0,662	
Günlük 1-2 kadeh kırmızı şarap tüketirim.	Kadın	129	2,426	0,646	0,701
	Erkek	121	2,396	0,569	
Her gün yağlı tohum (ceviz, badem, fındık...) tüketirim.	Kadın	129	1,899	0,748	0,674
	Erkek	121	1,933	0,528	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss:standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış ölçeği değerlendirildiği zaman; “Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm”, “İşlenmiş, hazır, fastfood yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm”, “Kırmızı eti ayda 1-2 kere tüketirim” maddelerinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) varken ölçeğin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 3.15. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular

	Fiziksel Aktivite	n	$\bar{x}$	ss	p
Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm.	Evet	77	1,519	0,598	0,014
	Hayır	173	1,716	0,534	
Her öğünüme tahıl ürünü (ekmek,pilav,makarna...) eklerim.	Evet	77	1,532	0,660	0,098
	Hayır	173	1,676	0,618	

Tablo 3.15. (Devam) Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular

Günlük 2-2,5 litre su tüketirim.	Evet	77	1,454	0,618	0,001
	Hayır	173	1,768	0,584	
İşlenmiş, hazır, fast-food yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm.	Evet	77	1,935	0,694	0,696
	Hayır	173	1,901	0,587	
Yemeklerimde/salatalarımda zeytinyağı kullanırım.	Evet	77	1,636	0,667	0,740
	Hayır	173	1,664	0,603	
Tuz yerine baharat kullanmayı tercih ederim.	Evet	77	1,870	0,675	0,119
	Hayır	173	2,011	0,619	
Kırmızı eti ayda 1-2 kere tüketirim.	Evet	77	2,000	0,707	0,949
	Hayır	173	2,005	0,642	
Balık ve yumurtayı haftada 1 kere tüketirim.	Evet	77	1,740	0,695	0,054
	Hayır	173	1,919	0,614	
Günlük 1-2 kadeh kırmızı şarap tüketirim.	Evet	77	2,441	0,617	0,610
	Hayır	173	2,398	0,607	
Her gün yağlı tohum (ceviz,badem,fındık...) tüketirim.	Evet	77	1,675	0,572	0,001
	Hayır	173	2,023	0,655	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss:standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Tablo 3.15’de katılımcıların Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış ölçeği anketi fiziksel aktivite yapıp yapmamalarına göre değerlendirildiğinde “Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm”, “Günlük 2-2,5 litre su tüketirim”, “Her gün yağlı tohum (ceviz, badem, fındık...) tüketirim”, maddelerinde anlamlı bir farklılaşma varken ($p<0,05$) Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış ölçeğinin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 3.16. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları tanımlı hastalık değişkenine ilişkin bulgular

	Tanımlı Hastalık	n	$\bar{x}$	ss	p
Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm.	Evet	86	1,604	0,515	0,437
	Hayır	164	1,682	0,583	
Her öğünüme tahıl ürünü (ekmek, pilav, makarna...) eklerim.	Evet	86	1,523	0,627	0,647
	Hayır	164	1,689	0,632	
Günlük 2-2,5 litre su tüketirim.	Evet	86	1,697	0,595	0,350
	Hayır	164	1,658	0,621	
İşlenmiş, hazır, fast-food yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm.	Evet	86	1,872	0,682	0,017
	Hayır	164	1,932	0,587	

Tablo 3.16. (Devam) Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış soruları tanımlı hastalık değışkenine ilişkin bulgular

Yemeklerimde/salatalarımda zeytinyağı kullanırım.	Evet	86	1,593	0,581	0,496
	Hayır	164	1,689	0,641	
Tuz yerine baharat kullanmayı tercih ederim..	Evet	86	1,976	0,685	0,221
	Hayır	164	1,963	0,615	
Kırmızı eti ayda 1-2 kere tüketirim.	Evet	86	2,034	0,726	0,029
	Hayır	164	1,987	0,626	
Balık ve yumurtayı haftada 1 kere tüketirim.	Evet	86	1,814	0,659	0,256
	Hayır	164	1,890	0,636	
Günlük1-2 kadeh kırmızı şarap tüketirim.	Evet	86	2,500	0,627	0,627
	Hayır	164	2,365	0,596	
Her gün yağlı tohum (ceviz, badem, fındık...) tüketirim.	Evet	86	1,941	0,750	0,420
	Hayır	164	1,902	0,588	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss:standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış ölçeğinde tanımlı hastalıklarının olup olmamasına göre değerlendirilme yapıldığında “İşlenmiş, hazır, fast-food yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm” ve “Kırmızı eti ayda 1-2 kere tüketirim” maddelerinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) varken ölçeğin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeğinin BKİ'ye göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANOVA uygulanmıştır. ANOVA analizinden elde edilen bulgular Tablo 3.17'de sunulmuştur.

Tablo 3.17. Akdeniz Diyetine Uyum İle İlgili Davranış Soruları BKİ Değişkenine İlişkin Anova Analizi Bulguları

Akdeniz Diyetine Uyum ile ilgili Davranış Soruları	BKİ	n	$\bar{x}$	ss	F	p	Fark
Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm.	A. Zayıf	3	1,666	0,577	1,125	0,340	---
	B.NormalKilolu	117	1,598	0,588			
	C. Fazla Kilolu	100	1,730	0,529			
	D.Obez	30	1,592	0,500			
Her öğünüme tahıl ürünü (ekmek,pilav,makarna) eklerim.	A. Zayıf	3	1,666	0,577	0,062	0,980	---
	B.NormalKilolu	117	1,623	0,625			
	C. Fazla Kilolu	100	1,660	0,639			
	D. Obez	30	1,629	0,687			

Tablo 3.17. (Devam) Akdeniz Diyetine Uyum İle İlgili Davranış Soruları BKİ Değişkenine İlişkin Anova Analizi Bulguları

Günlük 2-2,5 litre su tüketirim.	A. Zayıf	3	1,666	0,577			-
	B.NormalKilolu	117	1,666	0,629	0,028	0,994	-
	C. Fazla Kilolu	100	1,670	0,586			-
	D. Obez	30	1,703	0,608			-
İşlenmiş, hazır, fast food yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm.	A. Zayıf	3	2,333	0,577			-
	B.NormalKilolu	117	1,948	0,613	0,912	0,436	-
	C. Fazla Kilolu	100	1,880	0,590			-
	D. Obez	30	1,814	0,735			-
Yemeklerimde/ salatalarımda zeytinyağı kullanırım.	A. Zayıf	3	1,666	0,577			-
	B.NormalKilolu	117	1,692	0,649	0,364	0,779	-
	C. Fazla Kilolu	100	1,650	0,592			-
	D. Obez	30	1,555	0,640			-
Tuz yerine baharat kullanmayı tercih ederim.	A. Zayıf	3	1,666	0,577			-
	B.NormalKilolu	117	1,974	0,622	0,609	0,610	-
	C. Fazla Kilolu	100	2,000	0,635			-
	D. Obez	30	1,859	0,718			-
Kırmızı eti ayda 1-2 kere yerim.	A. Zayıf	3	1,666	0,577			-
	B.NormalKilolu	117	1,965	0,681	0,840	0,473	-
	C. Fazla Kilolu	100	2,020	0,602			-
	D. Obez	30	2,148	0,769			-
Balık ve yumurtayı haftada 1 kere tüketirim.	A. Zayıf	3	2,000	0,000			-
	B.NormalKilolu	117	1,888	0,653	0,343	0,795	-
	C. Fazla Kilolu	100	1,820	0,609			-
	D. Obez	30	1,925	0,729			-
Günlük 1-2 kadeh kırmızı şarap tüketirim.	A. Zayıf	3	2,333	0,577			-
	B.NormalKilolu	117	2,444	0,579	0,313	0,816	-
	C. Fazla Kilolu	100	2,370	0,613			-
	D. Obez	30	2,370	0,741			-
Her gün yağlı tohum (ceviz,badem,fındık...) tüketirim.	A. Zayıf	3	1,666	0,577			-
	B.NormalKilolu	117	1,914	0,676	0,161	0,923	-
	C. Fazla Kilolu	100	1,930	0,639			-
	D. Obez	30	1,925	0,615			-

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss:standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Tablo 3.17 incelendiğinde; Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış ölçeğinde BKİ'ye göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ANOVA bulgularında herhangi bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.



3.5. Akdeniz Diyeti İle İlgili Besin Tüketim Sıklıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 3.18. Akdeniz diyeti ile ilgili besin tüketim sıklıklarına ilişkin bulgular

Besin Türü	Tüketim Sıklıkları														Tüketim Puanı
	Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 Günde Bir		Ayda Bir		Hiç		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kırmızı Et	10	4,0	9	3,6	39	15,6	126	50,4	44	17,6	17	6,8	5	2,0	100
Tavuk	6	2,4	7	2,8	36	14,4	154	61,6	35	14,0	9	3,6	3	1,2	100
Balık	-	-	6	2,4	10	4,0	104	41,6	58	23,2	45	18,0	27	10,8	100
İşlenmiş Et Ürünleri	7	2,8	7	2,8	12	4,8	35	14,0	34	13,6	35	14,0	120	48,0	100
Yumurta	59	23,6	48	19,2	82	32,8	41	16,4	7	2,8	5	2,0	8	3,2	100
Tam Yağlı Yoğurt	102	40,8	34	13,6	45	18,0	23	9,2	8	3,2	2	0,8	36	14,4	100
Yarım Yağlı Yoğurt	46	18,4	19	7,6	35	14,0	6	2,4	8	3,2	4	1,6	132	52,8	100
Tam Yağlı Süt	56	22,4	32	12,8	36	14,4	17	6,8	11	4,4	2	0,8	96	38,4	100
Yarım Yağlı Süt	45	18,0	28	11,2	52	20,8	14	5,6	11	4,4	7	2,8	93	37,2	100
Kefir	14	5,6	12	4,8	44	17,6	34	13,6	20	8,0	28	11,2	98	39,2	100
Tam Tahıllı Ekmek	129	51,6	16	6,4	29	11,6	20	8,0	8	3,2	11	4,4	37	14,8	100
Yulaf	10	4,0	15	6,0	38	15,2	48	19,2	20	8,0	13	5,2	106	42,4	100
Kuru baklagil	8	3,2	18	7,2	58	23,2	76	30,4	45	18,0	22	8,8	23	9,2	100
Sebze	102	40,8	93	37,2	28	11,2	20	8,0	-	-	4	1,6	3	1,2	100
Meyve	160	64,0	60	24,0	13	5,2	11	4,4	1	0,4	2	0,8	3	1,2	100
Zeytinyağı	174	69,6	46	18,4	17	6,8	8	3,2	1	0,4	2	0,8	2	0,8	100
Ceviz	65	26,0	48	19,2	38	15,2	43	17,2	25	10,0	15	6,0	16	6,4	100
Badem	35	14,0	41	16,4	29	11,6	59	23,6	32	12,8	22	8,8	32	12,8	100
Fındık	31	12,4	42	16,8	24	9,6	56	22,4	36	14,4	22	8,8	39	15,6	100
Kırmızı Şarap	4	1,6	5	2,0	2	0,8	26	10,4	33	13,2	41	16,4	139	55,6	100

Tablo 3.18’de yer alan araştırma bulguları değerlendirildiğinde, besin tüketimleri bakımından katılımcıların tüketim puanlarına göre en çok olarak sırasıyla; her gün tüketilen besinlerde zeytinyağı (%69,2), haftada 5-6 kez tüketilen besinlerde sebze (%37,2), haftada 3-4 kez tüketilen besinlerde yumurta (%32,8), haftada 1-2 kez tüketilen besinlerde tavuk (%61,6), 15 günde bir tüketilen besinlerde balık (%23,2), ayda bir kez tüketilen besinlerde balık (%18) olduğu gözlenirken, hiç tüketilmeyen besinin ise kırmızı şarap (%55,6) olduğu saptanmıştır.

3.6. Akdeniz Diyet Skorlaması

Tablo 3.19. Akdeniz Diyet Skorlaması cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	p
Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı mı kullanırsınız?	Kadın	129	1,131	0,591	0,201
	Erkek	121	1,214	0,412	
Günde ne kadar zeytinyağı tüketirsiniz?	Kadın	129	1,457	0,500	0,544
	Erkek	121	1,495	0,502	
Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz?	Kadın	129	1,093	0,291	0,043
	Erkek	121	1,181	0,387	
Günde kaç porsiyon meyve tüketirsiniz?	Kadın	129	1,294	0,457	0,001
	Erkek	121	1,495	0,502	
Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri tüketirsiniz?	Kadın	129	1,224	0,419	0,246
	Erkek	121	1,289	0,455	
Günde kaç porsiyon tereyağı, margarin, ya da krema tüketirsiniz?	Kadın	129	1,325	0,961	0,520
	Erkek	121	1,388	0,489	
Günde kaç porsiyon şekerli ya da gazlı içecek tüketiyorsunuz?	Kadın	129	1,294	0,457	0,006
	Erkek	121	1,462	0,500	
Haftada kaç kadeh şarap tüketirsiniz?	Kadın	129	1,860	0,347	0,001
	Erkek	121	1,611	0,489	
Haftada kaç porsiyon kuru baklagil yemeği tüketirsiniz?	Kadın	129	1,682	0,467	0,092
	Erkek	121	1,776	0,418	
Haftada kaç porsiyon balık ve ya kabuklu deniz ürünleri tüketirsiniz?	Kadın	129	1,767	0,424	0,739
	Erkek	121	1,785	0,412	

Tablo 3.19. (Devam) Akdeniz Diyet Skorlaması cinsiyet değişkenine ilişkin bulgular

Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri tüketirsiniz?	Kadın	129	1,209	0,408	0,469
	Erkek	121	1,247	0,433	
Yer fıstığı dâhil haftada kaç porsiyon yağlı tohum tüketirsiniz?	Kadın	129	1,279	0,450	0,579
	Erkek	121	1,247	0,433	
Kırmızı et yerine beyaz et tüketmeyi tercih eder misiniz?	Kadın	129	1,426	0,496	0,002
	Erkek	121	1,619	0,487	
Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemekleri zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak/pırasalı sos ile tüketirsiniz?	Kadın	129	1,100	0,302	0,237
	Erkek	121	1,057	0,267	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss:standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Tablo 3.19 incelendiğinde; katılımcıların cinsiyetlerine göre ADS ölçeğinin “Günde kaç porsiyon meyve tüketirsiniz?”, “Günde kaç porsiyon şekerli ya da gazlı içecek tüketiyorsunuz?”, “Haftada kaç kadeh şarap tüketirsiniz?”, “Kırmızı et yerine beyaz et tüketmeyi tercih eder misiniz?” maddelerinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) varken Akdeniz diyet skorlaması ölçeğinin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 3.20. Akdeniz Diyet Skorlaması fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular

