

1.GİRİŞ

1.1. Kapsam

Beslenmenin günlük insan yaşamında çok önemli bir yeri vardır. Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve verimli olarak uzun süre yaşamak için gerekli olan enerji ve besin öğelerinden her birini yeterli miktarda sağlayacak olan besinleri, besin değerini yitirmeden, sağlık bozucu hale getirmeden en ekonomik şekilde almak ve kullanmaktır (Tanır ve diğerleri, 2001). Sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali; hastalık ile engelliliğin olmaması durumudur. Yeterli ve dengeli beslenme ise; enerji sağlayan, yapı taşı görevi üstlenen ve olayları düzenleyici besin öğeleri gereksinimini çeşit ve miktar yönünden, yaş, cinsiyet, vücut yapısı ve çalışma durumuna uygun olarak karşılayan beslenme biçimidir (Asımgil ve Şahin, 2004). Böyle bir bakışla, yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmak ve sağlığı devam ettirmek, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkündür. Beslenme ve sağlık, birbirleriyle bağlantılı önemli iki olgudur. Sağlıklı bir yaşam için gereken en önemli özelliklerden biri Yeterli ve Dengeli beslenmedir. Yeterli ve dengeli bir diyetle beslenmek, hem vücudun çalışması hem de kronik hastalık riskinin azaltılması için önemli bir durumdur (Lyons, 2001). Günümüzde, diyete bağlı kronik hastalıklar; ölümlerin %60'ında, hastalıkların %46'sında temel neden olduğu belirtilmektedir (Yücecan, 2008). 2020 yılında, şu an dünyada oranı %43 olan bulasıcı olmayan hastalıkların %60'a ulaşacağı ve bunun da yaklaşık ölümlerin %73'ünden sorumlu olacağı tahmin edilmektedir (Sarrafzadegan et. al., 2008) . Avrupa'da yapılan başka bir çalışmada; yeterli ve dengeli beslenen bireylerin daha uzun yaşadıkları sonucu ortaya çıkmıştır (Trichopoulou et. al., 2003). Yeterli ve dengeli beslenme sadece bireylerin yasamsal faaliyetleri için değil tüm toplumun gelişmesi için temel koşuldur (Dölekoglu ve Yurdakul, 2004). Yeterli ve dengeli beslenmeyen bir toplumun sağlıklı olamayacağı ve sosyo-ekonomik kalkınmasının da yavaşlayacağı bilinen bir gerçektir (Gündüz ve Deniz, 2000).

Sağlığın sürdürülebilmesi, hastalık risklerinin azaltılabilmesi için kişinin yeterli ve dengeli beslenmesinin yanında; fiziksel olarak aktif olması, hiç veya ılımlı düzeyde alkol tüketmesi ve sigara içmemesi de gerekmektedir. Bunun sonucunda, özellikle erken yaşlarda, sağlıklı bir yaşam tarzını benimseyen bireylerin, ileriki yaşamlarında; obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve çeşitli kanserlere yakalanma riskleri azalmaktadır (WCRF/AICR, 2007). Sağlıklı yaşam üzerine yapılan başka bir araştırmada da bu sonuca paralel olarak, sağlıklı yaşam tarzını benimseyen bireylerin sırasıyla kalp-damar hastalıklarına ve diyabete yakalanma risklerinin 5 ve 10 kat azaldığı kanıtlanmıştır (Mathew ve Rafferty, 2005).

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı İskele ve Karpaz bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıklarının ve beslenme durumlarının saptanmasıdır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Yeterli ve Dengeli Beslenme

Günümüzde birçok kronik hastalığın beslenme ve yaşam biçimi etmenleri ile bağlantılı olduğu bilinmektedir. Beslenme etmenleri ile yaşam biçiminin; kanserlerin %30-40'ında; kardiyovasküler hastalıklardan ölümlerin en az üçte birinde; şişman ve kilolu olmanın diyabet hastalığının oluşumunda etkileri bilinmektedir. Yine diyet etmenlerinin diş çürükleri, demir ve iyot yetersizliği hastalıkları ile ilişkisi de bilinen bir gerçektir (WHO, 2002).

Sağlıklı beslenme, vücudun büyüme, gelişme ve günlük işlevlerinin sürekliliğinin sağlanması için gerekli olan besin öğelerinin yeterli miktarlarda alınmasıdır. Bugüne kadar beslenme bilimi üzerindeki araştırmalar, insanın büyüme, gelişme ve sağlıklı olarak yaşamını sürdürebilmesi için 40'tan fazla türde besin öğesine gereksinimi olduğunu göstermiştir. İnsanların gereksinimi olan bu besin öğeleri altı grupta toplanmaktadır. (Baysal ve diğerleri, 2002)

1. Karbonhidratlar
2. Proteinler
3. Yağlar
4. Vitaminler
5. Mineraller
6. Su

İlk beş grubun her birinde ayrı özellikte ve vücut çalışmasında ayrı işlevi olan değişik türde besin öğeleri vardır. Bu besin öğelerinden herhangi biri veya birkaçı sağlanamadığında vücudun çalışmasındaki aksaklıklar sonucunda büyüme-gelişme geriliği ve sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Bu problemler dolaylı olarak bireyin sosyal ve ekonomik yaşantısını da etkilemektedir. Bu bakımdan beslenmede amaç, bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan bütün besin öğelerini yeter miktarda sağlayabilmesidir. Bu durum "yeterli ve dengeli

beslenme” terimi ile ifade edilmektedir. Yeterli beslenme, genellikle vücudun yaşamı ve çalışmasını sürdürebilmesi için gerekli enerjinin sağlanması anlamına gelmektedir. Karbonhidrat, protein ve yağlar enerji sağlayan makro besin öğeleridir.

Beslenme ile ilişkili sağlık problemlerinin bir çoğu ile yetersiz veya uygun olmayan oranlarda alınan karbonhidrat miktarı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Normal diyetle beslenen bireylerde günlük enerjinin % 55-70’i karbonhidratlardan sağlanmalıdır (Baysal, 2007).

Protein depolarında % 30’dan fazla kayıp oluşması, kas kitlesinde azalmaya, immün fonksiyonlarda ve organ fonksiyonlarında azalmaya ve ilerlemesi halinde ölüme neden olabilmektedir. Dengeli bir diyetle enerjinin % 10-15’inin proteinlerden sağlanması gerekmektedir. Vücut ağırlığının kilogramı başına 0.8-1 g protein tüketimi yeterlidir (Baysal, 2009).

Yağların bileşiminde yer alan ve vücut tarafından yapılamayan bazı yağ asitleri büyüme; kalp ve cilt sağlığı için gereklidir. Bu yağ asitleri vücudun düzenli çalışması için gerekli ‘prostoglandinler’ denilen hormonların yapımı için de gereklidirler. Yine yağlar, yağda eriyen vitaminlerin vücuda alınabilmesi için esastır. Bunlara ek olarak, yağlar organların etrafını kapatarak dış etkilerden zarar görmesini ve ısı kaybını önlemektedirler (Baysal, 2007).

Çok fazla yağ alımının gerek şişmanlığa gerekse kanser ve kalp damar hastalıklarına karşı duyarlılığın artmasına neden olabileceği düşünülerek bu hususta itinalı olunmalıdır. Günlük alınan enerjinin ortalama % 25-30’unun yağlardan temin edilmesi uygundur (TÖBR, 2004).

Vücudun büyümesi, dokularının yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan bu besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterli ve dengeli beslenme” deyimini açıklar.

Besin öğeleri vücudun gereksinmesi düzeyinde alınamazsa, yeterli enerji oluşmadığı ve vücut dokuları yapılamadığından “yetersiz beslenme” durumu oluşur.

İnsanın gereğinden çok besin alması da “dengesiz beslenmedir”. İnsan yeterince yemesine karşın, uygun seçim yapamadığı ya da yanlış pişirme yöntemi uyguladığı için bu besin öğelerinin bazılarını alamayabilir. Bu durumda, o besin öğesinin vücut çalışmasındaki işlevi yerine getirilemediğinden yine sağlık bozukluğu oluşur. Bu durum da “dengesiz beslenmedir” (Toprak ve diğerleri, 2002).

Beslenmede amaç; bireylerin yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite gibi çeşitli dış etmenlere göre gereksinmesi olan enerji ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarda alabilmek, bunların kaynağı olan besinleri, besleyici değerlerini kaybetmeden ve sağlığı bozucu duruma getirmeden işleyip tüketebilmektir (Baysal, 2009 ile Rosemary, 2009).

Günümüzde beslenmenin, bireylerin büyüme ve gelişme potansiyellerine ulaşabilmesi, sağlığın korunması ve yeniden kazandırılmasındaki rolü giderek önem kazanmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin doğrudan ya da dolaylı olarak yol açtığı hastalıklar bilinmekte, bazı hastalıkların tedavisi yalnızca diyetle mümkün olmakta, bazı hastalıklarda ise komplikasyonlar diyetle önlenmektedir. Bu nedenlerle de beslenmenin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerindeki yeri daha çok fark edilmektedir (WHO, 2003 ile Baysal, 2007).

Türkiye’ye özgü beslenme rehberine göre dengeli bir beslenme için; enerjinin CHO’lardan gelen oranı %55-60(*%50-60), proteinlerden gelen oranı %12-15 ve yağlardan gelen oranı ise %25-30 (*%25-35) olmalıdır (Akiş, 2005 ile TÖBR, 2004).

*Mediterranean index (Tur et. al., 2005) ile TLC diyeti

2.1.1. Optimal Beslenme

Optimal beslenmede, “minimum hastalık riski, maksimum iyi hal/sağlık dolayısıyla “maksimum sağlıklı yaşam” hedeflenmektedir. Optimal beslenmede diyetin öncelikli görevi, metabolik gereksinimleri karşılayan ve vücudun çalışması için gerekli enerji ve besin öğelerini yeterli miktarda sağlamaktır (Yücecan, 2008). Ancak diyet, tüketiciye formda olma ve keyif

alma duygularını da vermelidir. Formda olmak, optimal sağlık ve kendini iyi hissetme duygusudur. O halde diyetin kabul edilen tartışılmaz beslenme etkisi yanında, yararlı fizyolojik ve psikolojik etkileri vardır. Ayrıca beslenme bilimindeki son gelişmeler; diyetin sadece optimal sağlığın oluşumu ve gelişiminde değil, dengesiz beslenmeye bağlı şişmanlık ve diyete bağlı kardiyovasküler hastalıklar, kanser, tip 2 diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalık riskini azaltmada da potansiyel bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Strain, 1999 ile WHO, 2003).

Günümüzde diyete bağlı kronik hastalıkların; ölümlerin %60'ında, hastalıkların % 46' sında temel neden olduğu belirtilmekte ve 2020 yılında gelişmekte olan ülkelerde görülen toplam ölümlerin %71'inin iskemik kalp hastalıkları, %75'inin inme, %70'inin diyabet nedeniyle olacağı öngörülmektedir. Dünyada yetişkin bireylerin 1 milyar'ı hafif şişman, 300 milyon'u klinik olarak şişmandır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) nin >21 kg/m² olması; diyabet (%58), iskemik kalp hastalıkları (%21) ve bazı kanser türlerine (%8-42) neden olmaktadır.

2.1.2. Optimal Beslenme İlkeleri

Çeşitlilik optimal beslenme ve sağlığın temelidir. Büyüme gelişme, sağlıklı olarak uzun süre yaşamak için 50 ayrı türde besin ögesine ihtiyaç vardır. Bunların kaynağı besinlerdir. Hiçbir besin tek başına vücudun ihtiyacı olan tüm besin öğelerini içermez. Besinlerin her birinde ayrı özellikte ve vücut çalışmasında ayrı işlevi olan değişik türde besin öğeleri vardır (Duyff, 2003). Optimal beslenmek için bu besin öğelerini belirli oranlarda almak gerekir. Bu besin öğelerinin diyetteki oranları birbirlerinin emilim, metabolizma ve gereksinimi etkiler. Ayrıca optimal beslenme için tüketilen besinler sadece elzem olan besin öğelerini içermez, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve diyete bağlı kronik hastalıkların önlenmesinde etkinlik gösteren fitokimyasallar adı verilen biyoaktif bileşenleri de içerir (Ferrari, 2003 ile Yücecan 2008).

Tablo 2.1 Optimal beslenme - topluma yönelik hedefler

Bileşenler	Hedefler
Toplam yağ	15-30 (% toplam enerji)
Doymuş yağ asidi (DYA)	<10 (% toplam enerji)
Çoklu doymamış yağ asidi (ÇDYA)	6-10 (% toplam enerji)
n-6 ÇDYA	5-8 (% toplam enerji)
n-3 ÇDYA	1-2 (% toplam enerji)
Trans yağ asitleri (TYA)	<1(% toplam enerji)
Tekli doymamış yağ asitleri (TDYA)	Hesaplanıyor
Kolesterol	<300 mg/gün
Toplam karbonhidrat	55-75 (% toplam enerji)
Şeker	<10 (% toplam enerji)
Protein	10-15 (% toplam enerji)
Sodyum klorür (sodyum)	<5 g/gün (<2 g/gün)
Posa	>25 g/gün
Sebze ve meyve	>400 g/gün

Vücudun gereksinimi olan besin öğeleri ve diğer sağlıklı öğeleri yeterli miktarlarda almak için her öğünde dört ana besin grubundan (süt ve ürünleri-et, yumurta, kuru baklagil, sebze ve meyveler-tahıllar) önerilen düzeylerde tüketmek, besinleri besin öğesi kayıplarını önleyecek ilkeler doğrultusunda hazırlayıp, pişirip, saklamak gerekir (Yücecan, 2008).

2.2. Besin Grupları

2.2.1.Süt ve Süt Ürünleri: Süt, yoğurt, peynir, süt tozu, dondurma gibi besinler bu gruba girer. Bu gruptaki besinler vücudumuz için gerekli kalsiyum ve riboflavinin (vitamin B₂) en iyi kaynağıdır. Kemik sağlığı için gerekli olan kalsiyum, süt grubu besinler tüketilmeden sağlanamaz. Bu grup ayrıca protein, fosfor ile B₁₂ ve A vitamininden zengindir. Büyüme ve gelişme, dokuların onarımı, kemik ile dişlerin gelişimi ve sağlığı, sinir ve

kasların düzenli çalışması, hastalıklara karşı direnç oluşumunda etkindirler. Tüketilmesi önerilen miktar yetişkinler için günde 2 porsiyon, çocuk-geç-gebe-emzikli-menopoz sonrası kadınlar için ise günde 3-4 porsiyondur. Günde iki su bardağı süt-yoğurt tüketimi yetişkin bir insanın günlük kalsiyum gereksiniminin yarısını karşılar. Süt ürünleri doymuş yağdan ve kolesterolden zengindir. Yağ ve kolesterol alımını sınırlandırmaları gereken yetişkin bireyler yağsız veya yağı azaltılmış süt, yoğurt ve peynir çeşitlerini tercih etmelidir (Yücecan, 2008 ile www.foodstandarts.gov.uk ile www.ageconcern.org.uk).

2.2.2. Et-Yumurta-Kuru Baklagil Grubu: Dana,kuzu,tavuk, hindi, av etleri, balıklar, kuru baklagiller, fındık, fıstık, ceviz ve benzeri yiyecekler ile, yumurta bu grup altında toplanır. Bu gruptaki besinlerde diğer besinlere kıyasla daha çok protein vardır. Bu grup demir, çinko, fosfor, magnezyum ile B grubu vitaminlerinden B₂, B₆, B₁₂ ve niasinden zengindir. Özellikle hayvansal kaynaklı besinler demir açısından çok iyi kaynaktır. Bu kaynaklardaki bulunan demir, bitkisel kaynaklı demire kıyasla vücutta daha iyi kullanılmaktadır. Bu grup içinde yer alan kuru baklagillerin protein kalitesini artırmak için tahıllarla karıştırılarak tüketilmeli, vitamin ve mineral kayıplarını önlemek için pişirme suyu dökülmemelidir. Kuru baklagiller, kompleks karbonhidratlar ve posa yönünden de çok iyi kaynaklılar ve doğal olarak hem kolesterol hem de yağ içermezler. Yağlı tohumlar ve bunların yağları, protein ve bazı vitaminlerin kaynağı olmalarına karşın, yağ (çoğunlukla doymamış) ve enerji içerikleri yüksektir. Bu grup besinlerin tüketimi büyüme ve gelişme, hücre yenilenmesi , doku onarımı ve görme, kan yapımı, sinir, sindirim sistemi ve deri sağlığı, hastalıklara karşı direnç için önemlidir (Baysal, 2009).

Günlük tüketilmesi önerilen miktar yetişkin bireyler için 2 porsiyondur.Bu grupta yer alan besinlerin tüketiminde de az yağlı etler tercih edilmeli,etin üzerindeki görünür yağlar alınmalıdır.Koruyucu bir beslenme programında beyaz etin kırmızı ete oranı 4:1 olmalı ve balık en az haftada iki kez tüketilmelidir (McCullough et. al., 2002). Kişiler, balık tüketimlerini özellikle yağlı balıklardan (somon,sardalya...vb.) sağlamalı ve fırında, ızgara

gibi pişirme yöntemlerini tercih etmelidirler (www.ageconcern.org.uk). Son yıllarda yapılan çalışmalar, balık ve kümes hayvanları tüketimi ile kanser ve kardiyovasküler hastalık riski arasında düşük ilişki olduğunu ortaya çıkartırken kırmızı et tüketiminin özellikle de işlenmiş etlerin birçok kanser türü (kolorektal, prostat, mide, bağırsak, endometriyal) ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (American Cancer Society Nutrition and Physical Activity Guideline, 2006 ile McCullough et. al., 2002 ile WCFR/AICR, 2007).

2.2.3, Taze Sebze ve Meyveler: Her türlü sebze ve meyve bu grup altında toplanır. Bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle sebze ve meyveler günlük enerji ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Folat, A vitaminin ön ögesi beta-karoten, E, C, B₂ vitamini, kalsiyum, demir, magnezyum, posa ve güçlü antioksidan etkinlik gösteren bileşenler içerirler (Ferrari, 2003) Bu grup büyüme gelişme, hücre yenilenmesi, doku onarımı, deri ve göz sağlığı, diş ve diş eti sağlığı, kan yapımı, hastalıklara karşı direncin oluşumunda etkindirler (Baysal, 2002). Meyve ve sebzelerin başka bir işlevi de bağırsak faaliyetlerine yardımcı olmalarıdır. Günlük tüketilmesi önerilen miktar; sebzeler için 3-5, meyveler için ise 2-4 porsiyondur (Lyons, 2001). Alınan sebze ve meyvenin en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler veya portakal, limon gibi turuncgiller veya domates olmalıdır.

Önerilen oranlarda sebze ve meyve tüketimi, özellikle antioksidan içeriklerinden ötürü çeşitli kalp hastalıkları, kanser ve göz hastalıklarının önlenmesinde etkilidir (WHO/FAO, 2003). Buna paralel olarak 12 yıl boyunca takip edilen İsveçli köylüler üzerinde yapılan bir araştırmada, yüksek yağ içerikli diyetle beslenen köylülerde sebze ve meyve tüketiminin, koroner kalp hastalıklarına yakalanma riskini azaltarak kalp koruyucu etkisi olduğu desteklenmiştir (Holmberg et. al., 2009 ile McCall et. al., 2009) Bunun yanında sebze ve meyve tüketimi, mesane, kolorektal, endometriyal, ağız, boğaz, özafagus, pankreas, prostat ve mide kanserlerinin önlenmesinde de etkili rol oynamaktadır (American Cancer Society Nutrition and Physical Activity Guideline, 2006)

2.2.4. Ekmek ve Diğer Tahıllar: Buğday, pirinç, mısır ve bunlardan yapılan un, ekmekek, makarna, bulgur ve benzeri besinler bu gruba girer. Bu grup besinlerin önemli kısmı karbonhidrattır. Bu nedenle de tahıllar vücudun temel enerji kaynağıdır. Sinir, sindirim sistemi ile deri sağlığı ve hastalıklara karşı direnç oluşumunda önemli görevleri vardır. Günlük tüketilmesi önerilen miktar 4-6 porsiyondur. Ekmek tüketirken tam buğday unundan mayalandırılarak yapılan ekmeği tüketmeye dikkat edilmelidir. Bu ekmeğin besleyici ve sağlık koruyucu değeri, beyaz undan yapılan ekmekten daha fazladır. Ayrıca mayalı ekmeğin besin değeri mayasızlardan yüksektir. Yine ekmekek, çörek, kurabiye yapmak için hamurun mayalandırılması besleyici değerini artırır (Yücecan, 2008 ile Lyons, 2001 ile Duyff, 2003).

Tahıl grubu içerisinde; posa içeriği açısından özellikle tam tahıl ve kepekli besinler tercih edilmelidir. Önerilen porsiyon miktarı içerisinde en az 2 porsiyonunun bu tarz besinlerden karşılanması tip 2 diyabet riskini %21, koroner hastalık riskini %14 azaltmakla birlikte koroner hastalıklardan ölümleri de %27 oranında önlemektedir. Bunun yanında, posa tüketiminin, kolon ve rektal kanserlerinin önlenmesindeki rolü de birçok araştırma ile kanıtlanmıştır (ADA, 2008).

Her gün bu gruplardaki besinlerin tüketimine ek olarak su tüketimi de dengeli beslenmenin olmazsa olmazıdır. İnsan vücudunun %60'ı sudan oluşmaktadır ve su vücudun bütün işlevlerinin gerçekleştirilmesi için elzemdir. Besin öğelerinin ve atıkların vücuda alınması ve atılmasında ayrıca sabit bir vücut ısısının sağlanmasında da çok önemli bir rolü vardır. Her gün 6-8 bardak su tüketimi önerilmektedir (Lyons, 2001 ile www.ageconcern.org.uk ile Yücecan, 2008). Suyun vücuttaki görevleri ise; yediğimiz besinlerin sindirimi, emilimi ve hücrelere taşınması, hücrelerde yaşam ve sağlık için gerekli biyokimyasal tepkilerin oluşması, hücrelerin, dokuların organ ve sistemlerin çalışması, metabolizma sonucu oluşan zararlı maddelerin taşınması ve atılması, vücut ısısının denetiminin sağlanması, eklemlerin kayganlığının sağlanması olarak sıralanabilir (Sawka ve diğerleri, 2005). Hücrelerin yaşamsal faaliyetleri ve bu sayede vücut fonksiyonlarının yerine getirilmesi vücudun su dengesinin korunması ile mümkündür. Vücudun su

dengesi, solunum yoluyla, idrarla, terle ve dışkı ile kaybedilen su miktarının içilen su, içecekler ve yiyecekler içindeki su miktarı ile sağlanır (Aksoy, 2008). Vücuttaki su oranının yeterli düzeyde tutulması yaşamsal önem taşıdığından vücuttan kaybolan miktarlarda su (besin tüketimi ile vücutta oluşan zararlı maddeleri atmak, vücut ısı dengesini sağlamak için, böbreklerden, yaklaşık 1500 ml/gün, deriden yaklaşık 500 ml/gün, bağırsaklardan yaklaşık 300 ml/gün ve solunumla yaklaşık 300 ml/gün olmak üzere toplam yaklaşık 2.5 lt/gün sıvı kaybı) alınması zorunludur. Normal koşullarda atılan ortalama 2.5 lt su besinler, içecekler, ve metabolik olarak karşılanır (içme suyu ile 1200-1500 ml/gün, yiyecek ve içeceklerle 1000 ml/gün, metabolizma sonucu oluşan 260 ml/gün su ile) (Aksoy, 2008).

