



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÖZEL BİR MERKEZE BAŞVURAN KİŞİLERİN
AKDENİZ DİYETİ BESLENME DÜZENİ İLE
DEPRESYON DÜZEYİNİN SAPTANMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurşen GÜL

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üy. Zeynep ÖZERSON KOÇ**

Şubat – 2022

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÖZEL BİR MERKEZE BAŞVURAN KİŞİLERİN
AKDENİZ DİYETİ BESLENME DÜZENİ İLE
DEPRESYON DÜZEYİNİN SAPTANMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Nurşen GÜL
19151200018**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üy. Zeynep ÖZERSON KOÇ**

Şubat – 2022

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Beslenme ve Diyetetik Anabilim/Anasanat Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi
Nurşen GÜL tarafından hazırlanan “Özel Bir Merkeze Başvuran Kişilerin Akdeniz Diyeti
Beslenme Düzeni İle Depresyon Düzeyinin Saptanması” konulu çalışması jürimizce Yüksek
Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 21/02/2022

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ
Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YILDIRIM MAVİŞ
Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Meltem SOYLU
Biruni Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun
kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YORULMAZ
Vekil Müdür

İNTİHAL RAPORU

ÖZEL BİR MERKEZE BAŞVURAN KİŞİLERİN AKDENİZ DİYETİ BESLENME DÜZENİ İLE DEPRESYON DÜZEYİNİN SAPTANMASI

ORJİNALLIK RAPORU

% **18**

BENZERLİK ENDEKSİ

% **13**

İNTERNET KAYNAKLARI

% **5**

YAYINLAR

% **13**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Submitted to Bahcesehir University

Öğrenci Ödevi

% **4**

2

Submitted to Istanbul Gelisim University

Öğrenci Ödevi

% **3**

3

Submitted to The Scientific & Technological
Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

% **1**

4

dspace.baskent.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

% **1**

5

Submitted to Eastern Mediterranean
University

Öğrenci Ödevi

% **1**

6

dspace.gazi.edu.tr

İnternet Kaynağı

% **1**

7

acikerisim.pau.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

< % **1**

8

nek.istanbul.edu.tr:4444

İnternet Kaynağı

< % **1**

21/02/2022

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Özel Bir Merkeze Başvuran Kişilerin Akdeniz Diyeti Beslenme Düzeni İle Depresyon Düzeyinin Saptanması” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr.Öğretim Üyesi Zeynep ÖZERSON KOÇ’un sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Nurşen GÜL

TEŞEKKÜR

Çalışmamda tez konumun belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar geçen süre boyunca her aşamada bana yol gösteren, değerli vaktini ayıran ve bilgi birikimiyle çalışmama katkıda bulunan değerli tez danışmanım Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı Doktor Öğretim Üyesi Sayın Zeynep ÖZERSON KOÇ ve diğer hocalarıma teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca yanımda olan ve beni destekleyen canım arkadaşlarım ve meslektaşlarım Deniz AKMANOĞLU ve Zeynep AKYÜZ'e, hayatımın her alanında ve her anında yanımda olan aileme teşekkür ederim.

21/02/2022

Nurşen Gül

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KISALTMALAR	iii
SEMBOLLER	iv
ŞEKİLLER	v
ÇİZELGELER	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Akdeniz Diyeti	3
2.1.1. Akdeniz Diyet Piramidi	4
2.1.2. Akdeniz Diyetinin Sağlığa Etkisi	8
2.1.3. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Akdeniz Diyeti	8
2.1.4. Diyabet ve Akdeniz Diyeti	9
2.1.5. Kanser ve Akdeniz Diyeti	10
2.1.6. Metabolik Sendrom ve Akdeniz Diyeti	11
2.1.7. Obezite ve Akdeniz Diyeti	12
2.2. Depresyon.....	12
2.2.1. Depresyon Tanı Kriterleri	13
2.2.2. Depresyon Şiddeti	13
2.2.3. Depresyon ve Beslenme	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi.....	17
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı.....	17
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.4. Veri Toplama Araçları.....	17
3.4.1. Anket Formu.....	18
3.4.2. MEDAS	18
3.4.3. BECK Depresyon Ölçeği	19
3.4.4. 2 Günlük Besin Tüketim Kaydı.....	19
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	19
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	19

3.7. Çalışmanın Etik Yönü	20
4. BULGULAR	21
4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı Bulguları	21
4.2. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğine (MEDAS) İlişkin Bulgular	23
4.2.1. MEDAS Güvenirlilik Analizi	23
4.2.2. MEDAS Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	24
4.2.3. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	29
4.3. Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) İlişkin Bulgular	31
4.3.1. BDÖ Güvenirlilik Analizi	31
4.3.2. BDÖ Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	33
4.3.3. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	37
4.4. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	39
4.5. Bireylerin MEDAS ve BDÖ puanları ile Enerji, Makro ve Mikro Besinler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	40
4.6. Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerinin İlk Durum ve Son Durum Değerlerinin TÜBER Karşılama Yüzdeleri	47
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ	58
7. ÖNERİLER	60
8. KAYNAKLAR	61
9. EKLER.....	68
10. ÖZGEÇMİŞ.....	80

KISALTMALAR

BEBİS	: Beslenme Bilgi Sistemi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BKI	: Beden Kütle İndeksi
DSM-V	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MEDAS	: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı (Statistical Package of Social Science)
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi

SEMBOLLER

$\bar{x}$	: Ortalama
%	: Yüzde
cm	: Santimetre
kg	: Kilogram
kkal	: Kilokalori
m	: Medyan
m ²	: Metrekare
mcg	: Mikrogram
mg	: Miligram
ml	: Mililitre
n	: Katılımcı sayısı
p	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
n	: Sayı
SS	: Standart sapma
Z	: Mann-Whitney U testi

ŞEKİLLER

	Sayfa No
Şekil 2.1. Akdeniz diyet piramidi	5
Şekil 2.2. Diyet ve psikoloji.....	15
Şekil 9.1. Power Analizi Sonuçlarının İdeal Örneklem Boyutları ve Kullanılması Gereken Optimal Örneklem Genişliği Diyagramı	69



ÇİZELGELER

Sayfa No

Çizelge 4.1. Bireylerin demografik bulgularının dağılımı.....	21
Çizelge 4.2. Bireylerin cinsiyetlerine göre ilk durum ve ikinci durum BKİ sınıflandırmalarının dağılımı	22
Çizelge 4.3. MEDAS için Cronbach's Alpha değerleri.....	23
Çizelge 4.4. MEDAS ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri.....	24
Çizelge 4.5. MEDAS puanlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması.....	24
Çizelge 4.6. MEDAS puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	25
Çizelge 4.7. MEDAS puanlarının BKİ önce ve sonra gruplarına göre karşılaştırılması	26
Çizelge 4.8. MEDAS puanlarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması	27
Çizelge 4.9. MEDAS puanlarının daha önce diyet yapma durumlarına göre karşılaştırılması	28
Çizelge 4.10. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması.....	29
Çizelge 4.11. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	29
Çizelge 4.12. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının BKİ gruplarına göre karşılaştırılması.....	30
Çizelge 4.13. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması	30
Çizelge 4.14. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının daha önce diyet uygulama durumlarına göre karşılaştırılması	31
Çizelge 4.15. BDÖ için Cronbach's Alpha değerleri	31
Çizelge 4.16. BDÖ ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri	32
Çizelge 4.17. BDÖ İlk Durum ve Son Durum madde toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri.....	32
Çizelge 4.18. BDÖ puanlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması	33
Çizelge 4.19. BDÖ puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması	34
Çizelge 4.20. BDÖ puanlarının BKİ önce ve sonra gruplarına göre karşılaştırılması	35
Çizelge 4.21. BDÖ puanlarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması..	36

Çizelge 4.22. BDÖ puanlarının daha önce diyet yapma durumlarına göre karşılaştırılması	36
Çizelge 4.23. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması	37
Çizelge 4.24. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması	38
Çizelge 4.25. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının BKİ gruplarına göre karşılaştırılması	38
Çizelge 4.26. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması	39
Çizelge 4.27. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının daha önce diyet uygulama durumlarına göre karşılaştırılması	39
Çizelge 4.28. MEDAS İlk Durum ile BDÖ İlk Durum arasındaki korelasyon katsayıları	39
Çizelge 4.29. MEDAS Son Durum ile BDÖ Son Durum arasındaki korelasyon katsayıları	40
Çizelge 4.30. MEDAS Son Durum ve İlk Durum Fark ile BDÖ Son Durum ve İlk Durum Fark arasındaki korelasyon katsayıları	40
Çizelge 4.31. Bireylerin enerji, makro ve mikro besin değerlerinin ilk durum, son durum ve ilk-son durum farkının özet istatistikleri	40
Çizelge 4.32. Bireylerin MEDAS İlk Durum ve BDÖ İlk Durum puanları ile enerji, makro ve mikro besin bulguları arasındaki korelasyon katsayıları	41
Çizelge 4.33. Bireylerin MEDAS Son Durum ve BDÖ Son Durum puanları ile enerji, makro ve mikro besin bulguları arasındaki korelasyon katsayıları	45
Çizelge 4.34. Bireylerin MEDAS Son- İlk Durum Fark ve BDÖ Son-İlk Durum Fark puanları ile enerji, makro ve mikro besin bulguları arasındaki korelasyon katsayıları	46
Çizelge 4.35. Bireylerin makro ve mikro besin önce değerlerinin cinsiyetlerine göre TÜBER karşılama yüzdeleri	47
Çizelge 4.36. Bireylerin makro ve mikro besin sonra değerlerinin cinsiyetlerine göre TÜBER karşılama yüzdeleri	49

ÖZET

ÖZEL BİR MERKEZE BAŞVURAN KİŞİLERİN AKDENİZ DİYETİ BESLENME DÜZENİ İLE DEPRESYON DÜZEYİNİN SAPTANMASI

Bu çalışma Antalya’da bulunan bir Beslenme ve Diyet merkezine başvuran bireyler ile bir aylık akdeniz diyeti uygulaması sonrasında diyetle uyumluluklarının antropometrik ölçümlerine ve depresyon durumlarına etkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma yaş ortalaması $30,12 \pm 7,34$ olan, %69,2’si kadın %30,8’i erkek 52 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak; demografik özellikleri ile antropometrik ölçüm bilgilerinin yer aldığı form ve geriye dönük 2 günlük besin tüketim kaydı kullanılmıştır. Katılımcıların Akdeniz diyetine bağlılıklarını incelemek için Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS) ile depresyon için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Katılımcılara gereksinimlerine göre Akdeniz beslenme tipi uygulanmış olup her iki ölçek diyet öncesi ve sonrası olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Diyet uygulamasından sonra katılımcıların akdeniz diyeti uyumluluklarının arttığı ve bu artışın kadınlarda anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$). Diyet uygulaması sonrasında katılımcıların depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür ($p > 0,05$). Uygulama öncesinde katılımcıların MEDAS puanları ile BDÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). Diyet sonrası durumda katılımcıların BDÖ puanları ile karbonhidrat ve yağ alımları arasında zayıf derece anlamlı bir fark bulunmuştur ($p > 0,05$). Katılımcıların BDÖ puanı arttıkça CHO (%) alımı azalırken, yağ (%) alımı artmıştır ($p < 0,05$). Kadınların diyet öncesi ve sonrası besin ögesi alımları incelendiğinde TÜBER’e göre karşılama oranları sırayla enerji %82,7-%74,1, karbonhidrat (g) %106,8-%63,1, protein (g) %125,1-%95,2 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin karşılama oranları sırayla enerji %81,4-%78,4; karbonhidrat (g) %158,8-%64; protein (g) %118,4- %72,8 olarak bulunmuştur.

Tüm bu durumlar incelendiğinde bireyleri akdeniz diyetine teşvik etmek bireysel ve toplumsal sağlığı ve ekolojik dengeyi koruyacaktır. Bu nedenle elzem makro ve mikro besin öğelerini dengeli ve yeterli miktarda içeren akdeniz diyetinin depresyon üzerine etkileri geniş çaplı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, Depresyon, Antropometrik ölçümler

ABSTRACT

DETERMINATION OF DEPRESSION LEVEL BY MEDITERRANEAN DIET OF INDIVIDUALS ADMITTED TO A SPECIAL CENTER

This study was conducted to determine the effect of anthropometric measurements of diet compliance and depression conditions on individuals who applied to a Nutrition and Diet center located in Antalya and after one month of Mediterranean diet application. The study was carried out with 52 participants with an average age of 30.12 ± 7.34 , 69.2% of whom were female and 30.8% of whom were male. As a data collection tool; A form containing demographic characteristics and anthropometric measurement information and a retrospective 2-day food consumption record were used. In order to examine the participants' adherence to the Mediterranean diet, the Mediterranean Diet Adherence Scale (MEDAS) and the Beck Depression Scale for depression (BDI) were used. A Mediterranean type of diet was applied to the participants according to their needs, and both scales were applied twice, before and after the diet. It was determined that the participants' compliance with the Mediterranean diet increased after applying the diet, and this increase was significantly higher in women ($p < 0.001$). It was observed that the depression levels of the participants decreased after the diet application ($p > 0.05$). It was determined that there was a significant difference between the participants' MEDAS scores and DECI points before the application ($p > 0.05$). A decently significant difference was found between the participants' BDI scores and their carbohydrate and fat intake in the post-diet state ($p > 0.05$). As the participants' BDI score increased, CHO (%) intake decreased, while fat (%) intake increased ($p < 0.05$). When the nutritional intake of women before and after the diet was examined, the satisfaction rates were determined as energy 82.7%-74.1%, carbohydrates (g) 106.8%-63.1%, protein (g) 125.1%-95.2% according to TUBER respectively. The satisfaction rates of men were found to be energy 81.4%-78.4%, carbohydrates (g) 158.8%-64%, protein (g) 118.4%-72.8%, respectively.

When all these situations are examined, encouraging individuals to follow a Mediterranean diet will maintain individual and social health and ecological balance. For this reason, the effects of the Mediterranean diet, which contains the essential macro- and micronutrients in a balanced and sufficient amount, on depression should be investigated widely.

Keywords: *Mediterranean diet, Depression, Anthropometric measurements*

1. GİRİŞ

Geleneksel Akdeniz diyeti, Akdeniz havzasının zeytin ağacı yetiştirme alanlarında 1960'ların başlarına kadar geçerli olan diyettir. Ancak 1960'larda, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Avrupa'da giderek genişleyen gıda endüstrisi devrimi Güney Avrupa ülkelerine ulaştı ve Akdeniz nüfusunun geleneksel beslenme düzeninde bozulmaya neden oldu (Trichopoulou ve Vasilopoulou, 2016). Akdeniz beslenme piramidi, sağlıklı ve dengeli beslenmeyi takip etmek için günlük, haftalık ve ara sıra uygulanacak diyet kurallarını belirler. Zeytinyağı piramidin merkezinde bulunur ve diyet lipidlerinin başlıca kaynağıdır (Bach-Faig ve ark., 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 25 milyon insan değişik herhangi bir tür depresif bozukluk belirtileri gösterir (Kanter ve ark., 2008). Depresyon bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanır. Bu durum; kişinin davranışlarını ve dünyayı algılamasını değiştiren bir duygu tonudur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçali, 2011). Depresyon, çoğunlukla yorgunluk, ağrı veya uyku bozukluğu gibi fiziksel semptomlarla kendini gösterir, kronik bir hastalık olarak kabul edilir (Rakel, 1999). Depresyon daha tipik olarak kesinlikle biyokimyasal temelli veya duygusal köklü olarak düşünülür. Aksine, beslenme depresyonun başlangıcında, şiddeti ve süresinde anahtar rol oynayabilir. Depresyondan önce gelen, kolayca fark edilebilen beslenme kalıplarının çoğu, depresyon sırasında meydana gelenlerle aynıdır (Rao ve ark., 2008).

Literatürde kişinin yediği yiyecekler ile kişinin davranış ve hisleri arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalar vardır. Diyet sadece duygu durum dalgalanmaları ile değil, aynı zamanda otizm, dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu, şizofreni, demans, antisosyal davranış veya depresyon gibi çeşitli zihinsel hastalıklar ve davranış problemleriyle de ilişkilendirilmiştir (Sánchez-Villegas ve ark. 2006). Bazı çalışmalar, diyet modellerinin depresyon riski ile potansiyel ilişkilerini bildirmiş olsa da, bugüne kadar tutarlı bir bakış açısı tahmin edilmemiştir. Eylül 2016'ya kadar MEDLINE ve EMBASE veritabanlarını inceleyen bir meta-analiz çalışmasına toplan 10 ülkeden 21 çalışma dahil edildi. Bu çalışmaya göre yüksek miktarda meyve, sebze, tam tahıl, balık, zeytinyağı, az yağlı süt ürünleri ve antioksidanlar ile karakterize edilen bir

beslenme düzeni ve düşük miktarda hayvansal gıda alımı, azalmış depresyon riskiyle ilişkilendirildi. Bu meta-analizin sonuçları, sağlıklı beslenme modelinin depresyon riskini azaltabileceğini, batı tarzı beslenme modelinin ise depresyon riskini artırabileceğini göstermektedir (Zhang ve ark., 2017). Başka bir meta-analiz çalışmasında ise depresif belirtiler veya klinik depresyon ile sağlıklı bir diyet uyumunun ilişkisini inceleyen çalışmalar Medline, Embase ve PsychInfo veritabanında arandı. Araştırmaya toplam 20 uzunlamasına ve 21 kesitsel çalışma dahil edildi. Bu çalışmalarda, Akdeniz diyetine, Sağlıklı Beslenme İndeksi (HEI) ve Alternatif HEI (AHEI), Hipertansiyonu Durdurmak için Diyet Yaklaşımları ve Diyet İnflamatuar İndeksi'ne farklı bağlılık ölçütleri dahil olmak üzere bir dizi diyet önlemi kullanılmıştır. En ikna edici kanıt, Akdeniz diyeti ve depresyon vakası için bulundu. Çalışmada sağlıklı bir diyet, özellikle geleneksel bir Akdeniz diyetine bağlı kalmanın veya proinflamatuar bir diyetten kaçınmanın, gözlemsel çalışmalarda depresyona karşı bir miktar koruma sağladığı belirlendi (Lassale ve ark., 2018).

Yapılan çalışmalar göz önüne bulundurulduğunda birçok kronik hastalık üzerinde olumlu bir etkisi bulunan akdeniz tipi beslenmenin çağımızın önemli ruhsal hastalıklarından olan depresyon üzerine etki durumunu araştırmak önem arz etmektedir. Yaptığımız bu çalışmanın amacı bu doğrultuda planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akdeniz Diyeti

Akdeniz Diyeti (MD) Akdeniz Havzası çevresinde yaşayan eski uygarlıkların yemek kültürlerinden gelen köklü bir diyet kalıbıdır (Lăcătușu et al., 2019). Yunanistan, İspanya, İtalya, Fransa ve Kuzey Afrika gibi Akdeniz ülkelerinin kıyı mutfağında görülmüştür (Mastorakou et al., 2019). İlk başta Ancel Keys tarafından, 1960'larda Yunanistan ve Güney İtalya'da gözlenmiştir ve doymuş yağ oranı düşük ve bitkisel yağ oranı yüksek beslenme modeli olarak tanımlanmıştır. Keys'in tanımı, Kuzey Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri dahil yedi farklı ülkenin 25 yıl süren çalışması sonucu evrim geçirmiştir (Davis et al., 2015).

Akdeniz diyeti; 2. Dünya Savaşından sonra fast-food tüketim alışkanlığı henüz İtalya'ya ulaşmadığı için zeytinyağı üretilen bölgeleri kapsayan bir beslenme düzenidir. Birçok pişmiş sebze, kurubaklagil veya çiğ sebzeye eklenen zeytinyağı sayesinde Yunanistanda günlük enerji alımının ortalama %40'ının, İtalyada günlük enerji alımının ortalama % 30'unun doymamış yağ asitlerinden zengin olduğu görülmüştür (Trichopoulou, 2001).

Akdeniz diyetinde gıdaların kalitesi ve güvenilebilirliği, bağlantılı olan menşei ülke ile orantılar. Aynı zamanda sınır komşusu olan ülkeler için de sürdürülebilir kalkınma için bir kaynaktır (Altomare et al., 2013).

Bireyleri esas olarak bitkisel kökenli beslenmeye yönlendiren bu diyet modeli, dünyada gıda üretiminde kritik öneme sahip olan su kıtlığı için de olumlu etkiye sahiptir (Bach-Faig et al., 2011).

Beslenme, bireylerin sağlığını direkt olarak etkileyen bir durumdur. Sağlıklı beslenme durumu, bireylerin sağlık düzeyinin korunmasına ve obezite, diyabet, hipertansiyon vb. gibi metabolik hastalıkların önlenmesine yardımcı olur (Altomare et al., 2013).

2.1.1. Akdeniz Diyet Piramidi

Akdeniz diyeti 90ların başından itibaren gıdaların tüketimini günlük, haftalık veya daha az sıklıkta tüketilecek gıdalar olarak ayırmıştır ve bunu grafiksel hale getirerek piramit şeklinde sunmuştur (Willett et al., 1995). Akdeniz diyet modeline 1995'ten itibaren piramit grafik modeli geliştirilerek daha popüler hale getirilmiştir. Parma'da 2009 yılında gerçekleşen üçüncü Uluslararası Akdeniz Yemek Kültürleri Araştırmaları Merkezi (CIISCAM) Konferansı esnasında Akdeniz Diyet Piramidi için fikirler ortaya konmuş ve bir fikir birliğine ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmanın amacı ise bu diyet modelini, sağlığa ve beslenmeye katkı açısından daha uygulanabilir hale getirmektir. Akdeniz Diyeti 2010 yılında UNESCO tarafından İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirası olarak kabul edilmesiyle dünyada daha da ilgi odağı haline gelmiştir (Vitiello et al., 2016).

Akdeniz diyet piramidi Akdeniz bölgesindeki çağdaş yaşam durumuna adepte olmak adına 2009 ve 2010 yılında revize edilmiştir. Bu sayede çeşitli coğrafi şartlara, sosyo-ekonomik farklılıklara ve kültürel değişimlere daha uyumlu porsiyonlara ayrılmıştır. Yeni revize sayesinde biyoçeşitliliğe ve çevre dostu renkli sebze meyvelere daha çok önem verilmiştir. Hatta halk sağlığı olarak görünen obezite için porsiyon kontrolü daha çok vurgulanmıştır (Dernini and Berry, 2015).