	Fiziksel Aktivite	n	$\bar{x}$	ss	p
Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı mı kullanırsınız?	Evet	77	1,077	0,269	0,013
	Hayır	173	1,213	0,586	
Günde ne kadar zeytinyağı tüketirsiniz?	Evet	77	1,428	0,498	0,318
	Hayır	173	1,497	0,501	
Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz?	Evet	77	1,064	0,248	0,011
	Hayır	173	1,167	0,374	
Günde kaç porsiyon meyve tüketirsiniz?	Evet	77	1,402	0,493	0,820
	Hayır	173	1,387	0,488	
Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri tüketirsiniz?	Evet	77	1,207	0,408	0,229
	Hayır	173	1,277	0,449	

Tablo 3.20. (Devam) Akdeniz Diyet Skorlaması fiziksel aktivite değişkenine ilişkin bulgular

Günde kaç porsiyon tereyağı, margarin, ya da krema tüketirsiniz?	Evet	77	1,493	1,198	0,162
	Hayır	173	1,294	0,457	
Günde kaç porsiyon şekerli ya da gazlı içecek tüketiyorsunuz?	Evet	77	1,402	0,493	0,564
	Hayır	173	1,364	0,482	
Haftada kaç kadeh şarap tüketirsiniz?	Evet	77	1,766	0,426	0,530
	Hayır	173	1,728	0,446	
Haftada kaç porsiyon kuru baklagil yemeği tüketirsiniz?	Evet	77	1,701	0,460	0,529
	Hayır	173	1,739	0,439	
Haftada kaç porsiyon balık ve ya kabuklu deniz ürünleri tüketirsiniz?	Evet	77	1,753	0,433	0,567
	Hayır	173	1,786	0,411	
Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri tüketirsiniz?	Evet	77	1,194	0,398	0,406
	Hayır	173	1,242	0,430	
Yer fıstığı dâhil haftada kaç porsiyon yağlı tohum tüketirsiniz?	Evet	77	1,207	0,408	0,163
	Hayır	173	1,289	0,454	
Kırmızı et yerine beyaz et tüketmeyi tercih eder misiniz?	Evet	77	1,480	0,502	0,407
	Hayır	173	1,537	0,500	
Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemekleri zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak/pırasalı sos ile tüketirsiniz?	Evet	77	1,090	0,289	0,689
	Hayır	173	1,075	0,285	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss: standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Katılımcılar ADS ölçeğinde fiziksel aktivite yapıp yapmamalarına göre incelendiği zaman “Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı mı kullanırsınız?”, “Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz?” maddelerinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) görülürken; ölçeğin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 3.21. Akdeniz Diyet Skorlaması tanımlı hastalık değişkenine ilişkin bulgular

	Tanımlı Hastalık	n	$\bar{x}$	ss	p
Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı mı kullanırsınız?	Evet	86	1,127	0,335	0,067
	Hayır	164	1,195	0,584	
Günde ne kadar zeytinyağı tüketirsiniz?	Evet	86	1,430	0,498	0,073
	Hayır	164	1,500	0,501	
Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz?	Evet	86	1,093	0,292	0,003
	Hayır	164	1,158	0,366	

Tablo 3.21. (Devam) Akdeniz Diyet Skorlaması tanıli hastalık değişkenine ilişkin bulgular

Günde kaç porsiyon meyve tüketirsiniz?	Evet	86	1,360	0,482	0,122
	Hayır	164	1,408	0,493	
Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri tüketirsiniz?	Evet	86	1,197	0,400	0,001
	Hayır	164	1,286	0,453	
Günde kaç porsiyon tereyağı, margarin, ya da krema tüketirsiniz?	Evet	86	1,383	1,139	0,192
	Hayır	164	1,341	0,475	
Günde kaç porsiyon şekerli ya da gazlı içecek tüketiyorsunuz?	Evet	86	1,290	0,456	0,001
	Hayır	164	1,420	0,495	
Haftada kaç kadeh şarap tüketirsiniz?	Evet	86	1,709	0,456	0,122
	Hayır	164	1,756	0,430	
Haftada kaç porsiyon kuru baklagil yemeği tüketirsiniz?	Evet	86	1,860	0,348	0,001
	Hayır	164	1,658	0,475	
Haftada kaç porsiyon balık ve ya kabuklu deniz ürünleri tüketirsiniz?	Evet	86	1,848	0,360	0,001
	Hayır	164	1,737	0,441	
Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri tüketirsiniz?	Evet	86	1,127	0,335	0,001
	Hayır	164	1,280	0,450	
Yer fıstığı dâhil haftada kaç porsiyon yağlı tohum tüketirsiniz?	Evet	86	1,244	0,432	0,296
	Hayır	164	1,274	0,447	
Kırmızı et yerine beyaz et tüketmeyi tercih eder misiniz?	Evet	86	1,534	0,501	0,482
	Hayır	164	1,512	0,501	
Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemekleri zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak/pirasalı sos ile tüketirsiniz?	Evet	86	1,093	0,292	0,497
	Hayır	164	1,073	0,283	

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama, ss:standart sapma, $p<0,05$: fark önemlidir

Tablo 3.21'e göre; katılımcıların tanısı konan bir hastalığının olup olmadığının ADS ölçeğindeki "Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz?", "Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri tüketirsiniz?", "Günde kaç porsiyon şekerli ya da gazlı içecek tüketiyorsunuz?", "Haftada kaç porsiyon kuru baklagil yemeği tüketirsiniz?", "Haftada kaç porsiyon balık ve ya kabuklu deniz ürünleri tüketirsiniz?", "Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri tüketirsiniz?" maddelerinde anlamlı bir farklılaşma

($p<0,05$) varken ADS ölçeğinin diğer maddelerinde anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır.

Tablo 3.22. Cinsiyet değişkenine göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması

Cinsiyet	Yüksek Uyum	Orta Uyum	Düşük Uyum
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Kadın	47-37,2	79-87,2	3-4,6
Erkek	25-34,8	90-81,8	6-4,4
Toplam	72-72,0	169-169,0	9-9,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

ADS uyumlamasındaki cinsiyet dağılımı değerlendirildiği zaman; yüksek uyum grubunda erkek katılımcıların ortalaması kadın katılımcıların ortalamasından düşükken; orta ve düşük uyum gruplarındaki erkek katılımcıların ortalaması kadın katılımcıların ortalamasından yüksektir.

Tablo 3.23. BKİ değişkenine göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması

BKİ	Düşük Uyum	Orta Uyum	Yüksek Uyum
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Zayıf	-	3-2,0	-
Normal Kilolu	2-4,3	82-79,1	33-33,6
Fazla Kilolu	5-3,6	61-67,6	34-29,8
Obez	2-1,0	23-20,3	5-8,6
Toplam	9-9,0	169-169,0	72-72,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Tablo 3.23’de katılımcıların ADS uyumlamasındaki BKİ dağılımı incelendiği zaman; yüksek uyum grubunda zayıf kişiye rastlanmazken, normal kilolu kişilerin ortalaması 33-33,6, fazla kilolu kişilerin ortalaması 34-29,8, obez kişilerin ortalaması 5-8,6 olarak bulunurken; orta uyum grubunda zayıf kişilerin ortalaması 3-2,0, normal kilolu kişilerin ortalaması 82-79,1, fazla kilolu kişilerin ortalaması 61-67,6, obez kişilerin ortalaması 23-20,3 ve düşük uyum grubunda zayıf kişiye rastlanmazken, normal kilolu kişilerin ortalaması 2-4,3, fazla kilolu kişilerin ortalaması 5-3,6, obez kişilerin ortalaması 2-1,0 olarak bulunmuştur.

Tablo 3.24. Eğitim seviyesine göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması

Eğitim Seviyesi	Düşük Uyum	Orta Uyum	Yüksek Uyum
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Ortaokul	-	28-25,0	9-10,7
Lise	4-2,4	44-44,7	18-19,0
Ön Lisans	2-1,4	29-27,0	9-11,5
Lisans	3-3,2	56-59,5	29-25,3
Yüksek Lisans	-	12-12,8	7-5,5
Toplam	9-7,0	169-169,0	72-72,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

ADS uyumlamasındaki eğitim durumu dağılımları değerlendirildiği zaman; yüksek uyum grubunda ki ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans kategorisinde yer alan katılımcıların sayısı sırasıyla 9, 18, 9, 29, 7 olarak bulunmuştur. Orta uyum grubunda ki ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans kategorisinde yer alan katılımcıların sayısı sırasıyla 28, 44, 29, 56, 12 olarak tespit edilmiştir. Düşük uyum grubunda ise ortaokul ve yüksek lisans kategorilerinde katılımcı görülmezken; lise, ön lisans ve lisans kategorisinde yer alan katılımcıların sayısı sırasıyla 4, 2, 3 olarak sonuçlanmıştır.

Tablo 3.25. Fiziksel aktivite yapma durumlarına göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması

Fiziksel Aktivite Durumu	Yüksek Uyum	Orta Uyum	Düşük Uyum
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Evet	27-22,2	47-52,1	3-2,8
Hayır	45-49,8	122-116,9	6-6,2
Toplam	72-72,0	169-169,0	9-9,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Tablo 3.25’de katılımcıların ADS uyumlamasındaki fiziksel aktivite durum dağılımı incelendiği zaman; tüm uyum kategorilerinde fiziksel aktivite yapmayan katılımcı sayısı fiziksel aktivite yapan katılımcı sayısından yüksek olarak raporlanmıştır.

Tablo 3.26. Tanılı hastalık durumlarına göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması

Tanılı Hastalık	Yüksek Uyum	Orta Uyum	Düşük Uyum
	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Evet	30-24,8	53-58,1	3-3,1
Hayır	42-47,2	116-110,9	6-5,9
Toplam	72-72,0	169-169,0	9-9,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

ADS uyumlamasındaki tanıli hastalık durum dağılımı değerlendirildiğinde; tüm kategorilerde tanıli hastalığı olmayan katılımcı sayısının tanıli hastalığı olan katılımcı sayısına göre daha fazla dağılım gösterdiği gözlemlenmiştir.

Tablo 3.27. Cinsiyet değişkeninin medeni durum dağılımlarına göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması

Uyum Düzeyleri	Cinsiyet	Medeni Durum	
		Bekâr	Evli
		n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Yüksek Uyum	Kadın	18-19,6	29-27,4
	Erkek	12-10,4	13-14,6
	Toplam	30-30,0	42-42,0
Orta Uyum	Kadın	28-32,3	51-46,7
	Erkek	41-36,7	49-53,3
	Toplam	69-69,0	100-100,0
Düşük Uyum	Kadın	-	3-2,0
	Erkek	3-2,0	3-4,0
	Toplam	3-3,0	6-6,0

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Katılımcıların ADS uyumlamasında cinsiyet değişkeninin medeni durum üzerinde dağılımları incelendiği zaman; yüksek uyum ve orta uyum gruplarında hem erkeklerde hem de kadınlarda evli katılımcı sayılarının bekar katılımcılara oranla yüksek olduğu raporlanmıştır. Düşük uyum grubunda ise kadınlarda bekar katılımcıya rastlanmazken, evli birey sayısı; erkeklerde ise evli birey sayısı daha fazla olarak sonuçlanmıştır.

Tablo 3.28. Cinsiyet değişkenin yaş dağılımlarına göre Akdeniz Diyet Skor uyum puanlaması

Uyum Düzeyleri	Cinsiyet	Yaş Grupları				
		65-56	55-46	45-36	35-26	25-16
		n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$	n - $\bar{x}$
Yüksek Uyum	Kadın	3-5,2	12-13,7	9-7,8	11-8,5	12-11,8
	Erkek	5-2,8	9-7,3	3-4,2	2-4,5	6-6,3
	Toplam	8-8,0	21-21,0	12-12,0	13-13,0	18-18,0
Orta Uyum	Kadın	13-12,2	6-7,5	13-9,8	24-27,6	23-22,0
	Erkek	13-13,8	10-8,5	8-11,2	38-31,4	24-25,0
	Toplam	26-26,0	16-16,0	21-21,0	59-59,0	47-47,0
Düşük Uyum	Kadın	-	-	3-1,3	-	-
	Erkek	1-0,7	2-1,3	1-2,7	1-0,7	1-0,7
	Toplam	1-1,0	2-2,0	4-4,0	1-1,0	1-1,0
Toplam	$\bar{x}$ (Kişi Sayısı=250)	35	39	37	73	66
	S (Ortalama=%)	14,0	15,6	14,8	29,2	26,4

n:kişi sayısı, $\bar{x}$:aritmetik ortalama

Tablo 3.28’de katılımcıların Akdeniz diyet skor uyumlamasındaki yaş dağılımı incelendiği zaman; yüksek uyum grubunda erkek katılımcıların 65-56 yaş ortalaması 5-2,8, 55-46 yaş ortalaması 9-7,3, 45-36 yaş ortalaması 3-4,2, 35-26 yaş ortalaması 2-4,5, 25-16 yaş ortalaması 6-6,3; kadın katılımcıların 65-56 yaş ortalaması 3-5,2, 55-46 yaş ortalaması 12-13,7, 45-36 yaş ortalaması 9-7,8, 35-26 yaş ortalaması 11-8,5, 25-16 yaş ortalaması 12-11,8 olarak verilmiştir. Orta uyum grubunda kadın katılımcıların 65-56 yaş ortalaması 13-12,2, 55-46 yaş ortalaması 6-7,5, 45-36 yaş ortalaması 13-9,8, 35-26 yaş ortalaması 24-27,6, 25-16 yaş ortalaması 23-22,0; Erkek katılımcıların 65-56 yaş ortalaması 13-13,8, 55-46 yaş ortalaması 10-8,5, 45-36 yaş ortalaması 8-11,2, 35-26 yaş ortalaması 38-31,4, 25-16 yaş ortalaması 24-25,0 olarak bulunmuştur. Düşük uyum grubunda kadın katılımcıların 65-56 yaş ortalaması 0, 55-46 yaş ortalaması 0, 45-36 yaş ortalaması 3-1,3, 35-26 yaş ortalaması 0, 25-16 yaş ortalaması 0; erkek katılımcıların 65-56 yaş ortalaması 1-0,7, 55-46 yaş ortalaması 2-1,3, 45-36 yaş ortalaması 1-2,7, 35-26 yaş ortalaması 1-0,7, 25-16 yaş ortalaması 1-0,7 olarak raporlanmıştır.

4. TARTIŞMA

Günümüzde hazır gıdaya ulaşmanın tüm kolaylıkları sağlanmışken gittikçe artan Batı tarzı beslenme beraberinde obeziteyi de getirmiş, özellikle abdominal obezitenin görülme sıklığının artmasıyla kalp-damar hastalıkları, diyabet ve kanser gibi kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların görülmesi yaygınlaşmıştır. Ancak bu hastalıkların 1960'lı yıllardan bu güne kadar gelip, sürdürülebilirliğini koruyan Akdeniz diyet tarzı beslenmeyle biraz olsun önlenebileceği görülmüştür (Corbala'n 2009, Slavin 2005, Bendall ve ark 2018). Çünkü Akdeniz diyeti içerdiği besinlerin yanı sıra çeşitlilik, yeterli ve dengeli beslenme kavramlarına önem verip; hastalıklardan korunma veya hastalıkları önlemede beslenmenin yanı sıra yaşam tarzı değişikliğinin önemini de vurgulamaktadır.