Sodyum, bir besin ögesidir. Çeşitli besinlerin bileşiminde bulunur. Tuz ise sodyum ve klordan oluşur. Yüksek tuz tüketimi hipertansiyon, osteoporoz ve mide kanser oluşum riskini artırabilir (WHO, 2003). Günlük sodyum alımı 1.500 mg/gün olmalıdır. Tadına bakmadan yemeklere tuz eklenmemeli ve fazla tuzlu besinler tüketilmemelidir.

Alkollü içecekler kalori verir, fakat elzem besin ögesi sağlamaz, dolayısı ile vücut için besleyici değildir. Fazlası yüksek tansiyon, inme, koroner kalp hastalıkları, bazı kanserler, doğumsal defektler, karaciğer ve pankreas hastalıkları gibi pek çok sağlık sorununa neden olur ve besleyici yiyeceklerin tüketimini engelleyebilir. Önerilen düzey; K: 1 tek (15 g alkol)/gün; E: 2 tek (30g alkol)/gün' dir (Krauss, 2000).

Sağlıklı yaşam biçimi; sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığının benimsenmesi, sigara içme alışkanlığının önlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Koroner kalp hastalıklarının %80'i, Tip II diabetin % 90'ı, kanserlerin üçte biri optimal beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması ve sigara içilmemesi ile önlenir (American Cancer Society Nutrition and Physical Activity Guideline, 2006).

Yeterli ve dengeli beslenme kapsamında, en az besinler kadar, öğün sayıları ve zamanları da çok önemli ve dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Öğün atlamamak ve ara öğün tüketmek; kan kolesterol seviyesinin düşmesine, daha düzgün bir insülin salınımı sağlayarak kan glikoz düzeyinin

kontroluna ve besin öğelerinin daha düzgün bir şekilde emilimine neden olmaktadır (Bellisle, 2007). Bunun yanında, yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda; öğün sayıları ve obezite arasında ters orantılı bir ilişki olduğu bulunmuş olup öğün atlamanın ve ara öğün tüketmemenin insülin konsantrasyonunu artırarak yağ depolanmasına neden olduğu bunun da obeziteye sebep olduğu kanıtlanmıştır (Carlson et. al., 2007 ile Ma et al., 2003). Tüketilen ara öğünlerin içeriği de bu kapsamda büyük önem taşımaktadır. Günlük alınması gereken enerji miktarını aşmadan yağ oranı düşük ara öğün seçeneklerinden (meyveli yogurt,meyve...vb.) yararlanmak gerekmektedir.

Toplumun optimal beslenmesinin sağlanması amacıyla besin ve beslenme rehberleri geliştirilmiştir.

Birçok ülkenin kendine özgü besin ve beslenme rehberi mevcuttur ve bu sayı her geçen gün artmaktadır. Her ülkenin beslenme alışkanlığı, besine ulaşma olanakları, beslenme kültürü, toplum yapısı vb farklı olduğundan öneriler de genel olarak benzer olsa da toplumlara göre farklılıklar gösterebilmektedir. Beslenme rehberlerinde temel hedef, toplum sağlığını geliştirecek ve hastalık risklerini minimize edecek yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayacak önerileri topluma kazandırmaktır. Her ülkenin beslenme rehberi farklı olsa da, ortak mesaj; yüksek oranda sebze-meyve ve tam tahıl tüketimi, ılımlı oranda et-et ürünleri ve süt - süt ürünleri tüketimidir (Painter, 2002).

2.3. Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Zararları

Yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda vücudun büyümesi, gelişmesi ve normal çalışmasında aksaklıklar olacağından “yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelidir” diyebiliriz. Yetersiz ve dengesiz beslenme birçok hastalıkların (beriberi, pellegra, skorbüt, marasmus, raşitizm gibi) doğrudan sebebi olduğu gibi, diğer birçok hastalıkların (kızamık, boğmaca, verem, ishal gibi) kolay yerleşmesinde ve ağır seyretmesinde önemli rol oynar. Yetersiz ve dengesiz beslenen bir kişinin vücudu mikroorganizmalara karşı dayanıklı

değildir. Bu bakımdan bu gibi kimseler kolay hasta olurlar ve hastalıkları ağır seyreder. Ayrıca, herhangi bir besin öğesinin yetersiz alınması durumunda vücutta o besin öğesinin görevi yerine getirilemeyeceğinden vücut çalışması aksamakta ve hastalık baş göstermektedir.

2.3.1. Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Beslenme yetersizliği ve dengesizliğinin dolaylı olarak neden olduğu en önemlileri; enfeksiyon hastalıkları, arteriosklerotik hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, şişmanlık, diş çürükleri ve karaciğer hastalıklarıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini azaltarak enfeksiyonlara zemin hazırlamakta, hastalığın ağır seyretmesine ve öldürücü komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (Pekcan, 2009).

Dünyada diyet ve hastalık örüntüsü hızlı bir değişim göstermektedir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında gelişmiş zengin ülkeler besin öğeleri yetersizlikleri ve enfeksiyon hastalıklarını önlemeyi başarmışlar, ikinci yarıda beslenmeden kaynaklanan hastalıklarla yüzyüze gelmişlerdir. Diyetle ilintili bu hastalıkların başında; koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, kanser, osteoporoz ve diyabet gelmektedir. Bunlara zemin hazırlayan şişmanlık da en önemli problemlerden biridir (Baysal, 2007).

2004 yılında hazırlanan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması verilerine göre , kardiyovasküler hastalık nedeni ölüm oranları erkeklerde % 43.9 iken, kadınlarda bu oran % 52.3 ile ilk sıradaki ölüm nedeni olarak görülmektedir (T.C.S.B, 2004).

WHO'nın, 2000 yılında sunduğu raporda ise, dünya çapında sağlığı olumsuz yönde etkileyen 10 risk belirtilmiş ve bu risklerin içerisinde; obezite, normalin altında ağırlığa sahip olma, demir yetersizliği, yüksek tansiyon, tütün tüketimi, alkol tüketimi, yüksek kolesterolün yer aldığı bildirilmiş (WHO, 2002).

2.3.1.1. Protein-Enerji ve Vitamin-Mineral Yetersizlikleri

Gelişmekte olan ülkelerde protein-enerji yetersizliği hastalıkları, anemi, raşitizm, A ve bazı B vitaminleri yetersizliklerine bağlı sağlık bozuklukları yüksek oranda görülmektedir. Bu hastalıkların nedenlerinin başında; diyetlerin miktar ve kalite yönünden yetersiz oluşu ve bilgisizlik gelmektedir (Pekcan, 2007) .

WHO'nun (1999) raporuna göre, 3.7 milyarın üstünde kişide, demir eksikliği mevcut iken yaklaşık 1 milyar kişinin ise, iyot yetersizliğine bağlı sağlık bozuklukları ile karşı karşıya gelme riski taşıdığı, bunlara ek olarak, 200 milyonun üzerinde kişide ise A vitamini eksikliği mevcut iken diğer mikronütrient eksikliklerinin (Zn, Se, vitamin C, vitamin D, folik asit) de demir, iyot ve vitamin A eksikliği kadar yaygın olduğu belirtilmiş (Ross, 2002).

2.3.1.2. Obezite

Obezite, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi (vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kütlesinin, yağsız vücut kütlesine oranla artması) ile ortaya çıkan multifaktöryel kronik bir hastalıktır. Obezite artan prevelansı ile başta tip 2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, osteoartrit, safra taşları ve diğer gastrointestinal hastalıklara neden olmaktadır (Deveci ve Oto, 2008).

Şişmanlık orta yaşın sorunu gibi görünüyorsa da yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Retrospektif çalışmaları yetişkin obezlerde şişmanlığın 1/3 oranında çocuklukta, ya da adolesan döneminde başladığını göstermiştir (Deveci ve Oto, 2008).

WHO raporuna göre dünyada 1 milyar aşırı kilolu insan, 300 milyon şişman insan bulunmaktadır (WHO, 2003).

Türkiye'de 2004 yılında yapılan 'Hastalık Yükü Çalışması' sonuçlarına göre BKİ' ne bağlı ölümler toplamda % 13.3'e ulaşmıştır (T.B.S.B, 2004).

Tüm popülasyonlarda ise, 1970'lerden 2000 yılına kadar kilolu olanların oranının % 48'den % 65'e, obez bireylerin oranının ise % 15'den % 35'e yükseldiği bildirilmiştir (Briefek ve Johnson, 2004).

2.3.1.3. Beslenmeye Bağlı Kronik Hastalıklar

Günümüzde sağlıklı beslenme ile fiziksel aktivite düzeyinin kronik hastalıkları önleme ve tedavi etmede, aynı zamanda yaşam kalitesini artırmadaki yararları artık tüm dünyanın kabul ettiği bir gerçektir. Fakat her ne kadar teoride uygulanması gerekenler bilinse de endüstriyelmiş batılı ülkelerde yüksek enerji, doymuş yağ, aşırı şeker, kolesterol ve tuz alımı devam etmekte, bununla birlikte fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır (Engbers et. al., 2007).

WHO'nun 2005 yılındaki raporuna göre kronik hastalıklar, Afrika dışında tüm WHO bölgelerinde ve Nijerya ve Tanzanya dışındaki tüm ülkelerde ölüm ve hastalık yüküne yol açan en büyük sebeptir. WHO 2005 yılında yaklaşık 58 milyon ölümün tahmin edildiğini ve bunun % 60'ının (35 milyon) kronik hastalıklara bağlı olduğunu bildirmiştir. Ölüm ve hastalık yük oranı kadın ve erkeklerde benzerdir ve yaşla birlikte artış göstermektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıklardan ölüm oranı gelir düzeyi yüksek olan ülkelere göre daha fazladır (Yıldız, 2009).

Tüm yaş grupları için tahmini global hastalık yüküne bakıldığında yaklaşık yarısını kronik hastalıkların oluşturduğu görülmektedir (Yıldız, 2009).

Tüm dünyada ölümlerin 1/3 ünün sebebinin ise kardiyovasküler hastalıklar olduğu bilinmektedir. Beslenmenin hastalığın gelişiminde ve önlenmesinde önemli rolünün olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Yıldız, 2009).

Kronik hastalıklar; tam iyileşemeyen, süreklilik gösteren yavaş seyirli, kalıcı sakatlık veya iş görmezlik oluşturabilen bulaşıcı olmayan hastalıklardır. WHO, önlenebilir kronik hastalıklar olarak sıklıkla kardiyovasküler hastalıklar (kalp hastalığı, inme) kanser, kronik solunum yolları hastalıklarını işaret etmektedir (WHO, 2003)

WHO, 2003 yılında, kronik hastalıkların önlenmesine yönelik beslenme hedeflerini içeren bir rapor yayınlamıştır (Tablo 2.2) (Yıldız, 2009).

Tablo 2.2 Kronik hastalıkların önlenmesine yönelik beslenme hedefleri

Besin ögesi	Enerji
Total Yağ	% 15-30
Doymuş yağ asitleri(DYA)	< %10
Çoklu doymamış yağ asitleri(ÇDYA)	% 6-10
n-6 yağ asitleri	% 5-8
n-3 yağ asitleri	% 1-2
Trans yağ asitleri (TYA)	< %1
Tekli doymamış yağ asitleri (TDYA)	Total yağ - (DYA+ÇDYA+TYA)
Total karbonhidrat	% 55-75
Serbest şeker	< %10
Protein	% 10-15
Kolesterol	< 300 mg/gün
Sodyumklorid (sodyum)	<5 g/gün (2g/gün)
Sebze ve meyveler	≥400 g/gün
Toplam diyet posası	>25 g/gün
Nişasta olmayan polisakkaritler	

2.3.1.4. Tip 2 Diyabet

Tip 2 diyabet tüm dünyada prevalansı gittikçe artan önemli kronik hastalıklardan biridir. Uluslar arası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre dünyada 2007 yılında 246 milyon diyabetli sayısının 2025 yılında 380 milyona yükseleceği yaklaşık % 55 oranında artış olacağı tahmin edilmektedir (Alberti et. al., 2007).

Tip 2 diyabetle ilişkili değiştirilebilir risk faktörleri: Şişmanlık (santral-total), sedanter yaşam, tanımlanmış bozulmuş glikoz toleransı (IGT) veya açlık glikozu (IFG), metabolik sendrom (hipertansiyon, düşük HDL kolesterol, yüksek trigliserit), diyet faktörleri, intrauterine çevre ve inflamasyondur.

Diyabetli bireylerde, hastalık ortaya çıkmadan çok önce saptanması mümkün prediyabetik evrenin olması diyabetin gelişimi ve erken dönem komplikasyonlarının önlenmesi diyabetin önlenmesine yönelik çalışmalara ilginin artmasına yol açmıştır (Yıldız, 2009).

WHO'nun önerileri ise:

- Yüksek riskli grupta şişmanlığın önlenmesi
- Optimum BKİ nin sağlanması
- Şişman kişilerde ağırlık kaybı
- Fiziksel aktivite
- Doymuş yağ alımı < % 7
- En az 20 g/gün diyet posası olarak özetlenebilir.

2.3.1.5. Kanser

Kanser, yine ölüm nedenlerinin başında gelen kronik bir hastalıktır. WHO 2005 yılında 7.6 milyon kişinin kanserden öldüğünü, önlem alınmadığında bu sayının 10 yıl içerisinde 84 milyona ulaşabileceği tahmin edilmektedir. Bazı kanser türleri önlenirken, bazı kanser türleri erken tanı ve tedavi ile tamamen iyileştirilebilmektedir. Kansere bağlı ölümlerinin % 40'ının önlenmesi bildirilmektedir. En yaygın risk faktörlerinin ise, sigara, alkol, beslenme (düşük meyve, sebze), fiziksel inaktivite ve şişmanlık olarak gösterilmektedir (Yıldız, 2009).

WHO'nun kanser gelişim riskini azaltmak için başlıca önerileri (WHO, 2003);

- Normal vücut ağırlığı sürdürülmeli, > 5 kg ağırlık artışından kaçınılmalı
- Düzenli fiziksel aktivite yapılmalı

- Alkollü içeceklerin tüketilmesi önerilmemektedir. İçiliyorsa 2 birim/gün aşılmamalı
- Tuzla işlem görmüş besinlerin tüketimi azaltılmalı
- Besinlerle aflatoksin alımı en aza indirilmeli
- Sebze-meyve tüketimi en az 400 g/gün olmalı ve
- Çok sıcak yiyecek ve içecekler tüketilmemelidir.

2.3.1.6. Kalp-Damar Hastalıkları

Kroner kalp hastalığı dünya’da ve ülkemizde yetişkin nüfustaki ölüm nedenlerinin ilk sırasında yer almaktadır. Hastalığa zemin hazırlayan birçok faktör bulunmaktadır. Bunların başında insanın beslenme biçimi anlamında kullanılan diyet yer almaktadır. Hastalığın diyetle ilintisi 1908’den itibaren açıklanmaya başlanmıştır (Deveci ve Oto, 2008).

Dünyanın birçok yerinde yapılan çalışmalar, beslenme şekli, kan kolesterol düzeyi ve damar sertliğinden oluşan kalp hastalığından ölüm arasında ilişki olduğunu belirtmektedirler. Kolesterol ve doymuş yağları çok tüketenler Finliler ve Amerikalılarda kan kolesterol düzeyleri yüksek, kalp hastalıklarından ölenler çok iken, temel besinleri balık olan Eskimolarda koroner kalp hastalıklarından ölümlerin daha az olduğu gözlenmiştir (Baysal, 2007).

1998 TNSA verilerine göre, Türkiye’de tüm ölümlerin ilk sırasında % 47.7 ile kalp damar hastalıkları yer almaktadır (Pekcan, 2009).

Kronik hastalıkların oluşumunda temel nedenlerden biri de metabolik sendromdur. Metabolik Sendrom olarak bilinen; elma tipi şişmanlık, yüksek tansiyon, şeker metabolizması bozukluğu (hiperinsülinemi) ve lipid mekanizması bozukluğu (hiperlipidemi) gibi sorunlardan oluşan durumun önlenmesinde, ADA ve ATP III, terapatik yaşam tarzı değişikliği (TLC/Therapeutic Lifestyle Changes) üzerinde dikkat çekmektedir. TLC, diyet başta olmak üzere ağırlık kaybı ve fiziksel aktiviten artırılması esasına dayanmaktadır (Scott, 2003) .

TLC Diyetinin özellikleri

Bileşenler	Hedefler (% toplam Enerji)
Toplam yağ	25-35
Doymuş yağ asidi (DYA)	<7
Çoklu doymamış yağ asidi (ÇDYA)	<10
Tekli doymamış yağ asidi (TDYA)	<20
Kolesterol	< 200 mg/gün
Toplam karbonhidrat	50-60
Protein	15
Diyet posası	20-30g/gün
Enerji	İdeal vücut ağırlığına göre

Metabolik sendromun dolayısıyla kronik hastalıkların önlenmesinde dengeli beslenme başta olmak üzere fiziksel aktivitenin artırılması bunların yanında sigara içmeme ve ılımlı düzeyde alkol tüketme gibi yaşam tarzı değişiklikleri de çok önemlidir (Ferro Luzzi et. al., 2001 ile WHO, 2002 ile WHO, 2003)

2.4. Beslenme Durumunun Saptanması Yöntemleri

Bireyin beslenme durumunun saptanması, besin öğeleri gereksinmesinin ne ölçüde karşılandığının bir göstergesidir. Besin öğeleri alımı ile besin öğeleri gereksinmesi arasındaki dengenin sağlanması optimal sağlık için önem taşımaktadır. (Pekcan, 2008)

Bireyin veya toplumun beslenme durumunun saptanmasının amacı;

a) Beslenme durumunun tanımlanması,

b) Nedenlerin saptanması

c) Çözüm yollarının bulunmasıdır. Eğer bir girişimsel çaba (müdahale) uygulandı ise, etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için beslenme durumunun özellikle toplumdaki duyarlı gruplarda (0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağı çocuklar ve

gençler, gebe ve emzikli kadınlar, doğurganlık çağındaki kadınlar, yaşlılar, işçiler) ve hasta olan bireylerde sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekir.

Beslenme yetersizliğinin en iyi ve erken göstergesi kişinin enerji ve besin öğelerini alım düzeyinin; yani besin tüketiminin saptanmasıdır. Besin öğesi yetersizliği ilerledikçe depolar boşalır, besin öğesinin kandaki ve dokulardaki düzeyleri düşer ve işlevsel bozukluklar ile klinik belirtiler daha sonra ortaya çıkar.

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan yöntemler şunlardır:

- Besin tüketiminin (alımının) saptanması,
- Antropometrik yöntemler
- Biyokimyasal ve biyofizik testler (fonksiyonel testler)
- Klinik belirtiler ve sağlık öyküsü
- Psikososyal verilerdir.

Bu yöntemlerden birkaçı veya hepsi birlikte kullanılabilir gibi, sıklıkla seçilecek yöntem ekonomik koşullara, zamana ve bu konuda eğitilmiş personele göre belirlenir. Örneğin diyetisyen olmadan besin tüketim durumunun saptanması ve antropometrik ölçümlerin alınması, hekim olmadan klinik belirtilerin belirlenmesi, sağlık öyküsü ile kan alınması, laboratuvar çalışanı olmadan analizlerin yapılması olası değildir. Beslenme durumunun belirlenmesinde en azından boy uzunluğu ve vücut ağırlığının ölçülmesi, değerlendirilmesi ve yorumlanması, besin alımının saptanması ve değerlendirilmesi gerekir.

(Pekcan, 2008)

Kıbrıs, Akdeniz'de bir ada olduğundan, diyet örüntüsü olarak tipik bir Akdeniz diyeti örneği sergilemektedir. Gelişen ve değişen yaşam koşulları karşısında, bu örüntüler değişikliğe uğrasa da özünü kaybetmemiştir.

2.5 GELENEKSEL AKDENİZ DİYETİ

Son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalar, sağlıklı beslenme anlayışı çerçevesinde, Geleneksel Akdeniz Diyeti'nin, yeterli ve dengeli bir beslenme örüntüsüne, daha doğrusu sağlıklı bir yaşam biçimine iyi bir örnek teşkil ettiği doğrultusundadır. Akdeniz Diyeti bir diyetin ötesinde, fiziksel aktivitenin önemli rol oynadığı bir yaşam biçimi örüntüsüdür (Serra-Majem et. al., 2006).

Bu diyet doğrultusunda:

- Yüksek düzeyde sebze, meyve, yağlı tohum, kurubaklagil ve tahıl tüketiminin
- Yemek ve salatalarda zeytinyağı kullanımının
- İlimli düzeyde balık, daha az et tüketiminin
- Düşük düzeyde tam yağlı süt ve süt ürünleri tüketiminin
- İlimli düzeyde şarap tüketiminin
- Mevsimine uygun besin seçiminin
- Hareketli bir yaşam tarzının önemi vurgulanmaktadır (Trichopolou et. al., 2003)

Geleneksel Akdeniz Diyeti Önerileri (Gerber, 2001)

Doymuş Yağ Asitleri, % enerji	<10
Kolesterol, mg	<300
Et, g	<25
Zeytinyağı, mL .	>15
Balık, g .	>60
Tahıllar, g .	>300
Sebzeler + Meyveler, g .	>700

Avrupa'da yapılan bir çalışmada Akdeniz tipi beslenme, sigara bırakılması ve fiziksel aktivite ile tüm hastalıkların mortalitesi azalmaktadır. EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) çalışmasında da Akdeniz Tipi Beslenme ile ölüm arasında ters ilişki ve kalp-damar hastalıklarından ölümlerde %33 azalma göstermiştir. Lyon Beslenme Kalp çalışmasında da Akdeniz tipi beslenme ile hem kardiyovasküler olaylar

hem toplam mortalite anlamlı olarak azalmıştır. Metabolik sendromlu hastalarda yapılan bir çalışmada ise C reaktif protein, proinflamatuvar sitokinler, insülin direnci ve lipid profilinde olumlu bulgular elde edilmiştir (Tokgözoğlu, 2006 ile Holmberg et. al., 2009). Sonuç olarak; Akdeniz tipi beslenen toplumlarda obezite, tip 2 diyabet ve koroner kalp hastalıkları daha düşük oranlarda görülmektedir (Samur, 2006)

Ancak günümüzde, özellikle de Akdeniz ülkelerinde görülen Akdeniz modeli beslenme yerini giderek Batı modeli beslenme tarzına bırakmış ve bu da birçok hastalık riskini artırarak bireylerin yaşam kalitesini düşürmüştür. Akdeniz modeli beslenme ile Batı modeli beslenme birbirileriyle tamamen zıt iki beslenme tarzıdır . Batı modelinde yer alan fast food ağırlıklı, yüksek yağ içerikli, işlenmiş besinlerin tüketimi ile kanser riski artarken; sebze ve meyvenin, yağ oranı düşük besinlerin ve zeytinyağının tüketimi ile kanser riski azalmaktadır (Gerber, 2001).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma, Kıbrıs Türk Nüfus Dairesi'nden resmi olarak edinilen bilgiler doğrultusunda, Mağusa ilçesine bağlı Canbolat Mahallesi ve Mutluyaka köyünde; İskele ilçesine bağlı İskele Merkez, Cevizli, Mehmetçik, Yeni Erenköy, Sipahi, Yedikonuk, Yeşilköy ve Ziyamet bölgelerinde yaşayan, yaşları 19-65 arasında değişen rastgele seçilen 179 erkek ve kadın birey üzerinde, Şubat 2009-Ağustos 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu bireylerin 117'si kadın, 69'u erkektir.