Akdeniz diyeti çoğu toplumda düşük yağ oranına sahip bir beslenme modeli olarak algılansa da piramitte de görüldüğü gibi yüksek zeytinyağ ve fındık tüketimi nedeniyle yağ oranı yüksektir ve bunun vurgulanması önemlidir (Hidalgo-Mora et al., 2020).

Güncellenen bu piramitte kırmızı et tüketimi günlük tüketimden haftalık tüketime kaydırılmıştır. Piramidin tepesinde hayvansal gıdalar gibi ara sıra tüketilmesi gereken besinlere yer verilmiştir. Sebzeler, her iki ana öğünden birinde çiğ veya pişmiş olarak muhakkak bulunmaktadır. Sebzeler mikrobesein ve fitokimyasallar açısından akdeniz diyetinin tamamlayıcısı olarak görülmektedir (Serra-Majem et al., 2020).

Zeytinyağı tüketimi akdeniz diyet piramidinin temelini oluşturmaktadır. Özellikle kardiyovasküler hastalıkların birincil önlenmesinde önemlidir. Bunun yanı sıra kanser araştırmalarında tereyağı tüketim sıklığının zeytinyağı tüketim sıklığından fazla olmasının kanser oluşum riskini 5 kat arttırdığı görülmüştür (Serra-Majem et al., 2019).

Mediterranean diet pyramid: a lifestyle for today
guidelines for adult population

Serving size based on frugality
and local habits
Wine in moderation
and respecting social beliefs



Şekil 2.1. Akdeniz Diyet Piramidi (Bach-Faig et al., 2011)

Akdeniz Diyet Piramidine göre her gün tüketilmesi gereken besinler şu şekildedir;

1. Tahıllar (ekmek, makarna, pirinç gibi) her gün her ana öğünde, 1 veya 2 porsiyon tüketilmelidir. Tam tahıl şeklinde tüketilmesi işlenirken kaybolabilecek mikrobeseinlerin önlenmesine yardımcı olmaktadır.
2. Sebzeler günlük vitamin ve mineral ihtiyacını karşılayabilmek için öğün başına 1-2 porsiyon tüketilmeli ve 1 porsiyonu muhakkak çiğ olmalıdır.
3. Meyveler yüksek antioksidan içeriği nedeniyle günde 1 veya 2 porsiyon olacak şekilde tüketilmelidir.
4. Süt ürünleri (peynir, yoğurt, süt, kefir) genellikle az yağlı olarak tercih edilmeli ve günde 2 porsiyon kadar tüketilmelidir. Süt ürünleri kemik ve kalp sağlığı için kalsiyum ihtiyacını karşıladığından her gün tüketimi önemlidir.
5. Su tüketimi günlük olarak kişinin ihtiyacı ve çevresel koşullara göre değişse de minimum 1,5-2 litre tüketimi önemlidir. Aynı zamanda güncellenen piramitte tüketilen suyun uygun hijyen koşullarını karşılaması gerekmektedir.
6. Kabuklu kuru yemişler, zeytin ve yağlı tohumlar sağlıklı lipid profili sağlaması nedeniyle günlük ortalama 1 avuç tüketilmelidir.
7. Akdeniz yemeklerinin temelini oluşturan baharatlara, sarımsağa, soğana ve otlara; içerdikleri mikrobeseinler ve antioksidanlar nedeniyle öğünlerde sıklıkla

yer verilmelidir. Tuz tüketimi hipertansiyona yatkın bireylerde hastalığı tetikleyici etki gösterebileceğinden akdeniz diyet modelinde kısıtlanmaktadır.

8. Şarap tüketiminin, dini inançlar da göz önünde bulundurularak, erkeklerin 2 kadeh kadınların ise 1 kadeh tüketimi ılımlı görülmektedir ve akdeniz diyeti içerisinde yer alabilmektedir (Bach-Faig et al., 2011) (Şekil 2.2.) .

Akdeniz Diyet Piramidine göre haftalık olarak tüketilmesi gereken besinler şu şekildedir;

Akdeniz Diyetinde bazı spesifik bitkisel ve hayvansal kaynaklı gıdalara yer verilir. Diyetle hayvansal gıdalara yer verilmesinin nedeni sadece protein kaynağı olmaları değil, aynı zamanda diyetin lezzet ve çeşitliliğini de arttırmaktır. Hayvansal kaynaklar içerisinde en çok önem verilen besin balık olmuştur. Balığın içeriğindeki uzun zincirli n-3 PUFA yağ asidinin vücutta antiinflamatuvar olarak görev aldığı ve kardiyovasküler riski azaltmak adına önemli olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle balık ve kabuklu deniz ürünlerinin tüketim sıklığı haftada 2 porsiyon ve üzeri olarak belirlenmiştir. Tavuk eti ve yumurta tüketim sıklığı ise haftada 2-4 porsiyon olarak belirlenmiştir (Kris-Etherton et al., 2002). Kırmızı etin fazla tüketilmesi kanser ve kardiyovasküler hastalıkların görülme riskini arttırdığı için haftada 2 porsiyon veya daha az, işlenmiş etlerin ise haftada bir porsiyon veya daha az olacak şekilde tüketilmesi gerektiği belirtilmiştir (Micha et al., 2010). Baklagillerin tahıllarla birlikte tüketilmesi içeriğindeki proteinin kalitesini arttırmaktadır, bu nedenle bu iki besin grubunun birlikte tüketilmesi önerilmiştir. Baklagil tüketim sıklığının haftada iki porsiyondan fazla olması gerektiği belirtilmiştir. Patates yüksek glisemik indekse sahip olduğu için ve özellikle et ürünlerinin yanında tüketilmesine yatkınlık olduğu için haftada en fazla 3 porsiyon tüketilmesi uygun görülmüştür (Bach-Faig et al., 2011) (Şekil 2.3.).

Akdeniz Diyet Piramidine göre “bazen” tüketilmesi gereken besinler şu şekildedir;

Kilo alımına neden olabilen, yüksek enerjiye sahip yiyecek ve içecekler piramidin en üst kısmında konumlandırılmıştır. Bu kısımda, ilave şeker içeren meyve suları, tatlılar ve sağlıklı yağlarla yapılan yiyeceklere yer verilmiştir (Bach-Faig et al., 2011) (Şekil 2.4.).

Akdeniz Diyet Piramidinin kültürel ve yaşam tarzı öğeleri şu şekildedir;

Akdeniz Diyet modeline kültür ve yaşam tarzı farklılıklarını eklemek, piramidin yeniliklerinden biri olmuştur. Besinin tüketiminin sadece miktar ve sıklığı ile ölçülmemesi gerektiği, beslenmenin kültürel ve sosyal yönlerinin de önemi olduğu

vurgulanmıştır. Besin porsiyonlama durumunun ülkelerin yerel beslenme alışkanlıklarına göre değişebileceği ve sağlıklı beslenme düzeninin bu gerçeklere göre oluşturulabileceğine dikkat çekilmiştir. Bununla birlikte kültürler arasında birbirinden farklı yemek hazırlama ve pişirme yöntemleri bulunduğu ve beslenme piramidi belirlenirken bu farkların da göz önüne alınabileceği söylenmiştir. Özel günlerde, dini bayramlarda veya sosyal ortamlarda aile ve arkadaşlar ile aynı masada birleşme durumu yemekten alınacak hazzı güçlendirmektedir. Bu ortamlarda hazırlanan yiyecekleri daha sağlıklı hale getirmenin ise beslenmeyi olumlu yöne etkileyebileceği yeni akdeniz diyeti önerileri arasına konumlandırılmıştır (Bach-Faig et al., 2011) (Şekil 2.5.).

Bu farklılıklarla birlikte her kültürde ortak olması gereken durumların da olduğu vurgulanmıştır.

Günde ortalama 30 dakika yapılan düzenli fiziksel aktivitenin, vücut ağırlığını dengeleyerek ve enerji alımını kontrol altına alarak sağlığa yarar sağlayacağı ve böylece akdeniz diyetinin tamamlayıcısı olacağı öne sürülmüştür. Bu fiziksel aktivite sadece basketbol, futbol gibi sporları değil yürüyüş veya ev işleri için yapılan hareketleri de kapsamıştır (Şekil 2.6.) (WHO, 2003).

Yeterli uyku süresi sağlığın sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Akdeniz ülkelerinde gün içinde dinlenme durumu yaygın olduğu için akdeniz diyet piramidinin sağlığı sürdürme kısmında etkili olmuştur (Şekil 2.7.).

Birçok beslenme modelinde vurgulandığı gibi mevsime uygun beslenme, akdeniz diyetinin de önemli unsurlarından biri olarak görülmektedir. Modern yaşam tarzı incelendiğinde taze ve mevsimsel ürünlerle beslenme, yerine işlenmiş gıdalarla beslenmeye bırakmaktadır ancak teknolojinin de gelişmesiyle sağlıklı gıda üretim alternatifleri de çoğalmıştır. Mevsimsel beslenmedeki en önemli amaçlardan biri ürünleri yetiştirme teknikleri, hasat öncesi ve sonrasında işleme, depolanma, taşıma şartları gibi durumların en uygun şekilde uygulanıp taze bir şekilde besin değerini koruyabilmektir.

Bitkisel kaynaklı beslenmeye hayvansal beslenmeden daha yatkın olan akdeniz diyeti, küreselleşen dünya için sağlıklı ve sürdürülebilir bir beslenme önerisi olarak sunulmuştur. Akdeniz diyeti ile su ve toprak verimliliğine verilen önem ön plana çıkmaktadır, bu bağlamda akdeniz diyeti çevre dostu ve biyolojik çeşitliliği yüksek olan bir beslenme modeli olarak bildirilmiştir(Sizer and Whitney, 2000).

2.1.2. Akdeniz Diyetinin Sağlığa Etkisi

Son yıllarda kronik hastalıkların önlenmesinde diyet kalıpları önem kazanmıştır, bu nedenle sağlıklı bir beslenme alternatifi için büyük bir arayış içerisinde girilmiştir. Bu konuda en çok dikkat çeken beslenme modeli akdeniz diyetidir (Sofi et al.,2013).Diyet kalıbı halk ve doktorlar arasında sadece zayıflama durumu olarak görünmüş olsa dahi akdeniz diyeti sağlığı teşvik etmek için öne sürülmüştür. Akdeniz diyeti, Hipertansiyonu Durdurmak için Diyet Yaklaşımları olarak 2015 Diyet Rehberi ve Sağlıklı Beslenme Plakasında yer almıştır. Bu yaklaşım ile kardiyovasküler hastalıklar, kanser, tip 2 diyabet ve obezitenin önlenmesini amaçlanmıştır (Locke et al., 2018).

Akdeniz diyetinde hastalıkların önlenmesi amaçlanmaktadır ancak sağlıklı bir bedene sahip olmak için sadece beslenme yeterli olmamaktadır. Hareketsiz yaşam biçiminin de hastalıklar için risk teşkil etmesi nedeniyle Akdeniz diyeti, optimal beslenmenin yanına fiziksel aktiviteyi eklemiştir (Bracale et al., 2019).

2.1.3. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Akdeniz Diyeti

Kardiyovasküler sağlığın en büyük belirleyicilerden biri beslenme alışkanlıkları olarak belirtilmektedir. Amerikan Kalp Derneği tarafından 2010 yılında kardiyovasküler sağlık doğrudan sağlıklı beslenme ile ilişkilendirilmiştir (Lloyd-Jones et al., 2010).

Akdeniz diyetinde düşük hayvansal gıda tüketimi ve yüksek bitkisel kaynakların zeytinyağı ile tüketimi sayesinde tekli doymamış yağ asidi alımında artış görülmektedir. Bu nedenle akdeniz diyeti kardiyovasküler sağlık için ideal görünmektedir. 2014 ve 2018 yılları arasında yayınlanan, Akdeniz diyeti ve sağlık etkileşimini irdeleyen en kapsamlı 5 meta-analiz çalışmasında yer alan tüm orijinal kohort ve randomize kontrollü çalışmaların sonucu güvenilir ve tutarlı olarak belirlenmiştir. Geleneksel Akdeniz diyeti ile daha iyi uyum, koroner kalp hastalığı, iskemik inme ve toplam kardiyovasküler hastalık oranlarında anlamlı azalmalar ve daha iyi kardiyovasküler sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (Martínez-González et al., 2019).

Akdeniz diyetine uyumun; kan lipit profilleri, trigliseritler, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-C) ve vücut ağırlığı üzerinde faydalı etkileri olduğunu görülmektedir. Dört farklı meta-analiz çalışması incelendiğinde, gözlemsel çalışmadan elde edilen sonuçlarda akdeniz diyetine bağlılığın yüksek olduğu süreç ve düşük olduğu süreç karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda akdeniz diyetine yüksek bağlılık gösteren bireylerde, kardiyovasküler hastalık riskinin %27 daha düşük olduğu öne çıkmıştır. Klinik çalışma içeren meta analizde ise akdeniz diyetine bağlılık insidansının yüksekliğinin kardiyovasküler hastalık riskini %45 oranında azalttığı belirlenmiştir. Ancak bu çalışmalarda önemli olan unsurlardan biri de katılımcıların sadece beslenme alışkanlıklarına müdahale edilmemesidir. Çalışmaya katılanlardan aynı zamanda sigarayı bırakmaları, fiziksel aktivitede artış sağlamaları ve stres düzeylerini azaltmaları da istenmiştir (Salas-Salvadó., 2018)

2.1.4. Diyabet ve Akdeniz Diyeti

Akdeniz diyeti tüm ölümlerde daha düşük risk oranını temsil etmiştir ve daha yüksek hayatta kalımı göstermiştir. En az beş büyük prospektif çalışmada sağlıklı kişilerde veya Akdeniz diyetine en yüksek bağlılığı olan risk altındaki hastalarda tip 2 diyabet riskinin önemli ölçüde daha düşük olduğunu bildirilmiştir. Bu farkın nedeni de düşük glisemik indeksli beslenmeye bağlanmıştır. Ayrıca glisemik indekse bağlı olarak akdeniz diyetine bağlılığın yüksek olmasıyla tip 2 diyabetin ilerlemesi henüz herhangi bir çalışmada görülmemiştir. Karbonhidrat yüzdesi azaltılmış ve akdeniz tipi beslenmeye uygun bir diyet modelinde katılımcıların HbA1c seviyelerinde azalma görülmüştür (Esposito et al., 2014).

Akdeniz diyet modelinin uygulandığı 279 katılımcıyla gerçekleştirilen altı aylık bir müdahalede çalışmasında, deney grubundaki katılımcıların HbA1c seviyelerinde kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla yüzde 0,4 birim azalma bildirilmiştir. Sekiz farklı kohort çalışmasını içeren bir meta-analiz çalışmasında 122.810 katılımcıda Akdeniz diyetine daha fazla bağlı kalmanın, Tip 2 diyabete yakalanma riskinin %19 daha düşük olmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, 10 yıldan fazla süren takip çalışmalarına atıfta bulunan bu çalışma Akdeniz diyetinin uzun vadeli koruyucu etkisini de vurgulamıştır (Martín-Peláez et al., 2020) .

Akdeniz diyeti ve diyabetin glisemik kontrolüne ilişkin 3 uzun vadeli (>6 ay) randomize kontrollü çalışmanın meta-analizi, çok düşük yağlı diyetlerle karşılaştırıldığında Akdeniz diyetini desteklemiştir. 5 meta-analiz çalışması, diğer diyetlerle karşılaştırıldığında, Akdeniz diyetinin vücut ağırlığı, toplam kolesterol ve yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolü üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir. 2 meta-analiz, Akdeniz diyetine daha yüksek uyumun gelecekteki diyabet riskini %19-23 oranında azaltabileceğini göstermiştir (Esposito et al., 2015).

2.1.5. Kanser ve Akdeniz Diyeti

Akdeniz diyeti, hücrelerin oksidatif ve enflamatuvar süreçlerini ve DNA hasarlarını azalttığı; anjiyogenezi, hücre çoğalması ve hayatta kalmaları, iltihaplanmaları ve metastazlardan kaçınmadaki koruyucu etkileri sayesinde kanserle mücadele için güçlü bir yöntem olarak görülmektedir (Mentella et al., 2019).

Yapılan bir çalışmada, beslenme ile yüksek miktarda doymuş yağ alımının, hayvansal gıdaların fazla tüketilmesinin veya yüksek sıcaklıklardaki pişirme yöntemlerinin özellikle kolorektal kanser, mide kanseri ve prostat kanseri için riski arttırabildiği görülmektedir. Ancak Akdeniz Diyeti ile birlikte meyve sebze tüketimindeki artış sayesinde alınan selenyum, folik asit, vitaminler ve antioksidanlar (örneğin, karotenoidler ve likopen) kanserin başlangıcında koruyucu bir rol oynayarak, meme kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri ve akciğer kanseri riskini %60-70 oranında azalmaktadır. Aynı çalışmada tam tahıllı ürünler sayesinde lif alımındaki artış ve ılımlı miktarda süt ürünlerini tüketmek de, farklı kanser türlerinin (örneğin kolorektal kanser, akciğer kanseri, mide kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser, yemek borusu kanseri ve ağız kanseri) görülme sıklığını azaltmıştır (Michael S.Donaldson 2004).

Akdeniz diyetine bağlı bir beslenmenin incelendiği yedi farklı kohort çalışmasında, akdeniz diyetine uyumunun meme kanseri riskinin %6 oranında azalttığı görülmüştür. Bir başka sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, meyve sebze ve tam tahıllarca zengin beslenmenin özellikle kolorektal kanser riskini azalttığı belirlenmiştir. Ancak kanser ve akdeniz diyeti arasında net bir bağlantı yapabilmek için akdeniz diyetinin kesin bir tanıma bağlanması gerektiği öne sürülmüştür (Schwingshackl et al., 2017).

2.1.6. Metabolik Sendrom ve Akdeniz Diyeti

Metabolik sendrom, hiperinsülinemi, insülin direnci, bozulmuş glukoz toleransı, tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi ve viseral obeziteyi içeren metabolik risk faktörlerinin birlikte görünmesi olarak tanımlanmaktadır (Finicelli et al., 2018).

2 yıl süren bir kohort çalışmasında akdeniz diyeti ve metabolik sendrom arasındaki ilişkiye incelenmiştir. 180 metabolik hasta 2 gruba ayrılmıştır. Gruplardan birine akdeniz diyeti, diğerine ise düşük yağlı beslenme düzeni (toplam yağ alımı < %30) uygulanmıştır. Çalışma sonunda akdeniz diyeti uygulayan katılımcıların metabolik sendrom belirteçlerinde %48'lik bir azalma ve gelişmiş endotelial fonksiyon görülmüştür. Vücut ağırlığı ve inflamatuvar belirteçlerde de (IL-6, IL-8 ve CRP) anlamlı bir azalma belirlenmiştir (Esposito et al., 2004).

Akdeniz diyeti ile obezite, aşırı yağlanma ve yağ dokusu disfonksiyonunun önüne geçebileceğini gören Di Daniele ve ark. Akdeniz diyetinin bu etkileri sayesinde metabolik sendrom için de çözüm olabileceğini belirtmiştir. 12 kesitsel ve ileriye dönük kohort çalışmasından oluşan bir meta-analiz, akdeniz diyetine daha yüksek uyumun metabolik sendrom geliştirme riskinin %19 daha düşük olmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte bel çevresi ve kan basıncı gibi bireysel bileşenler de iyileştirildiği belirtilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 4713 katılımcıyı içeren ileriye dönük Genç Yetişkinlerde Koroner Arter Risk Gelişimi (CARDIA) çalışmasında, kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda akdeniz diyetine bağlılığın yüksek olan bireylerin, uyumun düşük olduğu bireylere göre metabolik sendrom insidansının daha düşük olduğunu belirlenmiştir.

Kesse-Guyot ve ark.nın 3232 denekle gerçekleştirdiği ileriye dönük 6 yıllık SU.VI.MAX çalışmasında akdeniz diyetine bağlılık, metabolik sendrom riskinin %53 oranında azalmasına ek olarak bel çevresi, kanda trigliseritler ve HDL-c seviyeleri gibi bazı bireysel kriterlerdeki gelişmelerle ilişkilendirilmiştir (Castro-Barquero et al., 2020).

Akdeniz diyetinin sağladığı bir çok sağlık yararının yanında, içeriğindeki yüksek lif oranı sayesinde daha fazla tokluk sağlaması ve yine içeriğindeki omega-3 yağ asitleri, oleik asit ve fenolik bileşikler gibi yüksek antioksidan ve anti-inflamatuvar besinlerin, akdeniz diyeti ve metabolik sendrom arasındaki ilişkiye atfedilen olumlu etkilere katkıda bulunan etmenler olduğu düşünülmektedir (de la Iglesia et al., 2016).

2.1.7. Obezite ve Akdeniz Diyeti

Obezitenin bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kilo kaybı ile iyileştirilebilen tüm nedenlere bağlı ölümlerle ilişkisi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada obeziteyi önlemek ve kilo kaybını sağlamak için bir çok diyet modeli araştırmaya dahil edilmiştir ve bunlardan biri akdeniz diyet modelidir. Çalışmada birçok diyet modelinin enerji kısıtlaması ile birlikte ilk 6 ayda fayda sağladığı görünse de bu fayda 12 ayda büyük ölçüde kaybolmuştur. Ancak akdeniz diyeti modeli ileriye dönük çalışmalarda bitki bazlı ve yüksek doymamış yağlı bir beslenme modelini baz aldığı için kardiyovasküler hastalık riskini de azaltmasıyla tutarlılığını kanıtlamıştır (Ramon Estruch and Emilio Ros., 2020).