Akdeniz diyeti görüldüğü bölgelere göre şekillenebildiği için bu çalışma Akdeniz bölgesinin Mersin ilinin Mut ilçesinde insanların beslenme alışkanlıklarını öğrenmek, Akdeniz diyetini bilip bilmediklerini ve ne kadar ona uygun yaşadıklarını tespit etmek amacıyla 18-65 yaş arası rastgele seçilen yetişkin bireylerle anket yöntemi uygulanarak yürütülmüştür.

Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında (Tablo 3.1); çalışmada 129 (%51,6'sı) kadın ve 121 (%48,4'ü) erkek katılımcı olduğu belirlenmiştir. TÜİK 2020 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre ülkemizde kadın nüfusu 41 milyon 698 bin 377 kişi (nüfusun %49,9'u), erkek nüfusu 41 milyon 915 bin 985 kişi (nüfusun %50,1'i) olarak raporlanmış, Türkiye genelinde erkek nüfusu fazlayken çalışmamızda kadın nüfusun fazla olduğu gözlenmiştir. Bu durum ankete katılan gönüllü bireylerin rastgele seçilmesinden kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların BKİ durumlarına bakıldığı zaman normal kilolu katılımcıların oranının fazla olduğu (%46,8), en az oranda ise zayıf katılımcıların (%1,2) olduğu görülmektedir (Tablo 3.1). 2019 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) neticesinde 19-64 yaş grubundaki katılımcılarda zayıf olanların oranı %3,5, normal kiloda olanların oranı %61,6 ve obez olanların oranı %56,9 olarak sonuçlanmıştır. Zayıf katılımcı oranlarının her iki çalışmada da düşük olması benzerlik gösterirken, obez katılımcı oranının TBSA (2019) verileri sonucunda yüksek çıkması (%50'nin üstünde) çalışmamızla benzerlik göstermediği yönündedir. Obez birey sayısının çalışmamızda az olmasının sebebi

çalışmaya katılan bireylerin Akdeniz bölgesinde yaşamalarından ve beslenmelerinin genellikle sebze, meyve, kurubaklagil ağırlıklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Uçar (2020) tarafından yapılan bir çalışmada ise normal (%49,8) ve fazla kilolu (%33,2) katılımcıların oranının yüksek olduğu görülürken, zayıf katılımcıların oranı %9,8, obez katılımcıların oranı ise %5,5 olarak raporlanmıştır. Bulguların, Uçar'ın tespit ettiği normal ve fazla kilolu katılımcı oranlarıyla yakınlık gösterdiği diğer taraftan zayıf kiloda ve obez olanların oranlarıyla farklılık ortaya çıkardığı gözlenmiştir. Farklılık ankete katılan bireylerin fiziksel durumlarıyla ilişkilendirilebilir.

FAO ve WHO'nun sınıflamasına göre fiziksel aktivite seviyesinde (PAL) erkek ve kadın bireyler birlikte değerlendirildiğinde PAL değeri 1,69 ve altında (sedanter/hafif aktivite yaşam biçimi) olanlar %36,4 olarak ortaya çıkmıştır. Bunun %40,6'sını erkekler, %32'sini kadınlar oluşturmaktadır. TBSA 2010 verilerine göre Türkiye genelinde erkeklerin %52,2'si, kadınların %54,1'i sedanter/hafif aktivite düzeyine sahipken, çalışmada katılımcıların %30,8'i aktif spor yaşamına; %69,2'si sedanter yaşama sahip olarak sonuçlanmıştır (Tablo 3.1). Başka bir çalışmada (Uçar 2020) katılımcıların %46,9'u aktif spor yaptığını belirtirken, %53,1'i aktif olarak spor yapmadığını belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda aktif spor hayatına sahip kişi sayısının çok az olduğu göze çarpmakta ve sonuçlar benzerlik göstermektedir. Toplum genelinde sedanter/hafif aktivite düzeyinin yaygın olması modern çağın beraberinde getirdiği hareketsiz yaşam, iş yoğunluğunun fazla olmasıyla kendilerine vakit ayıramama gibi sebeplerden kaynaklandığı gözlenmektedir.

2009 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında Türkiye'de obezite prevalansı %31,2 olarak belirlenmiştir (Satman ve ark 2013). TBSA 2010 verilerine göre 19 ve üzeri yaş grubunda obezite ($BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$) görülme sıklığı %30,3 (erkek bireylerde bu oran %20,5; kadın bireylerde ise bu oran %41) olarak raporlanmıştır (TBSA 2010). Çalışmada obezite prevalansının %50'nin altındaki oranlarda (%12) görülmesi (Tablo 3.1) yapılan çalışmalarla benzerlik olduğunu göstermektedir. TBSA (2010) tarafından yapılan çalışmada 19 ve üzeri yaş grubu bireylerin BKİ ortalaması erkeklerde $26,4 \pm 4,5 \text{ kg/m}^2$, kadınlarda ise $28,9 \pm 6,4 \text{ kg/m}^2$ bulunmuştur. Çalışmada ise obez kategorisinde erkek katılımcıların ortalaması $19 \pm 14,5 \text{ kg/m}^2$, kadın katılımcıların ortalaması $11 \pm 15,5 \text{ kg/m}^2$ (Tablo 3.2) olarak tespit edilmiş olup farklılık TBSA tarafından yapılan çalışmanın Türkiye genelinde yapılmış olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmaya katılan kişilere tanıli hastalıklarının olup olmadığı sorulduğunda %34,4'ünün tanıli bir hastalığa sahip olduğu, %65,6'sının ise tanıli bir hastalığının olmadığı cevabına ulaşılmıştır (Tablo 3.1). ADS uyum anket sonuçlarında tanıli hastalık değişkenine bakıldığı zaman (Tablo 3.26); tanıli hastalığı olmayan katılımcıların tüm gruplarda (yüksek-orta-düşük uyum) tanıli hastalığı olanlara göre uyumlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastalık oranlarının Akdeniz diyetine uyumla ters oranda ilişkili olması, bu beslenme tarzının toplum genelinde yaygın olduğunu; sağlığı koruma ve iyileştirmede ise çok önemli rol oynadığını göstermektedir. Tanıli hastalığı olan katılımcılara hastalıkları sorulduğunda ise %7,6 oranında hiperlipidemi en sık karşılaştığımız hastalık olurken, onu takip eden sıralamada %7,2 kardiyovasküler hastalıklar, %6,4 diyabet, %6 hipertansiyon, %4 obezite ve %3,2 oranında diğer seçeneği karşımıza çıkmıştır (Tablo 3.1). Hiperlipidemisinin görülme sıklığının ilk sırada yer alması bölge halkının doymuş yağ içeriği yüksek olan besinleri fazla miktarda tüketmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar Türkiye'de ölümlerin toplamının %47,7'sinden sorumlu olarak ilk sırada yer alırken (SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2013), çalışmada 2. sırada yer almaktadır. Bu durum araştırmaya katılanların ADS'ye uyum puanlarının yüksek olmasıyla (Tablo 3.22) açıklanabilir. Hipertansiyonun ise Türkiye'de görülme sıklığı %23,7 olarak belirtilmiştir (SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2013). Diyabetin görülme sıklığı da küreselleşen beslenme tarzıyla gün geçtikçe artmaktadır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan 'Hanehalkı Araştırması' sonucuna göre 18 yaş üstü kişilerde diyabetin görülme sıklığı %4,7 olarak belirtilmiş olup (SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2013), çalışma bulgularıyla (%6,4) benzerlik göstermektedir (Tablo 3.1).

Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi sorularına katılımcıların verdiği yanıtlar doğrultusunda oluşan sonuçlara (Tablo 3.8) bakıldığında; katılımcıların 9'unun yetersiz (%3,6), 97'sinin orta (%38,8) ve 144'ünün ise iyi (%57,6) seviyede oldukları tespit edilmiştir. Genel anlamda bilgi seviyelerinin iyi derecede olduğu gözlenirken, en çok yanlış cevabın 'Obeziteyi engelleyerek tip 2 diyabet (şeker hastalığı) riskini azaltmak için günde ortalama kaç porsiyon tam tahıl tüketilmelidir?', 'Türkiye Beslenme Rehberine (TÜBER) göre yetişkinler için günlük alınması gereken posa miktarı aşağıdakilerden hangisidir?', 'Aşağıdakilerden hangisi kolesterol içermemesine rağmen kolesterol düşürücü etkiye sahiptir?', 'Akdeniz diyetinde ılımlı

düzeyde tüketilmesi gereken şarap miktarı nedir?’ sorularına (Tablo 3.7) verildiği ortaya çıkmıştır. Katılımcılar tarafından yukarıda belirtilen sorulara yanlış cevaplar verilmesi bu konuların diğerlerine göre özel bilgiler gerektirmesiyle açıklanabilir. Nitekim obeziteyi engelleyerek tip 2 diyabet riskini azaltmak için günlük ortalama 4-7 porsiyon arası tam tahıllı besin tüketilmesi gerekmekte ve yetişkinler için günlük alınması gereken posa miktarının 25-30 gram olması istenmektedir (TÜBER 2015). Kolesterol içermemesine rağmen kolesterol düşürücü etkiye sahip olan besinler ceviz, badem gibi yağlı tohumlar olup (Ros 2010, Vadivel ve ark 2012), Akdeniz diyetinde ılımlı düzeyde tüketilmesi gereken şarap miktarı ise günlük kadınlar için 1, erkekler için 2 kadehtir (Arranz ve ark 2012).

Akdeniz diyeti ile ilgili bilgi sorularında ‘Aşağıdakilerden hangisi posadan zengin besin grubudur?’, ‘Aşağıdakilerden hangisinin bağırsak sağlığı üzerine olumlu etkisi yoktur?’, ‘Aşağıdakilerden hangisi yanlış?’, ‘Aşağıdakilerden hangisinin insan sağlığı üzerinde olumsuz etkisi vardır?’, ‘Aşağıdaki durumlardan hangisi kanser için risk oluşturmaz?’, ‘Akdeniz diyetinin temelinde yer alan besin gruplarından hangisi yanlış verilmiştir?’, ‘Aşağıdakilerden hangisi Akdeniz diyetinin temel ilkeleri arasında yer almaz?’ sorularına (Tablo 3.7) katılımcıların çoğunluğu (200 ve üzeri) doğru cevap vermiştir. Bu durum yaklaşık %50’si üniversite mezunu olan katılımcıların yeterli bilgi düzeyine (Tablo 3.1) sahip olmaları ve ADS’ye uyum puanlarının (Tablo 3.22) yüksek olmasıyla doğrulanabilir.

Katılımcılarımızın çoğunun (%81,6’sı) posadan zengin besin grubunun meyve ve sebze olduğunu bildikleri gözlenirken, %82’sinin bağırsak sağlığı üzerinde olumlu etkisi olmayan besin olarak işlenmiş kırmızı eti işaretledikleri tespit edilmiştir (Tablo 3.7). Kanser için risk oluşturmeyen faktör olan ‘sebze ve meyve’ seçeneği %89,2 oranla doğru olarak yanıtlanmıştır. Akdeniz diyetinin temelinde yer alan besinler meyveler, sebzeler, tam tahıllılar, kuru baklagiller, zeytinyağı, balık ve su ürünleri, yağlı tohumlar olurken temelinde yer almayan besin ise ‘tatlı’ (Bach-Faig ve ark 2011) olarak şıklarda yer almış ve %84,4 oranla katılımcılar doğru cevap vermiştir (Tablo 3.7). Katılımcılarımızın %90’ı ‘Aşağıdakilerden hangisi Akdeniz diyetinin temel ilkeleri arasında yer almaz?’ sorusuna doğru cevap vererek ‘dondurulmuş besin tüketimi’ seçeneğini işaretlemiştir (Tablo 3.7). Akdeniz diyetinde ılımlılık, sosyallik, pişirmek/hazırlamak, mevsimsel ve yerel besin tüketimi, yeterli derece dinlenmek, fiziksel aktivite gibi temel ilkelerin olduğu ancak dondurulmuş besin tüketimini

tavsiye etmediği ve mevsiminde olan besinlerin tüketilmesini istediği belirtilmektedir (Bach-Faig ve ark 2011).

ADS uyum anket sonuçlarında cinsiyet değişkenine (Tablo 3.22) bakıldığı zaman hem kadınların hem de erkeklerin orta uyum düzeylerinin yüksek (erkeklerin uyum skorunun daha yüksek) olduğu; yüksek uyum grubunda ise kadınların uyumunun erkeklere göre daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Uçar (2020) tarafından yetişkinler üzerinde yapılan benzer bir çalışmada hem kadın katılımcıların hemde erkek katılımcıların ADS'ye uyumlarında düşük uyum grup oranlarının daha yüksek (erkeklerin uyum skorunun daha yüksek), Akdeniz diyetine yüksek uyum grup oranlarının ise çok düşük olduğu raporlanmıştır. Uçar (2020)'ın çalışmasını yürüttüğü bölgenin (Marmara bölgesi) ve beslenme kültürünün farklılıkları özellikle insanların daha çok fast-food tarzı beslenme alışkanlıklarına sahip olması, tencere yemeğinden uzak kalmaları katılımcıların Akdeniz diyetine uyum puanını düşürmekte ve çalışmalar benzerlik göstermemektedir. Azzini ve ark (2011) tarafından yapılan çalışmada ise ADS'ye uyum skoruna göre katılımcıların %26'sı düşük uyum grubunda, %46'sı orta uyum grubunda ve %28'i ise yüksek uyum grubunda yer almaktadır. Barbaros (2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise en çok katılımcı orta uyum grubunda yer alırken, sıralama yüksek ve düşük uyum gruplarıyla devam etmektedir. ADS uyum anket sonuçları ile yapılan çalışmada katılımcılar en çok orta uyum grubunda bulunurken, sırayı yüksek uyum ve düşük uyum grupları takip etmekte ve çalışmalar benzerlik göstermektedir.

ADS uyum anket çalışmasının medeni durumlar (Tablo 3.27) göz önüne alınarak değerlendirilen sonuçlarda; orta ve yüksek uyum gruplarında evli kadınların bekar kadınlara göre ve evli erkeklerin bekar erkeklere göre Akdeniz diyetine uyumlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Evli çiftlerin beslenme konusunda birbirlerini etkiledikleri, daha düzenli beslenme hayatına geçtikleri yorumunu hem gözlemlere hem sonuçlara bakarak söyleyebilmekteyiz. Başka bir çalışmada (Barbaros 2015) yüksek uyum grubunda evli bireylerin (%53,3) bekar bireylere oranla uyumunun daha yüksek; ancak orta ve düşük uyum grubunda ise bekar bireylerin (sırayla %70 ve %60) evli bireylere oranla uyumunun daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Çalışmalar değerlendirildiğinde sadece yüksek uyum grubunda olan evli bireylerin sonuçlarının benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Orta ve düşük uyum gruplarında farklılık görülmesinin nedenleri: çalışmanın yapıldığı bölgenin (Kuzey

Kıbrıs) kültürel alışkanlıkları, beslenme düzeni ve ekonomik özellikleri ile açıklanabilir.