3.2. Araştırma Genel Planı

Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler, hazırlanmış anket formundaki sorular yardımıyla (bkz. EK1) bireylerin kendilerine doğrudan sorularak yapılmıştır. Anket, genel bilgiler, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite indeksi, besin tüketim sıklığı ve bir günlük besin tüketimi olmak üzere altı bölümden oluşmaktaydı.

3.2.1. Bireyin Genel Özellikleri

Birinci bölümde, bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, sigara kullanımı ve alkol kullanımı sorgulanmıştır.

3.2.2. Sağlık Bilgileri

Bu bölümde bireylerin sağlık durumlarının, herhangi bir diyet uygulayıp uygulamadıklarının, diyet tedavisini kimden aldıklarının, vitamin-mineral tableti kullanıp kullanmadıklarının, ve kullananların kullanım sürelerinin ve bu tabletleri ne amaçla kullandıklarının ve bu tabletleri kimin önerdiğinin öğrenilmesi amaçlanmıştır ve bu bireylerin antropometrik ölçümleri yapılarak

(bireylerin vücut ağırlıkları, boyları ve bel çevreleri ölçülmüş) son 6 ay içinde vücut ağırlığındaki değişimleri sorgulanmıştır.

3.2.3. Beslenme Alışkanlıkları

Üçüncü bölümde bireylerin, günde kaç öğün yemek yedikleri, düzenli kahvaltı yapıp yapmadıkları, çay ve kahvenin günde ne kadar tüketildiği, günde kaç bardak su tüketildiği, sofrada yemeklerin tadına bakmadan tuz kullanımının olup olmadığı, besin etiketini okurken nelere dikkat edildiği, diyet ürün ve fast food tüketim sıklığı ile evde yapılan yemeklerde kullanılan yağ türü sorgulandı.

3.2.4. Fiziksel Aktivite Düzeyinin Saptanması

Bu bölümde, bireylerin hangi spor dalını ne sıklıkta yaptıkları sorgulandı.

3.2.5. Besin Tüketim Sıklığının Saptanması

Besin tüketim sıklığının saptanması amacıyla, 41 adet besinin sorgulandığı tüketim sıklığı formu miktar saptanmadan uygulanmıştır.

3.2.6. 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı

Bireylerin son 24 saat içerisinde tükettikleri yiyecek ve içecekler sorgulanıp kaydedilmiş.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Antropometrik Ölçümler:

Vücut Ağırlığı: Bireylerin vücut ağırlığı elle taşınabilir 0.5 kg'a duyarlı baskül ile hafif giysili ve ayakkabısız ölçülmüştür.

Boy Uzunluğu: Ayaklar yan yana ve baş frankfort düzlemde (göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) iken ayakta düz bir duvara baş arkası, sırt, kalça ve ayak topuklarının arkasının değmesi durumunda esnemeyen mezür ile ölçüm yapılmıştır (*Baysal, 2002, s.9-10*).

BKİ: BKİ'i verilerine göre bireyler aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (*WHO, 2006*).

Tablo 3.1 Vücut ağırlığı durumunun BKİ'ne göre değerlendirilmesi.

BKİ(kg/m ²)	Vücut Ağırlığının Durumu
<18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif Şişman
30.0-34.9	Obez 1
35.0-34.9	Obez 2
>40	Obez 3

Kronik hastalık riski için tanımlayıcı olabilen bel çevresi ölçümü, en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak orta noktadan geçen çevre mezura ile ölçülmüştür. Ölçüm değerleri, cinsiyete bağlı bel çevresi ölçüm değerleri ile kıyaslanmıştır (Tablo 3.2)

(*Baysal ve arkadaşları, 2008*).

Tablo 3.2. Cinsiyete bağılı bel çevresi ölçümleri (cm).

	Risk	Yüksek Risk
Erkek	≥ 94 cm	≥ 104cm
Kadın	≥80 cm	≥ 88 cm

3.3.2. Besin Tüketim Durumlarının Saptanması

Bireylerin besin tüketim durumları '24 saatlik bireysel besin tüketim yöntemi' kullanılarak belirlenmiştir. '24 saatlik bireysel besin tüketim yöntemi' bireylerin gün boyunca aldığı besinlerin tür ve miktarlarının saptanıp enerji ve besin öğelerinin miktarlarının belirlenmesi temeline dayanmaktadır. Bireylerin evde tükettikleri yemeklerin birer porsiyonlarına giren besin miktarları kendilerine sorularak belirlenmiştir. Ev dışında tükettikleri veya ölçü ve içeriği bilinmeyen yiyecekler için de, Rakıcıoğlu N., ve arkadaşları tarafından hazırlanmış olan, 'Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu' kullanılmıştır. Tüketilen besinlerin ortalama enerji ve besin ögesi değerleri 'Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) kullanılarak hesaplanmıştır. Bireylerin tükettikleri enerji ve besin öğelerinin yeterliliği DRI/RDA 2001 önerilerine göre değerlendirilmiştir. Değerlendirmede kesişim noktaları olarak önerilen günlük tüketimin ($2/3 = \% 67 = \%70 \pm \%33$) değerleri hesaplanmıştır. Enerji ve besin öğelerini önerilen düzeyde tüketenler yeterli ($\pm \%33$), önerilen değer altında tüketenler yetersiz ($< -\% 33$), üstünde tüketenler ise fazla ($> + \% 33$) olarak kabul edilmiştir.

3.3.3 . Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Veri toplama aracı olarak kullanılan ankete verilen yanıtlar bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 15.0.0 yardımıyla çözümlenmiştir.

Bireylerden elde edilen verilerin aritmetik ortalama (\bar{X}), standart sapma (S), ortanca ve alt-üst değerleri saptanmıştır. Uygulanan anket formunda sayımla belirtilen veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

Çözümlmelerde frekans ve yüzde dağımları, iki değişkenin karşılaştırılmasında Student t testi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Tablo 4.1.'de bireylerin genel özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan erkek bireylerin %40.3'ü 19-30 yaş grubunda, %35.5'i 31-50 yaş grubunda ve %24.2'si 51-65 yaş grubunda, kadın bireylerin %31.6'sı 19-30 yaş grubunda, %47.9'u 31-50 yaş grubunda ve %20.5'i 51-65 yaş grubunda yer almaktadır.

İlkokul mezunu bireylerin oranı erkeklerde %19.4, kadınlarda %31.6, ortaokul mezunlarının oranı erkeklerde %17.7, kadınlarda %8.5, lise mezunlarının oranı erkeklerde %38.7, kadınlarda %38.5 ve üniversite ve dengi okullardan mezun olanların oranı erkeklerde %24.2, kadınlarda %15.4 olarak saptanmıştır.

Erkek bireylerin meslek gruplarına bakıldığında, %24.2'sinin kamu görevlisi, %18.6'sının serbest meslek sahibi,%17.7'sinin öğrenci, %11.3'ünün emekli ve %8.1'inin özel sektörde görev yaptığı tespit edilmiştir. Kadın bireylere bakıldığında %50.4'ünün ev hanımı, %16.2'sinin kamu görevlisi, %15.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu, %11.1'inin öğrenci olduğu ve %6.0'sinin özel sektörde görev yaptığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan erkek bireylerin %64.5'i evliyken, kadın bireylerin %59.8'inin evli olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin genel özelliklerine göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grubu						
19-30 yaş arası	25	40.3	37	31.6	62	34.6
31-50 yaş arası	22	35.5	56	47.9	78	43.6
51-65 yaş arası	15	24.2	24	20.5	39	21.8
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Eğitim Durumu						
Okur yazar değil	0	0.0	6	5.1	6	3.4
İkokul mezunu	12	19.4	37	31.6	49	27.4
Ortaokul ve dengi	11	17.7	10	8.5	21	11.7
Lise ve dengi	24	38.7	45	38.5	69	38.5
Üniversite ve dengi	15	24.2	18	15.4	33	18.4
Lisans üstü	0	0.0	1	0.9	1	0.6
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Meslek						
Ev kadını	0	0.0	59	50.4	59	33.0
Kamu	15	24.2	19	16.2	34	19.0
Serbest meslek	24	38.7	18	15.4	42	23.5
Öğrenci	11	17.7	13	11.1	24	13.4
Emekli	7	11.3	1	0.9	8	4.5
Özel sektör	5	8.1	7	6.0	12	6.7
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Medeni Durum						
Evli	40	64.5	70	59.8	110	61.5
Bekar	22	35.5	47	40.2	69	38.5
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0

Bireylerin cinsiyetlerine göre sigara ve alkol kullanma durumları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Erkek bireylerin %35.5'inin hiç sigara kullanmadığı, %21.0'inin daha önceden sigara içip bıraktığı ve %43.5'inin sigara içtiği saptanmıştır. Sigara içen erkek bireylerin %3.7'si günde 5-9 adet, %14.8'i günde 10-19 adet ve %81.5'i 20 adet üzeri sayıda sigara içmektedir. Erkek bireylerin %41.9'unun alkol kullandığı tespit edilmiştir. Alkol kullanan erkek bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%88.5) bir seferde 5 kadehten az alkol tükettiği saptanmıştır.

Kadınların sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde, %64.1'inin hiç sigara kullanmadığı, %15.4'ünün daha önceden sigara içip bıraktığı ve yine %20.5'inin sigara içtiği tespit edilmiştir. Sigara içen kadın bireylerin %25.0'i günde 1-4 adet, %9.3'ü günde 5-9 adet, %16.7'si günde 10-19 adet ve %50.0'si 20 adet üzeri sayıda sigara tüketmektedir. Kadın bireylerin %17.3'ünün alkol kullandığı saptanmıştır. Alkol kullanan kadın bireylerin %87.5'i günde 4 kadehten az tüketirken, %93.8'i haftada 1-7 kadeh arası alkol tüketmedirler.

Tablo 4.2. Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Sigara İçme Durumu						
Hiç Kullanmayanlar	22	35.5	75	64.1	97	54.2
İçip bırakanlar	13	21.0	18	15.4	31	17.3
İçenler	27	43.5	24	20.5	51	28.5
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Sigara Miktarı						
1-4 adet	0	0.0	6	25.0	7	13.7
5-9 adet	1	3.7	2	9.3	3	5.9
10-19 adet	4	14.8	4	16.7	8	15.7
20 ve üzeri adet	22	81.5	12	50.0	33	64.7
Toplam	27	100.0	24	100.0	51	100.0
Alkol Kullanma Durumu						
Kullanan	26	41.9	6	5.1	31	17.3
Kullanmayan	36	59.1	111	94.9	148	82.7
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Bir Seferde Tüketilen Alkol Miktarı						
Erkeklerde >5 kadeh. Kadınlarda >4	3	11.5	1	16.7	4	12.5
Erkeklerde <5 kadeh. Kadınlarda <4	23	88.5	5	83.3	28	87.5
Toplam	26	100.0	6	100.0	32	100.0
Haftalık Alkol Miktarı						
Erkeklerde <1-14 kadeh. Kadınlarda <1-7	25	96.2	5	83.3	30	93.8
Erkeklerde <14-21 kadeh. Kadınlarda <7-14	1	3.8	1	16.7	2	6.3
Toplam	26	100.0	6	100.0	32	100.0

Bireylerin son altı ayda vücut ağırlıklarındaki değişme durumları Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Erkek bireylerin %75.8'inin son altı ayda vücut ağırlıklarında herhangi bir değişme olmadığı, %6.5'inin vücut ağırlıklarının arttığı ve %12.9'unun azaldığı tespit edilirken, kadın bireylerin %74.4'ünde herhangi bir değişiklik olmadığı, %10.3'ünde artma olduğu ve azalma olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin son altı ayda vücut ağırlıklarında değişme durumuna göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Vücut Ağırlığında Değişim						
Değişme olmadı	47	75.8	87	74.4	134	74.9
Artma	4	6.5	12	10.3	16	8.9
Azalma	8	12.9	12	10.3	20	11.2
Bilmiyorum	3	4.8	6	5.1	9	5.0
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0

4.2. Bireylerin Sağlık Bilgileri

Tablo 4.4.'te bireylerin cinsiyetlerine göre antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerlerine yer verilmiştir.

Erkek bireylerin ağırlık ortalaması 83.0 ± 17.8 kg, kadın bireylerin 69.1 ± 5.1 kg, erkek bireylerin boy uzunlukları ortalaması 173.8 ± 7.3 cm, kadın bireylerin boy uzunlukları ortalaması 159.4 ± 6.1 cm bulunmuştur. Erkek bireylerin beden kütle indeksi 27.1 ± 6.6 kg/m², kadın bireylerin 27.4 ± 5.6 kg/m² dir. Bel çevresi ortalaması erkek ve kadınlarda sırasıyla 86.1 ± 17.4 cm ve 87.3 ± 14.9 cm bulunmuştur.

Tablo 4.4. Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre dağılımları

		n	Ort	Std. S.	Alt	Üst
Ağırlık (kg)	Erkek	62	83.0	17.8	51.5	135.9
	Kadın	117	69.0	15.1	41.4	117.0
	Toplam	179	73.9	17.4	41.4	135.9
Boy (cm)	Erkek	62	173.8	7.3	156.0	190.0
	Kadın	117	159.4	6.1	145.0	175.0
	Toplam	179	164.4	9.4	145.0	190.0
Bel Çevresi (cm)	Erkek	62	86.1	17.4	56.0	139.0
	Kadın	117	87.3	14.9	61.0	125.0
	Toplam	179	86.9	15.7	56.0	139.0
BKI (kg/m²)	Erkek	62	27.1	6.6	17.2	48.7
	Kadın	117	27.4	5.6	17.6	42.1
	Toplam	179	27.3	6.0	17.2	48.7

Bireylerin cinsiyetlerine göre beden kütle indeksleri ve bel çevresi uzunluklarının dağılımı Tablo 4.5.1 ve Tablo 4.5.2'de verilmiştir.

Erkek bireylerin %24.3'ünün bki değeri 18.50-24.99 arasında, %54.3'ünün 25.00-29.99 arasında, %10.'unun 30.00-34.99 ve 35.00-39.99 arasında yer aldığı saptanırken, kadın bireylerin %4.9'unun bki değerinin 18.50 ve altında, %40.1'inin 18.50-24.99 arasında, %37.4'ünün 25.00-29.99 arasında, %11.0'inin 30.00-34.99 arasında, %6.0'sının 35.00-39.99 arasında ve %0.5'inin 40.00 ve üstü bki değerine sahip olduğu saptanmıştır.

Erkek bireylerin %77.4'ünün 94 cm ve altında, %6.5'inin 94-104 cm arasında ve %16.1'inin 104 cm ve üzerinde bel çevresi uzunluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir. Kadın bireyler incelendiğinde, 80 cm ve altında yer alanlarının oranı %30.4, 80-88 cm aralığında bel uzunluğuna sahip olanların oranı %17.0 ve 88 cm üzeri bel çevresine sahip olanların oranı %52.7 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.5.1. Bireylerin beden kütle indekslerine göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Beden Kütle İndeksi						
18.50 ve altı	1	1.4	8	7.1	9	4.9
18.50-24.99	17	24.3	56	50.0	73	40.1
25.00-29.99	38	54.3	30	26.8	68	37.4
30.00-34.99	7	10.0	13	11.6	20	11.0
35.00-39.99	7	10.0	4	3.6	11	6.0
40.00 ve üstü	0	0.0	1	0.9	1	0.5
Toplam	70	100.0	112	100.0	182	100.0

Tablo 4.5.2. Bireylerin bel çevresi uzunluklarına göre dağılımları

	n	%
Bel Çevresi (cm)		
Erkeklerde		
< 94 cm	48	77.4
94-104 cm	4	6.5
104 cm ≥	10	16.1
Kadınlarda		
< 80 cm	34	30.4
80-88 cm	19	17.0
88 cm ≥	59	52.7

Tablo 4.6'da bireylerin cinsiyetlerine göre sağlık durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.6. incelendiğinde erkek bireylerin %19.4'ünün ve kadın bireylerin %29.9'unun sağlık problemi olduğu tespit edilmiştir. Araştırma

kapsamına alınan tüm bireyler incelendiğinde %26.3'ünün bir sağlık problemi olduğu saptanmıştır.

Sağlık sorunu bulunan erkek bireylerin %33.3'ünün kalp-damar, hipertansiyon ve kolestrol, %25.0'inin diyabet ve %8.3'ünün gastrit sorunu olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorunu bulunan kadın bireyler incelendiğinde %8.6'sının kalp-damar, %31.4'ünün hipertansiyon, %25.7'sinin kolestrol, %20.0'sinin diyabet ve şişmanlık, %5.7'sinin osteoporoz ve %25.7'sinin troid rahatsızlığı bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. Bireylerin sağlık durumlarına göre dağılımları.

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık Sorunu						
Yok	50	80.6	82	70.1	132	73.7
Var	12	19.4	35	29.9	47	26.3
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Hastalık						
Kalp damar	4	33.3	3	8.6	7	10.6
Hipertansiyon	4	33.3	11	31.4	15	22.7
Kolesterol	4	33.3	9	25.7	13	19.7
Diyabet	3	25.0	7	20.0	10	15.2
Sismanlık	0	0.0	1	2.9	1	1.5
Osteoporoz	0	0.0	2	5.7	2	3.0
Gastrit	1	8.3	1	2.9	2	3.0
Kanser	0	0.0	1	2.9	1	1.5
Troid	0	0.0	9	25.7	9	13.6
Anemi	0	0.0	3	8.6	3	4.5
Hipotansiyon	0	0.0	1	2.9	1	1.5
Ülser	0	0.0	1	2.9	1	1.5
Böbrek hastalıkları	1	8.3	0	0.0	1	1.5

Araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerine göre diyet uygulama durumları Tablo 4.7.'de verilmiştir.

Erkek bireylerin %4.8'inin diyet uyguladığı tespit edilirken, bu oran kadın bireylerde %15.4'tür. Bireylerin tümü ele alındığında diyet uygulayanların oranı %11.7 bulunmuştur.

Erkek bireylerin tamamı kendi kararları neticesinde uygulamakta, kadın bireylerin %28.6'sı doktor tavsiyesi, %38.1'i diyetisyen tavsiyesi ve %23.8'i kendi karar vererek diyet uygulamaktadır.

Tablo 4.7. Bireylerin diyet uygulama durumlarına göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Diyet Uygulama Durumu						
Uygulayan	3	4.8	18	15.4	21	11.7
Uygulamayan	59	95.2	99	84.6	158	88.3
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Diyet Türü						
Diyabetik	0	0.0	2	11.1	2	9.5
Saglikli	2	66.7	6	33.3	8	38.1
Saglikli,Diyabetik	0	0.0	1	5.6	1	4.8
Tuzsuz	0	0.0	2	11.1	2	9.5
Zay.,Az Tuz.	0	0.0	1	5.6	1	4.8
Zayıflama	1	33.3	6	33.3	7	33.3
Toplam	3	100.0	18	100.0	21	100.0
Diyeti Öneren						
Doktor	0	0.0	6	33.3	6	28.6
Diyetisyen	0	0.0	8	44.4	8	38.1
Medya	0	0.0	2	11.1	2	9.5
Kendi kendine	3	100.0	2	11.1	5	23.8
Toplam	3	100.0	18	100.0	21	100.0

Tablo 4.8.'de bireylerin cinsiyetlerine göre vitamin mineral kullanma durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan erkek bireylerin %16.1'i ve kadın bireylerin %29.1'i vitamin-mineral tableti kullanmaktadır. Vitamin-mineral tableti kullanma süresi erkek bireylerin %30.0'unda 1 haftadan az, %30.0'unda 1 hafta – 1 ay, %20.0'sinde 1-6ay ve 6 ay – 12 ay arasındadır. Vitamin-mineral kullanan kadın bireylere bakıldığında, %5.9'u 1 haftadan az, %23.5'i 1 hafta - 1 ay arası, %8.8'i 1 ay – 6 ay arası ve %61.8'i 6 ay – 12 ay arası süredir vitamin-mineral kullanmaktadır. Vitamin mineral tableti kullananların %73.5'i tedavi amaçlı kullanmaktadır.

Tablo 4.8. Bireylerin vitamin-mineral tableti kullanma durumlarına göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Kullanma Durumu						
Kullananlar	10	16.1	34	29.1	44	24.6
Kullanmayanlar	52	83.9	83	70.9	135	75.4
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Kullanma Süresi						
1 haftadan az	3	30.0	2	5.9	5	11.4
1 hafta - 1ay	3	30.0	8	23.5	11	25.0
1-6 ay	2	20.0	3	8.8	5	11.4
6-12 ay	2	20.0	21	61.8	23	52.3
Toplam	10	100.0	34	100.0	44	100.0
Kullanım Amacı						
Tedavi Amaçlı	3	30.0	25	73.5	28	63.6
Tedavi Amaçlı Değil	7	70.0	9	26.5	16	36.4
Toplam	10	100.0	34	100.0	44	100.0
Halen Kullanma Durumu						
Kullananlar	3	30.0	25	73.5	28	63.6
Kullanmayanlar	7	70.0	9	26.5	16	36.4
Toplam	10	100.0	34	100.0	44	100.0
Öneren Kişi						
Doktor	5	50.0	30	88.2	35	79.5
Eczacı	1	10.0	1	2.9	2	4.5
Akraba/Arkadaş	2	20.0	1	2.9	3	6.8
Kendi Kararım	2	20.0	2	5.9	4	9.1
Toplam	10	100.0	34	100.0	44	100.0

4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Tablo 4.9.'da araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme alışkanlıkları verilmiştir.

Tablo 4.9. incelendiğinde araştırma kapsamına alınan erkek bireylerin %24.2'sinin günde iki öğün, %74.2'sinin günde üç öğün ana öğün tükettikleri, %46.8'inin günde bir ara öğün, %9.7'sinin günde iki ara öğün, %27.4'ünün üç ara öğün ve %16.1'inin günde dört ara öğün tükettikleri saptanmıştır. Erkek bireylerin %61.3'ünün düzenli kahvaltı yaptıkları saptanmıştır. Erkek bireylerin %59.7'sinin çay içtikleri ve %79.0'unun kahve içtikleri tespit edilmiştir. Erkek bireylerin günlük su tüketim miktarları incelendiğinde, %4.8'inin günde 1-3 bardak arası, %19.4'ünün günde 4-7 bardak arası, %41.9'unun 8-11 bardak arası ve %33.9'unun günde 12 bardak ve üzeri su tükettikleri saptanmıştır. Ayrıca erkek bireylerin %27.4'ünün sofrada yemeklerin tadına bakmadan tuz serpmeye alışkanlığı bulunmaktadır.

Kadın bireylerin %4.3'ünün günde bir ana öğün, %29.1'inin günde iki öğün, %66.7'sinin günde üç öğün ana öğün tükettikleri, %26.5'inin günde bir ara öğün, %5.1'inin günde iki ara öğün, %26.5'inin günde üç ara öğün ve %39.3'ünün günde dört ara öğün tükettikleri saptanmıştır. Kadın bireylerin %67.5'inin düzenli kahvaltı yaptıkları saptanmıştır. Kadın bireylerin %69.2'sinin çay içtikleri ve %84.6'sinin kahve içtikleri tespit edilmiştir. Kadın bireylerin günlük su tüketim miktarlarına bakıldığında, %8.5'inin günde 1-3 bardak arası, %34.2'sinin günde 4-7 bardak arası, %44.4'ünün 8-11 bardak arası ve %12.8'inin günde 12 bardak ve üzeri su tükettikleri saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin %21.4'ünün sofrada yemeklerin tadına bakmadan tuz serpmeye alışkanlığı bulunmaktadır.