Toplam 18 çalışmada incelenen 7186 katılımcının %72'si, Akdeniz tipi bir diyetle merkezi obezitede önemli bir azalma bildirmiştir. Bununla birlikte, müdahale içeren 13 çalışmanın yedisinde enerji kısıtlaması uygulanmıştır ve sadece üçü, bir kontrol grubuna göre Akdeniz diyetinin istatistiksel olarak anlamlı bir olumlu etkisi olduğunu göstermiştir. Bu sistematik derleme, bir Akdeniz diyeti müdahalesinin merkezi obeziteyi azaltma ve dolayısıyla obezite ile ilişkili kronik hastalık riskini ve buna bağlı halk sağlığı yükünü azaltma potansiyelini vurgulamıştır (Bendal et al., 2017).

Obezite oluşumuna beslenme alışkanlıklarının etkileri ile birlikte çevresel faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Ancak akdeniz diyet tipine uygun beslenmeyi ülkelerin kültürel değerlerini de baz alarak sunmak, obezite insidansını azaltarak halk sağlığını koruma ve sağlık harcamalarını azaltarak ülke ekonomisine katkıda bulunma açısından sürdürülebilirlik sağlayabileceği öne sürülmüştür (D'Innocenzo et al., 2019).

2.2. Depresyon

Depresyon; depresif ruh halinde bulunma, enerjinin azalması, özgüven eksikliği, ilgi ve zevkte kayıp, iştah kontrolü yapamama veya konsantrasyon düşüklüğü gibi etkiler gösteren zihinsel bozukluk olarak tanımlanmıştır (DSÖ, 2012).

Depresyonu daha çok altta yatan herhangi bir üniter hastalık, fizyolojik veya duygusal durum gibi radikal davranışsal terimlerle tanımlamak mümkün görünmüştür. Kelime anlamına bakıldığında Latince *depressare* kelimesinden ve klasik

Latince *deprimere* kelimesinden gelmiştir. *Deprimere* kelimesi "bastırmak" ; *de* "aşağı" ve *premere* "basmak" anlamına gelmektedir.

Depresyon terimi 1665 yılında yalnızca ruh halini ve duygusal durumu belirtmek için kullanılmıştır. Latince *depressare* kelimesinden ve klasik Latince *deprimere* kelimesinden gelir. *Deprimere* kelimenin tam anlamıyla "bastırmak" anlamına gelir; *de* "aşağı" anlamına gelir ve *premere* "basmak" anlamına gelir. Özüde, terim, aynı zamanda "üzgün", "mavi" veya basitçe "aşağı" olarak da adlandırılan bir ağırlık hissini, "bastırılmış" olma hissini ifade ediyor gibi görünmektedir (Kanter et al., 2008).

2.2.1. Depresyon Tanı Kriterleri

Depresif bozukluk için öne sürülen bazı tanı kriterleri vardır. Aşağıda belirtilen maddeleri 2 hafta boyunca gösteren, günlük duygu durum değişikliği ve zevk almada azalmayı da kapsayan ve en az 5 maddeyi içine alan durum olarak tanımlandırılır.

Bu tanı kriterleri şu şekildedir;

- Her gün ve günün büyük çoğunluğunda kişinin üzgün, umutsuz hissetmesi gibi sübjektif bir durum
- Her gün ve günün büyük çoğunluğunda kişinin günlük faaliyetlerden zevk alamaması ve ilgi kaybı
- Diyet yapılmamasına rağmen kilo kaybı veya kazanımındaki büyük farklar (bir ayda vücut ağırlığının %5 azalması veya artması)
- Ortalama her gün uyku problemi çekilmesi (uykusuzluk)
- Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon veya retardasyon yaşanması
- Çoğunlukla her gün enerji kaybı ve yorgunluk hissetme
- Ortalama her gün konsantrasyon eksikliği ve düşünme güçlüğü çekme
- İntihar etme, planlama gibi ölüm ile ilgili düşüncelerde artış

2.2.2. Depresyon Şiddeti

Depresyon; hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmıştır. Tanı kriterlerinde belirtilen semptomların bir veya birkaçını gösteren bireylerde hafif şiddetli depresyon belirlenir. Bu durum kişinin sosyal ve iş hayatını etkileyebilir ancak hastalığın yönetilebilirliği daha kolaydır. Orta şiddetli depresyon saptanan bireylerde; görülen semptomların sayısı, yoğunluğu ve hastada işlevsel bozukluk varlığı, "hafif" ve "şiddetli" depresyon için belirlenen kriterlerin ortasındadır. Tanı kriterlerinde

belirtilen semptomların büyük çoğunluğuyla beraber yüksek işlev bozukluğu gösteren durumlar şiddetli depresyon olarak tanımlanır. Bu durum kişinin sosyal ve iş hayatını belirgin şekilde etkileyebilir ve hastalığın yönetilebilirliği zordur (N Engl J Med., 2019)

2.2.3. Depresyon ve Beslenme

Bireylerde zihinsel hastalık oluşma riskinin azalmasına yönelik belirli diyet önerileri bulunmaktadır. Özellikle balık tüketimi, işlenmiş gıdaların elimine edilmesi, yeterli folik asit ve magnezyum alımı, yağ asitlerinin çeşitliliği önemli olarak vurgulanmıştır.

Yapılan çalışmalar, depresyon görülen bireylerde yüksek miktarda sebze, meyve ve balık tüketiminin hastalık üzerine olumlu etki gösterirken, yüksek miktarda şeker ve işlenmiş gıda tüketiminin ise depresyon riskini arttırdığını göstermektedir.

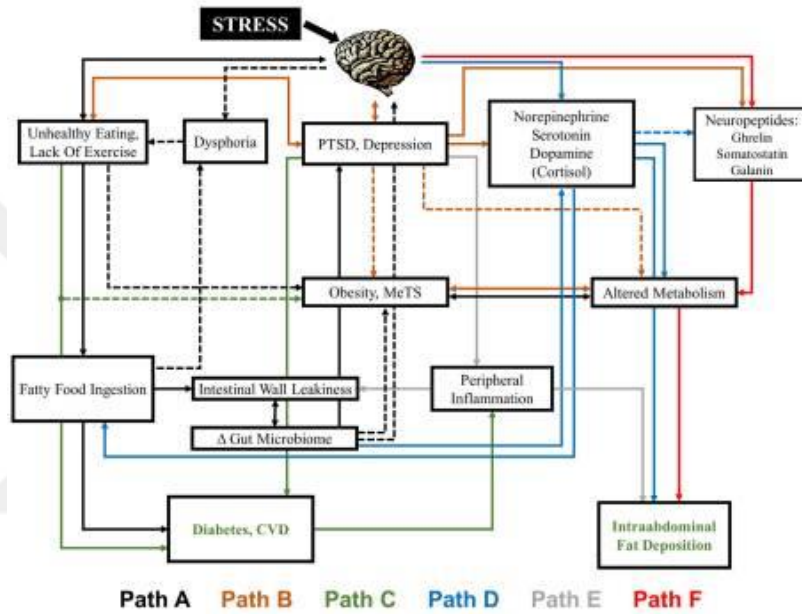
Yiyeceklerin vücutta iltihap artırıcı/azaltıcı etkisi ile depresyon riskiyle bağlantılı olabileceği belirlenmiştir. Genç kızlar üzerinde yapılan bir çalışma, proinflatuar bir diyetin depresyon riskini arttırabileceği ve antiinflamatuvar bir diyetin ise bu riski azaltabileceğini göstermiştir. İnflamasyonu azaltmada probiyotik ve prebiyotiklerin bağırsak üzerindeki etkisi ile psikolojik hastalıklarda görülen semptomları azaltmaya yardımcı olduğu belirtilmiştir.

Diyetle alınan mikrobelerin miktar ve çeşitliliğinin depresyon riski için önemli bir gösterge olduğu ileri sürülmüştür. Diyet yoluyla daha yüksek magnezyum, folik asit, B6 ve B12 alımı psikolojik semptomlara karşı koruyucu etkilere sahip olabilmektedir. Yüksek glisemik indeksli besinler, tatlılar ve alkolün depresyon riskini arttırdığı belirtilmiştir.

Diyet müdahaleleri depresyon için etkili bir tedavi aracı olarak öne çıkarılmıştır. Yapılan bir çalışmada, grup düzeyinde sağlıklı beslenme ve yemek pişirme konusunda eğitim şeklinde diyet müdahalesi alanların ve bireysel düzeyde rehberlik alanların ruh sağlığı üzerinde önemli derecede olumlu etki görülmüştür. (Ljungberg et al., 2020).

Beslenmenin ve depresyonun biyolojik sistemleri birbiriyle son derece bağlantılı olarak bilinmektedir. Beslenme, iştah, uyku, enerji alımı, nörojenez, ödül mekanizmaları, bilişsel işlev ve ruh hali gibi beyin işlevlerini modüle eden bağırsaktaki hormonal, nörotransmitter ve sinyal yollarını aktive ettiği bilinmektedir.

Geniş çaplı bazı prospektif çalışmalarda, sağlıksız bir batı diyet modeli, artan depresyon prevalansı ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca uzunlamasına çalışmalarda rafine gıda, şekerli içecek, kızarmış yiyecekler, işlenmiş gıdalar, rafine tahıl ve yüksek yağlı besin alımı, bisküvi ve hamur işlerinin tüketiminin depresyon riskinin artmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Öte yandan Akdeniz diyeti gibi sağlıklı beslenme modelleri veya yüksek miktarda zeytinyağı, balık, meyve, sebze, kuruyemiş, baklagiller, kümes hayvanları, süt ürünleri, işlenmemiş et tüketimi depresyon riski ile ters orantılıdır olarak bildirilmiştir (Lang et al., 2015).



Şekil 2.2. Diyet ve Psikoloji (Bremner et al., 2020)

Diyet ve psikoloji arasındaki ilişki genellikle çift yönlü olarak tanımlanmıştır. Örneğin, diyetteki değişiklikler ruh hali üzerine doğrudan etki yoluyla psikiyatrik bozuklukları tetikleyebilirken, psikiyatrik bozuklukların gelişmesi de yeme alışkanlıklarında değişikliklere neden olabilir. Şekildeki Yol A'da stres, sağlıksız beslenme davranışlarına ve egzersiz sıklığında azalmaya neden olarak yağlı ve aşırı beslenmeyi tetikleyebilir. Bunun sonucunda obezite ve/veya metabolik sendroma yol açacak şekilde etki gösterebilir, bu da fonksiyonel ve/veya sosyal bozukluklara bağlı olarak depresyon gibi bozukluklara yol açabilir. Yol B'de, metabolizma ve obezitedeki değişikliklerle ilişkili strese bağlı psikiyatrik bozukluklar gelişir. Yol C, kardiyovasküler hastalık (KVH) ve diyabet gibi, depresyon yoluyla gelebilen ve bu bozukluklarla çift yönlü bir ilişki içinde veya belki de paylaşılan yollar yoluyla ilişkili

olan fiziksel bozukluklar yoluyla hareket eder. Stres kaynaklı aşırı yeme obeziteye yol açar, bu da hem bağırsakta hem de beyinde bulunan ve hem ruh hali hem de sonraki yeme davranışları üzerinde etkileri olan nörotransmitterler, nöropeptidler ve inflamatuvar faktörlerdeki değişikliklerle ilişkilendirilebilir. Yol D, nörotransmitterlerin (örneğin, serotonin) ve nörohormonların (kortizol) etkilerini gösterir, inflamatuvar faktörler Yol E'de gösterilir ve nöropeptitler (ghrelin, galanin) Yol F'de gösterilmektedir. Son olarak, Yol A'ya dönersek, diyet, ruh hali üzerinde etkileri olabilen ve yukarıda bahsedilen nörotransmitterler ve nöropeptidlerin yanı sıra beyin ve inflamatuvar fonksiyon arasındaki karmaşık çift yönlü etkileşimde yer alan bağırsak mikrobiyomunu etkileyebilir (Şekil 2.2.) (Bremner et al., 2020).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, katılımcılara uygulanan Akdeniz diyeti sonrasında; diyetle uyumluluklarının antropometrik ölçümlerine ve depresyon durumlarına etkisini saptamak amacı ile yapılmıştır. Deneysel tipte bir çalışmadır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma; Mayıs 2021 - Eylül 2021’de, Antalya’da bulunan kilo kontrolü üzerine çalışan Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezi’nde yapılmıştır.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini merkeze başvuran 80 danışan oluşturmaktadır. Örneklem, merkeze başvuran ve çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden danışanlar arasından rastgele örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Bu uygulama için 51 kişilik bir örneklem belirlenmiştir ve örneklem genişliğinin elde edilebilmesi için power analizi yapılmıştır. Power analizi için R v3.6.2 programı kullanılmış olup, alfa hata %5, beta hata %10 alınmış, yapılan çalışma süreci sonucunda değişkenler arasında bir fark olacağı ön görülerek minimum 51 örneklemin yeterli olacağı hesaplanmıştır. Çalışmaya yalnızca merkeze başvuran ve akdeniz tipi beslenmeye adapte olabilecek kişiler dahil edilmiştir, metabolik sendromu olan bireyler, gebeler ve emzikli anneler ise dışlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak; bireylerin yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri ile boy uzunluğu ve vücut ağırlığını içeren antropometrik ölçüm bilgilerinin yer aldığı form, Akdeniz Diyeti Bağımlılık Ölçeği (MEDAS) ile depresyon için Beck Depresyon Envanteri (BDE) ölçeği, 2 günlük besin tüketim kaydı kullanılmıştır. Katılımcılara

uygulanan Akdeniz Beslenme Diyeti öncesi ve sonrasında Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

3.4.1. Anket Formu

Çalışma için hazırlanan anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, kilo, BKİ ve sağlık bilgilerini öğrenmek için hazırlanan 8 adet soru bulunmaktadır. Anketin sağlık bilgileri soruları; kronik hastalık, daha önce diyet uygulama durumu ve daha önce uygulanan diyet türlerini öğrenmeye yöneliktir. Katılımcıların BKİ'leri Çizelge 3.1.'de gösterilen şekilde sınıflandırılmıştır.

Tablo 3.4.1. Yetişkinler İçin Beden Kütle İndeksi Sınıflandırması

	BKİ (kg/m²)
Çok zayıf	< 16.9
Zayıf	17-18.4
Normal	18.5-24.9
Fazla kilolu	25-29.9
Obez	30-39
Morbid Obez	> 40

(DSÖ, 2000)

3.4.2. MEDAS

Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği PREDIMED çalışmasında 14 sorudan oluşan, Martínez-González MA ve ark. tarafından yapılmış bir anket formudur. Bu formda yemeklerde genel olarak kullanılan yağın cinsini, özellikle de günlük beslenmeye eklenen zeytin yağın miktarını, meyvelerin ve sebzelerin porsiyonlarını, margarin,tereyağ ve kırmızı etin tüketim sıklığını, erkeklerde ve kadınlarda miktarı belirtilen şarap tüketiminini, baklagillerin, kabuklu yemişlerin, pastane ürünlerinin tüketim sıklığı sorulmuştur. Tüketim sıklığına göre sorulan her soru için 1 ya da 0 puan alınmakta olup, toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam puanın 9 ve üzerinde olması ise kişinin Akdeniz diyetine sıkı uyumunun olduğunu, 7 ve üzerinde olması ise Akdeniz diyetine kabul edilebilir derece uyumunun olduğunu, 7 puanın altında ise uyum olmadığını göstermektedir. Anketin amacı kişilerin Akdeniz tipi beslenmeye yatkınlığını derecelendirmektir (Pehlivanoglu ve ark., 2020).

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeği ilk olarak 1961 yılında depresyon belirtilerinin derecesini belirlemek amacı ile kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Ölçek toplamda 21 adet kendini değerlendirme cümlesinden oluşmaktadır ve her cümle dört seçenekle puanlandırılmaktadır. Seçenekler 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir ve ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçek üzerinden alınan 0-9 arası puanlar minimal, 10-16 arası hafif, 17-29 orta ve 30-63 arası ise şiddetli depresyon varlığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,80 olarak bulunmuştur.

3.4.4. 2 Günlük Besin Tüketim Kaydı

Katılımcıların besin tüketim durumlarını değerlendirmek adına geriye dönük olarak 2 günlük besin tüketim kaydı kullanılmıştır. Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS) ile enerji, makro ve mikro besin öğelerinin ortalama değerleri belirlenmiştir ve gereksinmeyi karşılama durumları Türkiye Beslenme Rehberindeki sonuçlar ile karşılaştırılmıştır. Günlük alınan enerji ve besin ögesi miktarlarının gereksinmeyi karşılama yüzdesi, Türkiye Beslenme Rehberi referans alınarak hesaplanmıştır (TÜBER, 2015).

Katılımcıların diyetle uyumunun kontrolü, öğünlerinin fotoğraflarını diyetisyene haftalık olarak iletmesi ile sağlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Katılımcılara dört hafta boyunca Akdeniz diyeti uygulanmış olup (her katılımcının günlük gereksinimlerine göre %40-45 karbonhidrat ,%12-15 protein, %30-35 yağdan gelecek şekilde ,eklerde bir örneği verilmiştir) hazırlanan anket formu diyetin öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Anket formu katılımcılara Google Forms üzerinden online şekilde doldurulmuştur. Katılımcılar vücut ağırlıklarını şahsi tartıları ile boy uzunluklarını da ölçerek kendi beyanları ile belirtmişlerdir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi IBM SPSS Statistics v25 programı ile yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler normal dağılıma sahip iki değişkenli bağımsız veriler için ortalamalar yönünden karşılaştırması “Bağımsız Örneklem T Testi” ile,

normal dağılıma sahip olmayan veriler için ise “Mann-Whitney U Testi” ile, normal dağılıma sahip iki bağımlı değişkenin ortalamalar yönünden karşılaştırması “Bağımlı Örneklem T Testi” ile, normal dağılıma sahip olmayan veriler için ise “Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi” ile değerlendirilmiştir. Ortalamalar yönünden karşılaştırmalar ikiden daha fazla gruplarda normal dağılımlı veriler için “Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Testi” ile, normal dağılmayan ikiden fazla grup verileri için ise “Kruskal Wallis Testi” ile değerlendirilmiştir. Ayrıca ilişkisel bazda karşılaştırmalar Ki-kare analizleri ile ve verilerin normalliği Shapiro-Wilk Testi ile incelenmiştir. Araştırmada anlamlılık düzeyi $p<0,05$; $p<0,01$ olarak alınmıştır.

Katılımcıların akdeniz diyeti uygulaması öncesi doldurduğu anket formlarının sonuçları İlk Durum, diyet uygulaması sonrası doldurduğu anket formlarının sonuçları ise Son Durum olarak değerlendirilmiştir.

3.7. Çalışmanın Etik Yönü

Bu çalışma Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu tarafından 29.04.2021 tarihli ve 83 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerden, çalışmaya katılmadan önce onay alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 52 birey ile yapılan araştırmanın problem durumuna göre oluşturulan alt başlıklarına ilişkin elde edilen bulgular verilmiştir.

4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı Bulguları

Çalışmaya katılan bireylerin demografik bulgularının özet istatistikleri Çizelge 4.1’de verilmiştir.

Çizelge 4.1. Bireylerin demografik bulgularının dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	36	69,2
Erkek	16	30,8
Yaş ($\bar{X} \pm SS$)	30,12 $\pm$ 7,94	
Yaş Grup		
25 yaş altı	12	23,0
25-30 yaş arası	20	38,5
30 yaş ve üzeri	20	38,5
BKİ ilk durum ($\bar{X} \pm SS$)	26,16 $\pm$ 3,73	
BKİ Grup ilk durum		
Normal Kilolu	20	38,5
Fazla Kilolu	32	61,5
BKİ son durum ($\bar{X} \pm SS$)	25,13 $\pm$ 3,55	
BKİ Grup son durum		
Normal	21	40,4
Fazla Kilolu	31	59,6
Kronik Hastalık Durumu		
Evet	5	9,6
Hayır	47	90,4
Kronik Hastalık Türü*		
Vitiligo	1	1,9
Romatoid Artrit	1	1,9
Bağırsak Tembelliği	1	1,9
Hipertansiyon	1	1,9
Daha Önce Diyet Uygulama Durumu		
Evet	36	69,2
Hayır	16	30,8
Yapılan Diyetin Kim Tarafından Yapıldığı Durumu		
Diyetisyen	25	71,4
Gazeteden/Dergiden Örnek Liste	2	5,7

Çizelge 4.1. (devam) Bireylerin demografik bulgularının dağılımı

Sosyal Medya	8	22,9
Kilo Vermek ve Sağlıklı Beslenmek İçin Uygulanan Yöntem Durumu*		
İntermittent fasting	15	28,8
Ketojenik Diyet	4	7,7
Zayıflama Hapları	2	3,8
Zayıflama İçecekleri	1	1,9
Vejeteryan Beslenme	18	34,6
Öğlen veya akşam öğününü atlama	4	7,7
Sıvı Beslenme	5	9,6
Ağır Egzersiz Yapma	1	1,9
Hiçbiri	11	21,2

*: Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin demografik bulgularının dağılımı incelendiğinde, öğrencilerin cinsiyetlerine göre %69,2'sinin (36 kişi) kadın olduğu ve %30,8'inin (16 kişi) erkek olduğu, yaş gruplarına göre %23'ünün (12 kişi) 25 yaş altı, %38,5'inin (20 kişi) 25-30 yaş arası, %38,5'inin (20 kişi) 30 yaş ve üzeri olduğu ve yaş ortalamalarının $30,12 \pm 7,94$ olduğu, diyet öncesi BKİ gruplarına göre %38,5'inin (20 kişi) normal kilolu, %61,5'inin (32 kişi) fazla kilolu olduğu ve diyet öncesi BKİ grup ortalamalarının $26,16 \pm 3,73$ olduğu, diyet sonrası BKİ gruplarına göre %40,4'ünün (21 kişi) normal kiloda, %59,6'sının (31 kişi) fazla kilolu olduğu ve diyet sonrası BKİ ortalamalarının $25,13 \pm 3,55$ olduğu, kronik hastalık durumlarına göre %9,6'sının (5 kişi) kronik hastalığı olduğu ve %90,4'ünün (47 kişi) kronik hastalığı olmadığı, kronik hastalık türlerine göre %1,9'unun (1 kişi) vitiligo, %1,9'unun (1 kişi) romatoid artrit, %1,9'unun (1 kişi) bağırsak tembelliği ve %1,9'unun (1 kişi) hipertansiyon hastalığına sahip olduğu, daha önce diyet uygulama durumlarına göre %69,2'sinin (36 kişi) daha önce diyet uyguladığı ve %30,8'inin (16 kişi) daha önce diyet uygulamadığı saptanmıştır (Çizelge 4.1).