ADS uyum anket sonuçlarında BKİ değişkenine (Tablo 3.23) bakıldığında zaman düşük uyum gösteren grubun fazla kilolu, orta uyum gösteren grubun normal kilolu, yüksek uyum gösteren grubun ise normal kilolu ve fazla kilolu kişi sayısı bakımından yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda ADS uyum anket sonuçlarında fiziksel aktivite yapma durumlarına (Tablo 3.25) bakıldığında; fiziksel aktivite yapmayanların tüm gruplarda çoğunlukta olduğu raporlanmıştır. Ankete katılan katılımcıların beslenme eğilimleri Akdeniz diyetine uyumlu olsa da porsiyon kontrollerinin tam yapılamaması (besin tüketimlerinin porsiyondan fazlasının tüketildiği) ve fiziksel aktiviteye verilen önemin düşük olmasından kaynaklı BKİ değerlerinin orta ve yüksek sınıfta kaldığı görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada (Barbaros 2015) ADS uyum anketine göre BKİ değişkeni karşılaştırıldığı zaman düşük uyum gösteren grubun normal ve fazla kilolu, orta ve yüksek uyum gösteren grubun ise normal kilolu kişi sayısının fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda elde edilen bulgular Barbaros (2015)'un ADS uyum anket sonuçlarındaki BKİ değişkenleriyle benzerlik gösterdiği yönündedir.

ADS uyum anket sonuçları eğitim seviyesi değişkenine bakıldığında katılımcıların çoğunlukla (169-169,0) Akdeniz diyetine orta derecede uyum sağladığı gözlenirken (Tablo 3.24) diğer taraftan eğitim seviyesi arttıkça Akdeniz diyetine uyumun arttığı gözlenmemiştir. Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada (Martinez-Gonzalez ve ark 2012) Akdeniz diyetine uyumu yüksek olan bireylerin eğitim seviyesinin de yüksek olduğu gözlenirken, bir başka çalışmada (Babio ve ark 2009) da aynı şekilde eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin Akdeniz diyetine daha iyi uyum sağladıkları ortaya çıkmıştır. Bulguların diğer çalışmalarla farklılık göstermesinin sebepleri; katılımcıların rastgele gönüllü bireylerden seçilmiş olması, halkın beslenme tercihlerinde yaşadığı yöreye bağlı olarak sebze, meyve ve tam tahıllı besin gruplarını tercih etmeleriyle açıklanabilir.

Katılımcıların Akdeniz diyeti ile ilgili besin tüketim sıklıklarına ilişkin bulgular değerlendirildiği zaman; kırmızı eti %50,4'ünün haftada 1-2, %8,8'inin ayda 1 defa veya hiç tüketmediği (Tablo 3.18); TBSA 2010 çalışmasında ise %27,9'unun haftada 1-2, %56,9'unun ayda 1 defa veya hiç tüketmediği belirtmiştir. Akdeniz diyet modelinde ise kırmızı etin ayda 1-2 defa tüketilmesi istenmektedir (Bach-Faig ve ark

2011). Katılımcılarımızın kırmızı eti fazla tüketmesi hem TBSA hem de Akdeniz diyetinde istenilen sonuçlarla uyuşmamaktadır. Çalışmada katılımcıların balık tüketimlerine (Tablo 3.18) bakıldığında %41,6 oran ile haftada 1-2 kez balık tükettiğini belirtenler çoğunluğu oluşturmakta ve böylece Akdeniz diyeti ile istenilen tüketim sıklığına yaklaşılmaktadır. Coğrafi bakımdan bölgenin konumu Akdeniz sınırlarında kalsa da, karasal sınırlarının İç Anadolu bölgesine de yakın olması kırmızı et tüketiminin yaygın, balık tüketiminin ise sahil kesiminde olmamasından kaynaklı az tüketilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Akdeniz diyetinde işlenmiş et ürünlerinin tüketilmesi arzu edilmez (Bach-Faig ve ark 2011). Çalışmamızın anket sonucunda ise işlenmiş et ürünlerinin tüketim sıklığını (Tablo 3.18) hiç olarak işaretleyen katılımcılar %48 oran ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Barbaros (2015)'un çalışmasında da işlenmiş et tüketimini hiç olarak işaretleyen katılımcılar yoğunlukta olup, her iki çalışma sonucu yakınlık göstermektedir.

Katılımcıların yumurta tüketim sıklıkları (Tablo 3.18) incelendiği zaman, elde edilen bulgular (%16,4'ünün haftada 1-2 kez), TBSA (2010) bulgularıyla (%26'sının haftada 1-2 kez) yakınlık göstermektedir. Akdeniz diyetinde yumurta tüketiminin haftada 1 kez olması istense de (Bach-Faig ve ark 2011) ilgili çalışmalarda yumurtanın daha fazla tüketildiği gözlenmiştir. Farklılık, yumurtanın ekonomik bir besin olması ve her kesimin kolay ulaşabilmesi ile sofralarda sıklıkla tercih edilmesiyle açıklanabilir.

Anket sonuçlarında katılımcıların yoğurt tüketimleri değerlendirildiğinde (Tablo 3.18) tam yağlı yoğurdu her gün veya haftada 5-6 kez tüketenlerin %50'nin üstünde (%54,4) olduğu ve bulguların TBSA (2010) sonuçlarıyla (her gün veya haftada 5-6 kez tüketenler %62,5) uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan bulguların yarım yağlı yoğurdu her gün veya haftada 5-6 kez tüketenlerin %50'nin altında (%26) kalarak benzerlik göstermediği görülmektedir. Akdeniz diyeti yoğurt tüketiminin günlük olarak beslenmede olması istemekte ancak yağı azaltılmış olanının tercih edilmesini önermektedir (Bach-Faig ve ark 2011). Katılımcılarımızın verdiği cevaplar doğrultusunda yarım yağlı yoğurt tüketiminden ziyade tam yağlı yoğurt tüketimini tercih ettikleri sonuçlarda göze çarpmaktadır. Tanılı hastalıkların az görülmesi (Tablo 3.1) ve buna bağlı olarak BKİ değerlerinde normal kiloda olanların yüksek oranlarda görülmesi (Tablo 3.3) katılımcıların yağ kısıtlaması yaparak enerji

ve doymuş yağ alımını düşürmelerine ihtiyaç duymadıkları yorumunu ortaya çıkarmaktadır. Başka bir çalışmada (Barbaros 2015) toplum genelinin tercihi tam yağlı yoğurttan yana olup, tüketimini her gün işaretleyenler çoğunluğu oluşturmuştur.

Katılımcıların süt tüketimleri değerlendirildiğinde (Tablo 3.18) tam yağlı sütü her gün veya haftada 5-6 kez tüketenlerin %35,2 oranında olduğu, TBSA (2010) çalışmasında ise her gün veya haftada 5-6 kez tam yağlı süt tüketiminin çok düşük oranda (%14) olduğu raporlanmıştır. Yarım yağlı sütün ise her gün veya haftada 5-6 kez %29,2 oranında tüketildiği buna bağlı olarak oranın yetersiz olduğu belirlenmiştir. Akdeniz diyeti, süt tüketiminin günlük olarak beslenmeye eklenmesini istemekte ancak yağı azaltılmış olanının tercih edilmesini önermektedir (Bach-Faig ve ark 2011). Çalışmalar sonucu birbirlerini destekler nitelikte olup toplum genelinde süt tüketiminin düşük olduğu görülmektedir.

Akdeniz diyeti günlük olarak tam tahıllı besinlerin tüketilmesini, özellikle de ekmek tercihinde tam tahıllı olanların beslenmede yer almasını önermektedir. Yapılan bir çalışmada (Barbaros 2015) ekmek tüketimleri incelendiğinde her gün tam tahıllı ekmek tüketenlerin sıklığının fazla olduğu bilgisi elde edilmiştir. Bulgular incelendiğinde ise %51,6 oranıyla tam tahıllı ekmeğin her gün tüketildiği (Tablo 3.18) gözlenmiştir. Sonuçların Barbaros (2015)'un bulgularıyla benzerlik gösterdiği ve Akdeniz diyetine uyum oranını arttırdığı tespit edilmiştir. Toplum genelinde ekmek tercihinin tam tahıllıdan yana eğilim göstermesinde üniversite mezunu katılımcıların çoğunluğu oluşturmasının payı önemli derecede etkilidir. ADS uyum skorlarının orta derecede uyum göstermesi de bu durumu kanıtlar niteliktedir.

Akdeniz diyet modeli hayvansal proteinler yerine bitkisel kaynaklı proteinlerin kullanılmasını tercih etmekte ve bunun içinde kurubaklagilleri önermektedir (Baysal 2009). Kuru baklagillerin TBSA (2010) çalışmasında %46,4, çalışmada ise %30,4 oranla en çok haftada 1-2 kez tüketim sıklığında (Tablo 3.18) yer aldığı görülmektedir. Ülkemizin tahıl ve kurubaklagillerden zengin, aynı zamanda da tüketimlerinin ekonomik olması (Hirvonen ve ark 2019) insanların hafta 1-2 kez sofralarına bu besinleri eklemelerine olanak sağlamaktadır. Yararlılığını ve doyuruculuğunu arttırmak adına kurubaklagillerin tahıllarla karıştırılarak veya birlikte (mercimekli bulgur pilavı, mercimekli patates köftesi, kurufasülye yanına pilav yapılması...) tüketilmesi (Baysal 2009) ise ülkemizde yaygın olarak uygulanmaktadır.

Meyve ve sebze tüketimi Akdeniz diyetinde antioksidan, lif ve vitamin değerleri açısından çok önemlidir. Günlük olarak beslenmemizde bulunması istenir. İlk olarak TBSA (2010) verileri ve katılımcılarımızın sebze tüketimlerini (Tablo 3.18) değerlendirdiğimizde her iki araştırmada da çoğunluğun her gün veya haftada 5-6 kez sebze tükettiği dikkat çekmektedir. Meyve tüketiminin ise hem TBSA (2010) verilerinde hem de çalışmada her gün veya haftada 5-6 kez olduğu (Tablo 3.18) ve ön sıralarda yer aldığı görülmektedir. Dolayısıyla bulgular değerlendirildiğinde meyvenin (%88) sebzeye (%78) oranla her gün veya haftada 5-6 kez daha fazla tüketildiği ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların meyveyi, sebzeye göre daha çok tüketmesi, tatlı ihtiyacını karşılamak, açlık durumunda yanlarında taşımının daha kolay olması gibi sebeplerle açıklanabilir. Çalışmanın meyve, sebze çeşidinin bol bulunduğu haziran – temmuz aylarında yapılması, tüketim yönünden fazla olmasını da etkilemiştir.

Katılımcıların besin tüketim sıklığı anketinde (Tablo 3.18) zeytinyağı tüketimine verdikleri cevapların sonucuna bakıldığında %69,6'sının her gün, %18,4'ünün haftada 5-6, %6,8'inin haftada 3-4, %3,2'sinin haftada 1-2 kez tükettiği ve %0,8'inin hiç tüketmediği sonucuna ulaşılmıştır. Zeytinyağı kullanımı genellikle yemeklerde, salatalarda, pasta ve kek yapımında, mezelerde sıkça tercih edilmektedir. Zeytinyağlı yemeksiz veya salatasız gün atlamadıkları için tüketimi yüksek oranlarda görülmektedir (Tablo 3.18). BKİ oranları normal ve fazla kilolu olanların oranı yüksek çıksa da (Tablo 3.2) buna bağlı olarak tanıli hastalığı olmayanların sayısının fazla (Tablo 3.3) olması zeytinyağı kullanımının yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir. Barbaros (2015)'un çalışması da araştırma bulgularıyla benzerlik gösterir niteliktedir.

Akdeniz diyetinde, önemli bir besinde kırmızı şarap olarak yer almaktadır. Ancak katılımcılarımızın kırmızı şarap tüketim sıklığına (Tablo 3.18) baktığımızda %55,6'sının hiç tüketmediği, %3,6'sının her gün veya haftada 5-6, %0,8'inin haftada 3-4, %10,4'ünün ise haftada 1-2 kez tükettiği sonucuna ulaşılmıştır. Akdeniz diyetinde günlük olarak 1-2 kadeh alınması önerilirken (Bach-Faig ve ark 2011), çalışmayla bu oran uyuşmamaktadır. Bu farklılığın; kişilerin alkol tercihinin kırmızı şaraptan yana olmamasından, doğru cevabı vermeye çekindiklerinden veya çoğunluğun hiç alkol tercih etmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yağlı tohumların çiğ olarak ve günlük 1 avuç kadar tüketilmesi kalp-damar sağlığı açısından oldukça önemlidir. Yağ değişim grubunda zeytinyağı yerine bazen salatalarda çeşitlilik yaratmak veya kahvaltıda zeytin yerine ceviz, fındık, badem

eklemek sağığı olumlu yönde önemli derecede etkileyecektir (Wang ve Hu 2017). Ancak porsiyonun dışına çıkılması obezite riskini de beraberinde getireceğinden yeteri derecede tüketilmesi gerekmektedir. Katılımcıların ceviz, badem, fındık tüketimlerine genel olarak bakıldığında (Tablo 3.18) günlük olarak cevizin yüksek oranda (%26) tüketildiğı, fındık ve bademin ise günlük yerine haftada 1-2 kez daha yüksek (%22,4 ve %23,6) tüketildiğı sonucu ortaya çıkmıştır. Çalışmada genel olarak haftada 1-2 kez yağlı tohum tüketiminin yaygın olduğı tespit edilmiştir. Benzer bir çalışma (Barbaros 2015) sonucuda aynı şekilde sert kabuklu kuruyemişlerin çoğunlukla haftada 1-2 kez tercih edildiğini vurgulamaktadır.

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum sorularını incelediğimizde; tanıli hastalık (Tablo 3.12), cinsiyet (Tablo 3.10) ve fiziksel aktivite (Tablo 3.11) değişkenlerine ilişkin bulgularda en çok “Günlük ortalama 2-2.5 litre su tüketimi insan sağığını olumlu etkiler” ve “Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır” maddelerinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) olduğı tespit edilmiştir. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili tutum ölçeğinin BKİ’ye göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü faktör varyans analizi bulgularında (Tablo 3.13); sadece “Kanser riski Akdeniz diyetine uyum ile ters ilişkilidir” maddesinde BKİ’ye göre anlamlı düzeyde farklılaşmanın (0,035) olduğı ve bunun zayıf ve obez bireyler arasında gerçekleştiğı gözlenmiştir. Bu durum ankete katılan bireylerde günümüz beslenme alışkanlıklarından doğabilecek özellikle de diyabet ve kanser hastalık riskine yönelik farkındalık oluştuğunu ortaya çıkarmaktadır. Farkındalık oluşumunda tanıli hastalık (Tablo 3.12), cinsiyet (Tablo 3.10) ve fiziksel aktivite (Tablo 3.11) ile zayıflık ve şişmalığın (Tablo 3.13) önemli düzeyde etkili olduğı görülmektedir.