Tablo 4.9. Bireylerin beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Ana Öğün						
Bir	1	1.6	5	4.3	6	3.4
İki	15	24.2	34	29.1	49	27.4
Üç	46	74.2	78	66.7	124	69.3
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Ara Öğün						
Bir	29	46.8	31	26.5	60	33.5
İki	6	9.7	6	5.1	12	6.7
Üç	17	27.4	31	26.5	48	26.8
Dört	10	16.1	46	39.3	56	31.3
Beş	0	0.0	1	0.9	1	0.6
Altı	0	0.0	2	1.7	2	1.1
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Düzenli Kahvaltı						
Yapanlar	38	61.3	79	67.5	117	65.4
Yapmayanlar	24	38.7	38	32.5	62	34.6
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Çay İçme Durumu						
İçen	37	59.7	81	69.2	118	65.9
İçmeyen	25	40.3	36	30.8	61	34.1
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Kahve İçme Durumu						
İçen	49	79.0	99	84.6	148	82.7
İçmeyen	13	21.0	18	15.4	31	17.3
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Günlük Su Tüketimi						
1-3 bardak	3	4.8	10	8.5	13	7.3
4-7 bardak	12	19.4	40	34.2	52	29.1
8-11 bardak	26	41.9	52	44.4	78	43.6
12 bardak ve üzeri	21	33.9	15	12.8	36	20.1
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Tuz Serpme Alışkanlığı						
Var	17	27.4	25	21.4	42	23.5
Yok	45	72.6	92	78.6	137	76.5
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0

Bireylerin cinsiyetlerine göre besin etiketi okuma durumu ve besin etiketinde dikkat ettikleri hususların dağılımı Tablo 4.10.'da verilmiştir.

Bireylerin %71.5'i besin etiketi okumaktadır. Erkek bireylerin %97.3'ü son kullanma tarihine, %10.8'i Tarım ve köy işleri bakanlığı iznine, %24.3'ü içindekiler kısmına, %18.9'u enerji ve besin ögesi miktarlarına dikkat ederken, kadın bireylerin %98.9'u son kullanma tarihine, %12.4'ü Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı iznine, %42.7'si içindekiler kısmına, %24.7'si enerji ve besin ögesi miktarlarına dikkat etmektedir.

Tablo 4.10. Bireylerin besin etiketi okuma durumlarına göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Besin Etiket Okuma Durumu						
Okuyan	39	62.9	89	76.1	128	71.5
Okumayan	23	37.1	28	23.9	51	28.5
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Etikette Dikkat Edilen Konu						
Son kullanma tarihi ne dikkat eden	36	97.3	88	98.9	124	98.4
Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı iznine dikkat eden	4	10.8	11	12.4	15	11.9
İçindekiler kısmına dikkat eden	9	24.3	38	42.7	47	37.3
Enerji ve besin ögesi miktarlarına dikkat eden	7	18.9	22	24.7	29	23.0

Bireylerin cinsiyetlerine göre diyet ürünleri kullanma durumu ve sıklığı Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan erkek bireylerin diyet ürünlerini kullanma oranı %25.8, kadın bireylerin ise %43.6'dır. Diyet ürünleri kullanan erkek bireylerin %43.8'si bu ürünleri hergün, %6.3'ü sıklık ve %50'si seyrek kullanmaktadır. Kadın bireylerin diyet ürünlerini kullanma sıklıkları incelendiğinde %52.9'unun her gün, %19.6'sının sık sık ve %27.5'inin ise seyrek olarak kullandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.11. Bireylerin diyet ürünleri kullanma durumlarına göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	N	%
Diyet Ürünü Kullanma Durumu						
Kullanan	16	25.8	51	43.6	67	37.4
Kullanmayan	46	74.2	66	56.4	112	62.6
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0
Diyet Ürünü Kullanım Sıklığı						
Hergün	7	43.8	27	52.9	34	50.7
Sık sık	1	6.3	10	19.6	11	16.4
Seyrek	8	50.0	14	27.5	22	32.8
Toplam	16	100.0	51	100.0	67	100.0

Bireylerin cinsiyetlerine göre yemeklerde kullandıkları yağ türlerine göre dağılımı Tablo 4.12.'de belirtilmiştir.

Yemeklerde margarin kullananların oranı erkeklerde %4.8, kadınlarda %6.0, mısır özü yağı kullananların oranı erkeklerde %3.2, kadınlarda %10.3, tereyağı kullananların oranı erkeklerde %12.9, kadınlarda %8.5, ayçiçek yağı kullananların oranı erkeklerde %85.5, kadınlarda %83.8, zeytin yağı kullananların oranı erkeklerde %77.4, kadınlarda %88.0 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12. Bireylerin yemeklerde kullandıkları yağ türlerine göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yağ Türü						
Margarin	3	4.8	7	6.0	10	5.6
Mısırözü	2	3.2	12	10.3	14	7.8
Tereyağ	8	12.9	10	8.5	18	10.1
Ayçiçek	53	85.5	98	83.8	151	84.4
Zeytin yağı	48	77.4	103	88.0	151	84.4
Soya Yağı	1	1.6	1	0.9	2	1.1

4.4 Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumları

Bireylerin cinsiyetlerine göre egzersiz yapma sıklıkları incelendiğinde (Tablo 4.13.) erkek bireylerin %33.9'unun haftanın her günü, %17.7'sinin haftada iki-üç kez, %9.7'sinin haftada bir kez, %4.8'inin ayda bir-üç kez, %33.9'unun hiç egzersiz yapmadıkları, kadın bireylerin ise %23.9'unun haftanın her günü, %14.5'inin haftada iki-üç kez, %4.3'ünün haftada bir kez, %6.8'inin ayda bir-üç kez, %50.4'ünün hiç egzersiz yapmadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.13. Bireylerin egzersiz sıklıklarına göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	n	%	n	%
Egzersiz Sıklığı						
Haftanın hergünü	21	33.9	28	23.9	49	27.4
Haftada iki-üç kez	11	17.7	17	14.5	28	15.6
Haftada bir kez	6	9.7	5	4.3	11	6.1
Ayda bir-üç kez	3	4.8	8	6.8	11	6.1
Seyrek veya hiç	21	33.9	59	50.4	80	44.7
Toplam	62	100.0	117	100.0	179	100.0

4.5. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıkları

Tablo 4.14.1'de araştırmaya katılan erkek bireylerin, Tablo 4.14.2'de ise araştırmaya katılan katılan bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin %29.0'u sütü, %56.5'i yoğurdu, %83.9'u peynir ve hellim çeşitlerini, %71.0'i beyaz ekmeği, %72.6'sı taze sebzeleri, %83.9'u taze meyveleri, %77.4'ü zeytinyağını, %72.6'sı bitkisel sıvı yağları, %59.7'si şekeri, %48.4'ü gazlı içecekleri, %37.1'i hazır meyve sularını, %51.6'sı hazır besinleri hergün tüketmekte, %33.5'i kümes hayvanlarının etini haftada dört-beş gün tüketmekte, %32.3'ü kırmızı eti, %35.5'i kuru baklagilleri, %48.4'ü pirinci, %33.9'u makarnayı haftada iki yada üç gün tüketmekte, %37.1'i balığı, %14.5'i hazır et ürünlerini, %21.0'i sert kabuklu yemişleri, %24.2'si yumurta ve omlet türü besinleri, %33.2'si bulguru, %24.2'si unlu tuzlu mamulleri, %21.0'i unlu şekerli mamulleri, %27'si fast food ürünlerini haftada bir gün tüketmekte, %37.3'ü sakatat ürünlerini, %32.2'si tahıl ürünlerini, %35.6'sı pide ve lahmacun türü besinleri, %22.0'si donmuş sebzeleri, %45.8'i şerbetli tatlıları, %35.6'sı meyveli tatlıları ve %30.5'i ambalajlı, tüketime hazır besinleri daha seyrek tüketmektedir. Erkek bireylerin %43.5'i sakatatları, %50.0'si tahıl ürünlerini, %61.3'ü kepek

ekmeğini, %40.3'ü donmuş sebzeleri, %41.9'u konserve sebzeleri, %14.5'i kurutulmuş sebzeleri, %59.7'si tereyağını, %40.3'ü margarini, %40.3'ü meyveli tatlıları, %38.7'si ambalajlı hazır besinleri hiç tüketmemektedir.

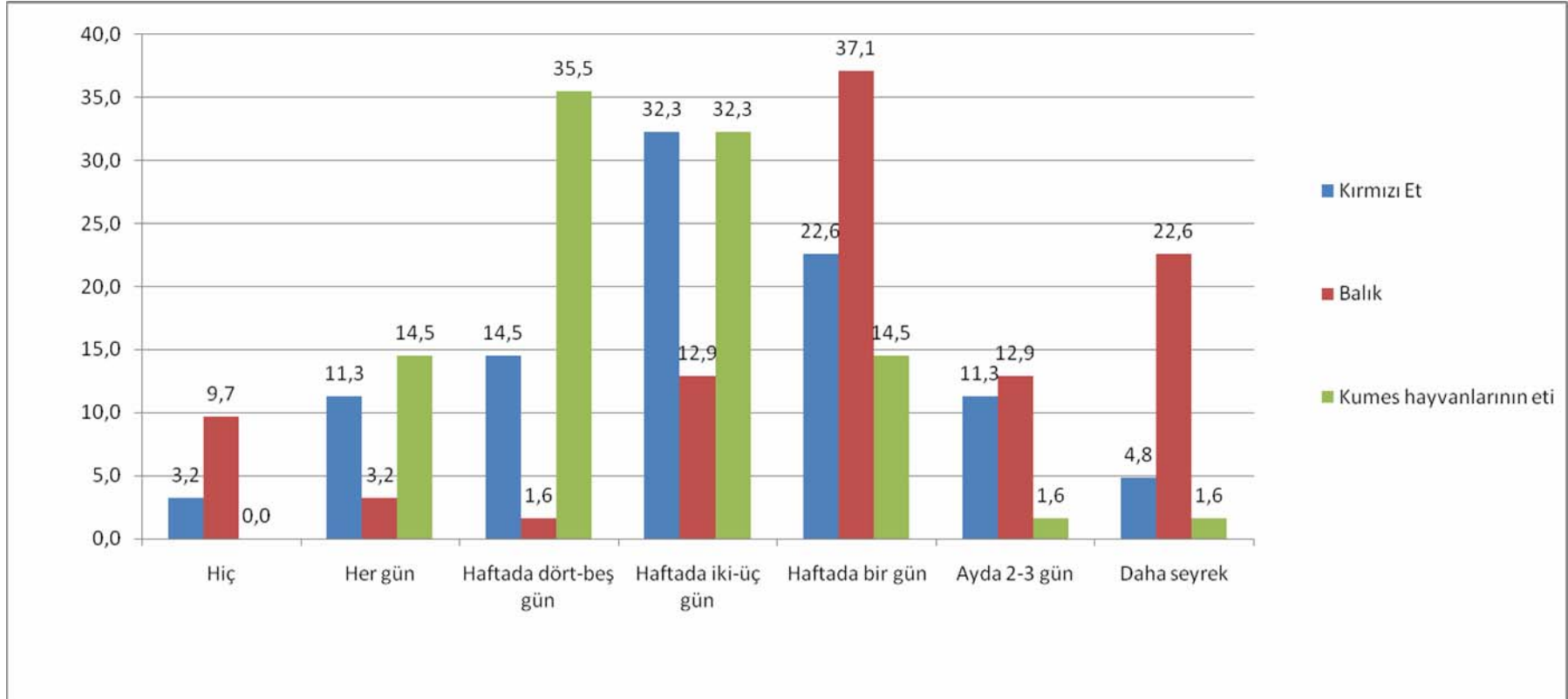
Araştırmaya katılan kadın bireylerin %48.7'si sütü, %64.1'i yoğurdu, %82.9'u peynir ve hellim çeşitlerini, %30.8'i kepek ekmeğini, %55.6'sı beyaz ekmeği, %76.9'u taze sebzeleri, %82.9'u taze meyveleri, %82.9'u zeytinyağını, %76.9'u bitkisel sıvı yağları, %53.0'ü şekeri, %30.8'i gazlı içecekleri, %29.9'u hazır meyve sularını, %43.6'sı hazır besinleri her gün tüketmekte, %31.6'sı kümes hayvanlarının etini haftada dört-beş gün tüketmekte, %29.1'i kırmızı eti, %29.9'u kuru baklagilleri, %34.2'si pirinci, %35.9'u makarnayı haftada iki yada üç gün tüketmekte, %37.6'sı balığı, %17.9'u sert kabuklu yemişleri, %30.8'i yumurta ve omlet türü besinleri, %41.0'i bulguru, %41.0'i makarnayı, %18.8'i unlu tuzlu mamulleri, %21.4'ü unlu şekerli mamulleri haftada bir gün tüketmekte, %41.0'i hazır et ürünlerini, %48.7'si kuru baklagilleri, %29.1'i sert kabuklu yemişleri, %62.4'ü pide lahmacun türü besinleri, %34.2'si donmuş ve konserve sebzeleri, %30.8'i kuru meyveleri, %58.1'i şerbetli tatlıları, %40.2'si şekerleme, çikolata ve lokum türü besinleri seyrek tüketmektedir. Kadın bireylerin %42.7'si sakatları, %47.9'u tahıl ürünlerini, %45.3'ü kepek ekmeğini, %42.7'si konserve sebzeleri, %68.4'ü tereyağını, %56.4'ü margarini, %53.0'ü meyveli tatlıları, %35.0'i ambalajlı tüketime hazır besinleri ve %28.2'si fast food ürünlerini hiç tüketmemektedir.

4.14.1. Erkek bireylerin besin tüketim sıklıklarına göre dağılımları

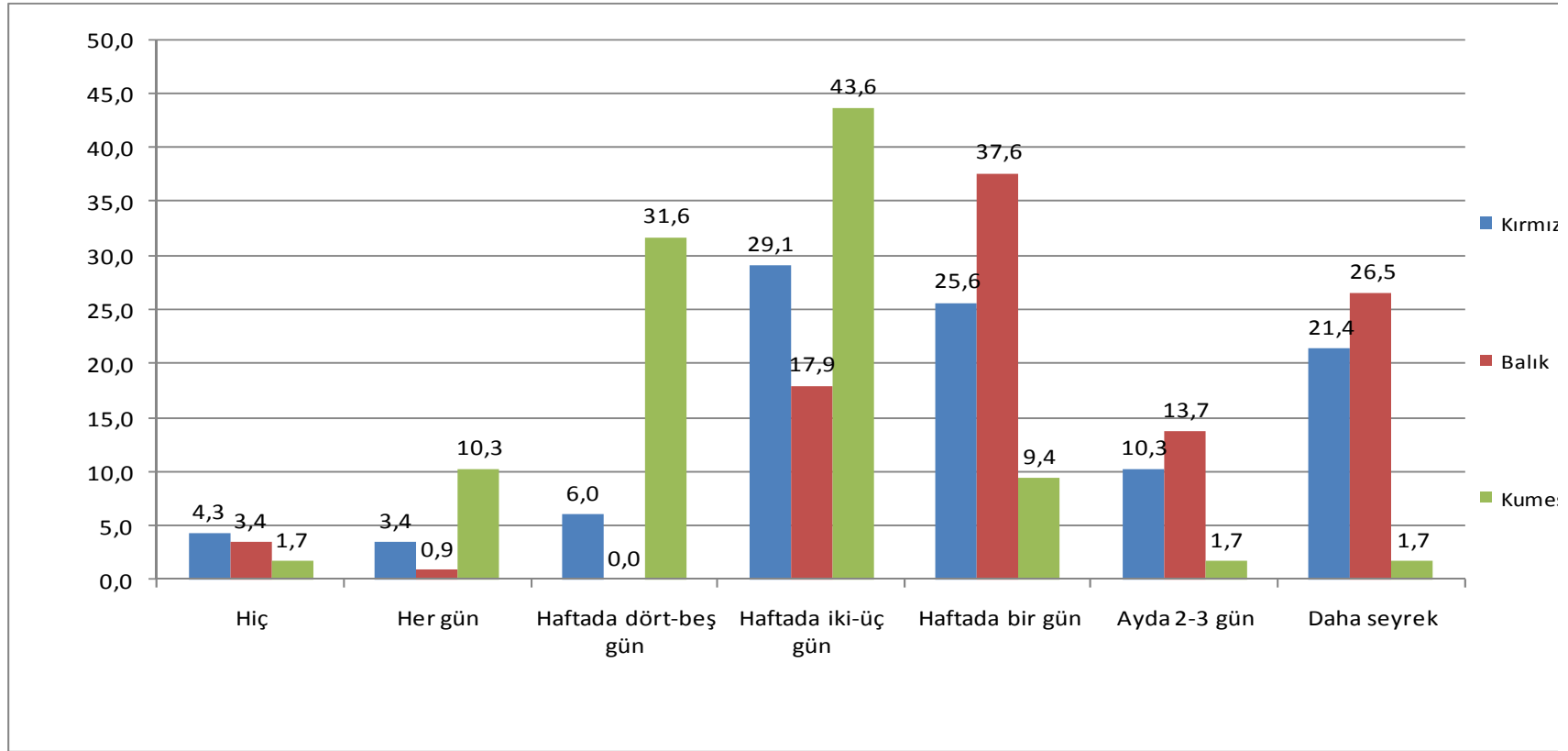
	Hiç		Her gün		Haftada dört-beş gün		Haftada iki-üç gün		Haftada bir gün		Ayda 2-3 gün		Daha seyrek	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
	Kırmızı Et	2	3.2	7	11.3	9	14.5	20	32.3	14	22.6	7	11.3	3
Balık	6	9.7	2	3.2	1	1.6	8	12.9	23	37.1	8	12.9	14	22.6
Kumes hayvanlarının et	0	0.0	9	14.5	22	35.5	20	32.3	9	14.5	1	1.6	1	1.6
Sakatatlar	27	43.5	0	0.0	0	0.0	1	1.6	4	6.5	6	9.7	24	38.7
Hazir et urunleri	7	11.3	3	4.8	2	3.2	7	11.3	9	14.5	13	21.0	21	33.9
Kuru baklagiller	2	3.2	3	4.8	3	4.8	22	35.5	25	40.3	6	9.7	1	1.6
Sert kabuklu yemisler	5	8.1	8	12.9	8	12.9	12	19.4	13	21.0	5	8.1	11	17.7
Yumurta omllet türü besinler	8	12.9	2	3.2	5	8.1	9	14.5	15	24.2	10	16.1	13	21.0
Sut	14	22.6	18	29.0	4	6.5	8	12.9	7	11.3	3	4.8	8	12.9
Yogurt	0	0.0	35	56.5	6	9.7	15	24.2	3	4.8	0	0.0	3	4.8
Peynir hellim cesitleri	1	1.6	52	83.9	3	4.8	4	6.5	1	1.6	0	0.0	1	1.6
Pirinc	1	1.6	9	14.5	4	6.5	30	48.4	12	19.4	3	4.8	3	4.8
Bulgur	9	14.5	2	3.2	2	3.2	13	21.0	21	33.9	7	11.3	8	12.9
Tahil urunleri	31	50.0	4	6.5	2	3.2	3	4.8	5	8.1	7	11.3	10	16.1
Makarna	2	3.2	0	0.0	7	11.3	21	33.9	28	45.2	1	1.6	3	4.8
Kepek ekmegi	38	61.3	11	17.7	0	0.0	4	6.5	2	3.2	3	4.8	4	6.5
Beyaz ekmegi	5	8.1	44	71.0	3	4.8	1	1.6	5	8.1	1	1.6	3	4.8
Pide lahmacun turu besinler	5	8.1	3	4.8	1	1.6	4	6.5	7	11.3	13	21.0	29	46.8
Unlu tuzlu mamuller	8	12.9	2	3.2	3	4.8	4	6.5	15	24.2	9	14.5	21	33.9
Unlu sekerli mamuller	10	16.1	7	11.3	7	11.3	1	1.6	13	21.0	5	8.1	19	30.6
Taze sebzeler	1	1.6	45	72.6	8	12.9	5	8.1	3	4.8	0	0.0	0	0.0
Donmus sebzeler	25	40.3	0	0.0	1	1.6	1	1.6	6	9.7	4	6.5	25	40.3
Konserve sebzeler	26	41.9	0	0.0	2	3.2	2	3.2	7	11.3	2	3.2	23	37.1
Kurutulmus sebzeler	9	14.5	0	0.0	0	0.0	2	3.2	11	17.7	17	27.4	23	37.1
Taze meyveler	4	6.5	52	83.9	3	4.8	1	1.6	0	0.0	0	0.0	2	3.2
Kurumeyveler	22	35.5	1	1.6	3	4.8	3	4.8	6	9.7	9	14.5	18	29.0
Tereyagin	37	59.7	7	11.3	0	0.0	1	1.6	5	8.1	6	9.7	6	9.7
Margarin	25	40.3	11	17.7	2	3.2	4	6.5	9	14.5	3	4.8	8	12.9
Zeytinyagi	6	9.7	48	77.4	4	6.5	1	1.6	2	3.2	0	0.0	1	1.6
Bitkisel sivi yagları	8	12.9	45	72.6	1	1.6	1	1.6	2	3.2	0	0.0	4	6.5
Sekeri	18	29.0	37	59.7	1	1.6	1	1.6	2	3.2	1	1.6	2	3.2
Serbetli tatlılar	13	21.0	2	3.2	4	6.5	2	3.2	15	24.2	5	8.1	21	33.9
Sutlu tatlılar	8	12.9	8	12.9	7	11.3	7	11.3	11	17.7	3	4.8	18	29.0
Meyveli tatlılar	25	40.3	3	4.8	3	4.8	1	1.6	6	9.7	3	4.8	21	33.9
Bal. macun. recel ve pekmez	15	24.2	10	16.1	0	0.0	10	16.1	10	16.1	6	9.7	11	17.7
Sekerleme. çikolata ve lokum	19	30.6	10	16.1	6	9.7	5	8.1	4	6.5	4	6.5	14	22.6
Gazli icecekler	6	9.7	30	48.4	3	4.8	12	19.4	3	4.8	2	3.2	6	9.7
Hazir meyve sulari	7	11.3	23	37.1	11	17.7	10	16.1	6	9.7	1	1.6	4	6.5
Hazir besinler	13	21.0	32	51.6	1	1.6	4	6.5	3	4.8	6	9.7	3	4.8
Ambalajli. tüketime hazir besinler	24	38.7	1	1.6	6	9.7	6	9.7	9	14.5	3	4.8	13	21.0
Maden sulari	17	27.4	14	22.6	2	3.2	11	17.7	12	19.4	2	3.2	4	6.5
Fast food	13	21.0	3	4.8	4	6.5	8	12.9	17	27.4	3	4.8	14	22.6