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre diyet öncesi ilk durum BKİ ve diyet sonrası son durum BKİ sınıflandırmalarının dağılımı Çizelge 4.2'de verilmiştir.

Çizelge 4.2. Bireylerin cinsiyetlerine göre ilk durum ve ikinci durum BKİ sınıflandırmalarının dağılımı

BKİ Grup İlk Durum	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Normal	17	47,2	3	18,8
Fazla Kilolu	19	52,8	13	81,3

Çizelge 4.2. (devam) Bireylerin cinsiyetlerine göre ilk durum ve ikinci durum BKİ sınıflandırmalarının dağılımı

BKİ Grup Son Durum				
Normal	18	50,0	3	18,8
Fazla Kilolu	18	50,0	13	81,3

Çalışmaya katılan kadın bireylerin göre diyet öncesi BKİ sınıflandırma dağılımları incelendiğinde, %47,2'sinin (17 kişi) normal kiloda olduğu ve %52,8'inin (19 kişi) fazla kilolu olduğu, diyet sonrası BKİ sınıflandırma dağılımları incelendiğinde, %50'sinin (18 kişi) normal kiloda ve %50'sinin (18 kişi) fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.2).

Çalışmaya katılan erkek bireylerin göre diyet öncesi BKİ sınıflandırma dağılımları incelendiğinde, %18,8'inin (3 kişi) normal kiloda olduğu ve %81,3'ünün (13 kişi) fazla kilolu olduğu, diyet sonrası BKİ sınıflandırma dağılımları incelendiğinde, %18,8'inin (3 kişi) normal kilolu ve %81,3'ünün (13 kişi) fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.2).

4.2. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğine (MEDAS) İlişkin Bulgular

4.2.1. MEDAS Güvenirlik Analizi

Ölçme araçlarının taşınması gereken en önemli özelliklerden birisi olan güvenilirlik, Öncü (1994)'te “bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir” şeklinde tanımlanmaktadır. Ölçeklerin güvenilirliği farklı yollarla incelenmektedir. Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, özellikle likert derecelendirilen ölçeklerin iç tutarlılığını tahmin etmekte sıklıkla kullanılan bir tekniktir. Araştırmada kullanılan MEDAS 52 bireye uygulanması ile elde edilen verilerin güvenilirlik analizi incelenmiş ve Çizelge 4.3'de verilmiştir.

Çizelge 4.3. MEDAS için Cronbach's Alpha değerleri

Alt Boyut	Cronbach's Alpha Değeri
MEDAS İlk Durum	0,901
MEDAS Son Durum	0,870

14 ifadenin yer aldığı MEDAS güvenilirlik analizi Özkan-Pehlivanoglu ve ark. (2020) tarafından yapılmış ve güvenilirlik analizi sonucu Cronbach's Alpha değeri

0,829 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada ise “MEDAS İlk Durum” puanı için ($\alpha = 0,901$) ve “MEDAS Son Durum” puanı için ise ($\alpha = 0,870$) ve olarak bulunmuştur (Çizelge 4.3). Sonuç olarak ölçeğin öncesi ve sonrasının oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır.

MEDAS puanlarının tanımlayıcı istatistik değerleri hesaplanmış ve sonuçları Çizelge 4.4’de verilmiştir.

Çizelge 4.4. MEDAS ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri

Faktör Düzeyleri	N	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Sapma
MEDAS İlk Durum	52	2,21	8,50	5,55	1,55
MEDAS Son Durum	52	4,21	9,50	6,52	1,23

MEDAS puanlarının tanımlayıcı istatistik değerleri incelendiğinde, diyet uygulaması öncesi “MEDAS İlk Durum” puanlarının en küçük 2,21 ile en yüksek 8,50 arası değer aldığı ve ortalamasının $5,55 \pm 1,55$ olduğu ve diyet uygulaması sonrası “MEDAS Son Durum” puanlarda ise en küçük 4,21 ile en yüksek 9,50 arası değer aldığı ve ortalamasının $6,52 \pm 1,23$ olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.4).

4.2.2. MEDAS Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin MEDAS puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırmaları yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.5-Çizelge 4.9’da verilmiştir.

Çizelge 4.5. MEDAS puanlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

Cinsiyet	MEDAS İlk Durum		MEDAS Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Kadın	5,83	1,59	6,91	1,16	-3,894	0,000***
Erkek	4,92	1,28	5,62	0,88	-2,330	0,034*
t	2,005		3,960			
p	0,050		0,000***			

t: Bağımsız Örneklem T Testi, T: Bağımlı Örneklem T Testi

*: <0,05; ***: <0,001

MEDAS puanlarının cinsiyetlerine göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.5’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “MEDAS Son durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenirken ($t=3,960$, $p<0,001$), “MEDAS İlk durum” puanında ise anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Ölçeğin

“MEDAS Son durum” puanında kadın bireylerin ($6,91 \pm 1,16$) puan ortalamasının, erkek bireylere ($5,62 \pm 0,88$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadın bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son Durum puanlarının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.5’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kadın bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-3,894$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Kadın bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($6,91 \pm 1,16$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,83 \pm 1,59$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Erkek bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son Durum puanlarının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.5’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kadın bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-2,330$, $p<0,05$) belirlenmiştir. Erkek bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($5,62 \pm 0,88$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($4,92 \pm 1,28$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.6. MEDAS puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

	MEDAS İlk Durum		MEDAS Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
25 yaş altı	5,29	1,06	6,02	1,03	-2,644	0,023*
25-30 yaş arası	5,34	1,71	6,32	1,23	-2,666	0,015*
30 yaş ve üzeri	5,93	1,62	7,00	1,22	-2,778	0,012*
F	0,961		3,005			
p	0,390		0,059			

T: Bağımlı Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü ANOVA Testi

*: $<0,01$

MEDAS puanlarının bireylerin yaş gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Tek Yönlü ANOVA Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.6’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “MEDAS İlk Durum” ve “MEDAS Son Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. 25 yaş altı, 25-30 yaş arası ve 30 yaş üzeri olan bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son durum puanlarının değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmıştır.

25 yaş altı bireylerin sonuçları Çizelge 4.6’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre 25 yaş altı bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-2,644$, $p<0,05$) belirlenmiştir. 25 yaş altı olan bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($6,02\pm1,03$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,29\pm1,06$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

25-30 yaş arası olan bireylerin sonuçları Çizelge 4.6’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre 25-30 yaş arası bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-2,666$, $p<0,05$) belirlenmiştir. 25-30 yaş arası olan bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($6,32\pm1,23$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,34\pm1,71$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

30 yaş ve üzeri olan bireylerin sonuçları Çizelge 4.6’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre 30 yaş ve üzeri bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-2,778$, $p<0,05$) belirlenmiştir. 30 yaş ve üzeri olan bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($7,00\pm1,22$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,93\pm1,62$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.7. MEDAS puanlarının BKİ önce ve sonra gruplarına göre karşılaştırılması

BKİ Grup İlk Durum	MEDAS İlk		MEDAS Son		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Normal	6,33	1,18	6,64	1,18	-1,365	0,188
Fazla Kilolu	5,07	1,57	6,44	1,28	-4,635	0,000***
t	3,085		0,587			
p	0,003**		0,560			
BKİ Grup Son Durum						
Normal	6,26	1,19	6,59	1,17	-1,516	0,145
Fazla Kilolu	5,07	1,60	6,46	1,29	-4,569	0,000***
t	2,893		0,366			
p	0,006**		0,716			

t: Bağımsız Örneklem T Testi, T: Bağımlı Örneklem T Testi

. <0,01; *. <0,001

MEDAS puanlarının BKİ İlk Durum gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge

4.7’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “MEDAS İlk Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenirken ($t=2,893$, $p<0,01$), “MEDAS Son Durum” puanında ise anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Yani “MEDAS İlk Durum” puanında normal kilolu olan bireylerin ($6,26\pm1,19$) puan ortalamasının, fazla kilolu olan bireylere ($5,07\pm1,60$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

BKİ Son Durum grubu normal kilolu olan bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son Durum puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.7’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre normal kilolu olan bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

BKİ Son Durum grubu fazla kilolu olan bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son Durum puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.7’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre fazla kilolu olan bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-4,569$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Fazla kilolu olan bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($6,46\pm1,29$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,07\pm1,60$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.8. MEDAS puanlarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması

Kronik Hastalık Durumu	MEDAS İlk Durum		MEDAS Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Evet	6,20	1,68	7,46	,79	-1,630	0,178
Hayır	5,48	1,54	6,41	1,23	-4,170	0,000***
t	0,983		1,839			
p	0,331		0,072			

t: Bağımsız Örneklem T Testi; T: Bağımlı Örneklem T Testi

***: $<0,001$

MEDAS puanlarının kronik hastalık durumuna göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.8’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “MEDAS İlk Durum” ve “MEDAS Son Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son Durum puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.8’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kronik hastalığı olan bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin MEDAS İlk durum ve Son Durum puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.8’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kronik hastalığı olmayan bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-4,170$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($6,41 \pm 1,23$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,48 \pm 1,54$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.9. MEDAS puanlarının daha önce diyet yapma durumlarına göre karşılaştırılması

	MEDAS İlk Durum		MEDAS Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Evet	5,70	1,55	6,64	1,25	-3,359	0,002**
Hayır	5,21	1,53	6,23	1,19	-3,375	0,004**
t	1,049		1,106			
p	0,299		0,274			

t: Bağımsız Örneklem T Testi, T: Bağımlı Örneklem T Testi

**:<0,01

MEDAS puanlarının daha önce diyet yapma durumlarına gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.9’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “MEDAS İlk Durum” ve “MEDAS Son Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Daha önce diyet uygulayan bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son Durum puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.9’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre daha önce diyet uygulayan bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-3,359$, $p<0,01$) belirlenmiştir. Daha önce diyet uygulayan bireylerin “MEDAS Son Durum”

puanlarının ($6,64 \pm 1,25$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,70 \pm 1,55$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Daha önce diyet uygulamayan bireylerin MEDAS İlk Durum ve Sonra puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.9’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre daha önce diyet uygulamayan bireylerin “MEDAS İlk Durum” puanı ile “MEDAS Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=-3,375$, $p<0,01$) belirlenmiştir. Daha önce diyet uygulamayan bireylerin “MEDAS Son Durum” puanlarının ($6,23 \pm 1,19$) ortalamasının, “MEDAS İlk Durum” puanlarına ($5,21 \pm 1,53$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.2.3. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin MEDAS İlk Durum ve Son Durum fark puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırmaları yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.10-Çizelge 4.14’de verilmiştir.

Çizelge 4.10. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ort.	SS	t	p
İlk ve Son durum MEDAS Fark	Kadın	1,08	1,67	0,826	0,412
	Erkek	0,70	1,20		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

MEDAS İlk ve Son Durum fark puanlarının cinsiyetlerine göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.10’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.11. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

	Yaş Grup	Ort.	SS	F	p
İlk ve Son durum MEDAS Fark	25 yaş altı	,73	,96	0,184	0,833
	25-30 yaş arası	,99	1,66		
	30 yaş ve üzeri	1,07	1,73		

F: Tek Yönlü ANOVA Testi

MEDAS İlk ve Son Durum fark puanlarının yaş gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Tek Yönlü ANOVA Testi” yapılmış ve sonuçları

Çizelge 4.11’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.12. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının BKİ gruplarına göre karşılaştırılması

İlk ve Son durum MEDAS Fark	BKİ Grup İlk Durum	Ort.	SS	t	P
	Normal Kilolu	,31	1,03	-2,815	0,007**
	Fazla Kilolu	1,37	1,67		
	BKİ Grup Son Durum				
	Normal Kilolu	,33	1,01	-2,815	0,007**
	Fazla Kilolu	1,39	1,69		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

**:<0,01

MEDAS İlk ve Son Durum fark puanlarının BKİ İlk Durum gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.12’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=-2,815$; $p<0,01$) belirlenmiştir. Yani MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında fazla kilolu olan bireylerin ($1,37\pm1,67$) puan ortalamasının, normal kilolu olan bireylere ($0,31\pm1,03$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

MEDAS İlk ve Son Durum fark puanlarının BKİ Son durum gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.12’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=-2,815$; $p<0,01$) belirlenmiştir. Yani MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında fazla kilolu olan bireylerin ($1,39\pm1,69$) puan ortalamasının, normal kilolu olan bireylere ($0,33\pm1,01$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.13. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması

İlk ve Son durum MEDAS Fark	Kronik Hastalık Durumu	Ort.	SS	t	p
	Evet	1,26	1,72	0,446	0,657
	Hayır	,93	1,53		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

MEDAS İlk ve Son Durum fark puanlarının kronik hastalık durumlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve

sonuçları Çizelge 4.13’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.14. İlk ve Son durumda MEDAS Puan Farklarının daha önce diyet uygulama durumlarına göre karşılaştırılması

	Daha Önce Diyet Uygulama Durumu	Ort.	SS	t	P
İlk ve Son durum	Evet	0,94	1,68	-0,171	0,865
MEDAS Fark	Hayır	1,02	1,21		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

MEDAS İlk ve Son Durum fark puanlarının daha önce diyet uygulama durumlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.14’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre MEDAS İlk ve Son Durum fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

4.3. Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) İlişkin Bulgular

4.3.1. BDÖ Güvenirlik Analizi

Araştırmada kullanılan BDÖ 52 bireye uygulanması ile elde edilen verilerin güvenilirlik analizi incelenmiş ve Çizelge 4.15’de verilmiştir.

Çizelge 4.15. BDÖ için Cronbach’s Alpha değerleri

Alt Boyut	Cronbach’s Alpha Değeri
BDÖ İlk Durum	0,923
BDÖ Son Durum	0,900

21 ifadenin yer aldığı BDÖ güvenilirlik analizi Hisli (1989) tarafından yapılmış ve güvenilirlik analizi sonucu Cronbach’s Alpha değeri 0,80 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada ise “BDÖ İlk Durum” puanı için ($\alpha = 0,923$) ve “BDÖ Son Durum” puanı için ise ($\alpha = 0,900$) ve olarak bulunmuştur (Çizelge 4.15). Sonuç olarak ölçeğin öncesi ve sonrasının oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır.

BDÖ puanlarının tanımlayıcı istatistik değerleri hesaplanmış ve sonuçları Çizelge 4.16’da verilmiştir.

Çizelge 4.16. BDÖ ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri

Faktör Düzeyleri	N	Minimum	Maximum	Ort.	Std. Sapma
BDÖ İlk Durum	52	0,00	46,00	16,56	11,24
BDÖ Son Durum	52	0,00	33,00	6,25	7,02

BDÖ puanlarının tanımlayıcı istatistik değerleri incelendiğinde, “BDÖ İlk Durum” puanlarının en küçük 0,00 ile en yüksek 46,00 arası değer aldığı ve ortalamasının $16,56 \pm 11,24$ olduğu ve “BDÖ Son Durum” puanlarda ise en küçük 0,00 ile en yüksek 33,00 arası değer aldığı ve ortalamasının $6,25 \pm 7,02$ olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.16).

Araştırmaya katılan bireylerin BDÖ İlk Durum ve Son Durum maddelerine verdikleri yanıtların toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri Çizelge 4.17’de verilmiştir.

Çizelge 4.17. BDÖ İlk Durum ve Son Durum madde toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri

BDÖ İlk Durum Depresyon Düzeyleri	n	%
Minimal Depresyon (0-9 puan)	14	26,9
Hafif Depresyon (10-16 puan)	13	25,0
Orta Depresyon (17-29 puan)	17	32,7
Şiddetli Depresyon (30-63 puan)	8	15,4
BDÖ Son Durum Depresyon Düzeyleri		
Minimal Depresyon (0-9 puan)	40	76,9
Hafif Depresyon (10-16 puan)	7	13,5
Orta Depresyon (17-29 puan)	3	5,8
Şiddetli Depresyon (30-63 puan)	2	3,8

Araştırmaya katılan BDÖ İlk Durum maddelerine verdikleri yanıtların toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %26,9’unun (14 kişi) minimal depresyon (0-9 puan) düzeyinde, %25’inin (13 kişi) hafif depresyon (10-16 puan) düzeyinde, %32,7’sinin (17 kişi) orta depresyon (17-29 puan) düzeyinde ve %15,4’ünün (8 kişi) ise şiddetli depresyon (30-63 puan) düzeyinde olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.17).

Araştırmaya katılan BDÖ Son Durum maddelerine verdikleri yanıtların toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeylerinin özet istatistikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %76,9’unun (40 kişi) minimal depresyon (0-9 puan) düzeyinde, %13,5’inin (7 kişi) hafif depresyon (10-16 puan) düzeyinde, %5,8’inin (3

kişi) orta depresyon (17-29 puan) düzeyinde ve %3,8'inin (2 kişi) ise şiddetli depresyon (30-63 puan) düzeyinde olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.17).

4.3.2. BDÖ Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin BDÖ puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırmaları yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.18-Çizelge 4.22'de verilmiştir.

Çizelge 4.18. BDÖ puanlarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

Cinsiyet	BDÖ İlk Durum		BDÖ Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Kadın	16,17	11,91	5,22	6,31	5,055	0,000***
Erkek	17,44	9,85	8,56	8,16	4,231	0,001**
t	-0,373		-1,607			
p	0,711		0,114			

t: Bağımsız Örneklem T Testi, T: Bağımlı Örneklem T Testi

***:<0,01; **:<0,001

BDÖ puanlarının cinsiyetlerine göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.18’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “BDÖ İlk Durum” ve “BDÖ Son Durum” puanında ise anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

BDÖ İlk Durum ve Son Durum puanlarının kadın bireylerde değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.18’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kadın bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=5,055$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Kadın bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($5,22\pm6,31$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($16,17\pm11,91$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

BDÖ İlk ve Son Durum puanlarının erkek bireylerde değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.18’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kadın bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=4,231$, $p<0,01$) belirlenmiştir. Erkek bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($8,56\pm8,16$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($17,44\pm9,85$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.19. BDÖ puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

	BDÖ İlk Durum		BDÖ Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
25 yaş altı	17,67	11,97	7,75	8,74	3,064	0,011*
25-30 yaş arası	16,35	11,67	6,70	7,53	3,393	0,003**
30 yaş ve üzeri	16,10	11,48	4,90	5,29	4,345	0,000***
F	0,076		0,675			
p	0,927		0,514			

T: Bağımlı Örneklem T Testi, F: Tek Yönlü ANOVA Testi

*:<0,05; **:<0,01; ***:<0,001

BDÖ puanlarının bireylerin yaş gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Tek Yönlü ANOVA Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.19’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “BDÖ İlk Durum” ve “BDÖ Son Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. 25 yaş altı, 25-30 yaş arası ve 30 yaş üzeri bireylerin BDÖ İlk ve Son Durum puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmıştır.

25 yaş altı olan bireylerin sonuçları Çizelge 4.19’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre 25 yaş altı bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=3,064$, $p<0,05$) belirlenmiştir. 25 yaş altı olan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($7,75\pm 8,74$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($17,67\pm 11,97$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

25-30 yaş arası olan bireylerin sonuçları Çizelge 4.19’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre 25-30 yaş arası bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=3,393$, $p<0,01$) belirlenmiştir. 25-30 yaş arası olan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($6,70\pm 7,53$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($16,35\pm 11,67$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

30 yaş ve üzeri olan bireylerin sonuçları Çizelge 4.19’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre 30 yaş ve üzeri bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=4,345$, $p<0,001$) belirlenmiştir. 30 yaş ve üzeri olan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($4,90\pm 5,29$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($16,10\pm 11,48$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.20. BDÖ puanlarının BKİ önce ve sonra gruplarına göre karşılaştırılması

BKİ Grup Son Durum	BDÖ İlk Durum		BDÖ Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Normal Kilolu	13,38	9,86	5,52	6,99	3,270	0,004**
Fazla Kilolu	18,71	11,75	6,74	7,12	5,519	0,000***
t	-1,709		-0,610			
p	0,094		0,545			

t: Bağımsız Örneklem T Testi, T: Bağımlı Örneklem T Testi

: <0,01; *: <0,001

BDÖ puanlarının BKİ Sonra gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.20’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “BDÖ İlk Durum” ve “BDÖ Son Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

BKİ Sonra grubu normal kilolu olan bireylerin BDÖ İlk Durum ve Sonra puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.20’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre normal kilolu olan bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=3,270$, $p<0,01$) belirlenmiştir. Normal kilolu olan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($5,52\pm6,99$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($13,38\pm9,86$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

BKİ Sonra grubu fazla kilolu olan bireylerin BDÖ İlk Durum ve Sonra puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.20’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre fazla kilolu olan bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=5,519$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Fazla kilolu olan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($6,74\pm7,12$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($18,71\pm11,75$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.21. BDÖ puanlarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması

Kronik Hastalık Durumu	BDÖ İlk Durum		BDÖ Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Evet	20,60	7,34	7,20	8,11	2,605	0,060
Hayır	16,13	11,55	6,15	6,99	5,788	0,000***
t	0,844		0,315			
p	0,403		0,754			

t: Bağımsız Örneklem T Testi; T: Bağımlı Örneklem T Testi

***: <0,001

BDÖ puanlarının kronik hastalık durumlarına gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.21’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “BDÖ İlk Durum” ve “BDÖ Son Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olan bireylerin BDÖ İlk Durum ve Sonra puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.21’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kronik hastalığı olan bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olmayan bireylerin BDÖ İlk Durum ve Sonra puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.21’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre kronik hastalığı olmayan bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=5,788$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Kronik hastalığı olmayan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($6,15\pm6,99$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($16,13\pm11,55$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.22. BDÖ puanlarının daha önce diyet yapma durumlarına göre karşılaştırılması

	BDÖ İlk Durum		BDÖ Son Durum		T	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Evet	16,61	12,35	6,22	7,77	4,747	0,000***
Hayır	16,44	8,57	6,31	5,17	5,027	0,000***
t	0,051		-0,042			
p	0,960		0,966			

t: Bağımsız Örneklem T Testi; T: Bağımlı Örneklem T Testi

***: <0,001

BDÖ puanlarının daha önce diyet yapma durumlarına gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.22’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre ölçeğin “BDÖ İlk Durum” ve “BDÖ Son Durum” puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Daha önce diyet uygulayan bireylerin BDÖ İlk Durum ve Sonra puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.22’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre daha önce diyet uygulayan bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=4,747$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Daha önce diyet uygulayan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($6,22\pm7,77$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($16,61\pm12,35$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Daha önce diyet uygulamayan bireylerin BDÖ İlk Durum ve Sonra puanlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımlı Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.22’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre daha önce diyet uygulamayan bireylerin “BDÖ İlk Durum” puanı ile “BDÖ Son Durum” puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($T=5,027$, $p<0,001$) belirlenmiştir. Daha önce diyet uygulamayan bireylerin “BDÖ Son Durum” puanlarının ($6,31\pm5,17$) ortalamasının, “BDÖ İlk Durum” puanlarına ($16,44\pm8,57$) göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

4.3.3. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Çalışmaya katılan bireylerin BDÖ İlk ve Son Durum fark puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırmaları yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.23-Çizelge 4.27’de verilmiştir.