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış sorularını incelediğimizde; cinsiyet (Tablo 3.14), fiziksel aktivite (Tablo 3.15) ve tanıli hastalık (Tablo 3.16) değişkenlerine ilişkin bulgularda en çok “Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm”, “İşlenmiş, hazır, fast-food yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm”, “Kırmızı eti ayda 1 – 2 kere tüketirim” maddelerinde anlamlı bir farklılaşma ($p<0,05$) olduğı tespit edilmiştir. Katılımcıların davranış sorularına verdikleri yanıtlar doğrultusunda günlük beslenmelerine çiğ meyve ve sebze eklemeye özen gösterdikleri, işlenmiş/hazır/fast food tarzı besinleri ise tüketmemeye çalıştıkları anlaşılmaktadır. Akdeniz diyetine uyum ile ilgili davranış ölçeğinde

BKİ'ye göre anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü faktör varyans analizi (ANOVA) bulgularında (Tablo 3.17) ise herhangi bir farklılaşmaya rastlanmamıştır. Bu durum katılımcıların konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmamalarıyla açıklanabilir.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mersin'in Mut ilçesinde yaşayan, 250 yetişkin bireyle gerçekleştirilen bu çalışmada beslenme şekillerinin Akdeniz diyetine uyumu araştırılmıştır. Çalışmaya 129'u kadın, 121'i erkek olmak üzere toplam 250 kişi katılmış olup, 148'i evli, 102'si bekârdır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında zaman yaklaşık %50'sinin üniversite mezunu kişiler olduğu gözlenmiştir. Ayrıca katılımcıların yaklaşık %70'inin fiziksel aktivite yapmadığı, BKİ durumları incelendiğinde ise %50'sine yakınının kilolu bireyler olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak Akdeniz diyeti ile ilgili sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde katılımcıların yaklaşık %70'inin üniversite mezunu olmasına bağlı olarak bilgi seviyelerinin iyi derecede olduğu ve dolayısıyla bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların oluşumunda doğru beslenmenin önemini bildikleri ortaya çıkmaktadır. Besin tüketim sıklıklarında en çok tüketilen besinlere bakıldığında; her gün %69,6 zeytinyağı, haftada 5-6 kez %37,2 sebze, haftada 3-4 kez %32,8 yumurta, haftada 1-2 kez %61,6 tavuk, 15 günde 1 ve ayda 1 kez %41,2 düzeylerinde balık tüketildiği, hiç tüketilmeyen besinin ise en çok şarap (%55,6) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet değişkeninin medeni durum üzerinde ADS'ye uyum skorlamasına bakıldığında evli kadın ve erkeklerin, bekâr kadın ve erkeklere göre daha yüksek puanlamaya sahip oldukları tespit edilmiştir.

Sonuç olarak elde edilen veriler değerlendirildiğinde coğrafi özellikler ve ekonomik koşullar doğrultusunda halkın beslenme alışkanlıklarında meyve, sebze ve zeytinyağı tüketiminin yaygın olduğu ancak yetersiz fiziksel aktiviteye bağlı olarak BKİ oranlarının yüksek düzeyde (%40) olduğu tespit edilmiştir. Zeytinyağının sofralarda bolca kullanılması kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere bulaşıcı olmayan kronik hastalık risklerinin de az görülmesiyle ilişkilendirilebilir. Mut ilçesinin Akdeniz bölgesinde yer alması ancak denize kıyısı olmaması balık teminin zor ve sofralarda balık kültürünün az olmasına; karasal sınırının İç Anadolu bölgesine yakın olması ise ister istemez kırmızı etin daha çok tercih edilmesine neden olmuştur.

Bütün bu sonuçların verdiği bilgiler doğrultusunda;

- Hareketsiz yaşamdan kaynaklanan obezite başta olmak üzere bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların oluşmasını azaltmak adına toplumda fiziksel aktiviteyi yaygınlaştırmak için doktor, fizyoterapist, diyetisyen ve spor eğitmenleri ile

birlikte aktif yaşamı destekleyen etkinlikler planlanmalı ve bireylerin katılımları sağlanmalıdır.

- Bölgenin beraberinde getirdiği beslenme alışkanlıklarının Akdeniz diyetine daha da uyumlu olabilmesi için, sosyal medya ve görsel basın aracılığıyla halkı bilinçlendirmeye yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- Yörede üretilen ve toplum yeme kültürünün temelinde olan zeytinyağı ile sebze ve meyvenin yüksek oranlarda tüketilmesi sağlığı olumlu yönde etkilerken, porsiyon kontrolünün gözardı edilmesi kilo artışı ile BKİ oranlarının bozulmasına sebep olmaktadır. Bu noktada diyetisyenler tarafından doğru beslenme alışkanlıklarının oluşturulması için küçük yaşlardan itibaren her kesime eğitimler verilmelidir.
- Beslenme eğitimlerine ek olarak davranış terapilerinin de verilmesi obezite ve ona bağlı hastalıkların önlenmesinde faydalı olacaktır.

6. KAYNAKLAR

- Afshin A, Micha R, Khatibzadeh S, Mozaffarian D, 2014. Consumption of nuts and legumes and risk of incident ischemic heart disease, stroke, and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*, 100 (1), 278-288.
- Alpert P, 2017. The role of vitamins and minerals on the immune system. *Home Health Care Manag Pract*, 29, 199-202.
- Alphan ET, 2018. Diabetes mellitus ve beslenme tedavisi. Hastalıklarda beslenme tedavisi. Eds: Alphan ET, 4. Basım, Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 415-507.
- Altuner AD, 2021. Tip 2 diyabet hastalarında akdeniz diyetine uyum, duygusal iştah ve metabolik kontrol parametreleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- American Cancer Society (ACS), 2006. American cancer society guidelines on nutrition and physical activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. ACS.
- American Diabetes Association (ADA), 2017. Standards of medical care in diabetes, classification and diagnosis. *Diabetes Care*, 40(1), 11-24.
- Anderson JW, Baird P, Davis RH, Ferreri S, Knudtson M, Koraym A, 2009. Health benefits of dietary fiber. *Nutr Rev*, 67(4), 188-205.
- Anderson JW, Johnstone BM, Cook-Newell M, 1995. Metaanalysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *N Engl J Med*, 333, 276-82.
- Anlı E, Vural N, Demiray S, Özkan M, 2006. Trans –Resveratrol and other phenolic compounds in Turkish red wines with HPLC. *J Wine Res*, 17, 2117- 25.
- Anonim, 2016. 2016 BM uluslararası bakliyat yılı. <https://www.tarim.gov.tr/ABDGM/Belgeler/Uluslararası%20Kurulu%C5%9Flar/2016%20BAKL%C4%B0YA%20YILI%20en%20son.pdf>.
- Armutcu F, Namuslu M, Yüksel R, Kaya M, 2013. Zeytinyağı ve sağlık: biyoaktif bileşenleri, antioksidan özellikleri ve klinik etkileri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(1), 60-68.
- Arranz S, Chiva-Blanch G, Valderas-Martínez P, Medina-Remón A, Lamuelaraventós RM, and Estruch R, 2012. Wine, beer, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease and cancer. *Nutrients*, 4, 759-781.
- Ashton E, Ball M, 2000. Effects of soy as tofu vs meat on lipoprotein concentrations. *Eur J Clin Nutr*, 54, 14- 19.
- Aune D, Chan DSM, Lau R, Vieira R, Greenwood DC, Kampman E, Norat T, 2011. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ*, 343, 6617.
- Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ, 2013. Whole grain and refined grain consumption and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Eur J Epidemiol*, 28, 845–858.
- Ayaz A, 2012. Yağlı tohumların beslenmemizdeki yeri. Ankara.
- Azzini E, Polito A, Fumagalli A, Intorre F, Venneria E, Durazzo A, 2011. Mediterranean diet effect: an italian picture. *Nutr J*, 10(1).
- Babio N, Bullo´ M, Basora J, Martí´nez Gonza´lez MA, Ferna´ndez-Ballart J, Ma´rquez-Sandoval F, Molina C, Salas-Salvado´ J, 2009. Adherence to the mediterranean diet and risk of metabolic syndrome and its componen. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 19, 563-570.
- Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, 2011. Mediterranean diet pyramid today science and cultural updates. *Public Health Nutr*, 14(12A), 2274-2284.
- Baer DJ, Rumpler WV, Miles CW, Fahey GC, 1997. Dietary fiber decreases the metabolizable energy content and nutrient digestibility of mixed diets fed to humans. *J Nutr*, 127, 579-586.

- Baldoni L, Belaj A, 2009. Olive. in: vollmann j. rajcani, editors. oil crops. Berlin, Germany: Springer, 397–421.
- Barbaros B, 2015. Yüksek, orta ve düşük akdeniz diyeti uyumu olan bireylerde oksidatif stres ve total antioksidan kapasitenin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa.
- Barrea L, Muscogiuri G, Frias-Toral E, Laudisio D, Pugliese G, Castellucci B, 2020. Nutrition and immune system: from the Mediterranean diet to dietary supplementary through the microbiota. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 1-25.
- Barringer TD, 2001. Dietary fats in the prevention of coronary heart disease: the need for more clinical trials. *Eur Heart J Suppl*, 3(Suppl D), D79-D84.
- Baş M, Sağlam D, 2018. Yetişkinlerde ağırlık yönetimi. Hastalıklarda beslenme tedavisi. Eds: Alphan ET, 4. Basım, Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 137-275.
- Baysal A, 2000. Genel beslenme, 10. Basım, Ankara, Hatipoğlu Yayınları. s. 194.
- Baysal A, 2004. Beslenme, 10. Basım, Ankara, Hatipoğlu Yayınları.
- Baysal A, 2009. Beslenme, 12. Basım, Ankara, Hatipoğlu Yayınları.
- Baysal A, Keçecioglu S, Arslan P, Yücecan S, Pekcan G, Güneyli U, Birer S, Sağlam F, Yurrtagül M, Çehreli R, 1991. Besinlerin bileşimleri. Ankara.
- Baysal A, 2002. Beslenme, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
- Bendall CL, Mayr HL, Opie RS, Itsiopoulos C, Mayr HL, Opie RS, 2018. Central obesity and the Mediterranean diet : A systematic review of intervention trials. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 0(0), 1–15.
- Bernstein AM, Sun Q, Hu FB, 2010. Major dietary protein sources and risk of coronary heart disease in women. *Circulation*, 122:876-83.
- Beunza JJ, Toledo E, Hu FB, Bes-Rastrollo M, Serrano-Martínez M, Sánchez-Villegas A, Martínez AJ ve Martínez-González MA, 2010. Adherence to the Mediterranean diet, long-term weight change, and incident overweight or obesity: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Am J Clin Nutr*, 92, 1484–93.
- Bhaskaram P, 2002. Micronutrient malnutrition, infection, and immunity: an overview. *Nutr Rev*, 60, 40–5.
- Bingham S, Day NE, Luben R, Ferrari P, Slimani N, Norat T, Clavel-Chapelon F, Kesse E, - Nieters A, Boeing H, Tjønneland A, Overvad K, Martinez C, Dorronsoro M, Gonzalez CA, Key TJ, Trichopoulou A, Naska A, Vineis P, Tumino R, Krogh V, Bueno-de-Mesquita HB, Peeters PHM, Berglund G, Hallmans G, Lund E, Skeie G, Kaaks R, Riboli E, 2003. Dietary fibre in food and protection against colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC): an observational study. *The Lancet*, 361(9368), 1496-1501.
- Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, Leschikbonnet E, Müller MJ, Oberritter H, Schulze M, Stehle P, Watzl B, 2012. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr*, 51(6), 637-663.
- Borneo R, León A, 2012. Whole grain cereals: functional components and health benefits. *Food Funct*; 3(2), 110-119.
- Brown L, Rosner B, Willett WW, Sacks FM, 1999. Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*; 69, 30-42.
- Calder PC, 2020. Nutrition, immunity and COVID-19. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*.
- Cardenas D, 2013. Let not thy food be confused with thy medicine: the Hippocratic misquotation. *e-SPEN J*, 8, p. 260-62.
- Carlos S, De La Fuente-Arrillaga C, Bes-Rastrollo M, Razquin C, Rico-Campà A, Martínez-González MA, 2018. Mediterranean diet and health outcomes in the SUN cohort. *Nutrients*, 10(4), 1–24.

- Cartera SJ, Robertsb MB, Salter J, 2010. Relationship between Mediterranean diet score and atherothrombotic risk: findings from the third national health and nutrition examination survey. 1988–1994. *Atherosclerosis* 210, 630–636.
- Casas R, Sacanella E, Estruch R, 2014. The immune protective effect of the Mediterranean diet against chronic lowgrade inflammatory diseases. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*, 14, 245-54.
- Castanho GK, Marsola FC, Mcllellan KC, Nicola M, Moreto F, Burini RC, 2013. Consumption of fruit and vegetables associated with the metabolic syndrome and its components in an adult population sample. *Cien Saude Colet*, 18(2), 385-92.
- Castro Quezada I, Roman Vinas B, Serra Majem L, 2014. The mediterranean diet and nutritional adequacy: a review. *Nutrients*, 6(1), 231– 48.
- Cemeroğlu B, 1992. Meyve ve sebze işleme endüstrisinde temel analiz metotları. Biltav Yayınları, Ankara.
- Cesarettin A, Fereidoon S, 2008. Tree nuts: composition, phytochemicals, and health effects. tree nuts. *nutraceutical science and technology*. CRC Press.
- Cicerale S, Conlan XA, Sinclair AJ, Keast RS, 2009. Chemistry and health of olive oil phenolics. *Critical Reviews. Food Sci Nutr*, 49, 218-236.
- Corbala'n MD, Morales E, Canteras M, Espallardo A, Herna'ndez T, Marta Garaulet M, 2009. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on the mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*, 25, 861–869.
- Corradini E, Foglia P, Giansanti P, Gubbiotti R, Samperi R, Lagana A, 2011. Flavonoids: chemical properties and analytical methodologies of identification and quantitation in foods and plants. *Nat Prod Res*, 25(5), 469-495.
- Dabaghian F, Khanavi M, Zarshenas MM, 2020. Bioactive compounds with possible inhibitory activity of angiotensin-converting enzyme-II; a gate to manage and prevent COVID19. *Med Hypotheses*, 143, 109841.
- Dalgıç GS, 2018. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin Akdeniz diyetine uyumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Damianaki A, Bakogeorgou E, Kampa M, Notas G, Hatzoglou A, Panagiotou S, Gemetzi C, Kouroumalis E, Martin PM, Castanas E, 2000. Potent inhibitory action of red wine polyphenols on human breast cancer cells. *J Cell Biochem*; 78, 429-41
- Dara, Ramis, 2010. Sofralara geldi bahar baharatlar – kokulu otlar yerel ve evrensel tatlar. İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.
- Das DK, Maulik N, 2006. Resveratrol in cardioprotection: a therapeutic promise of alternative medicine. *Mpecular Interventions* 6, 36- 47.
- Deckelbaum RJ, Torrejon C, 2012. The omega-3 fatty acid nutritional landscape: health benefits and sources. *J Nutr*, 142, 587S–591.
- Dernini S, Berry EM, Serra-Majem L, La Vecchia C, Capone R, Medina FX, 2017. on behalf of the scientific committee of the international foundation of mediterranean diet. *Med Diet 4.0: The sustainable Mediterranean diet with four benefits*. PHN;20:7:1322-30.
- Dernini S, Berry ME, 2015. Mediterranean diet: from a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Front Nutr*, 2, 15.
- Diyabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. 2013. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED), s. 15.
- Djouisse L, Rudich TJ, Gaziano JM, 2009. Nut consumption and risk of hypertension in us male physicians. *Clin Nutr*, 28, 10–14.
- Dorrie J, Gerauer H, Wachter Y, Zunino SJ, 2001. Resveratrol induces apoptosis by depolarizing mitochondrial membranes and activating caspase-9 in acute lymphoblastic leukemia cells. *Cancer Res*, 61, 4731-9.