Tablo 4.14.2. Kadın bireylerin besin tüketim sıklıklarına göre dağılımları

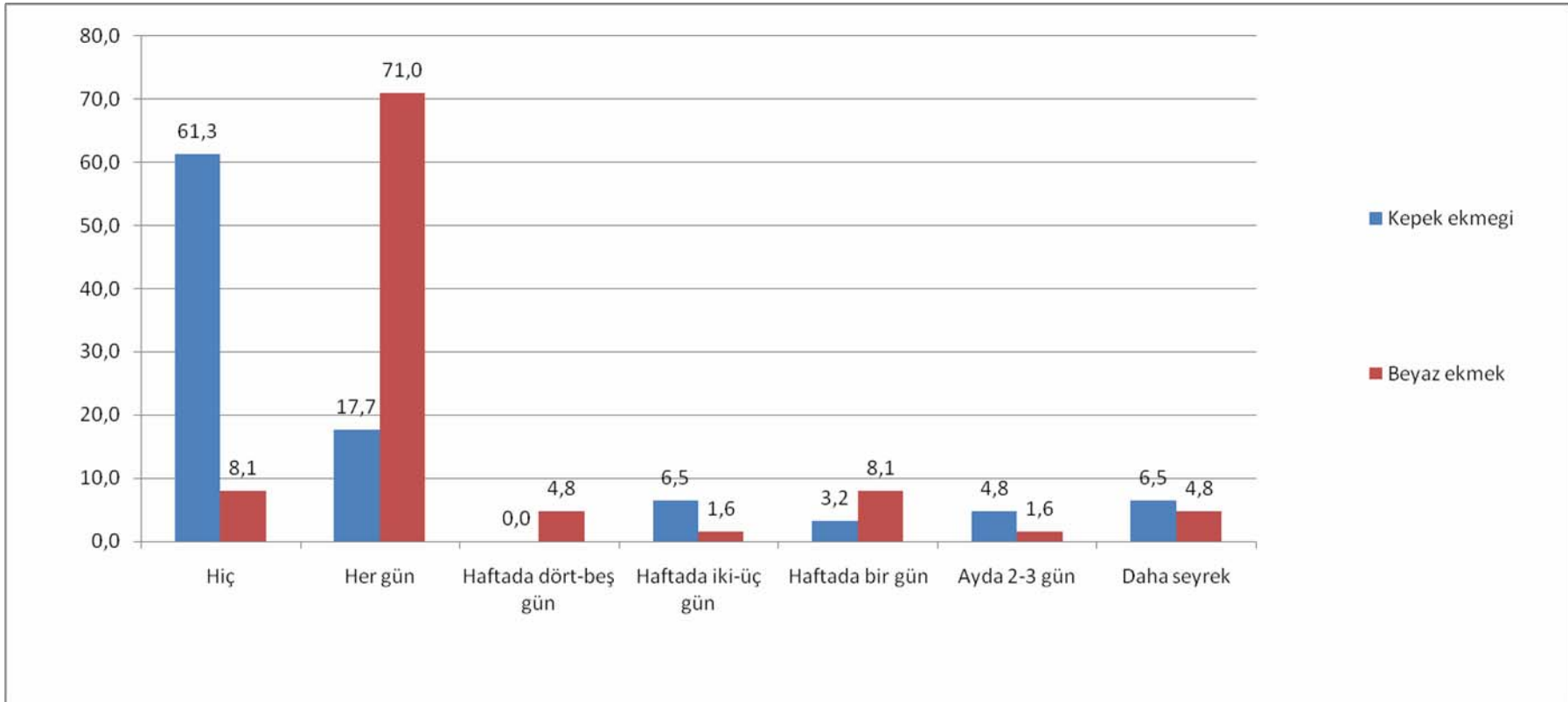
	Hiç		Her gün		Haftada dört-beş		Haftada iki-üç		Haftada bir gün		Ayda 2-3 gün		Daha seyrek	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%	N	%
Kırmızı Et	5	4.3	4	3.4	7	6.0	34	29.1	30	25.6	12	10.3	25	21.4
Balık	4	3.4	1	0.9	0	0.0	21	17.9	44	37.6	16	13.7	31	26.5
Kümes hayvanlarının et	2	1.7	12	10.3	37	31.6	51	43.6	11	9.4	2	1.7	2	1.7
Sakatatlar	50	42.7	0	0.0	0	0.0	4	3.4	4	3.4	11	9.4	48	41.0
Hazır et ürünleri	26	22.2	2	1.7	1	0.9	4	3.4	14	12.0	13	11.1	57	48.7
Kuru baklagiller	2	1.7	4	3.4	5	4.3	35	29.9	33	28.2	19	16.2	19	16.2
Sert kabuklu yemişler	10	8.5	14	12.0	5	4.3	16	13.7	21	17.9	17	14.5	34	29.1
Yumurta omllet türü besinler	15	12.8	16	13.7	2	1.7	19	16.2	36	30.8	15	12.8	14	12.0
Süt	19	16.2	57	48.7	4	3.4	19	16.2	11	9.4	0	0.0	7	6.0
Yogurt	2	1.7	75	64.1	18	15.4	13	11.1	6	5.1	0	0.0	3	2.6
Peynir hellim çeşitleri	1	0.9	97	82.9	8	6.8	8	6.8	2	1.7	0	0.0	1	0.9
Pirinc	0	0.0	15	12.8	20	17.1	40	34.2	34	29.1	5	4.3	3	2.6
Bulgur	5	4.3	4	3.4	7	6.0	26	22.2	48	41.0	13	11.1	14	12.0
Tahıl ürünleri	56	47.9	9	7.7	3	2.6	14	12.0	13	11.1	7	6.0	15	12.8
Makarna	3	2.6	2	1.7	9	7.7	42	35.9	48	41.0	8	6.8	5	4.3
Kepek ekmeği	53	45.3	36	30.8	5	4.3	4	3.4	2	1.7	3	2.6	14	12.0
Beyaz ekmeği	16	13.7	65	55.6	3	2.6	4	3.4	11	9.4	2	1.7	16	13.7
Pide lahmacun turu besinler	19	16.2	0	0.0	1	0.9	2	1.7	8	6.8	14	12.0	73	62.4
Unlu tuzlu mamuller	10	8.5	2	1.7	3	2.6	12	10.3	22	18.8	18	15.4	50	42.7
Unlu şekerli mamuller	9	7.7	7	6.0	7	6.0	16	13.7	25	21.4	9	7.7	44	37.6
Taze sebzeler	2	1.7	90	76.9	12	10.3	7	6.0	4	3.4	1	0.9	1	0.9
Donmuş sebzeler	35	29.9	3	2.6	4	3.4	6	5.1	16	13.7	13	11.1	40	34.2
Konserve sebzeler	50	42.7	1	0.9	2	1.7	4	3.4	10	8.5	10	8.5	40	34.2
Kurutulmuş sebzeler	11	9.4	0	0.0	4	3.4	1	0.9	15	12.8	28	23.9	58	49.6
Taze meyveler	2	1.7	97	82.9	4	3.4	6	5.1	4	3.4	1	0.9	3	2.6
Kurumeyveler	29	24.8	5	4.3	3	2.6	15	12.8	13	11.1	16	13.7	36	30.8
Tereyağın	80	68.4	11	9.4	3	2.6	2	1.7	8	6.8	2	1.7	11	9.4
Margarin	66	56.4	12	10.3	3	2.6	10	8.5	9	7.7	3	2.6	14	12.0
Zeytinyağı	6	5.1	97	82.9	5	4.3	5	4.3	2	1.7	1	0.9	1	0.9
Bitkisel sıvı yağları	6	5.1	90	76.9	6	5.1	2	1.7	5	4.3	2	1.7	6	5.1
Sekeri	37	31.6	62	53.0	1	0.9	2	1.7	7	6.0	0	0.0	8	6.8
Serbetli tatlılar	17	14.5	1	0.9	3	2.6	3	2.6	12	10.3	13	11.1	68	58.1
Sutlu tatlılar	21	17.9	10	8.5	9	7.7	17	14.5	15	12.8	12	10.3	33	28.2
Meyveli tatlılar	62	53.0	0	0.0	2	1.7	3	2.6	3	2.6	9	7.7	38	32.5
Bal, macun, reçel ve pekmez	30	25.6	21	17.9	2	1.7	10	8.5	17	14.5	6	5.1	31	26.5
Sekerleme, çikolata ve lokum	17	14.5	8	6.8	8	6.8	14	12.0	15	12.8	8	6.8	47	40.2
Gazlı içecekler	16	13.7	36	30.8	6	5.1	19	16.2	17	14.5	7	6.0	16	13.7
Hazır meyve suları	26	22.2	35	29.9	10	8.5	19	16.2	15	12.8	4	3.4	8	6.8
Hazır besinler	26	22.2	51	43.6	5	4.3	12	10.3	3	2.6	8	6.8	12	10.3
Ambalajlı, tüketime hazır besinler	41	35.0	3	2.6	5	4.3	11	9.4	11	9.4	4	3.4	42	35.9
Maden suları	39	33.3	16	13.7	4	3.4	10	8.5	18	15.4	10	8.5	20	17.1
Fast Food	33	28.2	1	0.9	1	0.9	5	4.3	22	18.8	40	34.2	15	12.8



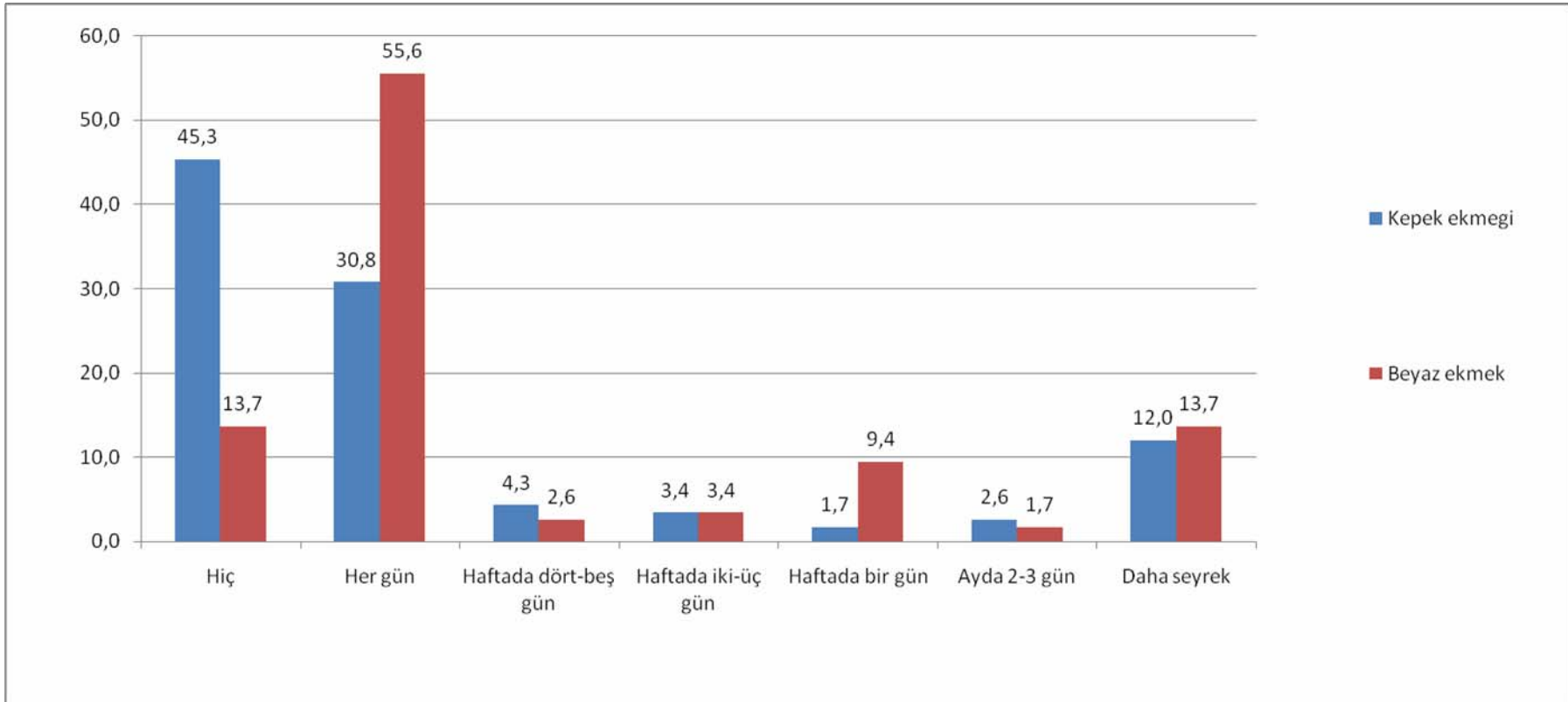
Şekil 1.1. Erkek Bireylerin Kırmızı Et, Balık Ve Kümes Hayvanlarının Eti Tüketim Sıklıkları



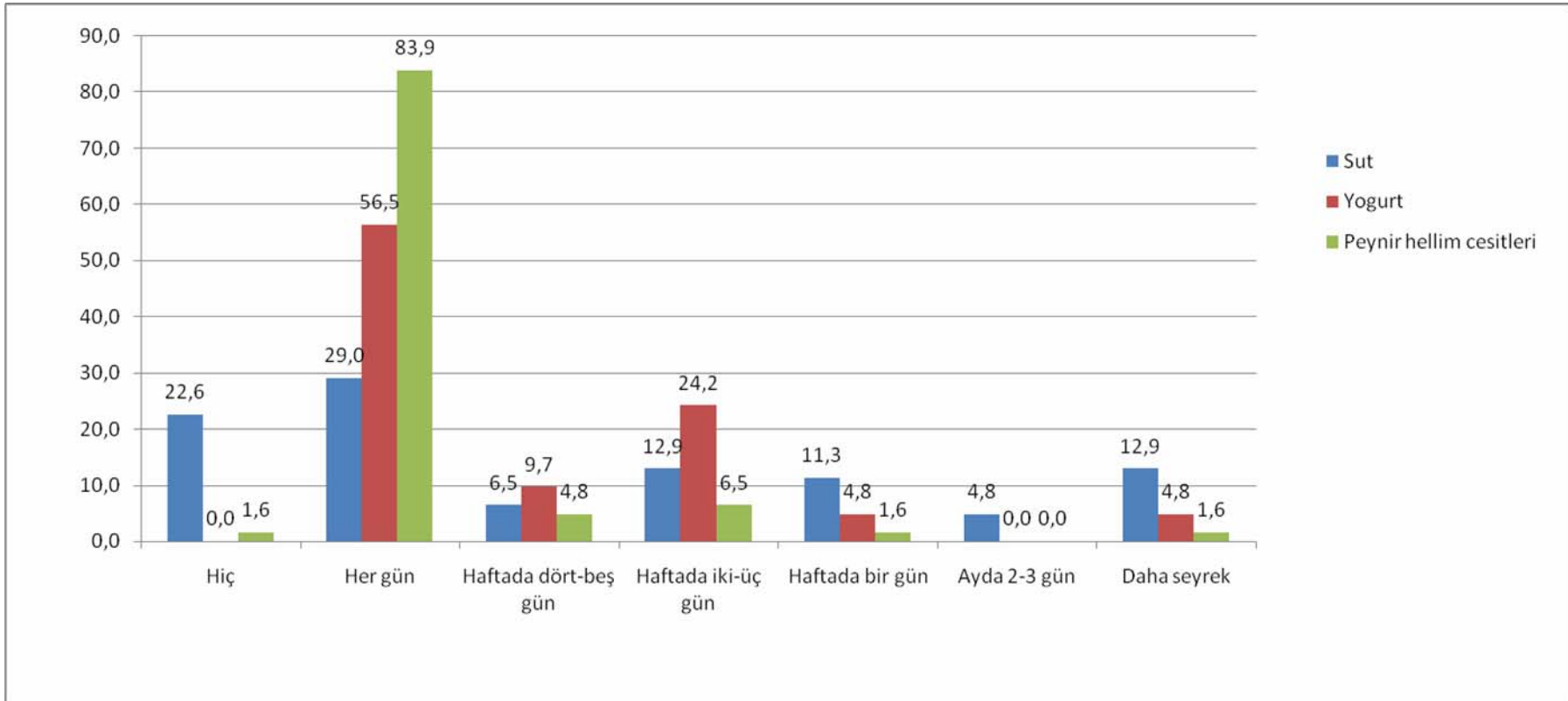
Şekil 1.2. Kadın Bireylerin Kırmızı Et, Balık Ve Kümes Hayvanlarının Eti Tüketim Sıklıkları



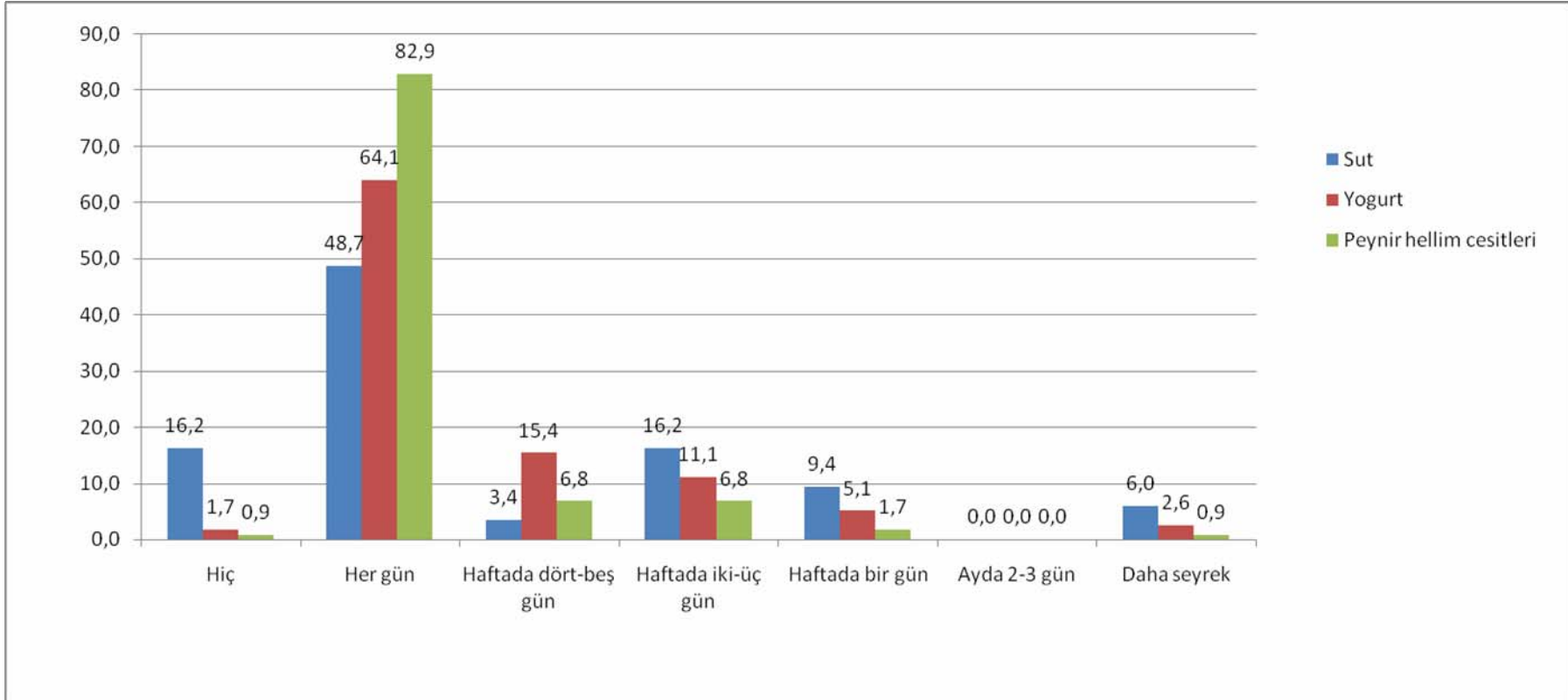
Şekil 2.1. Erkek Bireylerin Beyaz Ekmek ve Kepek Ekmeği Tüketim Sıklıkları



Şekil 2.2. Kadın Bireylerin Beyaz Ekmek ve Kepek Ekmeği Tüketim Sıklıkları



Şekil 3.1. Erkek Bireylerin Süt, Yoğurt ve Peynir-Hellim Çeşitleri Tüketim Sıklıkları



Şekil 3.2. Kadın Bireylerin Süt, Yoğurt ve Peynir-Hellim Çeşitleri Tüketim Sıklıkları

4.6. Bireylerin Bir Günlük Besin Tüketim Durumu

Araştırmaya katılan erkek bireylerin ortalama 1547.4 ± 564.8 kkal, kadınların ortalama 1126.9 ± 449.2 kkal enerji tükettiği, erkeklerin ortalama 59.7 ± 21.0 g, kadınların ortalama 45.5 ± 20.2 g protein tükettiği, erkeklerin ortalama 54.6 ± 23.1 g, kadınların ortalama 41.9 ± 20.6 g yağ tükettiği, erkeklerin ortalama 184.7 ± 84.1 g, kadınların ortalama 135.6 ± 64.3 g karbonhidrat tükettiği, erkeklerin ortalama 15.0 ± 6.2 g, kadınların ortalama 13.3 ± 6.7 g lif tükettiği saptanmıştır. Erkeklerin ortalama 1197.8 ± 3245.9 mg, kadınların ortalama 820.7 ± 1357.9 mg Vitamin A tükettiği, erkeklerin ortalama 0.6 ± 0.2 mg, kadınların ortalama 0.5 ± 0.2 mg Vitamin B1 tükettiği, erkeklerin ortalama 1.0 ± 0.8 mg, kadınların ortalama 0.8 ± 0.4 mg Vitamin B2 tükettiği, erkeklerin ortalama 1.2 ± 0.8 mg, kadınların ortalama 0.9 ± 0.4 mg Vitamin B6 tükettiği, erkeklerin ortalama 89.9 ± 59.3 mg, kadınların ortalama 92.0 ± 65.8 mg Vitamin C tükettiği saptanmıştır. Erkeklerin ortalama 674.8 ± 318.9 mg, kadınların ortalama 612.7 ± 382.0 mg kalsiyum tükettiği, erkeklerin ortalama 803.5 ± 296.8 mg, kadınların ortalama 653.9 ± 263.5 mg fosfor tükettiği, erkeklerin ortalama 8.3 ± 2.9 mg, kadınların ortalama 6.9 ± 3.1 mg demir tükettiği, erkeklerin ortalama 7.1 ± 2.7 mg, kadınların ortalama 5.2 ± 2.4 mg çinko tükettiği saptanmıştır.