Çizelge 4.23. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının cinsiyetlerine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ort.	SS	t	p
İlk ve Son durum BDÖ Fark	Kadın	12,93	10,59	-0,010	0,992
	Erkek	13,00	17,71		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

BDÖ İlk ve Son Durum fark puanlarının cinsiyetlerine göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.23’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.24. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

	Yaş Grup	Ort.	SS	F	p
İlk ve Son durum BDÖ Fark	25 yaş altı	11,50	12,50	0,076	0,927
	25-30 yaş arası	12,36	13,59		
	30 yaş ve üzeri	14,33	14,73		

F: Tek Yönlü ANOVA Testi

BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanlarının yaş gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Tek Yönlü ANOVA Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.24’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre BDÖ Sonra Önce Fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.25. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının BKİ gruplarına göre karşılaştırılması

İlk ve Son durum BDÖ Fark	BKİ Grup İlk Durum	Ort.	SS	t	P
	Normal Kilolu	17,70	12,42	1,515	0,144
	Fazla Kilolu	9,57	13,32		
	BKİ Grup Son Durum				
	Normal Kilolu	10,70	12,42	1,515	0,144
	Fazla Kilolu	9,57	13,32		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanlarının BKİ Önce gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.25’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanlarının BKİ Sonra gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.25’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.26. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının kronik hastalık durumlarına göre karşılaştırılması

	Kronik Hastalık Durumu	Ort.	SS	t	p
İlk ve Son durum BDÖ Fark	Evet	11,50	4,95	-0,158	0,876
	Hayır	13,09	13,89		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanlarının kronik hastalık durumlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.26’da verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

Çizelge 4.27. İlk ve Son durumda BDÖ Puan Farklarının daha önce diyet uygulama durumlarına göre karşılaştırılması

	Daha Önce Diyet Uygulama Durumu	Ort.	SS	t	P
İlk ve Son durum BDÖ Fark	Evet	10,00	11,73	-1,589	0,126
	Hayır	18,88	15,11		

t: Bağımsız Örneklem T Testi

BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanlarının daha önce diyet uygulama durumlarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla “Bağımsız Örneklem T Testi” yapılmış ve sonuçları Çizelge 4.27’de verilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir.

4.4. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Ölçeklerin ilk durum, son durum ve fark puanları arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmış ve Çizelge 4.28-Çizelge 4.29 ve Çizelge 4.30’da ki korelasyon matrisinde verilmiştir.

Çizelge 4.28. MEDAS İlk Durum ile BDÖ İlk Durum arasındaki korelasyon katsayıları

		MEDAS Toplam İlk Durum	BDÖ Toplam İlk Durum
MEDAS Toplam İlk Durum	p	1	-,287
	r		,039*
BDÖ Toplam İlk Durum	p	-,287	1
	r	,039*	

r: Pearson Korelasyon Testi *: <0,05

MEDAS İlk Durum puanı ile BDÖ İlk Durum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=-0,287$; $p<0,05$).

Çizelge 4.29. MEDAS Son Durum ile BDÖ Son Durum arasındaki korelasyon katsayıları

		MEDAS Toplam Son Durum	BDÖ Toplam Son Durum
MEDAS Toplam Son Durum	r	1	-,186
	p		,187
BDÖ Toplam Son Durum	r	-,186	1
	p	,187	

r: Pearson Korelasyon Testi

MEDAS Son Durum puanı ile BDÖ Son Durum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.30. MEDAS Son Durum ve İlk Durum Fark ile BDÖ Son Durum ve İlk Durum Fark arasındaki korelasyon katsayıları

		MEDAS Son Durum ve İlk Durum Fark	BDÖ Son Durum ve İlk Durum Fark
MEDAS Son Durum ve İlk Durum Fark	r	1	-,064
	p		,768
BDÖ Son Durum ve İlk Durum Fark	r	-,064	1
	p	,768	

r: Pearson Korelasyon Testi

MEDAS İlk ve Son Durum Fark puanı ile BDÖ Sonra Önce Fark puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.5. Bireylerin MEDAS ve BDÖ puanları ile Enerji, Makro ve Mikro Besinler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Çalışmaya katılan bireylerin enerji, makro ve mikro besin değerlerinin ilk durum, son durum ve ilk-son durum farkının özet istatistikleri Tablo 4.31’de verilmiştir.

Çizelge 4.31. Bireylerin enerji, makro ve mikro besin değerlerinin ilk durum, son durum ve ilk-son durum farkının özet istatistikleri

	Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerinin İlk Durum		Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerinin Son Durum		Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerinin İlk-Son Durum Farkı	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Enerji (kcal)	1584,03	479,32	1538,78	296,32	45,25	126,44
CHO (g)	159,59	65,51	82,42	29,89	77,17	69,30
CHO (%)	41,52	9,84	35,60	6,88	5,92	12,17
Prot. (g)	64,89	21,36	46,21	16,70	18,68	24,99
Prot. (%)	17,19	3,41	19,96	4,20	-2,77	5,13
Yağ (g)	72,17	25,86	48,33	18,67	23,84	32,46

Çizelge 4.31. (devam) Bireylerin enerji, makro ve mikro besin değerlerinin ilk durum, son durum ve ilk-son durum farkının özet istatistikleri

Yağ (%)	41,29	9,15	44,38	7,47	-3,10	11,97
Vit. A (µg)	836,32	858,74	899,26	402,39	-62,94	941,01
Vit. D (µg)	1,62	2,43	1,91	2,12	-0,28	3,30
Vit. E (mg)	13,25	9,78	10,63	3,76	2,62	11,29
Vit. K (µg)	233,01	107,78	333,55	124,37	-100,54	163,53
Vit. B1 (mg)	,80	,48	0,65	0,21	0,15	0,51
Vit. B2 (mg)	1,15	,45	0,90	0,37	0,24	0,54
Niasin (mg)	10,60	4,46	7,49	2,87	3,11	5,67
Pant.as. (mg)	3,79	1,33	3,36	0,88	0,43	1,59
Biotin (µg)	29,60	12,68	31,77	9,67	-2,17	15,00
Flor (µg)	331,89	111,23	295,36	90,61	36,53	143,54
Vit. B12 (µg)	4,50	3,49	3,95	6,72	0,55	7,64
Vit. C (mg)	56,99	42,60	68,22	28,04	-11,23	43,90
Sodyum (mg)	3668,37	2701,88	2127,68	1013,96	1540,69	2767,77
Kalsiyum (mg)	610,94	284,65	466,52	240,32	144,42	354,53
Çoklu doymam. yağ (g)	18,65	11,47	9,38	3,84	9,27	12,76
Lif (g)	16,05	6,01	18,80	5,85	-2,74	8,38
Potasyum (mg)	1959,48	576,71	1685,16	461,60	274,33	727,20
Magnezyum (mg)	225,73	72,00	215,56	73,69	10,17	104,29
Fosfor (mg)	999,69	340,51	843,27	298,88	156,42	434,91
Kükürt (mg)	657,97	212,23	489,33	163,00	168,64	273,93
Demir (mg)	9,34	2,78	8,88	2,50	0,47	3,65
Klor (mg)	5393,17	3634,13	3371,41	1555,80	2021,75	3801,77
Çinko (mg)	9,06	3,05	6,90	2,51	2,16	3,63
Bakır (mg)	1,27	,44	1,12	0,35	0,15	0,53
İyot (µg)	112,46	59,47	107,13	68,62	5,33	90,20
Omega 3 (g)	3,66	4,64	1,29	0,76	2,38	4,71
Omega 9 (g)	25,93	7,76	44,86	19,40	18,94	21,28
Topl.fol.as. (µg)	191,31	74,36	195,23	60,79	-3,92	101,85

Çalışmaya katılan bireylerin enerji, makro ve mikro besin değerlerinin diyet öncesi ilk durumda özet istatistikleri incelendiğinde, “Enerji (kcal)” ortalamalarının $1584,03 \pm 479,32$, “CHO (g)” ortalamalarının $159,59 \pm 65,51$, “CHO (%)” ortalamalarının $41,52 \pm 9,84$, “Prot. (g)” ortalamalarının $64,89 \pm 21,36$, “Prot. (%)” ortalamalarının $17,19 \pm 3,41$, “Yağ (g)” ortalamalarının $72,17 \pm 25,86$, “Yağ (%)” ortalamalarının $41,29 \pm 9,15$, “Vit. A (µg)” ortalamalarının $836,32 \pm 858,74$, “Vit. D (µg)” ortalamalarının $1,62 \pm 2,43$, “Vit. E (µg)” ortalamalarının $13,25 \pm 9,78$, “Vit. K (µg)” ortalamalarının $233,01 \pm 107,78$, “Vit. B1 (mg)” ortalamalarının $0,80 \pm 0,48$, “Vit. B2 (mg)” ortalamalarının $1,15 \pm 0,45$, “Niasin (mg)” ortalamalarının $10,60 \pm 4,46$, “Pant.as. (mg)” ortalamalarının $3,79 \pm 1,33$, “Biotin (µg)” ortalamalarının $29,60 \pm 12,68$, “Flor (µg)” ortalamalarının $331,89 \pm 111,23$, “Vit. B12 (µg)” ortalamalarının $4,50 \pm 3,49$, “Vit. C (mg)” ortalamalarının $56,99 \pm 42,60$, “Sodyum (mg)” ortalamalarının $3668,37 \pm 2701,88$, “Kalsiyum (mg)” ortalamalarının

610,94±284,85, “Çoklu doymam. yağ (g)” ortalamalarının 18,65±11,47, “Lif (g)” ortalamalarının 16,05±6,01, “Potasyum (mg)” ortalamalarının 1959,48±576,71 “Magnezyum (mg)” ortalamalarının 225,73±72,00, “Fosfor (mg)” ortalamalarının 999,69±340,51, “Kükürt (mg)” ortalamalarının 657,97±212,23, “Demir (mg)” ortalamalarının 9,34±2,78, “Klor (mg)” ortalamalarının 5393±3634,13, “Çinko (mg)” ortalamalarının 9,06±3,05, “Bakır (mg)” ortalamalarının 1,27±0,44, “İyot (µg)” ortalamalarının 112,46±59,47, “Omega 3 (g)” ortalamalarının 3,66±4,64, “Omega 9 (g)” ortalamalarının 25,93±7,76 ve “Topl.fol.as. (µg)” ortalamalarının 191,31±74,36 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.31).

Çalışmaya katılan bireylerin enerji, makro ve mikro besin değerlerinin son durumda özet istatistikleri incelendiğinde, “Enerji (kcal)” ortalamalarının 1538,78±296,32, “CHO (g)” ortalamalarının 82,42±29,89, “CHO (%)” ortalamalarının 35,60±6,88, “Prot. (g)” ortalamalarının 46,21±16,70, “Prot. (%)” ortalamalarının 19,96±4,20, “Yağ (g)” ortalamalarının 48,33±18,67, “Yağ (%)” ortalamalarının 44,38±7,47, “Vit. A (µg)” ortalamalarının 899,26±402,39, “Vit. D (µg)” ortalamalarının 1,91±2,12, “Vit. E (µg)” ortalamalarının 10,63±3,76, “Vit. K (µg)” ortalamalarının 333,55±124,37, “Vit. B1 (mg)” ortalamalarının 0,65±0,21, “Vit. B2 (mg)” ortalamalarının 0,90±0,37, “Niasin (mg)” ortalamalarının 7,49±2,87, “Pant.as. (mg)” ortalamalarının 3,36±0,88, “Biotin (µg)” ortalamalarının 31,77±9,67, “Flor (µg)” ortalamalarının 295,36±90,61, “Vit. B12 (µg)” ortalamalarının 3,95±6,72, “Vit. C (mg)” ortalamalarının 68,22±28,04, “Sodyum (mg)” ortalamalarının 2127,68±1013,96, “Kalsiyum (mg)” ortalamalarının 466,52±240,32, “Çoklu doymam. yağ (g)” ortalamalarının 9,38±3,84, “Lif (g)” ortalamalarının 18,80±5,85, “Potasyum (mg)” ortalamalarının 1685,16±461,60 “Magnezyum (mg)” ortalamalarının 215,56±73,69, “Fosfor (mg)” ortalamalarının 843,27±298,88, “Kükürt (mg)” ortalamalarının 489,33±163,00, “Demir (mg)” ortalamalarının 8,88±2,50, “Klor (mg)” ortalamalarının 3371,41±1555,80, “Çinko (mg)” ortalamalarının 6,90±2,51, “Bakır (mg)” ortalamalarının 1,12±0,35, “İyot (µg)” ortalamalarının 107,13±68,62, “Omega 3 (g)” ortalamalarının 1,29±0,76, “Omega 9 (g)” ortalamalarının 44,86±19,40 ve “Topl.fol.as. (µg)” ortalamalarının 195,23±60,79 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.31).

Çalışmaya katılan bireylerin enerji, makro ve mikro besin İlk ve Son Durum Fark değerlerinin özet istatistikleri incelendiğinde, “Enerji (kcal)” ortalamalarının

45,25±126,44, “CHO (g)” ortalamalarının 77,17±69,30, “CHO (%)” ortalamalarının 5,92±12,17, “Prot. (g)” ortalamalarının 18,68±24,99, “Prot. (%)” ortalamalarının -2,77±5,13, “Yağ (g)” ortalamalarının 23,84±32,46, “Yağ (%)” ortalamalarının -3,10±11,97, “Vit. A (µg)” ortalamalarının -62,94±941,01, “Vit. D (µg)” ortalamalarının -0,28±3,30, “Vit. E (µg)” ortalamalarının 2,62±11,29, “Vit. K (µg)” ortalamalarının -100,54±163,53, “Vit. B1 (mg)” ortalamalarının 0,15±0,51, “Vit. B2 (mg)” ortalamalarının 0,24±0,54, “Niasin (mg)” ortalamalarının 3,11±5,67, “Pant.as. (mg)” ortalamalarının 0,43±1,59, “Biotin (µg)” ortalamalarının -2,17±15,00, “Flor (µg)” ortalamalarının 36,53±143,54, “Vit. B12 (µg)” ortalamalarının 0,55±7,64, “Vit. C (mg)” ortalamalarının -11,23±43,90, “Sodyum (mg)” ortalamalarının 1540,69±2767,77, “Kalsiyum (mg)” ortalamalarının 144,42±354,53, “Çoklu doymam. yağ (g)” ortalamalarının 9,27±12,76, “Lif (g)” ortalamalarının -2,74±8,38, “Potasyum (mg)” ortalamalarının 274,33±727,20, “Magnezyum (mg)” ortalamalarının 10,17±104,29, “Fosfor (mg)” ortalamalarının 156,42±434,91, “Kükürt (mg)” ortalamalarının 168,64±273,93, “Demir (mg)” ortalamalarının 0,47±3,65, “Klor (mg)” ortalamalarının 2021,75±3801,77, “Çinko (mg)” ortalamalarının 2,16±3,63, “Bakır (mg)” ortalamalarının 0,15±0,53, “İyot (µg)” ortalamalarının 5,33±90,20, “Omega 3 (g)” ortalamalarının 2,38±4,71, “Omega 9 (g)” ortalamalarının 18,94±21,28 ve “Topl.fol.as. (µg)” ortalamalarının -3,92±101,85 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.31).

Çalışmaya katılan bireylerin MEDAS ve BDÖ İlk Durum, Sonra ve Fark puanlarına ile enerji, makro ve mikro besinleri arasındaki korelasyon katsayıları Çizelge 4.32–Çizelge 4.33 ve Çizelge 4.34’de verilmiştir.

Çizelge 4.32. Bireylerin MEDAS İlk Durum ve BDÖ İlk Durum puanları ile enerji, makro ve mikro besin bulguları arasındaki korelasyon katsayıları

	MEDAS Toplam İlk Durum		BDÖ Toplam İlk Durum	
	r	p	r	p
Enerji (kcal)	-0,190	0,177	0,201	0,154
CHO (g)	-0,324	0,019*	0,242	0,084
CHO (%)	-0,387	0,005**	0,226	0,107
Prot. (g)	-0,059	0,677	0,156	0,268
Prot. (%)	0,200	0,156	-0,083	0,557
Yağ (g)	0,046	0,744	0,009	0,950
Yağ (%)	0,347	0,012*	-0,207	0,141
Vit. A (µg)	0,148	0,294	0,096	0,499
Vit. D (µg)	0,210	0,136	-0,097	0,495
Vit. E (mg)	0,274	0,050	-0,061	0,665
Vit. K (µg)	-0,056	0,695	0,065	0,645
Vit. B1 (mg)	-0,044	0,755	-0,095	0,503
Vit. B2 (mg)	0,032	0,823	0,029	0,837
Niasin (mg)	-0,018	0,897	0,005	0,971
Pant.as. (mg)	0,081	0,566	-0,055	0,696
Biotin (µg)	0,162	0,252	0,057	0,686
Flor (µg)	0,020	0,888	0,181	0,199
Vit. B12 (µg)	0,015	0,914	0,098	0,491
Vit. C (mg)	-0,163	0,247	0,010	0,946
Sodyum (mg)	-0,122	0,387	0,132	0,351
Kalsiyum (mg)	0,076	0,594	0,043	0,763
Çoklu doymam. yağ (g)	0,128	0,367	-0,120	0,395
Lif (g)	-0,021	0,884	0,040	0,779
Potasyum (mg)	-0,060	0,671	-0,012	0,932
Magnezyum (mg)	-0,004	0,980	0,033	0,816
Fosfor (mg)	0,006	0,966	0,161	0,256
Kükürt (mg)	-0,036	0,799	0,14	0,244
Demir (mg)	-0,148	0,294	0,140	0,322
Klor (mg)	-0,133	0,348	0,119	0,403
Çinko (mg)	-0,254	0,069	0,184	0,192
Bakır (mg)	-0,073	0,606	0,110	0,438
İyot (µg)	0,102	0,470	0,139	0,324
Omega 3 (g)	-0,025	0,861	-0,147	0,299
Omega 9 (g)	0,244	0,081	-0,193	0,170
Topl.fol.as. (µg)	0,021	0,883	0,158	0,263

r: Pearson Korelasyon Testi

*:<0,05; **:<0,01

MEDAS İlk Durum puanı ile “CHO (g)” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=-0,324$; $p<0,05$).

MEDAS İlk Durum puanı ile “CHO (%) ” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=-0,387$; $p<0,01$).

MEDAS İlk Durum puanı ile “Yağ (%) ” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=0,347$; $p<0,05$).

MEDAS İlk Durum puanı ile diğer tüm enerji, makro ve mikro besin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

BDÖ İlk Durum puanı ile tüm enerji, makro ve mikro besin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.33. Bireylerin MEDAS Son Durum ve BDÖ Son Durum puanları ile enerji, makro ve mikro besin bulguları arasındaki korelasyon katsayıları

	MEDAS Toplam Son Durum		BDÖ Toplam Son Durum	
	r	p	r	p
Enerji (kcal)	-0,205	0,248	0,150	0,523
CHO (g)	-0,077	0,587	-0,138	0,331
CHO (%)	0,028	0,844	-0,345	0,012*
Prot. (g)	-0,086	0,545	0,086	0,544
Prot. (%)	0,039	0,783	0,064	0,651
Yağ (g)	-0,096	0,500	0,161	0,254
Yağ (%)	-0,060	0,671	0,286	0,040*
Vit. A (µg)	-0,023	0,872	-0,052	0,712
Vit. D (µg)	-0,180	0,202	0,084	0,552
Vit. E (mg)	0,046	0,744	-0,012	0,931
Vit. K (µg)	0,209	0,138	-0,022	0,876
Vit. B1 (mg)	-0,042	0,766	0,011	0,940
Vit. B2 (mg)	-0,085	0,548	0,277	0,047*
Niasin (mg)	-0,065	0,650	-0,117	0,410
Pant.as. (mg)	-0,070	0,619	0,228	0,104
Biotin (µg)	-0,106	0,453	0,338	0,014*
Flor (µg)	-0,047	0,738	0,145	0,304
Vit. B12 (µg)	-0,062	0,664	0,201	0,153
Vit. C (mg)	0,140	0,323	-0,131	0,354
Sodyum (mg)	0,087	0,539	-0,114	0,419
Kalsiyum (mg)	-0,036	0,798	0,160	0,258
Çoklu doymam. yağ (g)	0,046	0,746	0,017	0,907
Lif (g)	0,012	0,935	-0,084	0,555
Potasyum (mg)	0,048	0,733	0,057	0,686
Magnezyum (mg)	-0,107	0,448	-0,026	0,854
Fosfor (mg)	-0,073	0,607	0,114	0,423
Kükürt (mg)	-0,113	0,426	0,091	0,522
Demir (mg)	-0,036	0,802	0,026	0,856
Klor (mg) S	0,096	0,498	-0,118	0,406
Çinko (mg)	-0,001	0,992	0,136	0,338
Bakır (mg)	-0,020	0,888	-0,019	0,896
İyot (µg)	-0,030	0,834	-0,092	0,518
Omega 3 (g)	-0,127	0,371	0,012	0,931
Omega 9 (g)	0,046	0,748	-0,108	0,448
Topl.fol.as. (µg)	0,010	0,945	0,029	0,840

r: Pearson Korelasyon Testi

*: <0,05

MEDAS Son Durum puanı ile tüm enerji, makro ve mikro besin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

BDÖ Son Durum puanı ile “CHO (%)” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=-0,345$; $p<0,05$).