- Edwards RL, Lyon T, Litwin SE, Rabovsky A, Symons JD, Jalili T, 2007. Quercetin reduces blood pressure in hypertensive subjects. *J Nutr*, 137, 2405-2411.
- Egert S, Boesch-Saadatmandi C, Wolfram S, Rimbach G, Muller MJ, 2010. Serum lipid and blood pressure responses to quercetin vary in overweight patients by apolipoprotein e genotype. *J Nutr*, 140, 278-284.
- El Rhazi K, Nejari C, Romaguera D, 2012. Adherence to a mediterranean diet in morocco and its correlates: cross-sectional analysis of a sample of the adult moroccan population. *BMC Public Health*, 12, 345.
- Erman Y, 2007. Erkek ve kadınların diyet-kanser ilişkisi hakkındaki bilgi ve inanışları. Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksek Okulu. Bilimsel Araştırmalar ve İncelemeler Yayın No: 16.
- Ersoy G, Özdemir G, 2010. Akdeniz diyetinin sağlığa yararları. *Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*, 22(1), 75-84.
- FAO, 2019. Sustainable healthy diets – guiding principles. Rome.
- Fardet A, 2010. New hypotheses for the health-protective mechanisms of wholegrain cereals: what is beyond fibre. *Nutr Res Rev*, 23(1), 65-134.
- Farnetti S, Malandrino N, Luciani D, 2011. Food fried in extra-virgin olive oil improves postprandial insulin response in obese, insulin-resistant women. *J Med Food*, 14(3), 316-21.
- Fernandez-Marr MI, Mateos R, Garcia-P MC, Puertas B, Cantos-V E, 2012. Bioactive compounds in wine; resveratrol, hydroxytyrosol and melatonin: A review. *Food Chemistry*, 130, 797-813.
- Fitó M, de la Torre R, Covas MI, 2007. Olive oil and oxidative stress. *Molecular Nutrition & Food Research*, 51(10), 1215-1224.
- Food and Agriculture Organization (FAO), 2010. Report of the Technical Workshop on Biodiversity in Sustainable Diets. FAO: Rome, Italy.
- Food and Agriculture Organization (FAO), 2012. Burlingame B, Dernini S, editors. Sustainable diets and biodiversity: Directions and solutions for policy, research and action. Proceedings of the International Scientific Symposium on Biodiversity and Sustainable Diets. Rome. Available from: <http://www.fao.org/docrep/016/i3004e/i3004e.pdf> [Last accessed 12 October 2018]
- Food and Agriculture Organization (FAO), 2018. International Fund for Agricultural Development, UNICEF, World Food Programme, WHO. The state of food security and nutrition in the world. Rome: Food and Agriculture Organization of the UN.
- Food and Agriculture Organization (FAO), 2019. Sustainable healthy diets guiding principles. FAO: Rome, Italy.
- Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer. 2007. A global perspective. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research.
- Gaforio JJ, Sa'nchez-Quesada C, Lopez-Biedma A, Ramí' rezTortose, Warleta F, 2015. Molecular aspects of squalene and implications for olive oil and the mediterranean diet. Preedy V and Watson RR, editors. In book: *The Mediterranean Diet*, pp.281- 290, Elsevier Inc.
- Galbete C, Schwingshackl L, Schwedhelm C, Boeing H, Schulze MB, 2018. Evaluating Mediterranean diet and risk of chronic disease in cohort studies: an umbrella review of meta-analyses. *Eur J Epidemiol*, 33(10), 909–31.
- Gautam SC, Xu YX, Dumaguin M, Janakiraman N, Chapman RA, 2000. Resveratrol selectively inhibits leukemia cells: a prospective agent for ex vivo bone marrow purging. *Bone Marrow Transplant*, 25, 639-45
- Gil A, Ortega RM, Maldonado J, 2011. Wholegrain cereals and bread: a duet of the mediterranean diet for the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutr*, 14(12A), 2316–2322.
- Giugliano D, Esposito K, 2008. Mediterranean diet and metabolic diseases. *Current Opinion in Lipidology*, 19:63–68.
- Gonzalez CA, Riboli E, Batiste E, 1994. Nutritional factors and gastric cancer in Spain. *Am J Epidemiol*, 139 (5), 466-473.

- Gonzalez MA, Hershey MS, Zazpe I, Trichopoulou A, 2017. Transferability of the mediterranean diet to non-mediterranean countries. what is and what is not the mediterranean diet. *Nutrients*, 9(11), 1226.
- Gotsis E, Anagnostis P, Mariolis A, Vlachou A, Katsiki N, Karagiannis A, 2015. Health benefits of the mediterranean diet: An update of research over the last 5 years. *Angiology*, 66(4), 304–18.
- Gönder M, 2015. Hafif şişman ve şişman kadınlarda akdeniz diyet skoru ile antropometrik ölçümler ve biyokimyasal parametreler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Granados-Principal S, Quiles JL, Ramirez-Tortosa CL, Ochoa-Herrera J, Pérez-López P, Pulido-Moran M, 2012. Squalene ameliorates atherosclerotic lesions through the reduction of CD36 scavenger receptor expression in macrophages. *Mol Nutr Food Res*, 56(5), 733-740.
- Gruenwald J, Graubaum HJ, Harde A, 2002. Effect of cod liver oil on symptoms of rheumatoid arthritis. *Advances in Theraphy*, 19, 101-107.
- Gutierrez F, Jimenez B, Ruiz A, Albi MA, 1999. Effect of olive ripeness on the oxidative stability of virgin olive oil extracted from the varieties picual and hojiblanca and on the different components involved. *J Agric Food Chem*, 47, 121-127.
- Hao HD, He LR. 2004. Mechanisms of cardiovascular protection by resveratrol. *J Med Food*, 7, 290-298.
- Hartwe J, Farmer AJ, Holman RR, Neil A, 2009. Potential impact of omega-3 treatment on cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Current Opinion in Lipidology*, 20(1), 30-38.
- Hernaiz A, Castaner O, Goday A, Ros E, Corella D, Fiol M, 2017. The Mediterranean Diet decreases LDL atherogenicity in high cardiovascular risk individuals: a randomized controlled trial. 16010151–10.
- Hirvonen K, Bai Y, Headey D, Masters WA, 2019. Affordability of the EAT–Lancet reference diet: a global analysis. *Lancet Glob Health*, 1-8.
- Hollman PC, Geelen A, Kromhout D, 2010. Dietary flavonol intake may lower stroke risk in men and women. *J Nutr*, 140:600-604.
- Hu FB, Willett WC, 2002. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA*, 288(20): 2569-78.
- Iddir M, Brito A, Dingeo G, Fernandez Del Campo SS, Samouda H, La Frano MR, Bohn T, 2020. Strengthening the immune system and reducing inflammation and oxidative stress through diet and nutrition: considerations during the COVID-19 crisis. *Nutrients*, 12, 1562.
- Jacquot AR, 1961. Organic constituents of fish and other aquatic animal foods. fish as food. New York: Academic Press Inc.
- Jaen, 2005. International conference on the healthy effect of virgin olive oil. *Eur J Clin Invest*, 35(7), 421-424.
- Jones P, Cade JE, Evans CEL, Hancock N, Greenwood DC, 2017. The Mediterranean diet and risk of colorectal cancer in the UK Women's Cohort Study. *Int J Epidemiol*, 1786–96.
- Karabulut A, 2008. Resveratrol ve etkileri. *Türkiye Klinikleri* 28(Suppl), 166-169.
- Kelly GS, 1999. Squalene and its potential clinical uses. *Altern Med Rev*, 4(1), 29–36.
- Kennedy E, 2004. Dietary diversity, diet quality, and body weight regulation. *Nutr Rev*, 62(7), 78-81.
- Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Djordjevic BS, Dontas AS, Fidanza F, Keys MH, Kromhout D, Nedeljkovic S, Punsar S, Seccareccia F, Toshima H, 1986. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiology*, 124, 903- 15.
- Khayyatadeh SS, 2020. Nutrition and infection with COVID-19. *J Nutr and Food Secur*, 5(2), 93-96.
- Khris-Etherton PM, William Harris WS, Appel LJ, 2002. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. *J. Am. Heart Assoc*, 106(21), 2747-2757.
- Kılınç F, Temizhan A, 2013. Koroner arter hastalıklarında et mi kuru baklagil mi ?. *MN Kardiyoloji*, 20, 49-56.

- King RE, Bomser JA, Min DB, 2006. Bioactivity of resveratrol. *Compreh Rev Food Sci Food Safety*, 5, 65-70.
- Kiritsakis A, Shahidi F, 2017. Olives and olive oil as functional foods: bioactivity, chemistry and processing. John Wiley & Sons.
- Knott C, Bell S, Britton A, 2015. Alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of more than 1.9 million individuals from 38 observational studies. *Diabetes Care*, 38, 1804-12.
- Koh-Banerjee P, Rimm EB, 2003. Whole grain consumption and weight gain: a review of the epidemiological evidence, potential mechanisms and opportunities for future research. *Proc Nutr Soc*, 62, 25-9.
- Kolonel LN, 2001. Fat, meat, and prostate cancer. *Epidemiol Rev*, 23, 72-81.
- Koloverou E, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysoshoou C, Georgousopoulou EN, Grekas A, 2016. Adherence to Mediterranean diet and 10-year incidence (2002-2012) of diabetes: correlations with inflammatory and oxidative stress biomarkers in the ATTICA cohort study. *Diabetes Metab Res Rev*, 32(30), 13-23.
- Kopp P, 1998. Resveratrol, a phytoestrogen found in red wine. a possible explanation for the conundrum of the 'french paradox'. *Eur J Endocrinol*, 138(6), 619-620.
- Kökosmanlı M, Keleş F, 1996a. Kuşburnu ve kuşburnu çayında c vitamini. *Gümüşhane Valiliği KTÜ Orman Fakültesi, Kuşburnu Sempozyumu Bildiriler Kitabı*. 5-6 Eylül 1996, 245-252.
- Kökosmanlı M, Keleş F, 1996b. Pektik maddeler ve sağlık üzerine etkileri. *Gıda Sanayi*, 44, 27-29.
- Kris- Etherton P, Eckel RH, Howard BV, Jeor S, Bazzare TL, 2001. Lyon diet heart study. *Circulation*, 103, 1823-25.
- Kris-Etherton PM, Hu FB, E Ros, 2008. The role of tree nuts and peanuts in the prevention of coronary heart disease: multiple potential mechanisms. *J Nutr*, 138, 1746-51.
- Kroenke CH, Fung TT, Hu FB, Holmes MD, 2005. Dietary patterns and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 23, 9295-9303.
- Kromhout D, 2001. Protective Nutrients and up-to-date dietary recommendations. *Eur Heart J Supplements*, 3(Suppl D), D36.
- Kuyumcu A, Kuyumcu MS, 2019. Akdeniz diyeti ve karotis arter hastalığı arasındaki ilişki. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 10(2) .
- Lacatuşu CM, Grigorescu ED, Floria M, Onofriescu A, Mihai BM, 2019. The Mediterranean diet: From an environment-driven food culture to an emerging medical prescription. *Int J Environ Res Public Health*, Mar 2, 16(6).
- Lattimer JM, Haub MD, 2010. Effects of dietary fiber and its components on metabolic health. *Nutrients*, 2, 1266-1289.
- Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T, 2011. Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev*, 12(5), 143-50.
- Li Y, Hruby A, Berstein AM, Ley HS, Wang D, Chuive SE, 2015. Saturated fat as compared with unsaturated fats and sources of carbohydrates in relation to risk of coronary heart disease: a prospective cohort study. *J Am Coll Cardiol*, 2015, 66(44), 1538-1548.
- Liu S, Willett WC, Stampfer MJ, 2000. A prospective study of dietary glycemic load, carbohydrate intake, and risk of coronary heart disease in US women. *Am J Clin Nutr*, 71, 1455-61.
- Lopez-Miranda J, Delgado-Lista J, Perez-Martinez P, 2007. Olive oil and the haemostatic system. *Mol Nutr Food Res*, 51(10), 1249-59.
- López-Miranda J, Pérez-Jiménez F, Ros E, De Caterina R, Badimón L, Covas MI, Yiannakouris N, 2010. Olive oil and health: summary of the II international conference on olive oil and health consensus report. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 20(4), 284-294.