Bireylerin cinsiyetlerine göre lif, vitamin A, vitamin E, vitamin C, kalsiyum ve magnezyum tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0.05$), enerji, protein, karbonhidrat, vitamin B1, vitamin B2, vitamin B6, fosfor, demir ve çinko tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı bulunmaktadır. ($p < 0.05$)

Tablo 4.15.1. Bireylerin enerji ve besin ögeleri tüketimine göre dağılımları

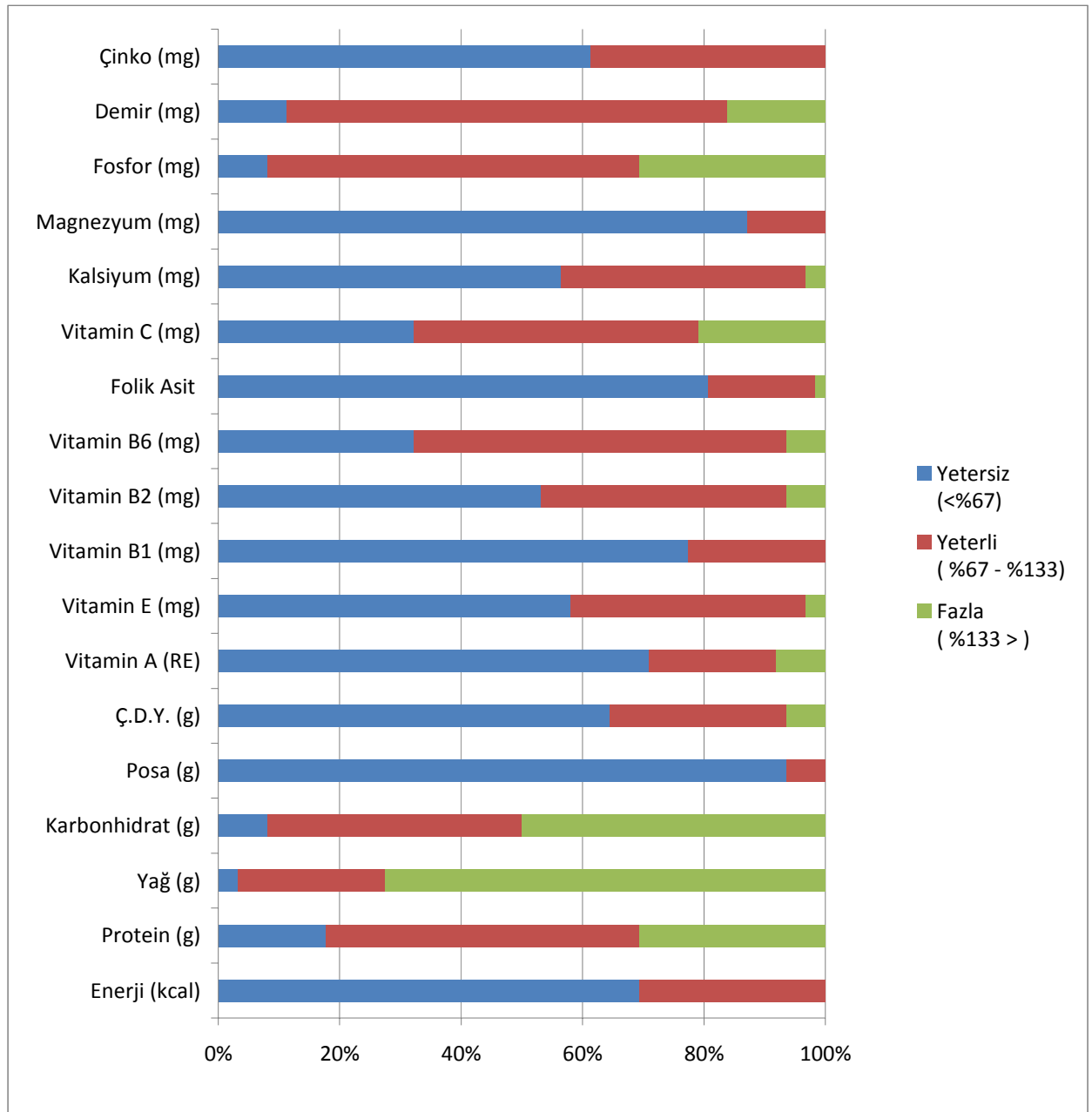
		19-30 yaş arası		31-50 yaş arası		51-65 yaş arası		Toplam	
		Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Enerji	\bar{X}	1727.6	1246.0	1446.7	1093.7	1394.7	1020.4	1547.4	1126.9
	S. Ortanca	495.7	550.1	602.3	379.4	570.4	403.2	564.8	449.2
	Alt	1723.0	1101.1	1327.6	1061.9	1263.0	958.4	1509.6	1061.5
	Üst	679.8	729.7	551.2	436.8	704.6	277.9	551.2	277.9
		2676.6	3450.9	3088.1	1995.9	2418.2	1746.5	3088.1	3450.9
Protein	\bar{X}	64.4	47.0	54.8	45.7	59.0	42.5	59.7	45.5
	S. Ortanca	19.2	22.6	22.6	19.5	21.1	18.3	21.0	20.2
	Alt	62.9	46.0	45.7	46.2	53.7	39.3	59.6	45.9
	Üst	29.0	14.8	24.0	10.0	29.9	11.3	24.0	10.0
		92.5	128.2	112.0	92.3	93.6	72.7	112.0	128.2
Yağ	\bar{X}	58.6	45.2	51.5	40.7	52.4	39.7	54.6	41.9
	S. Ortanca	23.6	24.5	20.4	19.0	26.5	17.8	23.1	20.6
	Alt	50.6	42.8	50.3	38.4	46.1	35.9	50.5	38.9
	Üst	17.5	14.8	17.7	10.0	21.3	12.6	17.5	10.0
		107.6	153.3	88.3	94.8	116.3	79.0	116.3	153.3
Karbonhidrat	\bar{X}	210.5	154.2	178.7	130.8	150.6	118.2	184.7	135.6
	S. Ortanca	77.7	83.0	93.3	51.1	70.4	53.9	84.1	64.3
	Alt	212.8	134.0	146.9	119.4	136.2	111.7	173.1	123.9
	Üst	93.3	75.1	73.0	42.5	61.5	23.9	61.5	23.9
		395.9	530.1	470.7	257.5	331.5	229.8	470.7	530.1
Lif	\bar{X}	15.6	13.1	14.4	13.3	14.8	13.5	15.0	13.3
	S. Ortanca	5.5	7.2	7.0	6.2	6.3	7.2	6.2	6.7
	Alt	14.5	11.2	13.0	12.2	14.2	12.1	14.0	12.1
	Üst	8.0	2.5	3.3	4.0	5.5	3.0	3.3	2.5
		30.7	36.5	37.1	36.9	30.5	29.1	37.1	36.9

Tablo 4.15.2. Bireylerin vitamin tüketimine göre dağılımları

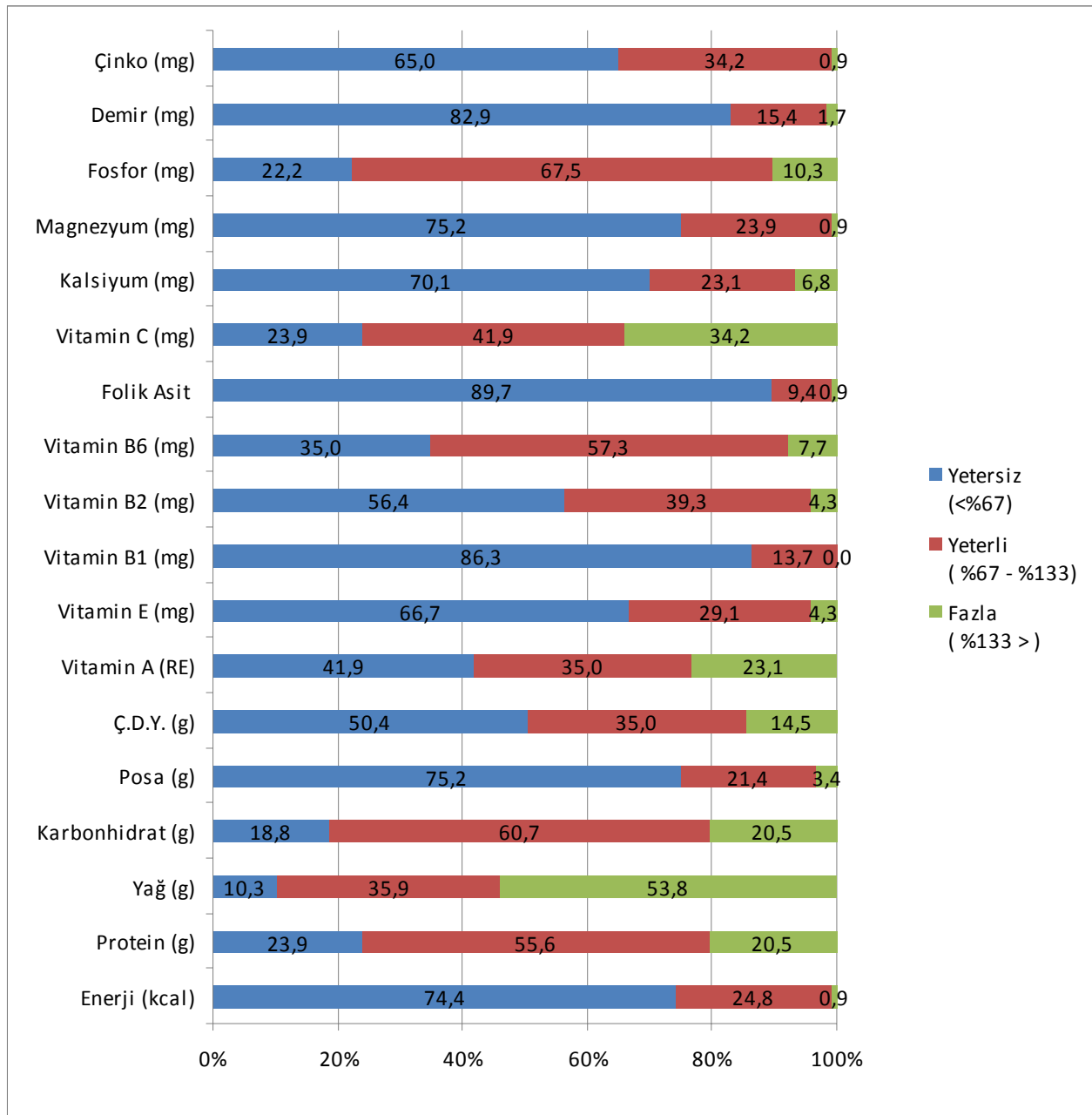
		19-30 yaş arası		31-50 yaş arası		51-65 yaş arası		Toplam	
		Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Vitamin A	\bar{X}	1894.4	661.1	730.5	963.0	722.1	734.9	1197.8	820.7
	S.	4958.9	554.7	1116.5	1869.6	655.4	601.3	3245.9	1357.9
	Ortanca	433.4	505.7	482.3	549.7	527.8	528.6	478.1	527.0
	Alt	190.0	101.9	155.7	100.4	125.0	87.8	125.0	87.8
	Üst	23208.8	2879.0	5600.5	13175.7	2845.9	2349.6	23208.8	13175.7
Vitamin E	\bar{X}	11.0	8.8	9.1	8.8	8.6	8.5	9.7	8.7
	S.	5.4	7.0	5.7	5.4	5.1	5.8	5.4	6.0
	Ortanca	9.4	7.3	7.4	7.4	6.2	6.2	9.1	7.3
	Alt	5.3	0.7	1.5	1.4	1.6	1.2	1.5	0.7
	Üst	31.7	42.4	24.8	22.9	16.3	23.1	31.7	42.4
Vitamin B1	\bar{X}	0.7	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5
	S.	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
	Ortanca	0.6	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5
	Alt	0.3	0.2	0.2	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1
	Üst	1.4	1.5	1.4	1.0	1.0	0.9	1.4	1.5
Vitamin B2	\bar{X}	1.2	0.8	0.9	0.8	0.7	0.7	1.0	0.8
	S.	1.1	0.4	0.4	0.5	0.3	0.3	0.8	0.4
	Ortanca	0.9	0.7	0.8	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7
	Alt	0.4	0.2	0.2	0.1	0.3	0.3	0.2	0.1
	Üst	5.6	2.3	1.8	3.0	1.4	1.3	5.6	3.0
Vitamin B6	\bar{X}	1.4	1.0	1.0	0.9	1.0	0.8	1.2	0.9
	S.	1.1	0.5	0.5	0.3	0.4	0.4	0.8	0.4
	Ortanca	1.2	1.0	1.0	0.9	0.9	0.8	1.1	0.9
	Alt	0.5	0.3	0.3	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2
	Üst	6.6	2.2	2.2	1.8	1.6	1.5	6.6	2.2
Vitamin C	\bar{X}	83.7	88.4	100.4	81.3	85.0	122.3	89.9	92.0
	S.	36.5	55.2	81.0	45.4	54.4	104.3	59.3	65.8
	Ortanca	75.8	72.5	87.0	85.5	84.2	79.7	82.9	81.5
	Alt	21.7	19.2	9.8	3.0	11.0	21.6	9.8	3.0
	Üst	157.6	258.3	318.9	248.2	160.9	381.6	318.9	381.6

Tablo 4.15.3. Bireylerin mineral tüketimine göre dağılımları

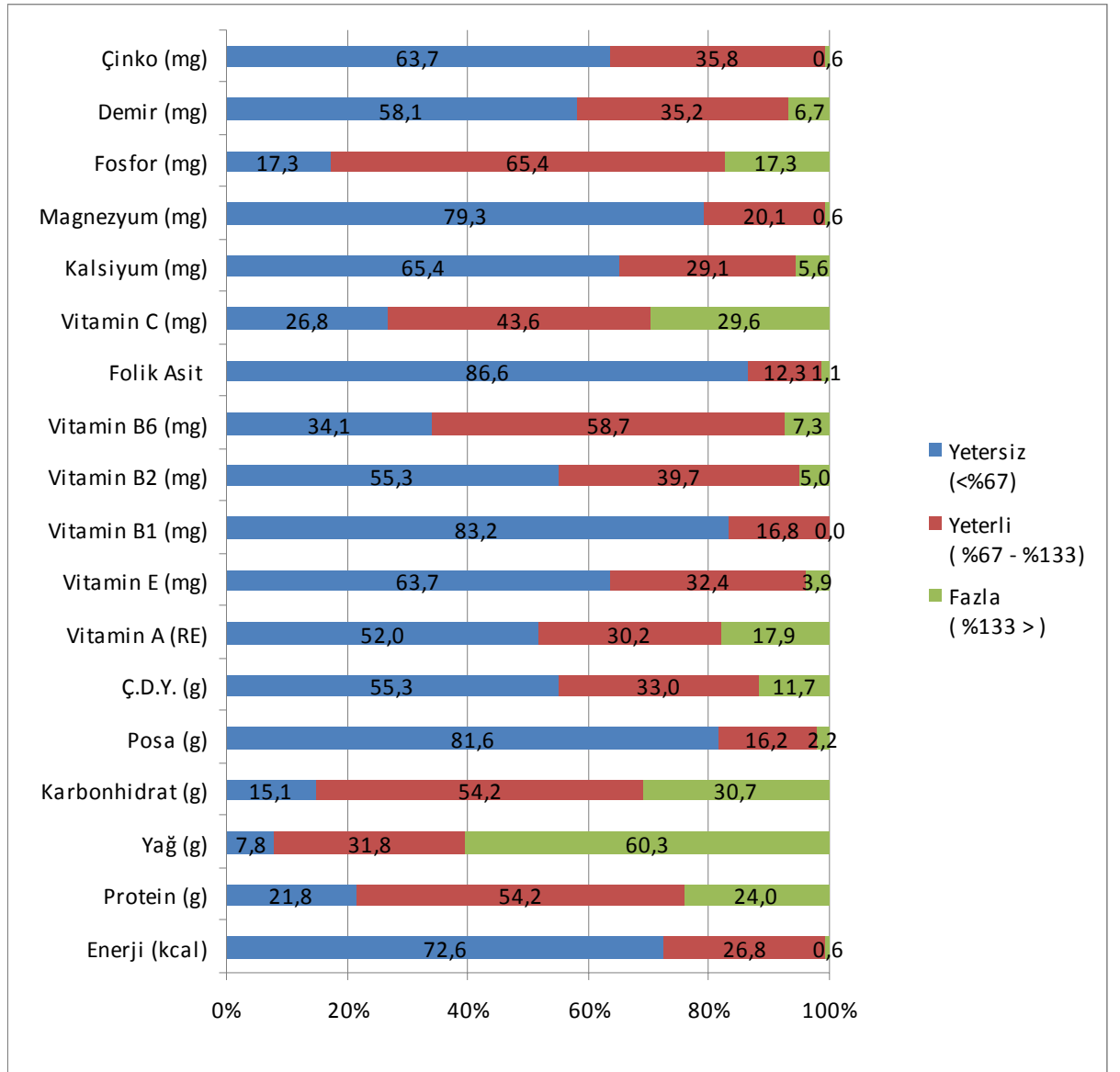
		19-30 yaş arası		31-50 yaş arası		51-65 yaş arası		Toplam	
		Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Kalsiyum	\bar{X}	710.9	567.2	690.1	601.1	592.2	710.1	674.8	612.7
	S.	283.0	299.7	380.9	417.1	279.5	407.3	318.9	382.0
	Ortanca	784.1	551.4	599.2	501.0	670.4	606.3	690.5	546.7
	Alt	212.9	87.6	117.2	103.5	84.5	277.6	84.5	87.6
	Üst	1154.8	1418.6	1606.6	2278.3	932.5	1855.3	1606.6	2278.3
Magnezyum	\bar{X}	205.5	190.2	179.6	162.6	184.1	172.2	191.1	173.3
	S.	73.0	74.8	72.0	66.8	72.2	98.6	72.3	77.0
	Ortanca	198.6	181.0	160.1	145.9	164.0	143.1	178.4	160.2
	Alt	110.1	73.7	43.3	39.1	64.8	56.8	43.3	39.1
	Üst	447.8	390.9	325.9	391.0	323.6	504.8	447.8	504.8
Fosfor	\bar{X}	884.6	736.5	739.4	616.7	762.0	613.3	803.5	653.9
	S.	298.7	312.0	310.7	230.8	257.0	232.9	296.8	263.5
	Ortanca	852.0	703.5	649.2	647.4	709.7	587.3	723.7	643.1
	Alt	417.6	254.0	189.0	120.3	347.0	232.1	189.0	120.3
	Üst	1539.3	1852.4	1598.4	1213.3	1259.7	1229.4	1598.4	1852.4
Demir	\bar{X}	9.2	7.2	7.8	6.8	7.6	6.8	8.3	6.9
	S.	3.0	3.2	3.0	2.8	2.1	3.6	2.9	3.1
	Ortanca	7.9	6.4	7.4	6.7	7.3	6.3	7.6	6.4
	Alt	4.7	3.3	3.2	2.2	5.2	1.3	3.2	1.3
	Üst	15.7	17.0	16.2	19.6	13.8	17.7	16.2	19.6
Çinko	\bar{X}	7.4	5.6	6.8	5.1	7.2	4.9	7.1	5.2
	S.	2.6	2.9	2.6	2.3	3.2	1.9	2.7	2.4
	Ortanca	7.0	4.8	6.1	5.1	6.3	5.1	6.4	5.0
	Alt	3.5	2.1	3.2	0.9	3.9	1.6	3.2	0.9
	Üst	13.0	14.6	12.3	11.1	14.1	9.4	14.1	14.6



Şekil 6.1. Erkek Bireylerin Günlük Enerji Ve Besin Öğeleri Tüketim Durumlarının RDA'ya Göre Yeterlilik Düzeyi (\pm %33).



Şekil 6.2. Kadın Bireylerin Günlük Enerji Ve Besin Öğeleri Tüketim Durumlarının RDA'ya Göre Yeterlilik Düzeyi (± %33).



Şekil 6.3. Bireylerin Günlük Enerji Ve Besin Öğeleri Tüketim Durumlarının RDA'ya Göre Yeterlilik Düzeyi (\pm %33).

Tablo 4.16.'da bireylerin günlük enerji ve makro besin ögesi, vitamin ve mineral tüketimlerinin RDA önerilerine göre değerlendirilmesi görülmektedir.

Erkek bireylerin günlük ortalama enerji tüketimi RDA' nın %59.9±21.4'unu, kadın bireylerin ise % 54.3±21.2'ünü karşılamaktadır. Aynı şekilde protein tüketiminde erkek bireyler %106.6±37.5'sini karşılarken kadın bireyler %98.8±43.9'ini karşılamaktadır. Yağ tüketiminde erkek bireyler %194.9±82.6'ünü kadın bireyler %149.7±73.7'sini karşılamaktadır. Karbonhidrat tüketiminde ise erkek bireyler RDA önerilerinin % 142.1±64.7'ini, kadın bireyler %104.3±49.5'ünü diyet posası tüketiminde erkek bireyler RDA önerilerinin %42.0±17.9'sini , kadınlar % 55.2±28.3'sini karşılamaktadır. Erkek ve kadın bireylerin enerji ve protein tüketim miktarlarının RDA'ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), yağ, karbonhidrat ve diyet posası tüketimlerinin RDA' ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunmuştur.

Erkek bireylerin günlük ortalama vitamin a tüketimi RDA önerisinin %133.1±360.7'ini, kadın bireylerin tüketimi %117.2±194.0'sini, erkeklerin vitamin e tüketimi RDA önerisinin % 64.9±36.2'unu, kadın bireylerin tüketimi ise RDA önerisinin % 58.1±40.0 'ini karşılamaktadır. Vitamin b1 tüketiminde erkek bireyler RDA önerisinin % 50.9±20.5'unu karşılarken kadın bireyler % 46.5±19.9'ini karşılamaktadır. Vitamin b6 tüketiminde erkek bireyler RDA önerisinin % 89.6±63.0'sını, kadın bireyler de %82.6±35.6'sını, vitamin c tüketiminde erkek bireyler RDA önerisinin %99.9±65.9'unu, kadın bireyler ise %122.6±87.7'sini karşılamaktadır. Bireylerin cinsiyetlerine göre vitamin a tüketimlerinin RDA' ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunurken, vitamin e, vitamin b1, vitamin b6 ve vitamin b2 tüketimleri arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Erkek bireylerin günlük ortalama kalsiyum tüketimi RDA önerisinin % 65.1±31.9'ini, kadın bireylerin tüketimi ise RDA önerisinin % 58.8±36.5'ini karşılamaktadır. Fosfor tüketiminde erkek bireyler RDA önerilerinin %

114.8±42.4'sini, kadın bireyler ise % 93.4±37.6'ünü karşılamaktadır. Demir tüketiminde erkek bireyler RDA önerilerinin % 103.8±35.9'ini, kadın bireyler % 48.3±31.1'ünü, çinko tüketiminde erkek bireyler RDA önerilerinin % 64.8±24.8'ini, kadın bireyler % 59.4±27.6'ünü karşılamaktadır. Bireylerin cinsiyetlerine göre kalsiyum fosfor ve demir tüketimlerinin RDA' ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunurken, magnezyum ve çinko tüketimleri arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz ($p>0.05$) bulunmuştur.

Tablo 4.16. Bireylerin Enerji, Besin Öğeleri, Vitamin ve Mineral Tüketim Durumlarının RDA'ya Göre Değerlendirmeleri (%).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	\bar{X}	s.	\bar{X}	s.	\bar{X}	s.
Enerji	59.0	21.4	54.3	21.2	56.0	21.3
Protein	106.6	37.5	98.8	43.9	101.5	41.9
Yağ*	194.9	82.6	149.7	73.7	165.3	79.7
Karbonhidrat*	142.1	64.7	104.3	49.5	117.4	57.9
Posa*	42.0	17.9	55.2	28.3	50.6	25.9
Vitamin A*	133.1	360.7	117.2	194.0	122.7	263.0
Vitamin E	64.9	36.3	58.1	40.0	60.5	38.8
Vitamin B1	50.9	20.5	46.5	19.9	48.0	20.1
Vitamin B2	74.3	58.1	70.4	38.0	71.8	45.9
Vitamin B6	89.6	63.0	82.6	35.6	85.0	46.9
Folik Asit	50.0	25.0	40.0	21.0	43.4	22.9
Vitamin C	99.9	65.9	122.6	87.7	114.8	81.4
Kalsiyum*	65.1	31.9	58.8	36.5	61.0	35.0
Magnezyum	46.5	17.8	54.8	24.4	51.9	22.7
Fosfor*	114.8	42.4	93.4	37.6	100.8	40.5
Demir*	103.8	35.9	48.3	31.1	67.5	42.1
Çinko	64.8	24.8	59.4	27.6	61.3	26.7

*p<0.05

Tablo 4.17.'de bireylerin cinsiyetlerine göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketimleri RDA değerleri ile karşılaştırılmış ve < % 67 (yetersiz), % 67 - % 133 (yeterli), > % 133 (fazla) tüketim durumlarına göre sınıflandırılmıştır.