BDÖ Son Durum puanı ile “Yağ (%)” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=0,286$; $p<0,05$).

BDÖ Son Durum puanı ile “Vit. B2 (mg)” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=0,277$; $p<0,05$).

BDÖ Son Durum puanı ile “Biotin (μg)” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=0,338$; $p<0,05$).

BDÖ Son Durum puanı ile diğer tüm enerji, makro ve mikro besin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.34. Bireylerin MEDAS Son- İlk Durum Fark ve BDÖ Son-İlk Durum Fark puanları ile enerji, makro ve mikro besin bulguları arasındaki korelasyon katsayıları

	MEDAS Toplam Son-İlk Durum Fark		BDÖ Toplam Son-İlk Durum Fark	
	r	p	r	p
Enerji (kcal) Fark	0,154	0,448	0,251	0,283
CHO (g) Fark	0,189	0,181	-0,099	0,646
CHO (%) Fark	0,255	0,068	-0,427	0,037*
Prot. (g) Fark	-0,050	0,727	0,230	0,280
Prot. (%) Fark	-0,279	0,045*	-0,071	0,741
Yağ (g) Fark	-0,052	0,716	0,392	0,058
Yağ (%) Fark	-0,135	0,341	0,444	0,030*
Vit. A (μg) Fark	-0,170	0,229	0,040	0,851
Vit. D (μg) Fark	-0,027	0,852	0,264	0,212
Vit. E (mg) Fark	-0,182	0,197	0,383	0,064
Vit. K (μg) Fark	-0,237	0,091	0,321	0,126
Vit. B1 (mg) Fark	0,000	0,998	0,043	0,843
Vit. B2 (mg) Fark	0,024	0,864	-0,035	0,872
Niasin (mg) Fark	-0,089	0,528	0,074	0,733
Pant.as. (mg) Fark	0,004	0,979	0,009	0,967
Biotin (μg) Fark	0,057	0,689	0,019	0,929
Flor (μg) Fark	-0,023	0,874	0,178	0,406
Vit. B12 (μg) Fark	0,155	0,272	0,129	0,548
Vit. C (mg) Fark	-0,029	0,839	0,111	0,607
Sodyum (mg) Fark	-0,022	0,875	-0,104	0,628
Kalsiyum (mg) Fark	-0,115	0,416	-0,140	0,513
Çoklu doymam. yağ (g) Fark	-0,103	0,467	0,302	0,151
Lif (g) Fark	-0,053	0,707	0,137	0,523
Potasyum (mg) Fark	0,008	0,954	-0,007	0,975
Magnezyum (mg) Fark	-0,018	0,902	0,083	0,699
Fosfor (mg) Fark	-0,096	0,498	0,031	0,886
Kükürt (mg) Fark	-0,031	0,826	0,181	0,398
Demir (mg) Fark	0,012	0,933	0,152	0,479
Klor (mg) Fark	-0,015	0,914	-0,114	0,595

Çizelge 4.34. (devam) Bireylerin MEDAS Son- İlk Durum Fark ve BDÖ Son-İlk Durum Fark puanları ile enerji, makro ve mikro besin bulguları arasındaki korelasyon katsayıları

Çinko (mg) Fark	0,001	0,992	0,174	0,415
Bakır (mg) Fark	0,069	0,69	0,116	0,590
İyot (µg) Fark	0,064	0,652	0,119	0,581
Omega 3 (g) Fark	0,058	0,682	0,019	0,930
Omega 9 (g) Fark	-0,008	0,958	0,022	0,919
Topl.fol.as. (µg) Fark	-0,151	0,284	-0,029	0,892

r: Pearson Korelasyon Testi

*:<0,05

MEDAS İlk ve Son Durum Fark puanı ile “Protein (%) Fark” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur ($r=-0,279$; $p<0,05$).

MEDAS İlk ve Son Durum Fark puanı ile diğer tüm enerji, makro ve mikro besin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

BDÖ İlk ve Son Durum Fark ile “CHO (%) Fark” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif orta derecede korelasyon bulunmuştur ($r=-0,427$; $p<0,05$).

BDÖ İlk ve Son Durum Fark ile “Yağ (%) Fark” değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif orta derecede korelasyon bulunmuştur ($r=0,444$; $p<0,05$).

BDÖ İlk ve Son Durum Fark puanı ile diğer tüm enerji, makro ve mikro besin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.6. Bireylerin Enerji, Makro ve Mikro Besin Öğelerinin İlk Durum ve Son Durum Değerlerinin TÜBER Karşılama Yüzdeleri

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre günlük aldığı makro ve mikro besinlerin ilk ve son durumda karşılama yüzdeleri Çizelge 4.35 – Çizelge 4.36’da verilmiştir.

Çizelge 4.35. Bireylerin makro ve mikro besin değerlerinin ilk durumda cinsiyetlerine göre TÜBER karşılama yüzdeleri

	Kadın			Erkek		
	Ort.	Karşılama Yüzdesi	TÜBER	Ort.	Karşılama Yüzdesi	TÜBER
Enerji (kkal)	1477,82	82,7	1786	1823,01	81,4	2239
Prot. (g)	62,32	125,1	49,8	70,66	118,4	59,7
Prot (%)	38,72	193,6	20	47,81	239,1	20
Yağ (%)	17,50	50,0	35	16,50	47,1	35
CHO (g)	138,79	106,8	130	206,40	158,8	130

Çizelge 4.35. (devam) Bireylerin makro ve mikro besin değerlerinin ilk durumda cinsiyetlerine göre TÜBER karşılama yüzdeleri

CHO (%)	43,78	73,0	60	35,69	59,5	60
A Vit (µg)	911,37	140,2	650	667,45	89,0	750
D Vit (µg)	2,02	13,5	15	0,73	4,9	15
E Vit (mg)	14,10	128,2	11	11,33	87,2	13
K Vit (µg)	238,66	265,2	90	220,30	183,6	120
B1 Vit Tiamin (mg)	0,82	74,5	1,1	0,76	63,3	1,2
Niasin (mg)	10,20	152,2	6,7	11,50	171,6	6,7
B2 Vit Ribofl (mg)	1,15	104,5	1,1	1,14	87,7	1,3
B5 Vit Pantas (mg)	3,83	76,6	5	3,70	74,0	5
Biotin (µg)	30,78	77,0	40	26,96	67,4	40
Flor (µg)	320,73	11,9	2700	357,01	10,8	3300
Folat topl. (µg)	188,42	57,1	330	197,80	59,9	330
B12 Vit (µg)	4,61	115,3	4	4,23	325,4	1,3
C Vit (mg)	51,27	54,0	95	69,84	63,5	110
Sodyum (mg)	3521,56	234,8	1500	3998,69	266,6	1500
Kalsiyum (mg)	596,20	59,6	1000	644,09	64,4	1000
Potasyum (mg)	1932,14	41,1	4700	2021,00	43,0	4700
Magnezyum (mg)	224,30	74,8	300	228,95	65,4	350
Fosfor (mg)	962,87	175,1	550	1082,53	196,8	550
Demir (mg)	8,96	81,5	11	10,20	92,7	11
Çinko (mg)	8,62	114,9	7,5	10,05	106,9	9,4
Bakır (mg)	1,24	95,4	1,3	1,34	83,6	1,6
İyot (µg)	110,60	73,7	150	116,64	77,8	150

Kadın bireylerin günlük makro ve mikro besin değerlerinin İlk Durumda TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, Enerji (kcal) karşılama yüzdelerinin %82,7, Prot. (g) karşılama yüzdelerinin %125,1, Prot. (%) karşılama yüzdelerinin %193,6, Yağ (%) karşılama yüzdelerinin %50, CHO (g) karşılama yüzdelerinin %106,8, CHO (%) karşılama yüzdelerinin %73, A vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %140,2, D vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %13,5, E vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %128,2, K vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %265,2, B1 vit. / Tiamin (mg) karşılama yüzdelerinin %74,5, Niasin (mg) karşılama yüzdelerinin %152,2, B2 vit. /Ribofl. (mg) karşılama yüzdelerinin %104,5, B5 vit. Pant.as (mg) karşılama yüzdelerinin %76,6, Biotin (µg) karşılama yüzdelerinin %77, Flor (µg) karşılama yüzdelerinin %11,9, Folat topl. (µg) karşılama yüzdelerinin %57,1, B12 vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %115,3, C vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %54, Sodyum (mg) karşılama yüzdelerinin %234,8, Kalsiyum (mg) karşılama yüzdelerinin %59,6, Potasyum (mg) karşılama yüzdelerinin %41,1, Magnezyum (mg) karşılama yüzdelerinin %74,8, Fosfor (mg) karşılama yüzdelerinin %175,1, Demir (mg) karşılama yüzdelerinin %81,5, Çinko (mg) karşılama yüzdelerinin %114,9, Bakır (mg)

karşılama yüzdelerinin %95,4 ve İyot (µg) karşılama yüzdelerinin %73,7 olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.34).

Erkek bireylerin günlük makro ve mikro besin değerlerinin ilk durumda TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, Enerji (kcal) karşılama yüzdelerinin %81,4, Prot. (g) karşılama yüzdelerinin %118,4 Prot. (%) karşılama yüzdelerinin %239,1, Yağ (%) karşılama yüzdelerinin %47,1, CHO (g) karşılama yüzdelerinin 158,8, CHO (%) karşılama yüzdelerinin %59,5, A vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %89, D vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %4,9, E vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %87,2, K vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %183,6, B1 vit. / Tiamin (mg) karşılama yüzdelerinin %63,3, Niasin (mg) karşılama yüzdelerinin %171,6, B2 vit. /Ribofl. (mg) karşılama yüzdelerinin %87,7, B5 vit. Pant.as (mg) karşılama yüzdelerinin %74, Biotin (µg) karşılama yüzdelerinin %67,4, Flor (µg) karşılama yüzdelerinin %10,8, Folat topl. (µg) karşılama yüzdelerinin %59,9, B12 vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %325,4, C vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %63,5, Sodyum (mg) karşılama yüzdelerinin %266,6, Kalsiyum (mg) karşılama yüzdelerinin %64,4, Potasyum (mg) karşılama yüzdelerinin %43, Magnezyum (mg) karşılama yüzdelerinin %65,4, Fosfor (mg) karşılama yüzdelerinin %196,8, Demir (mg) karşılama yüzdelerinin %92,7, Çinko (mg) karşılama yüzdelerinin %106,9, Bakır (mg) karşılama yüzdelerinin %83,6 ve İyot (µg) karşılama yüzdelerinin %77,8 olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.34).

Çizelge 4.36. Bireylerin makro ve mikro besin değerlerinin son durumda cinsiyetlerine göre TÜBER karşılama yüzdeleri

	Kadın			Erkek		
	Ort.	Karşılama Yüzdesi	TÜBER	Ort.	Karşılama Yüzdesi	TÜBER
Enerji (kcal)	958,88	53,7	1786	1291,07	57,7	2239
Prot. (g)	47,43	95,2	49,8	43,47	72,8	59,7
Prot (%)	20,25	101,3	20	19,31	96,6	20
Yağ (%)	44,28	126,5	35	44,63	127,5	35
CHO (g)	82,06	63,1	130	83,22	64,0	130
CHO (%)	35,44	59,1	60	35,94	59,9	60
A Vit (µg)	856,44	131,8	650	995,60	132,7	650
D Vit (µg)	1,63	10,9	15	2,53	16,9	15
E Vit (mg)	10,58	96,2	11	10,75	82,7	11
K Vit (µg)	337,90	375,4	90	323,77	269,8	90
B1 Vit Tiamin (mg)	0,67	60,9	1,1	0,60	50,0	1,1
Niasin (mg)	7,57	113,0	6,7	7,31	109,1	6,7
B2 Vit Ribofl (mg)	0,90	81,8	1,1	0,92	70,8	1,1

Çizelge 4.36. (devam) Bireylerin makro ve mikro besin değerlerinin son durumda cinsiyetlerine göre TÜBER karşılama yüzdeleri

B5 Vit	3,38	67,6	5	3,31	66,2	5
Pantas (mg)						
Biotin (µg)	31,39	78,5	40	32,62	81,6	40
Flor (µg)	298,30	11,0	2700	288,75	8,8	2700
Folat topl. (µg)	198,47	60,1	330	187,94	57,0	330
B12 Vit (µg)	3,04	76,0	4	5,99	460,8	4
C Vit (mg)	69,98	73,7	95	64,26	58,4	95
Sodyum (mg)	2143,86	142,9	1500	2091,27	139,4	1500
Kalsiyum (mg)	482,91	48,3	1000	429,64	43,0	1000
Potasyum (mg)	1742,46	37,1	4700	1556,23	33,1	4700
Magnezyum (mg)	220,79	73,6	300	203,81	58,2	300
Fosfor (mg)	870,73	158,3	550	781,49	142,1	550
Demir (mg)	9,01	81,9	11	8,57	77,9	11
Çinko (mg)	7,04	93,9	7,5	6,58	70,0	7,5
Bakır (mg)	1,15	88,5	1,3	1,06	66,3	1,3
İyot (µg)	111,53	74,4	150	97,24	64,8	150

Kadın bireylerin günlük makro ve mikro besin değerlerinin ikinci durumda TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, Enerji (kcal) karşılama yüzdelerinin %53,7, Prot. (g) karşılama yüzdelerinin %95,2, Prot. (%) karşılama yüzdelerinin %101,3, Yağ (%) karşılama yüzdelerinin %126,5, CHO (g) karşılama yüzdelerinin %63,1 CHO (%) karşılama yüzdelerinin %59,1, A vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %131,8, D vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %10,9, E vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %96,2, K vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %375,4, B1 vit. / Tiamin (mg) karşılama yüzdelerinin %60,9, Niasin (mg) karşılama yüzdelerinin %113, B2 vit. /Ribofl. (mg) karşılama yüzdelerinin %81,8, B5 vit. Pant.as (mg) karşılama yüzdelerinin %67,6, Biotin (µg) karşılama yüzdelerinin %78,5, Flor (µg) karşılama yüzdelerinin %11, Folat topl. (µg) karşılama yüzdelerinin %60,1, B12 vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %76, C vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %73,7, Sodyum (mg) karşılama yüzdelerinin %142,9, Kalsiyum (mg) karşılama yüzdelerinin %48,3, Potasyum (mg) karşılama yüzdelerinin %37,1, Magnezyum (mg) karşılama yüzdelerinin %73,6, Fosfor (mg) karşılama yüzdelerinin %158,3, Demir (mg) karşılama yüzdelerinin %81,9, Çinko (mg) karşılama yüzdelerinin %93,9, Bakır (mg) karşılama yüzdelerinin %88,5 ve İyot (µg) karşılama yüzdelerinin %74,4 olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.35).

Erkek bireylerin günlük makro ve mikro besin değerlerinin ikinci durumda TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, Enerji (kcal) karşılama yüzdelerinin %57,7, Prot. (g) karşılama yüzdelerinin %72,8, Prot. (%) karşılama yüzdelerinin %96,6, Yağ (%) karşılama yüzdelerinin %127,5, CHO (g) karşılama yüzdelerinin %64, CHO (%) karşılama yüzdelerinin %59,9, A vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %132,7, D vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %16,9, E vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %82,7, K vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %269,8, B1 vit. / Tiamin (mg) karşılama yüzdelerinin %50, Niasin (mg) karşılama yüzdelerinin %109,1, B2 vit. /Ribofl. (mg) karşılama yüzdelerinin %70,8, B5 vit. Pant.as (mg) karşılama yüzdelerinin %66,2, Biotin (µg) karşılama yüzdelerinin %81,6, Flor (µg) karşılama yüzdelerinin %8,8, Folat topl. (µg) karşılama yüzdelerinin %57, B12 vit. (µg) karşılama yüzdelerinin %460,8, C vit. (mg) karşılama yüzdelerinin %58,4, Sodyum (mg) karşılama yüzdelerinin %139,4, Kalsiyum (mg) karşılama yüzdelerinin %43, Potasyum (mg) karşılama yüzdelerinin %33,1, Magnezyum (mg) karşılama yüzdelerinin %58,2, Fosfor (mg) karşılama yüzdelerinin %142,1, Demir (mg) karşılama yüzdelerinin %77,9, Çinko (mg) karşılama yüzdelerinin %70, Bakır (mg) karşılama yüzdelerinin %66,3 ve İyot (µg) karşılama yüzdelerinin %64,8 olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.35).

5. TARTIŞMA

Sağlıklı bir beslenme modeli olan akdeniz diyetinin son dönemde popülerleşmesiyle birlikte hastalıkların tedavisindeki ve önlenmesindeki rolü de sıklıkla araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan birçok çalışma Akdeniz diyetinin kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, metabolik sendrom gibi birçok kronik hastalık üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermiştir (Finicelli, 2018). Günümüzde küreselleşme ve kentleşmenin yarattığı olumsuz etkiler bireylerde görülen depresyon riskini arttırmıştır. 1970’li yıllardan günümüze dek yapılan çalışmalar depresyonun en sık görülen ruhsal bozukluk olduğunu göstermiştir. Akdeniz diyetinin kronik hastalıklara ek olarak ruhsal hastalıklar üzerine de olumlu etkisi olabileceği tartışılmaktadır (Solomon, 2019). Her katılımcının günlük gereksinimlerine göre %40-45 karbonhidrat, %12-15 protein, %30-35 yağdan gelecek şekilde ,eklerde bir örneği verilmiştir

Çalışmamızdaki katılımcıların %69,2’si kadın, %30,8’i erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $30,12 \pm 7,94$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.1). Martínez-Lapiscina ve ark. (2013) bilişsel gelişim ve Akdeniz Diyeti arasındaki bağı göstermek için yürüttüğü bir çalışmada %44,6’sı erkek, %55,4’ü kadın olmak üzere toplam 522 kişi üzerinde çalışmıştır. Mohtadi ve ark.nın (2020) sosyodemografik etkilerin ve Akdeniz diyetinin incelendiği başka çalışmada ortalama yaş 38.99 ± 15.31 olarak belirlenmiştir.

Çalışmada katılımcıların Akdeniz diyetinden önce ve sonra olmak üzere iki kez BKİ grupları incelenmiştir. Katılımcıların %61,5’inin diyet uygulaması öncesi fazla kilolu BKİ grubunda olduğu görülürken uygulama sonrasında bu oranın %59,6’ya gerilediği belirlenmiştir. Diğer katılımcılar ise normal BKİ aralığındadır (Çizelge 4.2). Shai ve ark.nın (2008) üç farklı beslenme tipini ele alan çalışmasında Akdeniz tipi beslenme ile müdahale ettiği grup katılımcılarının beden kütle indeksi müdahale sonrasında -1.5 ± 2.2 olarak bulunmuştur. Romaguera ve ark.nın (2009) Avrupa çapınca akdeniz diyetine bağlılık ve alt karın yağlanmasını incelediği bir çalışmada

beden kütle indekslerine bakılmıştır ve akdeniz diyetine bağlılık arttıka beden kitle indeksi ve alt karın yağlanması azalma olduğu bildirilmiştir. MEDAS toplam puanı ile BKİ sınıfları arasında anlamlı farklılık saptanmış olup normal bireylerde en yüksek MEDAS puanı görülmektedir.

Çalışmaya katılanların %9,6'sının kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir ( izelge 4.1). Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyet Skoru İle Beslenme Alışkanlıkları Ve Antropometrik  l   mler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi adlı çalışmada bireylerin %84,8'inde beslenme ilintili kronik sağlık sorunu olmadığı belirtilmiştir (Mert Aşit, 2018).

Katılımcılara daha önce diyet uygulama durumu sorulduğunda %69,2'sinin diyet geçmişi olduğu geri kalanının ise daha önce hiç diyet yapmamış olduğu belirlenmiştir ( izelge 4.1). Bir başka akdeniz tipi beslenmeye uygunluğun değerlendirildiği çalışmada ise kişilerin %65,5'inin daha önce diyet geçmişi olmadığı belirtilmiştir (şeyma Kalkuz, 2018). Daha önce diyet geçmişi olan katılımcıların MEDAS uyumu daha düşük olarak bulunmuştur. Bunun nedeni; daha önce diyet geçmişi olanların, diyet geçmişi olamayanlara göre daha az bağlılık göstermesi olarak yorumlanabilir. Böylece daha önce diyet yapmayanlar diyet listesine daha bağımlı kalmış olabilirler.

Araştırmada katılımcılara Akdeniz diyeti uygulanmış olup diyetten önce ve sonra MEDAS  l   ği doldurulmuştur. Katılımcıların diyet  ncesi MEDAS skor ortalaması 8,50 olarak, diyetten sonra ise 9,50 olarak ölçülmüştür ( izelge 4.4). Girolı ve ark.nın (2021) Akdeniz diyeti ve Az Yağlı Diyetin koroner kalp hastalıklarına olan etkisini araştırdığı bir çalışmada, katılımcıların diyet öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir ve MEDAS skoru 2,6 puan ($\pm 2,2$) ile önemli ölçüde arttığını belirtmiştir.

Katılımcıların diyet öncesi ve sonrası MEDAS skorları ile cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların diyet uygulaması sonrası MEDAS puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmada hem kadın hem erkek katılımcıların MEDAS  l   ğinden aldıkları puanların diyet uygulaması sonrasında yükseldiği belirlenmiştir ($p < 0,001$, $p < 0,05$) ( izelge 4.5.). Schröder ve ark.nın (2011) İşpanyada yaptığı bir çalışmada akdeniz tipi beslenme uygulama sonrasında MEDAS puanının hem kadın hem erkek için artış gösterdiğini bildirmiştir. Ancak erkeklerin uyumunun kadınlardan daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların yaş grupları ve MEDAS  l   ğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, 3 farklı yaş grubunda da (25 yaş ve altı, 25-30 yaş arası, 30 yaş ve üzeri) diyet öncesi ve sonrasında alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu

saptanmıştır ($p=0,023$, $p=0,015$, $p=0,012$). Yaş gruplarına göre MEDAS ölçeğinden diyet öncesi ve sonrası alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir ($p>0,01$)(Çizelge 4.6). Akdeniz diyetine uyum ölçeği yaş ortalamasında anlamlı bulunmamıştır ancak kadınlar arasında yaş ile ilişkili bulunmuştur. 25 yaş ve altı kadınlarda uyum sıklığı %15.4, 26-35 yaş arasındaki kadınlarda %45.8, 35 yaş ve üzeri kadınlarda %57.7 olarak saptanmıştır (Asuman Okur, 2018). 30 yaş ve üzeri kişilerde uyumun daha fazla olması, yaşın ilerlemesi ve sorumluluk bilincinin artması ile doğru orantılı olabilir.