- Maiorino MI, Bellastella G, Longo M, Caruso P, ve Esposito K, 2020. Mediterranean diet and COVID-19: hypothesizing potential benefits in people with diabetes. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 11, 574315.
- Malakou E, Linardakis M, Elaine M, Armstrong G, Zannidi D, Foster C, 2016. The combined effect of promoting the Mediterranean diet and physical activity on metabolic risk factors in adults : a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Nutrients*.
- Man M, Chan Y, 2002. Antimicrobial effect of resveratrol on dermatophytes and bacterial pathogens of the skin. *Biochem Pharmacol*, 63(2), 99-104.
- Martinez-Gonzalez MA, 2011. Olive oil in the primary prevention of cardiovascular disease. *Maturitas*, 68(3), 245-50.
- Martinez-Gonzalez MA, Garcia-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvado J, BuilCosiales P, Corella D, Covas MI, Schroder H, Aros F, Gomez-Gracia E, Fiol M, Ruiz-Gutierrez V, Lapetra J, Lamuela-Raventos RM, Serra-Majem L, Pinto X, Munoz MA, Warnberg J, Ros E. and Estruch R, 2012. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. *PloS One*, 7(8), 43134.
- Martínez-González MA, García-López M, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Martínez-Lapiscina Eh, Delgado-Rodríguez M, Beunza Jj, 2011. Mediterranean diet and the incidence of cardiovascular disease: a Spanish cohort. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 21(4), 237-244.
- Mente A, Koning L, Shannon HS, Anand SS, 2009. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med*, 169(7), 659-69.
- Mentella MC, Scaldaferri F, Ricci C, Gasbarrini A, Miggiano GAD, 2019. Cancer and mediterranean diet: a review. *Nutrients*, 11(9), 1–25.
- Mitchell SH, Zhu W, Young CY, 1999. Resveratrol inhibits the expression and function of the androgen receptor in LNCaP prostate cancer cells. *Cancer Res*, 59, 5892-5.
- Mol S, 2004. Su ürünleri alternatif ürün sanayi. Varlık edit. su ürünleri işleme teknolojisi. İstanbul Üniversitesi Yayın no: 4465.
- Mukuddem-Petersen J, Oosthuizen W, Jerling J, 2005. A systematic review of the effects of nuts on blood lipid profiles in humans. *J Nutr*, 135, 2082–2089.
- Muscogiuri G, Barrea L, Savastano S, Colao A, 2020. Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine. *Eur J Clin Nutr*, 2020, 74, 850-1.
- Müftüoğlu O, 2003. Yaşasın hayat viva la vita. 1. Baskı, Doğan Kitapçılık, 336 s.
- National Cholesterol Education Program (NCEP), 2002. Third report of the national cholesterol education program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III) final report. *Public Health Nutr*, 106(25), 3143-421.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), 2016. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet*, 387:1513-30.
- Nettleton JA, Matijevic N, Follis JL, Folsom AR, Boerwinkle E, 2010. Associations between dietary patterns and flow cytometry-measured biomarkers of inflammation and cellular activation in the atherosclerosis risk in communities (ARIC) carotid artery MRI study. *Atherosclerosis*, 212(1), 260–7.
- Newmark HL, 1997. Squalene, olive oil, and cancer risk: a review and hypothesis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 6(12), 1101-1103.
- Noah A, Truswell AS, 2001. There are many Mediterranean diets. *Asia Pac J Clin Nutr*, 10(1), 2-9.
- Norat T, Lukanova A, Ferrari P, Riboli E, 2002. Meat consumption and colorectal cancer risk: dose-response meta-analysis of epidemiological studies. *Int J Cancer*, 98, 241-256.
- Norrish AE, 2000. Prostate cancer risk and consumption of fish oil, a dietary biomarker based case-control study. *Br J Cancer*, 81, 7, pp 1238- 1240.

- Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C, 2006. A mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk nutrition. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 16, 559-568.
- Papanikolaou Y, Fulgoni VL, 2008. Bean consumption is associated with greater nutrient intake, reduced systolic blood pressure, lower body weight, and a smaller waist circumference in adults. *J Am Coll Nutr*, 27(5), 569-76.
- Pérez-López F, Chedraui P, Haya J. L, Cuadros J, 2009. Effects of the mediterranean diet on longevity and age-related morbid conditions. *Maturitas*, 64, 67–79.
- Perez-Vizcaino F, Duarte J, 2010. Flavonols and cardiovascular disease. *Mol Aspects of Med*, 3, 478-94.
- Pietinen P, Rimm EB, Korhonen P, Hartman AM, Willet WC, Albanes D, Virtamo J, 1996. Intake of dietary fiber and risk of coronary heart disease in a cohort of finnish men. *Circulation*, 94(11) 2720-7.
- Pigott, GM, Tucker BW, 1990. Seafood effects of technology on nutrition. Marcel Dekker, Inc. New York.
- Potter JD, 2005. Vegetables, fruit, and cancer. *Lancet*, 366, 527–10.
- Pounis G, Bonaccio M, Tuohy Km, Donati MB, De Gaetano G, Iacoviello L, 2014. Population level divergence from the Mediterranean diet and the risk of cancer and metabolic disease. diet-microbe interactions in the gut: effects on human health and disease. Academic Press, p:209-223.
- Psomiadou E, Tsimidou M, Boskou D, 2000. Alphanatocopherol content of Greek virgin olive oils. *J Agric Food Chem*, 48, 1770-1775.
- Rao VC, Newmark HL, Reddy BS, 1998. Chemopreventive effect of squalene on colon cancer. *Carcinogenesis*, 19(2), 287-290.
- Renzella J, Townsend N, Jewell J, Breda J, Roberts N, Rayner M, 2018. What national and subnational interventions and policies based on Mediterranean and Nordic diets are recommended or implemented in the WHO European Region, and is there evidence of effectiveness in reducing noncommunicable diseases? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report, 58.
- Renzo D, Med JT, Renzo L Di, Cioccoloni G, Falco S, Abenavoli L, 2018. Influence of FTO and Mediterranean diet on body composition and weight loss : a randomized clinical trial. *J Transl Med*, 1–13.
- Rinninella E, Cintoni M, Raoul P, Lopetuso LR, Scaldaferri F, Pulcini G, 2019. Food components and dietary habits: keys for a healthy gut microbiota composition. *Nutrients*, 11(10), 2393.
- Romano L, Bilotta F, Dauri M, Macheda S, Pujia A, Santis GLD, Lorenzo A, 2020. Short Report - Medical nutrition therapy for critically ill patients with COVID-19. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 24 (7), 4035-4039.
- Romero-Perez AI, Lamuela-Raventos RM, Buxaderas S, Carmen de la Torre-Borona M, 1996. Resveratrol and piceid as varietal markers of white wines. *J. Agric. Food Chem*, 44(8), 1975-1978.
- Ronco AL, De Stéfani E, 2013. Squalene: a multi-task link in the crossroads of cancer and aging. *Functional Foods in Health and Disease*, 3(12), 462-476.
- Ros E, 2010. Health benefits of nut consumption. *Nutr*, 2, 652-682.
- Ros E, 2015. Chapter 17 - Contribution of nuts to the Mediterranean diet. In: Watson VRPR. *The Mediterranean Diet*. San Diego: Academic Press; p. 175-84.
- Ros E, Mataix J, 2006. Fatty acid composition of nutsimplications for cardiovascular health. *Br J Nutr*, 96 p. 2:29-35.
- Rosique-Esteban N, Guasch-Ferré M, Hernández-Alonso P, Salas-Salvadó J, 2018. Dietary magnesium and cardiovascular disease: a review with emphasis in epidemiological studies. *Nutr*, 10(2), 168.

- Russo M, Spagnuolo C, Tedesco I, Biolito S, Russo GL, 2012. The flavonoid quercetin in disease prevention and therapy: Facts and fancies. *Biochem Pharmacol*, 83, 6-15.
- Saleem MTS, Basha SD, 2010. Red wine: a drink to your heart. *J Cardiovasc Dis. Res*, 1(4), 171-176.
- Satman İ, Çolak Özbay N, Boztepe H, Kalaca S, 2013. On behalf of TURDEP II study group. prevalence and of vitamin D deficiency and associated factors in Turkey. Poster. 2010. *Endocrine Abstracts*;32 P135 | DOI: 10.1530/endoabs.32.P135.
- Scarborough P, Appleby PN, Mizdrak A, 2014. Dietary greenhouse gas emissions of meat-eaters, fish-eaters, vegetarians and vegans in the UK. *Clim Change*, 125(2), 179-92.
- Scholz A, Navarrete-Munoz EM, 2016. Alcohol consumption and mediterranean diet adherence among health science students in Spain: the disa-umh study. *Gac Sanit*, 30(2), 126-132.
- Schröder H, 2007. Protective mechanisms of the Mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes. *J. Nutr Biochem*, 18, 149–160.
- Schwingshackl L, Hoffmann G, 2014. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Cancer*, 135(8), 1884–1897.
- Simopoulos AP, 2002. The importance of the ratio of omega-6/omega-3 essential fatty acids. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 56, 365-79.
- Siscovick DS, Raghunathan TE, King I, 2000. Dietary intake of longchain n-3 polyunsaturated fatty acids and risk of primary cardiac arrest. *Am J Clin Nutr*, 71, p. 208-12.
- Slavin JL, 2005. Dietary fiber and body weight. *Nutr*, 21, 411-418.
- Sofi F, Abbate R, Gensini Gf, Casini A, 2010. Accruing evidence about benefits of adherence to Mediterranean diet on health: an updated systematic review with metaanalysis. *Am J Clin Nutr*, 92, 1189–1196.
- Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini Gf, Casini A, 2008. Adherence to Mediterranean diet and health status, A meta-analysis. *BMJ*, 337:a1344.
- Sofi F, 2009. The Mediterranean diet revisited: evidence of its effectiveness grows. *Curr Opin Cardiol*, 24(5), 442-6.
- Sorriquer F, Almaraz MC, Ruiz-de-Adana MS, et al, 2009. Incidence of obesity is lower in persons who consume olive oil. *Eur J Clin Nutr*, 63(11), 1371-4.
- Sovak M, 2001. Grape extract, resveratrol, and its analogs: A review. *J Med Food*, 4, 93-105.
- Stevens J, Ahn K, Houston D, Steffan L, Couper D, 2002. Afrikalı-Amerikalı ve beyaz yetişkinlerde diyet lifi alımı ve glisemik indeks ve diyabet insidansı: ARIC çalışması. *Diyabet Bakımı*, 25(10), 1715-1721. Tappy L, Lê KA, Tran C, Paquot N. (2010). Fruktöz ve metabolik hastalıklar: yeni bulgular, yeni sorular. *Beslenme*, 26(11), 1044-1049.
- Suh I, Saten BJ, Cutler JA, Küller LH, 1992. For the multiple risk factor intervention trial research group. Alcohol use and mortality from coronary heart disease: the role of high-density lipoprotein cholesterol. *Ann Intern Med*, 116, 881.
- Şanlıer N, 2012. Tam tahıl ürünleri ve sağlık üzerine etkileri. *Tam buğday ekmeği yaygınlaştırma sempozyumu*, s. 48-54, Ankara.
- Şengül M, Keleş F, 2005. Patatesin fiziksel ve kimyasal özellikleri üzerine depolama şartlarının etkisi. *Gıda*, 30 (2), 103-108.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB), 2014. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. Yayın No.816.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf

- Taioli E, Nicolosi A, Wynder EL, 1991. Possible role of diet as a host factor in the etiology of tobacco-induced lung cancer: an ecological study in southern and northern Italy. *Int J Epidemiol*, 20(3), 611-14.
- TEMED Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu, 2013. 6. Basım, Bayt Matbaası, Ankara, ISBN: 978-605-4011-16-2.
- Tighe P, Duthie G, Vaughan N, Brittenden J, Simpson WG, Duthie S, Mutch W, Wahle K, Horgan G, Thies F, 2010. Effect of increased consumption of whole-grain foods on blood pressure and other cardiovascular risk markers in healthy middle-aged persons: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*, 92, 733-40.
- Tinker LF, Bonds DE, Margolis KL, Manson JE, Howard BV, Larson J, Safford MM, 2008. Menopoz sonrası kadınlarda az yağlı beslenme düzeni ve tedavi edilen diabetes mellitus riski: Kadın sağlığı girişimi randomize kontrollü diyet modifikasyonu çalışması. *Dahiliye Arşivi*, 168(14), 1500-1511.
- Toledo E, Salvadó JS, Donat-Varga C, Buil-Cosiales P, Estruch R, Ros E, et al, 2015. Mediterranean diet and invasive breast cancer risk among women at high cardiovascular risk in the PREDIMED trial a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 175(11), 1752-1760.
- Trichopoulou A, Martínez-González M, Tong T et al, 2014. Definitions and potential health benefits of the mediterranean diet: views from experts around the World. *BMC Medicine*, 12, 112.
- Turan H, Kocatepe D, 2014. Effects of different cooking methods on the fatty acid composition of bonito (Sarda sarda Bloch 1793). *Indian J Anim Res*, 48(2), 177- 81.
- Turati F, Trichopoulos D, Polesel J, Bravi F, Rossi M, Talamini R, Franceschi S, Montella M, Trichopoulos A, Vecchia C, Lagiou P, 2014. Mediterranean diet and hepatocellular carcinoma, hepatogly. *J Hepatol*, 60(3), 606-611.
- Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER), 2016. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara.
- Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA), 2010. http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf. Erişim Tarihi:1.12.2017.
- Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), 2019. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ankara.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2017. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2016-24572#:~:text=%C3%96l%C3%BCm%20nedenlerinde%20ilk%20%C3%BC%C3%A7%20s%C4%B1ra,ile%20solumum%20sistemi%20hastal%C4%B1klar%C4%B1%20izledi>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2021. [file:///C:/Users/Admin/Downloads/%C4%B0statistiklerle_Kad%C4%B1n_05.03.2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/%C4%B0statistiklerle_Kad%C4%B1n_05.03.2021%20(1).pdf)
- Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi (TOBR), 2015. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- Uçar Z, 2020. Yetişkin bireylerde Akdeniz diyet skoru ile beslenme durumu ve vücutkompozisyonu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Vadivel V, Kunyanga CN, Biesalski HK, 2012. Health benefits of nut consumption with special reference to body weight control. *Nutr*, 28, 1089-1097.
- Varlık C, Erkan N, Baygar T, 2004. Su ürünleri besin bileşimi. Varlık C, edit. Su Ürünleri İşleme Teknolojisi İstanbul Üniversitesi Yayın no: 4465, Su Ürünleri Fakültesi, İstanbul. No: 7;1-45.
- Venn BJ, Mann JI, 2004. Cereal grains, legumes and diabetes. *Eur J Clin Nutr*, 58, 1443-61.

- Visioli F, Bogani P, Grande S, Galli C, 2005. Mediterranean food and health: building human. *Physiol Pharmacol*, 56, 37-49.
- Visioli F, Caruso D, 2005. Virgin olive oil study (VOLOS): vasoprotective potential of extra virgin olive oil in mildly dyslipidemic patients. *Eur J Nutr*, 44, 121– 127.
- Wang D, Hu BF, 2017. Dietary fat and risk of cardiovascular disease: recent controversies and advances. *Annu Rev Nutr*, 37, 423-46.
- Wang J, Persuitt G, Olendzki BC, Wedick NM, Zhang Z, Merriam PA, Fang H, Carmody J, Olendzki GF, Ma Y, 2013. Dietary magnesium intake improves insulin resistance among non-diabetic individuals with metabolic syndrome participating in a dietary trial. *Nutrients*, 5, 3910-19.
- Waterman E, Lockwood B, 2007. Active components and clinical applications of olive oil. *Alternative medicine review*, 12(4).
- World Health Organization., 2016. Global report on diabetes. Geneva: WHO
- Wieder T, Prokop A, Bagci B, Essmann F, Bernicke D, Schulze-Osthoff K, Dörken B, Schmalz HG, Daniel PT, Henze G, 2001. Piceatannol, a hydroxylated analog of the chemopreventive agent resveratrol, is a potent inducer of apoptosis in the lymphoma cell line BJAB and in primary, leukemic lymphoblasts. *Leukemia*, 15(11), 1735- 42.
- Wildman RE, 2001. Handbook of nutraceuticals and functional foods. Washington DC.
- Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al, 2019. Food in the anthropocene: the eat– lancet commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*;393:447-92.
- World Health Organization/Food And Agriculture Organization (WHO/FAO), 2003. Expert report: diet, nutrition and prevention of chronic diseases (report no: 916). Geneva: WHO. [Http://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.Pdf](http://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.Pdf).
- Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al, 2020. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*, 180(7), 1-11.
- Wu Y, Mozaffarian D, 2012. (n-3) Fatty acids and cardiovascular health: are effects of epa and dha shared or complementary?. *J Nutri, ASN*. 10.3945/jn.111.149633.
- Yang J, Farioli A, Korre M, Kales SN, 2014. Modified Mediterranean Diet Score and Cardiovascular Risk in a North American Working Population. *PLoS ONE* 9(2): e87539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087539>
- Yücecan S, 1992. Türklerde beslenme kültürü. dördüncü milletlerarası yemek kongresi, Konya Kültür ve Turizm Vakfı Yayını, Konya.
- Yücel S, Özçimen D, 2010. Zeytin ve zeytinyağının insan sağlığı üzerine etkileri. Zeytin ve Zeytinyağı Sektörü Ortak Akıl ve Güçbirliği Toplantıları Sonuç Bildirgesi.
- Zappalà G, Buscemi S, Mulè S, La M, Urso MD, Corleo D, et al. 2017. High adherence to Mediterranean diet , but not individual foods or nutrients , is associated with lower likelihood of being obese in a Mediterranean cohort. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes*, 0(0): 0.
- Zatsick NM, Mayket P, 2007. Fish oil: getting to the heart of it. *J Nurse Pract*, 3(2), 104-109.