Erkek bireylerin % 69.4'ünün enerjisi, % 93.5'inin posayı, %71.0'inin vitamin a'yı, %58.1'inin vitamin e'yi, %77.4'ünün vitamin b1, %53.2'sinin vitamin b2'yi, %56.5'inin kalsiyumu, %87.1'inin magnezyumu, %61.3'ünün

inkoyu yetersiz tükettikleri, %30.6'sının proteini, %72.6'sının yağları, %50.0'sinin karbonhidratı fazla tükettikleri saptanmıştır.

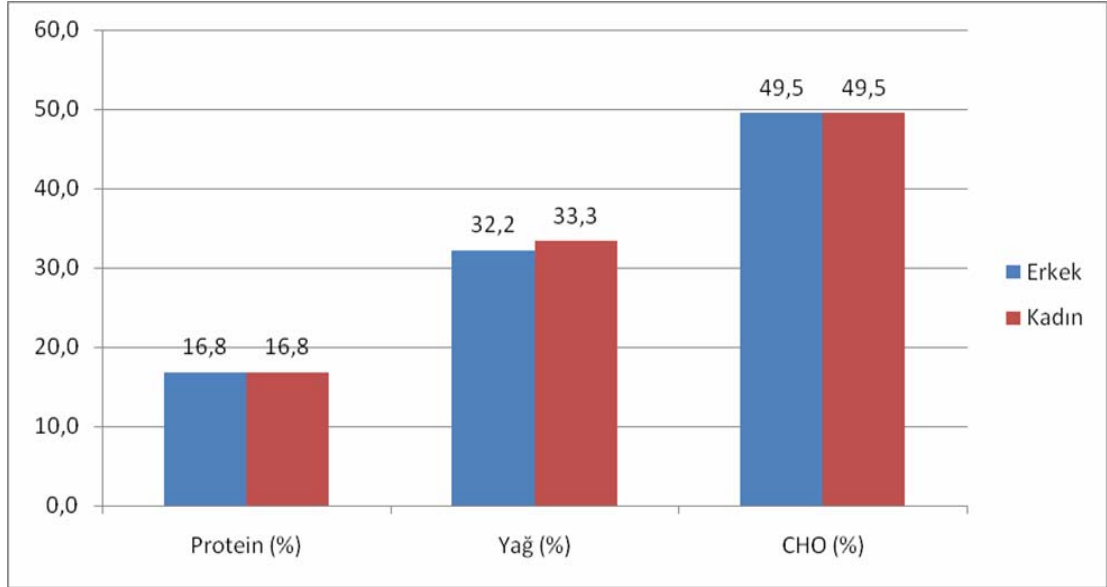
Kadın bireylere bakıldığında %74.4'ünün enerjisi, %75.2'sinin lifi, %66.7'sinin vitamin e'yi, %86.3'ünün vitamin b1'i, %56.4'ünün b2'yi, %70.1'inin kalsiyumu, %75.2'sinin magnezyumu, %82.9'unun demiri, %65.0'inin çinkoyu yetersiz tükettikleri saptanırken, 20.5'inin proteini, %53.8'inin yağları, %20.5'inin karbonhidratı, %23.1'inin vitamin a'yı ve %34.2'sinin vitamin c'yi fazla tükettikleri saptanmıştır.

Tablo 4.17. Bireylerin cinsiyetlerine göre günlük enerji ve besin ögeleri tüketim durumlarının RDA'ya göre yeterlilik düzeyi (\pm %33).

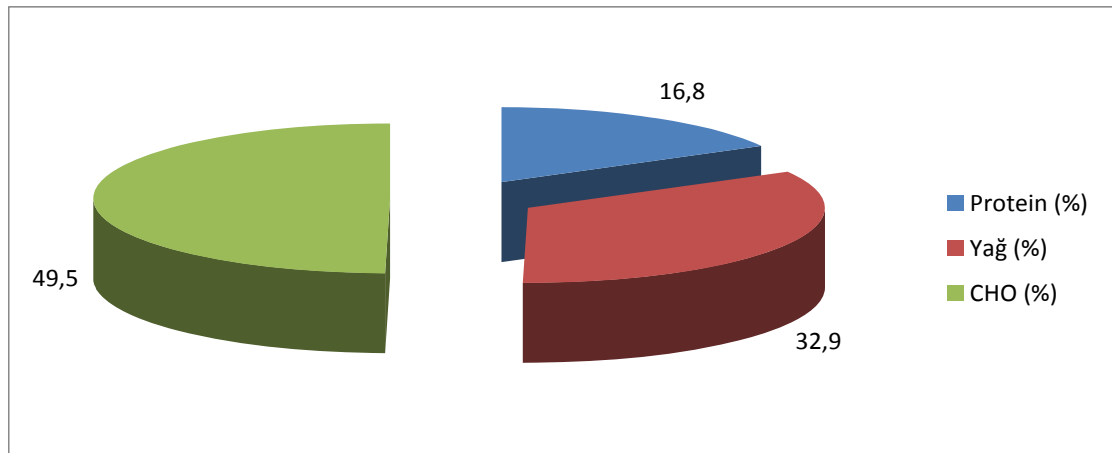
		Yetersiz	Yeterli	Fazla
Enerji (kcal)	Erkek	69.4	30.6	
	Kadın	74.4	24.8	0.9
	Toplam	72.6	26.8	0.6
Protein (g)	Erkek	17.7	51.6	30.6
	Kadın	23.9	55.6	20.5
	Toplam	21.8	54.2	24.0
Yağ (g)	Erkek	3.2	24.2	72.6
	Kadın	10.3	35.9	53.8
	Toplam	7.8	31.8	60.3
Karbonhidrat (g)	Erkek	8.1	41.9	50.0
	Kadın	18.8	60.7	20.5
	Toplam	15.1	54.2	30.7
Posa (g)	Erkek	93.5	6.5	
	Kadın	75.2	21.4	3.4
	Toplam	81.6	16.2	2.2
Vitamin A (RE)	Erkek	71.0	21.0	8.1
	Kadın	41.9	35.0	23.1
	Toplam	52.0	30.2	17.9
Vitamin E (mg)	Erkek	58.1	38.7	3.2
	Kadın	66.7	29.1	4.3
	Toplam	63.7	32.4	3.9
Vitamin B1 (mg)	Erkek	77.4	22.6	0.0
	Kadın	86.3	13.7	0.0
	Toplam	83.2	16.8	0.0
Vitamin B2 (mg)	Erkek	53.2	40.3	6.5
	Kadın	56.4	39.3	4.3
	Toplam	55.3	39.7	5.0
Vitamin B6 (mg)	Erkek	32.3	61.3	6.5
	Kadın	35.0	57.3	7.7
	Toplam	34.1	58.7	7.3
Folik Asit	Erkek	80.6	17.7	1.6
	Kadın	89.7	9.4	0.9
	Toplam	86.6	12.3	1.1
Vitamin C (mg)	Erkek	32.3	46.8	21.0
	Kadın	23.9	41.9	34.2
	Toplam	26.8	43.6	29.6
Kalsiyum (mg)	Erkek	56.5	40.3	3.2
	Kadın	70.1	23.1	6.8
	Toplam	65.4	29.1	5.6
Magnezyum (mg)	Erkek	87.1	12.9	
	Kadın	75.2	23.9	0.9
	Toplam	79.3	20.1	0.6
Fosfor (mg)	Erkek	8.1	61.3	30.6
	Kadın	22.2	67.5	10.3
	Toplam	17.3	65.4	17.3
Demir (mg)	Erkek	11.3	72.6	16.1
	Kadın	82.9	15.4	1.7
	Toplam	58.1	35.2	6.7
Çinko (mg)	Erkek	61.3	38.7	
	Kadın	65.0	34.2	0.9
	Toplam	63.7	35.8	0.6

Tablo 4.18. Bireylerin cinsiyetlerine göre makro besin öğelerinden gelen ortalama enerji değerleri.

	Protein (%)		Yağ (%)		CHO (%)	
	\bar{X}	S.	\bar{X}	S.	\bar{X}	S.
Erkek	16.82	4.65	32.19	7.79	49.47	9.92
Kadın	16.83	5.37	33.32	9.37	49.46	10.51
Toplam	16.83	5.12	32.93	8.85	49.46	10.29



Şekil 4. Bireylerin cinsiyetlerine göre makro besin öğelerinden gelen ortalama enerji değerleri.



Şekil 5. Bireylerin makro besin öğelerinden gelen ortalama enerji değerleri.

5. TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan 179 bireyin 62'si (%34.6) erkek, 117'si (%65.4) kadındır. Bireylerin büyük bir çoğunluğu (%78.2) 19-50 yaş aralığındadır. Erkeklerin %62.9'u lise ve üniversite mezunu olup, serbest meslekte ve kamu sektöründe çalışmaktadır. Kadın bireylerin ise yaklaşık yarısı (%53.9) lise ve üniversite mezunu olup çalışmaktadır(%49.6). Araştırmaya katılan ve okur yazar olmayan toplam bireylerin oranı %3.4'dür. Kıbrıs Türk Toplumunu (KTt) 2007 istatistiklerine bakıldığında (KKKGKKP, 2010), köylerde, işgücünde yer alan kadınların oranı %72, okur yazar olmayanların oranı ise %5.5'dir. Bu durumda, çalışan kadınların ve okur yazar olmayın bireylerin oranı 2007'den günümüze düşüş göstermektedir. Oysa ki, yapılan araştırmalar, tüm dünyada çalışan kadın sayısının arttığını göstermektedir (Bowman ve Vinyard, 2004). Bireylerin %61.5'i evlidir (Tablo:4,1)

5.2. Bireylerin Sigara Ve Alkol Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi

Yapılan sayısız araştırmalar; sigara kullanımının, koroner kalp hastalığı, kanser ve çeşitli kronik hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olduğunu kanıtlamıştır (Lichtenstein et. al., 2006 ile Barnoya ve Glantz, 2005). İskele-Karpaz bölgesinde, sigara kullanan bireylerin oranı %28.5'dir (Tablo 4,2). Dünya Sağlık Örgütü'nün "Küresel Tütün Salgını Raporunda", Türkiye'de 18 yaş üstündekilerde sigara kullanma oranını %33.4 olarak açıklarken bu oran Amerika'daki yetişkinlerde %23'tür. Kıbrıs Rum Kesimi'nde yapılan bir araştırmada ise Kıbrıs'ta görülen mortalite nedenleri arasında sigara içme %19.1'lik oranla üçüncü sırayı almıştır (Andreou et. al., 2008). Erkeklerin sigara kullanma oranı, kadınlardan yaklaşık iki kat fazladır. Sigara kullanan bireylerin büyük bir çoğunluğu günde 20 adet ve üzeri sigara içmektedir. Bireylerin alkol kullanma durumları incelendiğinde; erkek ve kadın

bireylerin çoğunluğunun (sırasıyla %59.7, %94.9) alkol kullanmadıkları bulunmuştur (Tablo:4,2). Buna karşılık, Kıbrıs Rum Kesimi'nde, 1000 Kıbrıslı Rum üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%88) alkol tükettiği belirlenmiştir (Andreou et.al., 2008). Bu oranın düşük olması, Kıbrıs'ın kırsal kesimi sayılan İskele-Karpaz bölgesinin, alkol satış noktaları açısından şehirlere göre daha kısıtlı olmasından kaynaklanabilir (Yiğit ve Khorshid, 2006).

Bireylerin alkol tüketim miktarlarına bakıldığında; alkol kullanan bireylerin hemen hemen tamamının alkolü önerilen ölçülerde (K:1 tek, E:2 tek) tükettiği ortaya çıkmıştır. Diyabetik olmayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada (Harding et. al., 2002). Alkol tüketimi ile HbA1c arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuş fakat istatistiksel analizde sadece şarap tüketiminin HbA1c düzeyini düşürdüğü sonucuna varılmıştır. Yapılan farklı bir araştırma ise yüksek düzeyde alkol tüketiminin birçok sağlık sorununa neden olduğunu, ılımlı düzeyde alkol tüketiminin ise herhangi bir yarar sağlamadığını ortaya çıkarmıştır. Bu durumda yapılacak en olumlu davranış, alkol kullanmamaktır (Dietary Guidelines for Americans, 2005 ile Strandberg et. al., 2004).

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin %74.9'luk gibi bir çoğunluğu, son altı ay içerisinde, vücut ağırlıklarında bir değişiklik olmadığını bildirmiştir. (Tablo 4,3) Toplumda şişmanlığın değerlendirilmesinde kullanılan en temel ölçüt Beden Kütle İndeksi (BKI)'dir. Onsekizinci yüzyılda Adolphe Quetelet tarafından ağırlığın (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle elde edilmektedir (Pekcan ve diğerleri, 2008 ile www.health.gov.au). Araştırma sonuçlarına göre; erkek bireylerin yaklaşık dörtte biri, kadın bireylerin ise yarısı normal ağırlıktadır. Hafif şişman olan erkek ve kadın bireylerin oranları ise sırasıyla %54.3 ve %26,8'dir (Tablo 4,5,1). Benzer şekilde, Deveci ve arkadaşlarının (2004), obezite sıklığı üzerine yaptığı bir araştırmada da erkeklerde fazla kilolu ve obez olma oranları, kadınlara göre daha yüksektir.

İskele-Karpaz bölgesinde, hafif şişman ve obez olan erkek ve kadın bireylerin oranları; erkeklerde %74.3, kadınlarda %42.9'dur. Kıbrıs Rum Kesimi'nde 18-80 yaşları arasında 1000 Kıbrıslı Rum ile yapılan başka bir araştırmada ise bu oranlar sırasıyla %80,5 ve %51'dir. (Andreou et. al, 2008).

Obezite yaygınlığının en düşük olduğu ülkeler Çin, Pakistan, Singapur gibi ülkelerdir. Buna rağmen bu ülkelerde tüketim alışkanlıklarının değişmesi ve teknolojik gelişmelerden dolayı obezite oranlarında artış görülmektedir. Obezitenin en yüksek olduğu ülkelerin başında özellikle Güney Avrupa ülkeleri, ABD, İngiltere ve bazı Afrika ülkeleri gelmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEKHARF4 (Arslan ve diğerleri, 2003) çalışmasında BKİ ≥ 30 kg/m² obezite olarak tanımlanmış ve 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin dörtte birinde (%25.2) ve kadınların da yarıya yakınında (%44.2) obezite tespit edilmiştir.

TURDEP 6 çalışmasında 20 yaş üzeri 24.788 birey incelenmiştir. Bu çalışmaya göre obezite yaygınlığı (BKİ ≥ 30 kg/ m²) kadınlarda %29.9 ve erkeklerde %12.9'dir (Beyaz ve Koç, 2009).

BKİ'nin artmasının kalp hastalıkları ve diyabet başta olmak üzere birçok kronik hastalık riskini artırdığı bilinmektedir (WHO, 2002 ile WHO, 2003 ile Ferro et. al., 2001) Buna paralel olarak; Onat ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir araştırmada BKİ'de ortalama 1,3 birim değişim, özellikle erkeklerde, kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi %11 artırdığı belirlenmiştir. Yapılan benzer bir araştırmanın sonucunda ise; BKİ ve bel çevresindeki bir standart sapmalı değişimin ,diyabet olasılığını 1,87 kat artırdığı gösterilmiştir (Vazquez et. al., 2007).

Fransız hekim Jean Vague, 1947'de 'bedenin şişmanlığından çok yağın bedendeki dağılımı önemlidir' diyerek "Android" ve "Genoid" tip şişmanlığı tanımlamıştır. Vague'ye göre android tip yani elma tip şişmanlık (abdominal şişmanlık) kronik hastalıklarla daha ilişkili, genoid tip yani armut tipi şişmanlık (kalçada yağ birikimi)ise daha az ilişkilidir. Vague'un bunu 1950'li yıllarda söylemesine karşın önemi ancak 1980'lerde anlaşılmış ve abdominal şişmanlığın diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ile ilişkisi tartışılmaya başlanmıştır (Pekcan ve diğerleri, 2008 ile www.health.gov.au)

Bel çevresi için sınır değerleri erkeklerde 104cm, kadınlarda ise 88 cm olarak belirlenmiştir. Ancak BKİ değeri 35'in üstünde olanlar, gebelik durumu ya da aşırı ödemi olanlarda bel çevresi ölçümlerinin kullanılmaması önerilmektedir (www.health.gov.au). Uluslararası Diyabet Birliği (International Diabetes Foundation), bel çevresi için Avrupa toplumlarında erkeklerde sınır değeri 94 cm,kadınlarda 80 cm, Güney Asya'da ve Çin'de ise erkeklerde 90 cm kadınlarda 80 cm olarak tanımlamış ancak daha ayrıntılı çalışmalar yapılmasını önermiştir (Balkau et. al., 2007). Tablo 4,5,2' de görüldüğü gibi erkek ve kadın bireylerin ortalama bel çevresi uzunlukları sırasıyla 86,1 ve 87,3 cm dir..Bel çevresi uzunlukları 104 cm. ve üzerinde olan erkek bireylerin oranı %16,1 iken,kadınlarda bel çevresi uzunlukları 88 cm. ve üzeri olanların oranı %52.7'dir. Janiszewski ve arkadaşları (2007) ile Janssen ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmış olan bir araştırma sonucuna göre, bel çevresindeki artışa paralel olarak, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır.

Araştırmada, bireylerin %26.3'ü sağlık sorunu bulunduğunu bildirmiştir.Sağlık sorunu bulunan bireylerde başta hipertansiyon (%15) olmak üzere, hiperkolesterol (%13), diyabet (%10), tiroid (%9) ve kalp damar hastalıkları (%10.6) en çok rastlanan sağlık sorunlarıdır. Andreou ve arkadaşlarının, Kıbrıslı Rumlar üzerinde yaptığı çalışmada, bireyler arasında en sık rastlanan sağlık sorunları; dislipidemi (%21,9), hipertansiyon (%15,5), hipotansiyon (%13,7) ve artrit (%13,5) olarak belirlenmiştir.

Bireylerin çoğunluğu (%88,3) herhangi bir diyet uygulamamaktadır (Tablo 4,7). Diyet uyguladıklarını belirten bireyler (%11,7) ise daha çok sağlıklı beslenmek (%38,1) ve zayıflamak (%33,3) için diyet uyguladıklarını belirtmişlerdir. Bireylerin %38,1'i diyetisyen tarafından hazırlanmış bir diyet uygularken, %28.6'sı doktor önerisi ile diyet uygulamakta, %23.8'i ise kendi kendine diyet yapmaktadır. İskele ve Karpaz bölgesinde sağlık sektörünün çok gelişmiş olmaması; doktor ve diyetisyen sayılarının kısıtlı olmasına rağmen diyet uygulayan bireylerin %38,1'inin diyetisyen tarafından hazırlanan diyet uygulaması sevindiricidir. Kıbrıs Rum Kesimi'nde yapılan

araştırmada ise bireylerin sadece %15,7'si diyetisyen tarafından önerilen bir diyet programı uygulamaktadır. (Andreou et. al., 2008)

Bireylerin vitamin- mineral kullanma durumlarına bakıldığında, bireylerin %24,6'sının vitamin-mineral tableti kullanmadığı görülmektedir (tablo 4,8). Bireylerin %63,6'sı vitamin-mineral takviyesini tedavi amaçlı kullanırken %79,5'i doktor tavsiyesi ile kullanmıştır. Bireylerin hemen hemen yarısı (%52,3) vitamin-mineral takviyesini minimum 6 -12 ay almıştır. Andreou ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde Kıbrıslı Rumların vitamin-mineral takviyesi kullanma oranı %26,5 olarak bulunmuştur. Yapılan çeşitli araştırmalar, besin içerisindeki vitamin-minerallerin aynı besin içerisindeki diğer bileşenlerle etkileşime girerek etkisini artırdığını belirlemiş ve vitamin- minerallerin vücuda besinlerle alınmasının, supleman olarak alınmasından çok daha etkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle yeterli ve dengeli beslenen ayrıca herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan bireylerde supleman kullanımı gereksizdir (www.betterhealth.vic.gov.au ile Han-Yao et. al., 2006).

5.4. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Yeterli ve dengeli beslenme kapsamında, düzenli öğün tüketmek çok önemlidir. Öğün atlamak, bazal metabolizmayı yavaşlatacağından, öğün atlamak yerine en az üç hatta altı öğünde önerilen miktarlardaki besinleri tüketmek, organizmanın sindirim ve metabolizma faaliyetlerinin belirli bir düzeyde tutulmasına yardımcı olmaktadır (Kılıç ve Şanlıer, 2007).

Düzenli ve belirli aralıklarla beslenmenin; kan lipid profili, yemek sonrası insülin profili ve termojenesis açısından yararlı olduğu da bilinen bir gerçektir (Farshchi et. al., 2005).

Yapılan çalışmada bireylerin %69,3'ü 3 ana öğünü düzenli olarak tüketirken, %33,5'i en az bir ara öğün tüketmektedir (Tablo 4,9). Kıbrıs Rum kesiminde yapılan çalışmada en az bir ara öğün tüketenlerin oranı %41,7'dir. (Andreou et. al., 2008). Öğünler içerisinde kahvaltı, günün en önemli öğünüdür. Kahvaltının önemi üzerine yapılan çalışmalar, güne iyi bir

kahvaltıyla başlamanın her yaş grubu bireylerde çok yararlı olduğunu ortaya koymuş ve kahvaltı yapılmamasının; insülin direncini ve obezite riskini artırıcı ve kan lipid profili üzerine olumsuz etki gösterdiği belirlenmiştir (Farshchi et. al, 2005). Çocuklar ve adölesanlar üzerinde yapılan kırk yedi çalışmada da, kahvaltı tüketimi ile vücut ağırlığı ve akademik performans arasındaki ilişki incelenmiş olup kahvaltı öğünü tüketenlerin günlük enerji alımının daha fazla olmasına rağmen fazla kilolu olma durumlarının çok az olduğu belirlenmiştir (Niemeier et. al, 2006). Kahvaltı, en sık rastlanan öğündür. İskele-Karpaz bölgesinde ise düzenli kahvaltı yapmayan bireylerin oranı %34,6'dır. Bireylerin %65,4'ü düzenli olarak kahvaltı yapmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalar sonucunda bu oran; Kıbrıs Rum Kesimi'nde %78.8,Amerika'da %90 ve Avrupa'da ise %70'tir.

Bireylerin çay-kahve tüketim durumları araştırıldığında, bireylerin kahveyi çaya tercih ettikleri görülmüştür. (Tablo 4,9) Buna göre çay içen bireylerin oranı %65,9 iken kahve içenlerin oranı %82,7'dir. Bu sonuçların çıkmasının temel nedeni, Kıbrıs mutfak kültürünün en belirgin özelliklerinden birinin; Türk kahvesinin yemeklerden önce veya sonra sıklıkla tüketilmesidir (Oğuz ve diğerleri, 2008). Çay- kahve tüketiminden ayrı olarak bireylerin günlük su tüketimleri araştırılmıştır. Bireylerin yarısından fazlası (%63,7), günde 8 bardak ve üzeri su tüketirken,%36,4'ü günde 8 bardaktan az su tüketmektedir.Kıbrıs Rum Kesimi'nde ise bu oranlar sırasıyla %22,6 ve %77,4'dür (Andreou et. al, 2008) İskele ve Karpaz bölgesinde su tüketimi Rum kesimine göre daha fazladır. Yetişkinlerde ortalama 2,5 litre su; terle, idrarla, dışkıyla ve solunumla atılmaktadır. Vücutta atılan su alınandan fazla olunca dehidratasyon (vücuttan aşırı su kaybı), az olunca da ödem (vücutta aşırı miktarda su toplanması) gerçekleşmektedir. (Duyff, 2003 ile Ersoy, 2001). Ayrıca Chan ve arkadaşları (2002) yaptıkları bir çalışmada su tüketimi ile koroner kalp hastalıklarından ölüm riski arasında yakın bir ilişki bulmuş ve günde 2 bardaktan az (<500ml) su içenlere göre 5 bardak su içen erkeklerde koroner kalp hastalığı riskinin 0.46, 3-4 bardak su içen kadınlarda ise 0.54 oranında azaldığını ıspatlamıştır.