Araştırmada katılımcıların MEDAS puanları ile BKİ önce ve sonra gruplarına göre değişip değişmediği incelenmiştir. Normal kilolu bireylerde MEDAS önce puanı ($6,26\pm1,19$) fazla kilolu olan bireylere ($5,07\pm1,60$) göre daha fazla olduğu için istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($p<0,01$) (Çizelge 4.7). Bir başka çalışmada MEDAS toplam puanı normal kilolu bireylerde $6,42\pm1,81$, fazla kilolu bireylerde $5,62\pm1,91$ olarak bildirilmiştir (Ebru Altun,2021).

Katılımcılara uygulanan akdeniz diyetinden önce ve sonra beck depresyon ölçeği uygulanmıştır. İlk durumda katılımcıların ölçekten aldıkları puan ortalaması $16,56\pm11,24$ iken ikinci durumda $6,25\pm7,02$ olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.16). Kazaz ve ark.nın (2018) beslenme durumu ve fiziksel aktivitenin depresyona etkisini araştırdığı bir çalışmada MEDAS puanının metabolik sendromlu hastalarda düşük bulunduğunu ve BDÖ puanının ise yüksek bulunduğunu belirtmiştir. Yıldız ve Saka'nın (2021) 162 kadın katılımcı ile yaptığı çalışmada, Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren katılımcıların beck depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının 16,2; yüksek uyum gösteren katılımcıların ise BDÖ puan ortalamalarının 8,6 olduğu belirlenmiştir. Literatür çalışmaları incelendiğinde Akdeniz diyetine uyumluluğun arttıkça depresyon düzeylerinde azalma görülmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçları da literatür çalışmalarına paralellik göstermektedir.

Diyet öncesi (ilk durum) katılımcıların %32,7'sinde orta şiddette, %15,4'ünde şiddetli depresyon görülmüştür. Diyet sonrası (ikinci durum) ise katılımcıların %5,8'inde orta, %3,8'inde şiddetli depresyon görülmüştür (Çizelge 4.17). Bir meta-analiz araştırmasında beş çalışma ele alınmış olup diyetin kalitesi ile depresyon veya depresif semptomların insidansı arasında 7 bağımsız ilişki bildirmiştir. Bu ilişkiler üzerine çalışma diyet kalite indeksi arttıkça depresif semptomların azaldığını göstermiştir. (Molendijk ve ark., 2018).

Katılımcıların yaş grupları ve beck depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, 3 farklı yaş grubunda da (25 yaş ve altı, 25-30 yaş arası, 30 yaş ve üzeri) diyet öncesi ve sonrasında alınan puanlar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ancak yaş grupları ile beck depresyon ölçeğinden diyet öncesi ve sonrası alınan puanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 4.19). Kadınlarda beck depresyon ölçeği puanlaması ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada yaş grupları ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Bunsuz, 2018). Bu bağlamda iki çalışmanın sonuçları paralellik göstermektedir.

Katılımcıların BKİ sınıflandırmaları diyet öncesi ve sonrası durumda beck depresyon ölçeği skorları ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda BKİ ile BDÖ skorları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.20). Güngör (2021) tarafından yapılan bir çalışmada BDÖ puanları ile BKİ sınıfları arasındaki ilişki incelenmiştir. İnceleme sonucunda BKİ sınıflandırılmasındaki zayıf grubunda olan katılımcıların anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. İki çalışma arasındaki farklılığın nedeni Güngör tarafından yapılan çalışmada katılımcıların BKİ sınıflamasının 4 gruba (zayıf, normal, pre-obez, obez) dağılırken bu çalışmada ise sadece 2 farklı BKİ sınıflandırılması (normal, fazla kilolu) olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Katılımcıların besin tüketim durumlarının saptanması için 2 günlük geriye dönük besin tüketim kayıtları alınmıştır.

Katılımcıların günlük enerji alımları incelendiğinde diyet müdahalesi öncesinde erkeklerin ortalama 1823,01 kkal, kadınların ortalama 1477,82 kkal enerji aldığı görülmüştür. Diyet müdahalesi sonrası erkekler ortalama 1754,58 kkal enerji alırken kadınlar ortalama 1322,98 kkal enerji almıştır. Türkiye Beslenme Rehberi'nde (2015) günlük enerji alımı erkekler için 2239 kkal iken kadınlar için 1786 kkal'dır. Bu araştırmada erkeklerin enerji alımı önerilenin altındayken kadınlar için önerilenin üstündedir. Erkeklerin günlük enerji alımlarının TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri diyetten önce %81,4 İken diyetten sonra %78,4 olarak saptanmıştır. Kadınların günlük enerji alımlarının TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri diyetten önce %82,7 İken diyetten sonra %74,1 olarak saptanmıştır (Çizelge 4.35)(Çizelge 4,36). Sağır ve ark. Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile değerlendirilmesi adlı çalışmasında erkek öğrencilerin günlük enerji alımlarının 1510.0 ± 344.9 kkal, kadın öğrencilerin ise 1301.3 ± 290.4 kkal olduğunu bulmuştur. Bu

veriler TÜBER değerleri ile karşılaştırıldığında kadınların günlük alınan enerji karşılama yüzdelerinin %59,7, erkeklerin karşılama yüzdelerinin %52,8 olduğu görülmüştür. Ankarada yürütülen bir başka çalışmada ise kilo vermeye yönelik hazırlanan Akdeniz diyet modeline uygun bir diyet modelinde kişilerin uygulama öncesi enerji ve makrobesin alımı diyet sonrasına göre yüksek bulunmuştur (Altınkaynak ve Saka, 2020).

Katılımcıların makrobesin ögesi alımları diyet öncesi ve sonrasında incelenmiştir. Erkeklerin günlük protein alımlarının TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri diyetten önce %118,4 İken diyetten sonra %72,8 olarak saptanmıştır. Kadınların günlük protein alımlarının TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri diyetten önce %125,1 İken diyetten sonra %95,2 Olarak saptanmıştır. Erkeklerin günlük karbonhidrat alımlarının TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri diyetten önce %158,8 İken diyetten sonra %64,2 Olarak saptanmıştır. Kadınların günlük karbonhidrat alımlarının TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri diyetten önce %106,8 İken diyetten sonra %63,1 Olarak saptanmıştır (Çizelge 4.35)(Çizelge 4,36). Garipağaoğlu ve ark.nın yaptığı bir araştırmada, katılımcıların aldıkları günlük enerjinin %48'inin karbonhidrattan, %16'sının proteinden ve %36'sının yağdan sağlandığı belirlenmiştir. Bir başka çalışmada bireylerin protein alım oranı $16,77 \pm 4,97$, karbonhidrat alım oranı ise $44,31 \pm 12,56$ olarak daha yüksek bulunmuştur (Demirel. 2019).

Katılımcıların mikrobesein ögesi alımları diyet öncesi ve sonrasında incelenmiştir. Erkeklerde günlük C vitamini karşılama oranı diyet öncesinde %63,5 iken diyet sonrasında %58,4 olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.35) (Çizelge 4,36). Bu oran kadınlarda diyet öncesinde %54 iken diyet sonrasında %73,7 olarak belirlenmiştir. Uçar (2020) akdeniz diyet skoru ve vücut kompozisyonları arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında günlük C vitamin alımı ortalama erkeklerde $155,1 \pm 102,5$ iken kadınlarda ise $143,5 \pm 76,4$ olarak bulunmuştur.

Erkeklerde günlük folat karşılama oranı diyet öncesinde %59,9 iken diyet sonrasında %57 olarak belirlenmiştir. Bu oran kadınlarda diyet öncesinde %57,1 iken diyet sonrasında %60,1 olarak belirlenmiştir(Çizelge 4.35) (Çizelge 4,36). Akdeniz diyeti ve mikrobeseinlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise kişilerin günlük folat alımı erkeklerde 198.9 ± 84.5 mcg ve kadınlarda 166.3 ± 65.8 mcg olarak bulunmuştur (Şendağ Sağır ve ark., 2020).

Erkeklerde günlük biotin karşılama oranı diyet öncesinde %67,4 iken diyet sonrasında %81,6 olarak belirlenmiştir. Bu oran kadınlarda diyet öncesinde %77 iken

diyet sonrasında %78,5 olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.35) (Çizelge 4.36). Bireylerin Akdeniz Diyetine Uyumluluğu İle Bilişsel Performansları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi adlı bir araştırmada akdeniz diyet uygulaması sonrası erkeklerin %92'sinin, kadınların 67,6'sının biotin alımının arttığı gözlemlenmiştir (İnce, 2019).

Çalışmaya katılan bireylerin diyet öncesi durumda MEDAS puanı arttıkça karbonhidrat alımının azaldığı görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 32). Yağ alımına bakıldığında ise diyet öncesi MEDAS puanı arttıkça yağ tüketim miktarının arttığı görülmüştür ($p<0,05$) (Çizelge 32). 6824 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada katılımcılar kontrol ve deney grubu olarak ikiye ayrılmış ve deney grubuna 12 ay boyunca akdeniz diyeti uygulanmıştır. Çalışma sonucundan deney grubundaki bireylerin günlük karbonhidrat tüketiminin anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (Sayón-Orea ve ark., 2019).

Besin ögesi alımları ve beck depresyon ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde diyet öncesi durumda herhangi bir besin ögesi ile anlamlı bir fark bulunmazken, diyet sonrası durumda BDÖ puanları ile karbonhidrat ve yağ alımları arasında zayıf derece anlamlı bir fark bulunmuştur. Katılımcıların BDÖ puanı arttıkça CHO (%) alımı azalırken, yağ (%) alımı artmıştır ($p<0,05$) (Çizelge 4.32) (Çizelge 4.33). Bektaşlı Köybaşı (2020) tarafından uygulanan, üniversite öğrencilerinin depresyon ve beslenme durumunun incelendiği çalışmada katılımcıların depresyon düzeyi arttıkça karbonhidrat alımlarının arttığı görülmüştür.

6. SONUÇ

Bu çalışma; Mayıs 2021 - Eylül 2021’de, Antalya’da bulunan bir merkezde Beslenme ve Diyetetik bölümünde yapılmıştır. Toplam 52 katılımcıya uygulanan Akdeniz diyeti sonrasında; bireylerin diyetle uyumluluklarının antropometrik ölçümleri ile depresyon durumlarına etkisini saptamak amaçlanmıştır. Çalışma sonunda ise aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışmaya katılan bireylerin demografik dağılımları incelendiğinde %69,2’sinin (36 kişi) kadın olduğu ve %30,8’inin (16 kişi) erkek olduğu, %23’ünün (12 kişi) 25 yaş altı, %38,5’inin (20 kişi) 25-30 yaş arası, %38,5’inin (20 kişi) 30 yaş ve üzeri olduğu ve yaş ortalamalarının $30,12 \pm 7,94$ olduğu saptanmıştır.

Akdeniz diyeti uygulanan katılımcıların diyet öncesi ve sonrasında BKİ’lerine bakılmış ve diyet öncesi %38,5’inin (20 kişi) normal kilolu, %61,5’inin (32 kişi) fazla kilolu olduğu ve diyet öncesi BKİ grup ortalamalarının $26,16 \pm 3,73$ olduğu, diyet sonrası BKİ gruplarına göre %40,4’ünün (21 kişi) normal kiloda, %59,6’sının (31 kişi) fazla kilolu olduğu ve diyet sonrası BKİ ortalamalarının $25,13 \pm 3,55$ olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylere akdeniz diyet uygulama öncesi ve sonrasında MEDAS ölçeği uygulanmıştır. Diyet öncesi kişilerin MEDAS puanlarında anlamlı bir fark yok iken diyet sonrası puanlarda anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. DİYET SONRASI durumda kadın bireylerin MEDAS puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

Katılımcıların akdeniz diyet uygulaması sonrasında BKİ gruplamasında fazla kilolu olan bireylerde MEDAS puanı diyet uygulaması öncesine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$).

Araştırmaya katılan bireylerin akdeniz diyet uygulama öncesinde beck depresyon ölçeğinden aldıkları toplam puanlarına göre depresyon şiddet düzeyleri incelenmiştir ve araştırmaya katılan bireylerin %26,9’unun (14 kişi) minimal depresyon (0-9 puan)

düzeyinde, %25'inin (13 kişi) hafif depresyon (10-16 puan) düzeyinde, %32,7'sinin (17 kişi) orta depresyon (17-29 puan) düzeyinde, %15,4'ünün (8 kişi) ise şiddetli depresyon (30-63 puan) düzeyinde olduğu saptanmıştır. Akdeniz diyet uygulama sonrasında beck depresyon ölçeğinden aldıkları toplam puanlarına göre araştırmaya katılan bireylerin %76,9'unun (40 kişi) minimal depresyon (0-9 puan) düzeyinde, %13,5'inin (7 kişi) hafif depresyon (10-16 puan) düzeyinde, %5,8'inin (3 kişi) orta depresyon (17-29 puan) düzeyinde ve %3,8'inin (2 kişi) ise şiddetli depresyon (30-63 puan) düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Kadın ve erkek bireylerde diyet öncesi BDÖ puanı ile diyet sonrası BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle BDÖ puanının cinsiyete bağlı olarak değişmediği belirlenmiştir.

Katılımcıların akdeniz diyet uygulaması sonrasında BKİ gruplamasında fazla kilolu ve normal kilolu olan bireylerde BDÖ puanı diyet uygulaması öncesine göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu nedenle BDÖ puanının BKİ gruplamasına bağlı olarak değişmediği saptanmıştır.

Ölçekler arası ilişkiler incelendiğinde diyet öncesi MEDAS puanı ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf derecede korelasyon bulunmuştur. Ancak diyet uygulama sonrasında MEDAS puanı ile BDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin enerji, makro ve mikro besin değerlerinin istatistikleri incelenmiştir. Beck depresyon ölçeği puanları ile arasındaki ilişki incelendiğinde diyet öncesi durumda herhangi bir besin ögesi ile anlamlı bir fark bulunmazken, diyet sonrası durumda BDÖ puanları ile karbonhidrat ve yağ alımları arasında zayıf derece anlamlı bir fark bulunmuştur. Katılımcıların BDÖ puanı arttıkça CHO (%) alımı azalırken, yağ (%) alımı artmıştır ($p<0,05$)

Katılımcıların günlük enerji, makro ve mikro besin değerlerinin TÜBER'e göre karşılama yüzdeleri incelenmiştir. Kadın katılımcıların enerji karşılama oranı %74,1, protein (g) karşılama oranında %95,2, yağ (%) karşılama oranında 126,5 ve CHO (g) karşılama oranında %63,1 görülmüştür. Erkek katılımcıların enerji karşılama oranı %78,4, protein (g) karşılama oranında %72,8, yağ (%) karşılama oranında 127,5 ve CHO (g) karşılama oranında %64 görülmüştür.

7. ÖNERİLER

Bireylerin temel ihtiyaçlarından biri olan beslenme, sadece yaşamın sürdürülmesi için değil sağlığın korunması ve geliştirilmesi için de elzemdir. Bireylerin dengeli ve sağlıklı beslenebilmesi adına; büyüme, gelişme, doku ve organ yenilenmesi ile vücudun sistemli ve doğru şekilde çalışması için gerekli olan besin maddelerini yeterli miktarda tüketmeleri gerekir. Bu noktada akdeniz diyeti, içeriğindeki mikro ve makro besin öğelerinin dengeli dağılımı ile öne çıkmaktadır. Güncel araştırmalar akdeniz diyetinin birçok kronik hastalığın önlenmesinde ve sağlığın iyileştirilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Küreselleşen dünyanın ekolojik ve iklimsel sorunları göz önünde bulundurulduğunda akdeniz diyeti sürdürülebilir ve çevre dostu olması nedeniyle de öne çıkmaktadır. Tüm bu durumlar incelendiğinde bireyleri akdeniz diyetine teşvik etmek hem bireysel sağlığı hem toplum sağlığını geliştirecek, hastalıkların tespit ve tedavisine harcanan parayı ülke ekonomisine kazandıracak aynı zamanda ekolojik dengeyi de bozmayacaktır.

Depresyon bireylerde sürekli üzüntü, hissizlik, özdeğer kaybı ve isteksizlikle karakterize görülen ve günlük aktivitelerin sürdürülebilirliğinde bozulmalar yaşıtan duygu durum bozukluğudur. Dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı göz önünde bulundurulduğunda çağımızın hastalığı olarak kabul edilebilir. Çalışmalar bazı mikro besin öğeleri ile depresyon görülme riski ve şiddeti arasında anlamlılıklar belirlemiştir. Elzem makro ve mikro besin öğelerini dengeli ve yeterli miktarda içeren akdeniz diyetinin depresyon üzerine etkileri geniş çaplı olarak araştırılmalıdır.

Adölesan bireylere ortaokul ve lise kademelerinde okullara Sağlık Bakanlığı tarafından atanan sağlık profesyonelleri beslenme eğitimi vererek erken yaşta sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmalarına yardımcı olacaktır. Uygun beslenme eğitimleri üniversite öğrencilerine okul bünyesinde, yetişkin bireylere toplum sağlığı merkezlerinde verilerek bireylerde akdeniz diyetine uyum arttırılabilir. Bu noktada diyetisyenlerin rolü göz önünde bulundurulmalıdır.

8. KAYNAKLAR

Altınkaynak B., Saka M. (2020). Fazla Kilolu ve Obez Yetişkin Kadınlarda Ağırılık Kaybının Aşırı Besin İsteği Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(3): 190-203.

Altomare R. , Cacciabauda F., Damiano G., Palumbo VD., Gioviale MC., Bellavia M., Tomasello G., Lo Monte AI. (2013). The Mediterranean Diet: A History of Health. Iran J Public Health, 42(5): 449–457.

Altun E. (2020). 18-49 Yaş Arası Kadınların Premenstrual Sendrom İle Değişen Beslenme Alışkanlıklarının Ve Duygusal Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nihan Çakır Biçer).

Aşit M. (2018). Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyet Skoru İle Beslenme Alışkanlıkları Ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Edirne, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sedef Duran).

Bach-Faig A., Berry E. M., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Serra-Majem L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public Health Nutrition, 14(12A): 2274–2284.

Bach-Faig A., Berry E.M., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Medina FX., Battino M., Belahsen R., Miranda G., Serra-Majem L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public Health Nutrition, 14(12A): 2274–2284.

Bach-Faig A., Berry E.M., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Medina FX., Battino M., Belahsen R., Miranda G. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public Health Nutrition, 14: 2274–2278.

Bektaşlı Köybaşı G. (2020). Bir Yurtta Kalan Üniversiteli Kız Öğrencilerin Uyku Kalitesi, Depresyon Ve Beslenme Durumunun İncelenmesi. T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Prof. Dr. Suphiye Mine Yurttagül).

Bendall C.L., Mayr H.L., Opie RS., Bes-Rastrollo M., Itsiopoulos C., Thomas CJ. (2017). Central obesity and the Mediterranean diet: A systematic review of intervention trials. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 1–15.

- Bracale R., Vaccaro C.M., Coletta V., Cricelli Claudio., Gamaleri F.C., Parazzini F., Carruba M.** (2019). Nutrition behaviour and compliance with the Mediterranean diet pyramid recommendations: an Italian survey-based study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.
- Bremner J.D., Moazzami K., Wittbrodt M.T., Nye J.A., Lima B.B., Gillespie C.F., Rapaport M.H., Pearce B.D., Shah A.J., Vaccarino V.** (2020). Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*, 12(8): 2428–.
- Bunsuz E.** (2018). Kadınlarda Bel Çevresi Ve Beden Kitle İndeksi Ve Beck Depresyon Envanteri Puanlaması Arasındaki İlişkinin Saptanması. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Doç. Dr. Nalan Hakime Noğay)
- Castro-Barquero S., Ruiz-León AM., Sierra-Pérez M., Estruch R., Casas R.** (2020). Dietary Strategies for Metabolic Syndrome: A Comprehensive Review. *Nutrients*, 12(10): 2983.
- Champely S.** (2020). pwr: Basic Functions for Power Analysis. R package version 1.3-0. Alındığı tarih: 04.01.2021, <https://CRAN.R-project.org/package=pwr>
- Cronbach L.J.** (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3): 297-334.
- Cuadrado E., Tabernero C., Gutiérrez-Domingo T., Castillo-Mayen R., Luque B., Arenas A.** (2017). The Self-Efficacy Scale for Adherence to the Mediterranean Diet (SESAMeD): A scale construction and validation.
- D’Innocenzo S., Biagi C., Lanari M.** (2019). Obesity and the Mediterranean Diet: A Review of Evidence of the Role and Sustainability of the Mediterranean Diet. *Nutrients*, 11(6): 1306–.
- Davis C., Bryan J., Hodgson J., Murphy K.** (2015). Definition of the Mediterranean Diet; A Literature Review. *Nutrients*, 7(11): 9139–9153.
- de la Iglesia R., Loria-Kohen V., Zulet M., Martinez J., Reglero G., Ramirez de Molina A.** (2016). Dietary Strategies Implicated in the Prevention and Treatment of Metabolic Syndrome. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(11): 1877–.
- Demirel T.** (2019). Prediyabetik Bireylerin Diyet Glisemik İndeksi Ve Glisemik Yükü İle Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. F. Gülhan Samur).
- Dernini S., Berry E.M.** (2015). Mediterranean Diet: From a Healthy Diet to a Sustainable Dietary Pattern. *Front Nutrition*, 2: 15.