7. EKLER

EK-A: Gönüllü Onam Formu

ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim dalında Prof. Dr. K. Kaan TEKİNŞEN danışmanlığında, Diyetisyen E. Rumeysa ÖZER tarafından Mersin'in Mut ilçesinde 'Yetişkin Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Akdeniz Diyetine Uyumunun Araştırılması' adlı Yüksek Lisans tez kapsamında yürütülecektir. Çalışmanın amacı, katılımcıların Akdeniz diyetini ne kadar bildikleri ölçmek ve hayatlarında ne kadar uygulayabildiklerini öğrenmektir. Çalışmaya katılımda gönüllülük esası olup, verilen bilgiler gizli tutulacak, sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecek ve elde edilen sonuçlar bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Günümüzde beslenmenin daha çok fast food tarzına kayması, yeterli ve dengeli beslenmeden uzaklaşılmasıyla obezite başta olmak üzere diğer kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların gün geçtikçe artması korkutucu bir hal almıştır. Akdeniz diyet tarzı beslenme ise bu hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde çok önemli rol oynamaktadır. Toplumların beslenme alışkanlıklarını öğrenmek, ona göre gelecek nesillerin beslenme planını yapmak, toplumu bilinçlendirmek ve ileride yapılacak olan yeni çalışmalara ışık tutması açısından bu çalışma çok önem arz etmektedir. Şimdiden çalışmaya katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Yukarıdaki metni okudum ve tamamen kendi isteğim ile çalışmaya katılmayı, anketi doldurmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

EK-B: Anket Formu

YETİŞKİN BİREYLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARININ AKDENİZ DİYETİ İLE UYUMUNUN BİLGİ/TUTUM/DAVRANIŞLARI YÖNÜNDEN ARAŞTIRILMASI ANKETİ

Sayın katılımcı,

Bu anket yüksek lisans tezi için hazırlanmıştır. Bu çalışma “Yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıklarının Akdeniz diyeti ile uyumunun bilgi, tutum, davranışları yönünden incelenmesi” amacıyla yapılmaktadır. Araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

GENEL BİLGİLER

- 1) Cinsiyet a.Kadın b.Erkek
- 2) Doğum tarihi (yıl)
- 3) Boy (cm)
- 4) Vücut ağırlığı (kg)
- 5) Medeni durum a.Bekar b.Evli
- 6) Eğitim durumu a.Ortaokul b.Lise c.Ön Lisans d.Lisans e.Yüksek Lisans
- 7) Meslek a.Öğrenci b.Memur c.İşçi d.Akademisyen e.Diğer
- 8) Düzenli olarak bir fiziksel aktivite yapıyor musunuz ? a.Evet b.Hayır
Cevabımı evet ise;
 - Her gün dk
 - Haftada 5-6 gün dk
 - Haftada 3-4 gün dk
 - Haftada 1-2 gün dk
- 9) Ailenizde kilo problemi yaşayan birey var mı? a.Evet b.Hayır
Cevabınız evet ise;
 - Fazla kilo
 - Aşırı zayıflık
- 10) Tanısı konmuş bir hastalığınız var mı? a.Evet b.Hayır
Cevabınız evet ise;

Kardiyovasküler	
Diabetes (şeker hastalığı)	
Obezite	
Kanser	
Hiperlipidemi (Kolesterol)	
Hipertansiyon	
Diğer	

AKDENİZ DİYETİ İLE İLGİLİ BİLGİ SORULARI

- 1) Aşağıdakilerden hangisi posadan zengin besin grubudur?
a.Meyve ve sebze b.Et ve ürünleri c.Süt ve ürünleri d.Yağ ve şeker
- 2) Aşağıdaki besinlerden hangisi omega-3 yağ asidi içermez?
a.Ceviz b.Badem c.Semiz otu d.Muz
- 3) Sağlığımızı korumak ve geliştirmek için hangi tür ekmek tüketimi daha uygundur?
a.Lavaş ekmek b.Tam tahıllı ekmek c.Mısır ekmeği d.Beyaz ekmek
- 4) Obeziteyi engelleyerek tip 2 diyabet (şeker hastalığı) riskini azaltmak için günde ortalama kaç porsiyon tam tahıl tüketilmelidir?
a.1-3 b.4-7 c.6-11 d.8-15
- 5) Aşağıdakilerden hangisinin bağırsak sağlığı üzerine olumlu etkisi yoktur?
a.Sebze ve meyve b.İşlenmiş kırmızı et ürünleri
c.Posa içeren besinler d.Süt ve ürünleri
- 6) Aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?
a.Zeytinyağı tüketimi damar sertliğini önlemek açısından önemlidir.
b.Yağlı tohum tüketimi kardiyovasküler hastalıkların azalmasında yardımcıdır.
c.Omega-3 yağ asitlerinin alımı antienflamatuar etkisi vardır.
d.Bağırsak sağlığı için işlenmiş et ürünleri tüketmek önemlidir.
- 7) Türkiye Beslenme Rehberine (TÜBER) göre yetişkinler için günlük alınması gereken posa miktarı aşağıdakilerden hangisidir?
a.16-25g/gün b.21-25g/gün c.25-30g/gün d.28-30g/gün
- 8) I. Az yağlı süt ve ürünleri her gün 2 porsiyon tüketilmeli.
II. Ilımlı düzeyde şarap tüketimi diyabet, kanser gibi hastalıkların yakalanma riskini azaltır.
III. Haftada 1-2 porsiyon balık tüketimi kalp-damar sağlığı açısından önemlidir.
IV. Posadan zengin beslenmek Akdeniz Diyeti açısından önemlidir.
Yukarıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?
a.I ve II b.II ve III c.Yalnızca IV d.Hepsi
- 9) Aşağıdakilerden hangisinin insan sağlığı üzerinde olumsuz etkisi vardır?
a.Bol su tüketimi b.Yeterli miktarda süt, ayran, kefir tüketimi
c.İlımlı düzeyde şarap tüketimi d. Hazır meyve suları
- 10) Aşağıdaki durumlardan hangisi kanser için risk oluşturmaz?
a.Yüksek beden kütle indeksi b.Yetersiz fiziksel aktivite
c.Alkol ve sigara kullanımı d.Sebze ve meyve tüketimi
- 11) Aşağıdakilerden hangisi kolesterol içermemesine rağmen kolesterol düşürücü etkiye sahiptir?
a.Yağlı tohumlar b.Kırmızı et
c.Süt ve yoğurt d.Su ürünleri
- 12) Aşağıdakilerden hangisi tam tahıl grubunun içerisinde yer almaz?
a.Buğday b.Yulaf
c.Nohut d.Arpa
- 13) Akdeniz diyetinin temelinde yer alan besin gruplarından hangisi yanlış verilmiştir?
a.Zeytinyağı b.Su ürünleri
c.Tam tahıl ürünleri d.Tatlı

- 14) Aşağıdakilerden hangisi Akdeniz Diyet modelinin özelliklerinden değildir?
- a. Akdeniz diyeti sadece besinsel değil inançlar ve sosyal hayat bakımından da yaşam tarzına uyum göstermektedir.
 - b. Akdeniz diyeti uygulama açısından diğer diyetlere göre sürdürülebilirliği yüksektir.
 - c. Akdeniz diyeti, batı tipi beslenme modeli ile karşılaştırıldığında sağlığı korumaya ve iyileştirmeye yöneliktir.
 - d. Akdeniz diyetinin temelinde kırmızı et yer almaktadır.
- 15) Aşağıdakilerden hangisi Akdeniz diyetinin temel ilkeleri arasında yer almaz?
- a. ılımlılık
 - b. Mevsimsellik, organik, geleneksellik
 - c. Yeterli dinlenmek
 - d. Dondurulmuş besin tüketimi
- 16) Akdeniz diyetinde ılımlı düzeyde tüketilmesi gereken şarap miktarı nedir?
- a. Kadınlar için 1, erkekler için 2 ölçü
 - b. Kadınlar ve erkekler için 1 ölçü
 - c. Kadınlar ve erkekler için 2 ölçü
 - d. Bilmiyorum
- 17) I. Sindirim sistemi
II. Kalp ve damar sağlığı
III. Obezite
IV. Tip II diyabet
- Yukarıdakilerden hangisi Akdeniz diyeti kapsamında sağlığı koruma ve iyileştirmeye yöneliktir?
- a. II ve IV
 - b. Yalnız III
 - c. Hepsi
 - d. I ve III
- 18) Akdeniz diyetinin özellikleri düşünüldüğünde hangisi yer almaz?
- a. Sürdürülebilir değildir
 - b. Temelinde zeytinyağı vardır
 - c. İşlenmiş besinlerin tüketilmesini en aza indirmeyi hedefler
 - d. Mevsiminde yetişen meyve ve sebze tüketimini destekler
- 19) Akdeniz Diyet Piramidine göre aşağıdaki besinlerden hangisini en az tüketmeliyiz?
- a. Tam tahıl ürünleri (ekmek, makarna, kuskus...)
 - b. Zeytinyağı
 - c. Kırmızı et
 - d. Peynir ve yoğurt
- 20) Akdeniz diyetinde 'ara sıra' tüketilmesine izin verilen besin hangisidir?
- a. Balık ve su ürünleri
 - b. Yağlı tohumlar (ceviz, fındık...)
 - c. Tatlılar
 - d. Hindi eti

AKDENİZ DİYETİNE UYUM İLE İLGİLİ TUTUM SORULARI

(1: Hiç katılmıyorum, 2: Kısmen katılmıyorum, 3: Emin değilim, 4: Kısmen katılıyorum, 5: Tamamen katılıyorum)

	1	2	3	4	5
Yağlı tohum tüketimi LDL (kötü) kolesterol seviyesini düşürür.					
Günlük ortalama 2-2.5 litre su tüketimi insan sağlığını olumlu etkiler.					
Zeytinyağı, kolesterol üzerinde olumsuz etkiye sahiptir.					
Omega-3 tüketimi kalp sağlığını olumlu yönde etkiler.					
Kuru baklagiller diyet posası açısından zengindir.					
Meyve ve sebzeler antioksidan açısından zengindir.					
Akdeniz diyetine uyum diyabet (şeker) riskini azaltmaktadır.					
Akdeniz diyeti şarap tüketimini yasaklar.					
Kanser riski Akdeniz diyetine uyum ile ters ilişkilidir.					
Akdeniz diyetinin obezite üzerinde önemli rolü vardır.					

AKDENİZ DİYETİNE UYUM İLE İLGİLİ DAVRANIŞ SORULARI

(1: Evet, 2: Bazen, 3: Hayır)

	1	2	3
Günlük beslenmemde çiğ sebze ve meyve tüketmeye özen gösteririm.			
Her öğünüme tahıl ürünü (ekmek, pilav, makarna...) eklerim.			
Günlük 2 – 2.5 litre su tüketirim.			
İşlenmiş, hazır, fast-food yiyecekleri tüketmemeye özen gösteririm.			
Yemeklerimde / salatalarımda zeytinyağı kullanırım.			
Tuz yerine baharat kullanmayı tercih ederim.			
Kırmızı eti ayda 1 – 2 kere tüketirim.			
Balık ve yumurtayı haftada 1 kere tüketirim.			
Günlük 1 - 2 kadeh kırmızı şarap tüketirim.			
Her gün yağlı tohum (ceviz, badem, fındık...) tüketirim.			

AKDENİZ DİYETİNDE ÖNEMLİ OLAN BESİNLERİN TÜKETİM SIKLIĞI

BESİNLER	HER GÜN	HAFTADA 5-6	HAFTADA 3-4	HAFTADA 1-2	15 GÜNDE BİR	AYDA 1	Hiç
KIRMIZI ET							
TAVUK							
BALIK							
İŞLENMİŞ ET ÜRÜNLERİ							
YUMURTA							
TAM YAĞLI YOĞURT							
YARIM YAĞLI YOĞURT							
TAM YAĞLI SÜT							
YARIM YAĞLI SÜT							
KEFİR							
TAM TAHILLI EKMEK							
YULAF							
KURUBAKLAGİL							
SEBZE							
MEYVE							
ZEYTİNYAĞI							
CEVİZ							
BADEM							
FINDIK							
KIRMIZI ŞARAP							

AKDENİZ DİYET SKORLAMASI / THE MED SCORE

SORULAR	YANIT	PUAN ÖLÇÜTÜ	PUAN (Her kriter için 1 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 (YK)	
3. Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz? (1 porsiyon (pors) = 200 gram(g) = 4 yemek kaşığı (YK) sebze yemeği; garnitürleri yarım porsiyon olarak düşününüz)		≥ 2 pors veya ≥ 1 pors çiğ veya salata 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 vb.) 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 yada 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 veya ≥1 porsiyon	
13. Kırmızı et yerine (Dana / koyun / kuzu eti, sucuk, sosis, köfte vb.) 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/pırasalı sos ile tüketirsiniz?		≥2 porsiyon	

Emine Rumeysa Özer Tez

Yazar Yusuf BİÇER

Gönderim Tarihi: 06-Ara-2021 02:00PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1722096731

Dosya adı: TEZ_26_kas_m.docx (121.39K)

Kelime sayısı: 14562

Karakter sayısı: 102374

Emine Rumeysa Özer Tez

ORJİNALLIK RAPORU

% 7	% 6	% 2	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
2	www.dusunenadamdergisi.com İnternet Kaynağı	%1
3	krtnadmn.karatekin.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	KILINÇ NİŞANCI, Fatma and TEMİZHAN, Ahmet. "Koroner arter hastalıklarında et mi kuru baklagil mi?", MEBAS Medikal Basın, 2013. Yayın	<%1
8	cygm.meb.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1