- Donaldson M.S.** (2004). Nutrition and cancer: A review of the evidence for an anti-cancer diet . Nutrition Journal, 3: 19.
- Esposito K., Giugliano D.** (2014). Mediterranean diet and type 2 diabetes. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 30(S1): 34–40.
- Esposito K., Maiorino M.I., Bellastella G., Chiodini P., Panagiotakos D., Giugliano D.** (2015). A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses, 5(8).
- Esposito K., Marfella R., Ciotola M., Di Palo C., Giugliano F., Giugliano G., D'Armiento M., D'Andrea F., Giugliano, D.** (2004). Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: A randomized trial. JAMA, 292(12):1440-6.
- Estruch R., Ros E.** (2020). The role of the Mediterranean diet on weight loss and obesity-related diseases. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 21(3):315-327.
- Finicelli M., Squillaro T., Di Cristo F., Di Salle A., Melone MAB., Galderisi U., Peluso G.** (2018). Metabolic syndrome, Mediterranean diet, and polyphenols: Evidence and perspectives. Journal of Cellular Physiology.
- Garibağaoğlu M., Budak N., Öner N., Sağlam Ö., Nişli K.** (2006). Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(3):173-280.
- Giroli M.G., Werba J.P., Risé P., Porro B., Sala A., Amato M., Tremoli E., Bonomi A., Veglia F.** (2021). Effects of Mediterranean Diet or Low-Fat Diet on Blood Fatty Acids in Patients with Coronary Heart Disease. A Randomized Intervention Study. Nutrients, 13(7): 2389.
- Güngör B.N.** (2021). Balıkesir Karesi İlçesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Yetişkin Bireylerde Beslenme Bilgi Düzeyi, Duygusal Yeme Ve Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi. Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gazimağusa, (Danışman: Doç. Dr. Ceren Gezer).
- Hidalgo-Mora J.J., Garcia-Vigara A., Sanchez-Sanchez ML., Garcia-Perez M-A., Tarın J., Cano A.** (2019). The Mediterranean Diet: A Historical Perspective On Food For Health. Maturitas.
- İnce N.** (2019). KKTC’de Yaşayan 50 Yaş ve Üzeri Bireylerin Akdeniz Diyet’ine Uyumluluğu İle Bilişsel Performansları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gazimağusa, (Danışman: Prof. Dr. Halit Tanju Besler).

- Kalkuz Ş.** (2018). Edirne İl Merkezinde Yaşayan Yetişkinlerin Akdeniz Diyet Skoru İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Edirne, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayça Çetinbaş).
- Kanter J.W., Busch A.M., Weeks C.E., Landes S.J.** (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 31(1): 1–21.
- Karamustafalıoğlu O., Yumrukçal H.** (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozukluk. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2): 65-74.
- Kaya B., Kaya M.** (2007). 1960'lardan Günümüze Depresyonun Epidemiyolojisi, Tarihsel Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 6):3-10.
- Kazaz İ., Angin E., Kabaran S., İyigün G., Kirmizigil B., Malkoç M.** (2018). Evaluation of the physical activity level, nutrition quality, and depression in patients with metabolic syndrome. *Medicine*, 97(18).
- Kris-Etherton P.M., Harris W.S., Appel L.J.** (2002). American Heart Association. Nutrition Committee. Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease, 106:2747–2757.
- Lăcătuşu C.M., Grigorescu E.D., Floria M., Onofriescu A., Mihai B.M.** (2019). The Mediterranean Diet: From an Environment-Driven Food Culture to an Emerging Medical Prescription. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6):942.
- Lang U.E., Beglinger C., Schweinfurth N., Walter M., Borgwardt S.** (2015). Nutritional Aspects of Depression. *Cellular Physiology and Biochemistry*, 37(3): 1029–1043.
- Lassale C., Batty G.D., Baghdadli A., Jacka F., Sánchez-Villegas A., Kivimäki M., Akbaraly T.** (2018). Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Molecular Psychiatry*.
- Li Y., Lv M.R., Wei Y.J., Sun L., Zhang J.X., Zhang H.G., Li B.** (2017). Dietary patterns and depression risk: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, (253), 373–382.
- Ljungberg T., Bondza E., Lethin C.** (2020). Evidence of the Importance of Dietary Habits Regarding Depressive Symptoms and Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5): 1616.
- Lloyd-Jones D.M., Hong Y., Labarthe D., Mozaffarian D., Appel L.J., Van Horn L., Greenlund K., Daniels S., Nichol G., Tomaselli G.F.** (2010). Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease

Reduction: The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond, 121(4): 586–613.

Locke A., Schneiderhan J., Zick S.M. (2018). Diets for Health: Goals and Guidelines. *Am Fam Physician*, 97(11):721-728.

Martín-Peláez S., Fito M., Castaner O. (2020). Mediterranean Diet Effects on Type 2 Diabetes Prevention, Disease Progression, and Related Mechanisms. A Review. *Nutrients*, 12(8): 2236–.

Martínez-González MA., Gea A., Ruiz-Canela M. (2019). The Mediterranean Diet and Cardiovascular Health. *Circulation Research*, 124(5): 779–798.

Martinez-Lapiscina E.H., Clavero P., Toledo E., Estruch R., Salas-Salvado J., San Julian B., Sanchez-Tainta A. Ros E., Valls-Pedret C., Martinez-Gonzalez MA. (2013). Mediterranean diet improves cognition: the PREDIMED-NAVARRA randomised trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 84(12): 1318–1325.

Mastorakou D., Rabaeus M., Salen P., Pounis G., de Lorgeril M. (2019). Mediterranean Diet. *Analysis in Nutrition Research*, 233–258.

Mentella M.C., Scaldaferri F., Ricci C., Gasbarrini A., Miggiano A.D. (2019). Cancer and Mediterranean Diet: A Review. *Nutrients*, 11(9): 2059–.

Micha R., Wallace SK., Mozaffarian D. (2010). Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis, 121: 2271–2283.

Mohtadi K., Msaad R., Benalioua N., Jafri A., Meftah H., Elkardi Y., Lebrazi H., Kettani A., Derouiche A., Taki H., Sa  le R. (2020). Sociodemographic and Lifestyle Factors Associated with Adherence to Mediterranean Diet in Representative Adult Population in Casablanca City, Morocco: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 1–9.

Molendijk M., Molero P., Ortu  o S  nchez-Pedre  o F., Van der Does W., Angel Martınez-Gonz  lez M. (2018). Diet quality and depression risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 15;226:346-354.

Okur A. (2018). Üniversite   alı  anlarının Beslenme, Fizik Aktivite Düzeyi Ve İlişkili Bireysel Ve   evresel Faktörler. T.C. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Rize, (Danı  şman: Prof. Dr. Leyla Karaoğlu).

  nc   H. (1994). Eğitimde   l  me ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. Ve Tic. Ltd.   ti.

- Pehlivanoğlu Özkan E.F., Balcıoğlu H., Ünlüoğlu İ.** (2020). Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(2):160-164
- Rakel R.E.** (1999). Depression. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 26(2): 211–224.
- Rao T.S., Asha M.R., Ramesh B.N., Jagannatha Rao K.S.** (2008). Understanding nutrition, depression and mental illnesses. *Indian J Psychiatry*, 50(2): 77–82.
- Romaguera D., Norat T., Mouw T., May A.M., Bamia C., Slimani N., Travier N., Besson H., Luan J., Wareham N.** (2009). Adherence to the Mediterranean Diet Is Associated with Lower Abdominal Adiposity in European Men and Women. *Journal of Nutrition*, 139(9): 1728–1737.
- Sağır G.Ş., Yurttagül S.M., Kıratlı B.** (2020). Üniversite öğrencilerinin beslenme durumlarının Akdeniz diyet kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(3):98-106.
- Salas-Salvadó J., Becerra-Tomás N., García-Gavilán J.F., Bulló M., Barrubés L.** (2018). Mediterranean Diet and Cardiovascular Disease Prevention: What do We Know?. *Progress in Cardiovascular Diseases*.
- Sánchez-Villegas A., Henríquez P., Bes-Rastrollo M., Doreste J.** (2006). Mediterranean diet and depression. *Public Health Nutrition*, 9(8A).
- Sayón-Orea C., Razquin C., Bulló M., Corella D., Fitó M., Romaguera D., Vioque J., Alonso-Gómez Á.M., Wärnberg J., Martínez J.A.** (2019). Effect of a Nutritional and Behavioral Intervention on Energy-Reduced Mediterranean Diet Adherence Among Patients With Metabolic Syndrome. *JAMA*, 322(15): 1486–1499.
- Schroder H., Fito M., Estruch R., Martinez-Gonzalez MA., Corella D., Salas-Salvado J., Lamuela-Raventos R., Ros E., Salaverria I., Fiol M.** (2011). A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *Journal of Nutrition*, 141(6): 1140–1145.
- Schwingshackl L., Schwedhelm C., Galbete C., Hoffmann G.** (2017). Adherence to Mediterranean Diet and Risk of Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 9(10): 1063–.
- Serra-Majem L., Tomaino L., Dernini S., Berry E.M., Lairon D., Ngo de la C., Bach-Faig A., Donini LM., Medina FX., Belahsen R.** (2020). Updating the Mediterranean Diet Pyramid towards Sustainability: Focus on Environmental Concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23):8758–
- Shai I., Schwarzfuchs D., Henkin Y., Shahar DR., Witkow S., Greenberg I., Golan R., Fraser D., Bolotin A., Vardi H.** (2008). Weight Loss with a Low-

Carbohydrate, Mediterranean, or Low-Fat Diet. *New England Journal of Medicine*, 359(3): 229–241.

Sizer F., Whitney E. (2000). Food Safety and Food technology. In *Nutrition concepts and controversies*, 507–545.

Sofi F., Macchi C., Abbate R., Gensini G.F., Casini A. (2013). Mediterranean diet and health. *BioFactors*, 39(4): 335–342.

Solomon Caren G., Park Lawrence T., Zarate Carlos A. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *New England Journal of Medicine*, 380(6): 559–568.

Süt N. (2011). Sample size determination and power analysis in clinical trials. *RAED Journal*, 3(1-2):29-33.

Trichopoulou A., Vasilopoulou E. (2016). Mediterranean Diet. *Encyclopedia of Food and Health*, 711–714.

Uçar Z. (2020). Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyet Skoru İle Beslenme Durumu Ve Vücut Kompozisyonu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akman).

Vitiello V., Germani A., Capuzzo Dolcetta E., Donini L.M., Del Balzo V. (2016). The New Modern Mediterranean Diet Italian Pyramid. *Ann Ig*, 28(3):179-86. Who 2012

Willett W.C., Sacks F., Trichopoulou A., Drescher G., Ferro-Luzzi A., Helsing E., Trichopoulos D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6): 1402–1406.

World Health Organization (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series no. 916. Geneva: WHO

Yıldız İ., Saka M. (2021). Yetişkin Kadınlarda Akdeniz Diyetine Uyum Düzeyi ile Depresif Semptomlar Arasındaki İlişki. (özel sayı) *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 101-115.

9. EKLER

Ek 1: Power Güç Analizi

Ek 2: Gönüllü Onam Formu

Ek 3: Etik Kurul Raporu

Ek 4: Anket Formu

Ek 5: MEDAS

Ek 6: Beck Depresyon Ölçeği

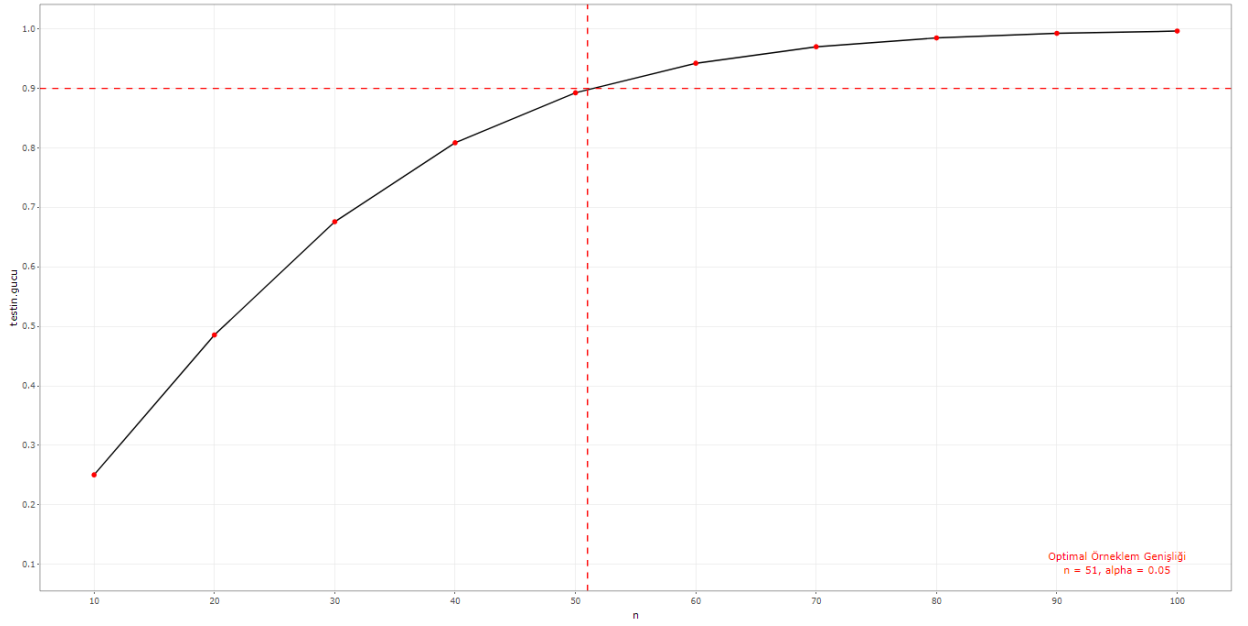
Ek 7: 2 Günlük Besin Tüketim Kaydı

Ek 8: Akdeniz Diyetine Uygun Örnek Diyet Listesi

Ek 1: Power Güç Analizi

Tablo 1. Power Analizi Sonuçlarının İdeal Örneklem Boyutları ve Kullanılması Gereken Optimal Örneklem Genişliği

	N	Testin Gücü
1	10	0,250349
2	20	0,485470
3	30	0,675798
4	40	0,808614
5	50	0,892701
6	60	0,942322
7	70	0,970066
8	80	0,984922
9	90	0,992599
10	100	0,996448



Şekil 9.1. Power Analizi Sonuçlarının İdeal Örneklem Boyutları ve Kullanılması Gereken Optimal Örneklem Genişliği Diyagramı

Ek 2: Gönüllü Onam Formu

ÖZEL BİR MERKEZE BAŞVURAN KİŞİLERİN AKDENİZ DİYETİ BESLENME DÜZENİ İLE DEPRESYON DÜZEYİNİN SAPTANMASI

Bu anket bilimsel bir tez için hazırlanmıştır. Bu Özel Bir Merkeze Başvuran Kişilerin Akdeniz Diyeti Beslenme Düzeni İle Depresyon Düzeyinin ve Antropometrik Ölçümünün Saptanması amacıyla planlamaktadır. Araştırmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederim.

Yukarıda açıklanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Katılım Formunu okudum. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. (Lütfen alttaki iki seçenekten birini işaretleyiniz.)

☐

Evet, onaylıyorum

☐

Hayır, onaylamıyorum

Ek 3: Etik Kurul Raporu

		T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi : 10.12.2015 Revizyon Tarihi : 16.09.2020 Revizyon No : 02 Sayfa No : 1/1	
Tarih: 29.04.2021		Karar No:			
Toplantı Sayısı:		Nurşen Gül'ün Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Özerson Koç'un danışmanlığında planladığı "Özel Bir Merkeze Başvuran Kişilerin Akdeniz Diyeti Beslenme Düzeni ile Depresyon Düzeyinin Saptanması" başlıklı çalışma incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.			
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
ETKU:10					

Ek 4: Anket Formu

Anket No:

ÖZEL BİR MERKEZE BAŞVURAN KİŞİLERİN AKDENİZ DİYETİ BESLENME DÜZENİ İLE DEPRESYON DÜZEYİNİN SAPTANMASI

A. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
 - a. Erkek
 - b. Kadın
3. Antropometrik Ölçümler
 - a. Boy: cm
 - b. Vücut ağırlığı: Kg
 - c. BKİ (kg/m²): (burayı araştırmacı dolduracaktır, lütfen boş bırakınız) :.....

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

4. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
 - a. Evet b. Hayır
5. Cevabınız evet ise nedir ?
.....
6. Daha önce hiç diyet uyguladınız mı?
 - a. Evet b. Hayır
7. Önceki soruya yanıtınız evet ise; bu diyet kim tarafından hazırlandı?
 - a. Diyetisyen b. Doktor c. Spor Hocası d. Gazeteden/Dergiden Örnek Liste e. Sosyal Medya
8. Daha önce aşağıdaki yöntemlerden hangisi veya hangilerini kilo vermek veya sağlıklı beslenmek için uyguladınız ?
 - a. İntermittent fasting b. Ketojenik diyet c. Zayıflama hapları d. Zayıflama içecekleri
 - e. Vegeteryan Beslenme f. Öğlen veya akşam öğününü atlama e. Sıvı Beslenme g. Ağır Egzersiz Yapma h. Kendini kusturma ı. Hiçbiri

Ek 5: MEDAS

	Evet (1 puan)	
Yemeklerde temel yağ olarak zeytinyağı kullanıyor musunuz?	Hafta da 2 kez ve üzeri	Haftada 2 defadan daha az
Günde ne kadar zeytinyağı tüketiyorsunuz?	4 yemek kaşığı ve üzeri	4 yemek kaşından daha az
Günde kaç porsiyon sebze tüketiyorsunuz?	2 porsiyon ve üzeri	2 porsiyondan daha az
Günde kaç porsiyon meyve (Taze sıkılmış meyve suları dahil) tüketiyorsunuz?	3 porsiyon ve üzeri	3 porsiyondan daha az
Günde kaç porsiyon kırmızı et tüketiyorsunuz?	100 gram/ gün altında	100 gram ve üzeri
Günde kaç porsiyon tereyağı veya margarin tüketiyorsunuz?	1 yemek kaşığından daha az (12 gram)	12 gram ve üzeri
Günde ne kadar şekerli ya da tatlandırılmış i _ç ecekler tüketirsiniz? (1 porsiyon= 100 gram)	1 porsiyondan daha az (100 gram)	100 gram ve üzeri
Şarap içer misiniz? Haftada ne kadar tüketiyorsunuz?	7 kadeh ve üzeri	7 kadehten daha az
Haftada kaç porsiyon bakliyat tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 150 gram)	3 porsiyon (450 gram) ve üzeri	3 porsiyondan daha az
Haftada kaç porsiyon balık / deniz ürünü tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 100-150 g balık veya 4-5 adet veya 200 g kabuklu deniz ürünleri)	3 porsiyon ve üzeri	3 porsiyondan daha az
Haftada kaç kez işlenmiş tatlı ya da hamur işi (Ev yapımı olmayan) tüketiyorsunuz?	3'den daha az	3 defa ve üzeri

Haftada kaç defa fındık (yer fıstığı dahil) tüketiyorsunuz? (1 porsiyon=30 gram)	3 porsiyon ve fazlası	3 porsiyondan daha az
Sığır eti, domuz eti, hamburger veya sosis yerine tavuk, hindi veya tavşan eti yemeyi mi tercih edersiniz?	Beyaz et tüketimi, kırmızı et tüketiminden gramaj olarak fazla	Beyaz et tüketimi, kırmızı et tüketiminden gramaj olarak daha az
Haftada kaç kere haşlanmış sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerinize domates, sarımsak, soğan veya pırasa soslu zeytinyağı kullanırsınız?	2 defa ve üzeri	2 defadan daha az

Ek 6: Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE) BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1.

- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2.

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3.

- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4.

- (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5.

- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6.

- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefret ediyorum.

7.

- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.

- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

8.

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9.

- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10.

- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11.

- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12.

- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13.

- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14.

- (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15.

- (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya

dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16.

(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17.

(0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18.

(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 kg verdim.

19.

(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20.

(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21.

(0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 7: 2 Günlük Besin Tüketim Kaydı

Aşağıdaki form beslenme durumunuzu belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen son 48 saatte tüketmiş olduğunuz besinlerin miktarlarını, çeşidini (örn, tam yağlı, yarım yağlı, yağsız veya kepekli/tam buğday ekmeği gibi), yemeğin içindeki malzemeleri ve tükettiğiniz hazır besinlerin markalarını belirtiniz.

Öğün	Besin veya Yemek Adı	Besinler veya İçindekiler	MİKTAR		Net Miktar (g)
			Ölçü	Ağırlık (g)	
SABAH					
KUŞLUK					
ÖĞLE					
İKİNDİ					
AKŞAM					
GECE					

Öğün	Besin veya Yemek Adı	Besinler veya İçindekiler	MİKTAR		Net Miktar (g)
			Ölçü	Ağırlık (g)	
SABAH					
KUŞLUK					
ÖĞLE					
İKİNDİ					
AKŞAM					
GECE					

Ek 8 : Akdeniz Diyetine Uyumlu Beslenme Programı

SABAH :	1 adet haşlanmış yumurta (50g) 1 kibrit kutusu peynir (az yağlı) (30g) 10-12 adet zeytin 2 tam ceviz 2 ince dilim tam tahıllı ekmek (50g) Dereotu, maydonoz, domates, salatalık
ÖĞLE :	Bol yeşillikli limonlu salata + 1 tatlı kaşığı zeytinyağ 8 yemek kaşığı zeytinyağlı sebze yemeği veya haşlama/ fırın sebze + 2 tatlı kaşığı zeytinyağ 4 yemek kaşığı yoğurt (200g) (yarım yağlı) 1 kase mercimek çorba 1 ince dilim tam tahıllı ekmek (25g)
ARA :	1 porsiyon meyve 10 adet çiğ badem 1/2 su bardağı kefir (100ml) (yarım yağlı)
AKŞAM:	Bol yeşillikli limonlu salata + 1 tatlı kaşığı zeytinyağ 150 g balık 1 küçük boy haşlanmış/fırın patates veya 3 yemek kaşığı bulgur pilavı/tambuğday makarna

10.ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Nurşen Gül

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2019, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi ,
Beslenme ve Diyetetik

MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

Fizyoasist Danışmanlık Merkezi Yönetici Diyetisyen

.