Yemeklere tuz serpmeye alışkanlığı; İskele-Karpaz bölgesinde yaşayan bireylerin %23,5'inde görülürken,%76,5 gibi büyük bir çoğunluğunda görülmemektedir. Kıbrıs Rum Kesimi'nde ise yemeklere sonradan tuz ekleme oranı %31,4'tür. Aşırı tuz tüketimi; yüksek kan basıncı ile ilişkilidir. Bunun yanında,koroner kalp hastalıkları, inme riskini ve idrarla kalsiyum atımına neden olarak osteoproz ve kemik kırılma riskini artırmaktadır (Sacks et. al, 2001 ile Johnson et. al, 2001 ile TÖBR, 2004).

Besin etiketi okuma,bilinçli satın alma ve sağlıklı besin seçimi için tüketicinin yapabileceği en önemli davranış biçimi olarak belirtilmektedir. İskele-Karpaz bölgesinde ise bireylerin %71,5'i besin etiketi okumaktadır. Amerika'da Afrika kökenli Amerikalılar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %50'sinin besin etiketi okuduğu bulunmuştur (Topuzoğlu ve diğerleri, 2007). Bu oran Kıbrıslı Rumlarda %73,8'dir (Andreou et. al, 2008). Etiketle en çok dikkat edilen noktalar sırasıyla; son kullanma tarihi, besin içeriği ve enerji-besin ögesi miktarları olurken, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı izni en az dikkat edilen nokta olmuştur (Tablo 4,10). Kıbrıs Rum Kesimi'ndeki çalışmada ise gıda katkı maddeleri en çok dikkat edilen nokta olurken bunu besin içerikleri takip etmiştir (Andreou et. al, 2008). Tablo 4,10'da da görüldüğü gibi Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın iznine dikkat edenlerin oranı toplam %11,9'dur. Oysa ki bu izin,herhangi bir gıda maddesinin güvenliğinin önemli bir göstergesidir ve etikette ilk önce bakılması gereken noktadır (İncel, 2005 ile www.tarimsalbilgi.org).

Günümüzde, gelişen besin teknolojisi ve sanayileşme, birçok ürünün piyasaya sunulmasına neden olmuştur. Bu ürünler arasında, diyet ürünler geniş bir yer tutmakta ve giderek yaygınlaşmaktadır. Diyet ürün kullanan bireylerin çoğunluğu kadındır. Kadınların fiziksel görünüşlerine erkeklere göre daha çok dikkat etmesi ve diyet yapan kadın sayısının erkeklerden fazla olması nedeniyle İskele-Karpaz bölgesinde bu sonuç alınmış olabilir. Bölgede diyet ürünlerin marketlerde yaygın olarak bulunmamasına karşın, bireylerin %37,4'ü diyet ürün kullanmaktadır (Tablo 4,11).

Tablo 4,12'de,çalışmaya katılan bireylerin, yemeklerde kullandıkları yağ türleri incelenmektedir. Tabloya göre bireylerin %84,4'ü yemeklerinde zeytinyağı ve ay çiçek yağını kullanmayı tercih etmektedir. Yemeklerde; tere yağ, mısırözü, margarin ve soya yağını kullanmayı tercih eden bireylerin oranları ise sırasıyla %10.1, %7.8, %5.6 ve %1,1'dir. Kıbrıs Rum Kesimi'nde gerçekleşen benzer bir araştırmanın sonucunda yemeklerinde zeytinyağı kullanan Kıbrıslı Rumların oranı %62.2, diğer bitkisel yağları kullananların oranı ise %31,7 bulunmuştur (Andreou et. al, 2008). Kıbrıs'ta yapılan incelemeler sonucunda, Kıbrıslıların katı yağ az tükettikleri daha çok sıvıyağı tercih ettikleri gözlemlenmiştir (Oğuz ve diğerleri, 2008). Bunun yanında, Kıbrıs'ın Akdeniz'de yer alması ve Akdeniz diyet örüntüsüne sahip olması ayrıca zeytin ağaçlarının yanı sıra zeytinyağı çıkaran değirmenlerin ve fabrikaların araştırma yapılan İskele-Karpaz bölgesinde bulunması da bu sonuca neden olabilmektedir.

Sağlıklı beslenme kadar, fiziksel aktivitenin artırılması da sağlık için çok önemlidir (Ersoy, 2001). Bireylerin yaklaşık yarısı (%49,3) haftanın en az bir günü egzersiz yaptıklarını belirtirken,%44,7'si seyrek yaptığını veya hiç yapmadığını belirtmiştir.(Tablo 4,13) Sedanter yaşam tarzı,kronik hastalıkların oluşumuna zemin hazırlayarak,kronik hastalık riskini artırmaktadır. Amerika'da,menapoz öncesi kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, ağırlık kazanımının temel nedeninin, fiziksel aktivite azlığı olduğu kanıtlanmıştır (Weinsier et. al, 2002 ile Baysal 2003). Fiziksel aktiviteden maksimum yarar sağlamak için, her gün düzenli olarak minimum 30 dakika orta yoğunlukta egzersiz yapılmalıdır (Kim et. al, 2004).

5.5. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıklarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.14.1- 4.14.2 ve şekil 1.1-1.2, 2.1-2.2 ve 3.1- 3.2'de erkek ve kadın bireylerin , besin tüketim sıklıkları gösterilmiştir.

Sonuçlara göre;erkek bireylerin %32,3'ü, kırmızı eti ve kümes hayvanlarını haftada iki-üç gün tüketmektedir.Kadın bireylerde ise bu oranlar sırasıyla %29,1 ve %43,6'dır.

Kıbrıslı Rumlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise bireylerin tavuk tüketim oranı %77,5 bulunarak,tercihler içerisinde büyük bir yer kaplamıştır (Andreou et. al., 2008) Kıbrıs mutfağında beslenmenin ağırlık noktalarını tahıl, kuru baklagil, sebze ve zeytinyağı oluştururken 1974 Barış Harekati'ndan sonra bunların yerini kırmızı etin aldığı bildirilmektedir. (Oğuz ve arkadaşları, 2008).

Kırmızı etin doymuş yağ içeriğinin,kolesterol ve yağ oranının beyaz etten fazla olması ve bunun da artmış kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilendirilmesi,son zamanlarda,kırmızı et yerine beyaz etin vurgulanmasına neden olmuştur (Arslan ve arkadaşları, 2003). Aynı zamanda kümes hayvanları etinin, kolay bulunabilirliği ve ucuz olması da tüketimini teşvik etmektedir.

Günümüzde,kırmızı et ve kümes hayvanlarından ayrı olarak özellikle balık tüketimi üzerinde durulmakta ve haftada 2 gün balık tüketimi önerilmektedir. Bu çalışmada haftada iki-üç gün balık tüketen erkek ve kadın bireylerin oranları sırasıyla %12,9 ve %17,9'dur.

Haftada bir balık tüketen bireylerin oranı %37'dir. Bu oran;Burdur'da ve Çanakkale'de yapılan araştırmalarda sırasıyla %41,4 ve %44 olarak bulunmuştur. (Çolakoğlu ve diğerleri, 2006 ile Orhan ve Yüksel, 2010).

Özellikle yağlı balıklarda bulunan n:3 yağ asitlerinin tüketimi,miyokard enfarktüs ile kardiyak ölüm riskini azaltmakta ve insülin yanıtını artırmaktadır (Kris-Etherton et. al., 2002 ile Wang et. al., 2006 ile Liebman et. al., 2003 ile Abete et. al., 2008).

Bunun yanında sakatatların ve hazır et ürünlerinin tüketimi de çalışmada sorgulanmıştır.Sakatatların,yüksek kolesterol, hazır et ürünlerinin

de yüksek sodyum,baharat, nitrit-nitat ve yağ içeriği nedeniyle sık tüketimi önerilmemektedir. Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu bu besinleri seyrek tüketmekte (%83,8) veya hiç tüketmemektedir (%61.5).

Geleneksel Akdeniz Diyeti'nin önemli bir parçası olan kuru baklagiller; kaliteli protein,B12 hariç B grubu vitaminleri,kalsiyum,magnezyum çinko,demir ve diyet posasının da en iyi kaynaklarıdır (Baysal, 2009). Kurubaklagil tüketimi, kardiyovasküler hastalık, diyabet, kanser ve osteoporoz riskini azaltmaktadır (Hu ve Willet, 2002 ile Pereira et. al., 2004 ile Venter ve Eyssen, 2001). Trichopoulou ve arkadaşlarının (2009), 23349 Yunanlı üzerinde yapılan kapsamlı bir araştırmada, kuru baklagil tüketimi ile bütün mortalite riskleri arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur.

Sağlık üzerindeki olumlu etkilerine rağmen son yıllarda, Türkiye'de kuru baklagil tüketimi giderek azalmıştır (Arslan ve diğerleri, 2003). İskele ve Karpaz bölgesinde yaşayan bireylerin tüketimlerini incelendiğinde; erkek bireylerin %35,5'inin ve kadın bireylerin %29,9'unun haftada iki-üç gün kuru baklagil tükettiklerini ve kuru baklagil tüketme sıklığının, erkek bireylerde kadın bireylere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Kıbrıs'ta,özellikle yaz aylarında, kuru baklagillerin salata şeklinde (piyaz) tüketiminin fazla olması bu oranların çıkmasına neden olabilmektedir. Kuru baklagiller gibi sert kabuklu yemişlerin tüketimi de özellikle LDL kolesterolü düşürerek, kalp hastalıklarının önlenmesinde etkilidir (Iwamoto ve diğerleri, 2002). Tablo 4.14.1 ve 4.14.2'de görüldüğü gibi, bireylerin hemen hemen yarısı (%54.2) haftada bir ve daha fazla sert kabuklu yemişleri tüketmekte ve erkeklerde tüketim (%66) kadınlara (%48) göre daha sık olmaktadır.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin %24,2'si,kadın bireylerin ise %30,8'i haftada bir gün yumurta tüketmektedir. Yumurtanın örnek protein içermesi ,yağının çoğunluğunun doymamış olması, vitamin ve minerallerden zengin olması nedeniyle beslenmede önemi olan bir besindir. Sağlık Çalışanları İzleme Çalışmasında; günde bir yumurta yemenin dahi, kardiyovasküler hastalık riskini artırmadığı belirlenmiştir (Baysal, 2008).

Süt ve süt grubu (yoğurt, peynir..vb); protein, kalsiyum, fosfor, B2 ve B12 olmak üzere birçok besin ögesinin önemli kaynağıdır. Bu grubun her gün

tüketilmesi gerekmektedir (TÖBR, 2004) Araştırma sonuçlarına göre; erkeklerin %29'u her gün süt tüketirken, %56.5'i yoğurdu, %83,9'u da peynir/hellim çeşitlerini her gün tüketmektedir. Kadınlar için bu oranlar; sırasıyla, %48.7, %64.1, %82.9'dur. Gerek erkek gerekse kadın bireyler tarafından süt grubu içerisinde en çok tercih edilen besin peynirdir. Türkiye'de toplam 829 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş ve yoğurt tüketiminin süt tüketimine göre daha yaygın olduğu fakat peynir tüketiminin hem süt hem yoğurt tüketiminin üzerinde olduğu bulunmuştur (www.tusedad.org).

Bireyler arasında tahıl ürünlerinin tüketimine bakıldığında;erkek ve kadın bireylerin pirinci genelde haftada 2-3, bulguru ise daha çok haftada bir tercih ettiklerini görülmektedir. Bireylerin makarnayı tercih etme sıklıkları ise çoğunlukla (% 77.7) haftada 1-3'tür. Bulgurun posa içeriğinin yüksek olması ve kan şekerini daha yavaş yükseltmesi,bulguru,pirinç ve makarnaya göre daha avantajlı kılmaktadır (www.turkdiab.org). İskele-Karpaz bölgesinde, bulgurun tüketim sıklığı pirinç ve makarnaya göre daha az bulunmuştur. Bireylerin büyük bir çoğunluğu (%87) ekmeği her gün tüketmektedir. Beyaz ekmek tüketimi kepekli ekmeğe göre daha fazla olmakla birlikte, kadınların her gün kepek ekmek tüketme oranı erkeklere göre daha fazladır. Kadınların vücut ağırlıklarına ve görünüşlerine erkeklere oranla daha çok önem vermesi bu sonucun çıkmasına neden olabilir. Benzer şekilde, 2003-2007 yılları arasındaki TEKHARF kohortundaki, toplam 1730 birey üzerinde yapılan çalışmada da bireylerin ekmeği sık tükettiği ve tüketilen ekmek türünün beyaz ekmek olduğu bulunmuştur (Yağmur ve Güneş, t.y.).

Kepekli ekmeğin posa içeriği beyaz ekmeğe göre çok daha yüksektir; beyaz ekmek yerine kepekli ekmeği tercih etmek günlük tüketilen posa miktarını da artıracaktır. Bunun yanında, tam tahıl ürünleri ve tam tahıl unundan yapılmış ekmeklerin ortalama antioksidan aktivitesinin sebze ve meyvelerle benzer olduğu saptanmış olup özellikle diyabet, kanser ve koroner kalp hastalıklarına karşı koruyucu oldu belirtilmektedir (Jones et. al., 2002). Çalışmada tahıl grubu içerisinde inceleyebileceğimiz pide, unlu tuzlu ve unlu şekerli mamuller ise bireylerin çoğu tarafından ayda 2-3 ve daha

seyrek tüketilmektedir. Araştırmanın yaz aylarında olması ve bu tarz besinlerin daha çok kışın tüketilmesi bu sonuca neden olabilmektedir.

Sebze ve meyveler, düşük enerji, yüksek posa, vitamin ve mineral içerikleri açısından beslenmemizde çok önemli bir yere sahiptir. Sebze ve meyve tüketiminin yüksek kan basıncını düşürdüğü ve kardiyovasküler olayları ve kronik hastalık riskini azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Apple et. al., 2005 ile Obarzanek et. al., 2001 ile Guthrie, 2004). Sebze ve meyveler Geleneksel Akdeniz Diyeti'nin önemli bir parçasıdır. İskele-Karpaz bölgesinde bireylerin büyük bir çoğunluğu her gün taze sebze ve meyve tüketmektedir. Taze sebze ve meyvelerin yanında bireylerin donmuş, konserve, kurutulmuş sebzeleri ve kuru meyveleri tüketim sıklıkları da sorgulanmış ve bireylerin büyük bir çoğunluğunun bu besinleri seyrek tükettiği belirlenmiştir. Bu durum İskele-Karpaz bölgesinde tarımın gelişmiş olmasından ve bireylerin daha çok kendi ürettiği taze besinleri tercih etmesinden kaynaklanabilmektedir.

Bireylerin yağ tüketim sıklıkları incelendiğinde; erkek bireylerin %59,7'sinin tereyağını ve %40,3'ünün ise margarini hiç tüketmedikleri görülmüştür. Bu oranlar kadınlarda sırasıyla, %68.4 ve %56.4'dür. Her gün zeytinyağı tüketen erkek ve kadın bireylerin oranları ise sırasıyla %77,4 ve %82,9 olmakla birlikte her gün bitkisel sıvıyağ tüketen erkeklerin oranı %72,6 ,kadınların oranı %76,9'dur. Türkiye'de gerçekleştirilen TEKHARF araştırmasında da benzer sonuçlar bulunmuş ve bireylerin en çok ayçiçek yağını daha sonra da zeytinyağını tükettikleri sonuçlanmıştır (Arslan ve diğerleri, 2003). Geleneksel Akdeniz Diyeti'nin temel görünür yağ kaynağı zeytinyağıdır. Geleneksel Akdeniz Diyeti'nin önemli bir bileşeni olan ve özelliğini veren zeytinyağı ile kronik-dejeneratif hastalıklar ve bu hastalıkların oluşumunda bilinen ve/veya olası biyolojik mekanizmalar arasında güçlü ilişki tespit edilebilmektedir (TÖBR, 2004 ile Lichtenstein et. al., 2006). Bunun yanında sıvı yağların hidrojenlendirilmesi ile oluşturulan margariner, sağlık için zararlı trans yağ asitleri içerdiğinden günlük tüketimleri düşük tutulmalıdır (TÖBR, 2004). Ancak yeni teknolojiler kullanılarak üretilen yumuşak margarinerin trans yağ içerikleri düşüktür (Baysal, 2009).

Şeker ve şekerli besinlerin tüketimine bakıldığında;erkek bireylerin %59,7'si,kadın bireylerin %53'ü şekerini her gün tüketmektedir. Bunun nedeni bireylerin kahve alışkanlıkları da olabilmektedir. Şekerden ayrı olarak,bireylerin şerbetli,sütlü ve meyveli tatlı tüketimleri de incelenmiştir. Sonuçlara göre;haftada iki-üç gün şerbetli tatlıları tercih eden erkeklerin ve kadınların oranı sırasıyla %3,2 ve %2,6,sütlü tatlıları tercih edenler %11,3 ve %14,5,meyveli tatlıları tercih edenler ise %1,6 ve %2,6'dır. Bireylerin ,şerbetli ve meyveli tatlılara oranla sütlü tatlıları daha sık tüketmesi olumlu bir sonuç olmakla birlikte, araştırma yapılan aylarda dondurma tüketiminin artmasından da kaynaklanabilmektedir. Bal, macun, reçel, pekmez ile şekerleme, çikolata ,lokum gibi besinleri sırasıyla haftada iki-üç gün tüketen erkek bireylerin oranı sırasıyla %16.1 ve %8.1, kadın bireylerin oranı ise sırasıyla %8,5 ve %12'dir.

Şekerli besinlerin ve tatlıların sık tüketilmesi,enerji dengesizliğine yol açarak şişmanlığa ve şişmanlığın sebep olacağı kronik hastalıklara neden olabilmektedir . İtalya'da yapılan bir araştırma sonucuna göre; glisemik indeks ve glisemik yükü yüksek olan şekerli besinlerin ve tatlıların tüketilmesi ile göğüs kanseri riski arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur (Tavani ve diğerleri, 2005).

Enerji alımına neden olarak, kilo almayı tetikleyen önemli bir durum da gazlı içecek ve hazır meyve suyu tüketimidir. İskele-Karpaz bölgesinde yaşayan erkek bireylerin her gün gazlı içecek ve hazır meyve suyu tüketim oranları sırasıyla %48,4 ve %37.1, kadın bireylerde ise sırasıyla %30,8 ve %29,9'dur. Bu gibi içeceklerin azaltılması da sağlıklı vücut ağırlığının korunmasında çok önemlidir (Schulze et. al., 2004 ile Ariza et. al., 2004) Bunun yanında genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada,şekerli meşrubat tüketimi yüksek, sebze ve meyve tüketimi düşük diyet modeli olan bireylerde metabolik sendrom prevalansının yükseldiği sonucuna varılmıştır. (Yoo et. al., 2004)

Bireylerin yoğun yaşam temposu sonucu yiyecek-içecek faaliyetlerine ayırdıkları zamanın azalması, kadınların çalışma hayatında daha fazla yer almaları,ev ve aile yaşamını kolaylaştıran ürünlere duyulan ihtiyacı artırmıştır.

Buna paralel olarak ailelerin beslenme ve yemek pişirme alışkanlıkları, yemek hazırlamaya ayırdıkları zaman, hazır yiyecekleri tüketme miktarları ile pişirme yöntemleri zaman içerisinde önemli derecede değişmiştir (Kılıç ve Şanlıer, 2007). Bu değişimin sonucunda da fast food tüketimi giderek artış göstermektedir. İskele-Karpaz bölgesinde yapılan araştırmada;erkek bireylerin haftada bir fast food tüketim oranı %27.4, kadınların ise %18,8'dir. "Fast Food" tarzı beslenmede menülerde besin öğeleri yetersiz veya aşırı miktarlarda bulunmaktadır. Bu durum, obezite, kanser, diyabet ve kalp damar hastalıkları gibi kronik hastalıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Güleç ve diğerleri, 2008). Bu konuda yapılan araştırmalar "fast food" tarzı beslenmenin artması ile enerji alımı,kilo kazanımı ve insülin direncinin arttığını göstermiştir (Pereira et. al., 2005 ile Bowman et. al., 2004).

5.6. Bireylerin Günlük Enerji Ve Besin Öğeleri Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırmada, günlük ortalama enerji alımı erkeklerde RDA'nın %59.9±21.4'unu, kadın bireylerde ise % 54.3±21.2'ünü karşılamaktadır (Tablo 16). Bu bulgulara göre araştırmaya katılan erkek ve kadın bireylerin sırasıyla %69,4'ü ve %74,4'ü enerjiyi yetersiz düzeyde tüketmektedir (Tablo 4.17).Kızıltan ve arkadaşlarının, Kıbrıslı Türk hastalar üzerinde yaptığı araştırmada da benzer olarak bireylerin enerji tüketimlerinin RDA önerilerinin altında olduğu belirlenmiştir (TÖBR, 2004).

Sağlıklı beslenme çerçevesinde; enerjinin %55-60'ı CHO'lardan,%12-15'i proteinlerden ve %25-30'u yağlardan karşılanmalıdır (TÖBR, 2004) Bu araştırmada, erkek ve kadın bireylerin günlük aldıkları enerjinin CHO'dan,proteinden ve yağdan gelen oranları sırasıyla %49,46±10,29, %16,83±5,12 ve %32,93±8,83 olarak bulunmuştur (Tablo 4.18). Bir Akdeniz ülkesi olan İtalya'da 520 birey üzerinde yapılan bir araştırma (Sofi et. al., 2005) sonuçlarında, bu oranlar sırasıyla %51,1 ±9,3, %16,4±2,73 ve %33,3±5,9'dur. Türkiye'de Arslan ve arkadaşlarının (2003-2007) yaptığı araştırmada ise bu oranlar sırasıyla %53, %14 ve %33 olarak belirlenmiştir.

Tüm bireylerin, yaklaşık dörtte birinin (%24) ,günlük ortalama protein tüketimlerinin, RDA önerilerinin üzerinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.17).

Erkek bireylerin RDA'ya göre %17.7'sinin yetersiz ve %30.6'sının aşırı; kadın bireylerin RDA'ya göre %23.9'unun yetersiz, %20.5'inin aşırı düzeyde protein tükettikleri belirlenmiştir. Proteinin yetersiz alınması; kas kaybı, ödem, anemi...vb. sağlık sorunlarına neden olurken aşırı tüketimi idrarla Ca atımını artırarak osteoporoz, böbrek ve karaciğer sorunlarına, yağ özellikle de doymuş yağ tüketiminde artışa neden olarak kalp hastalıklarına zemin hazırlayabilir (www.betterhealth.vic.gov.au).

Erkek ve kadın bireylerin enerji ve protein tüketim miktarlarının RDA'ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p>0.05$). Bireylerin yağ tüketimleri de RDA'ya göre değerlendirilmiş ve erkek bireylerin %72.6'sının, kadın bireylerin ise %53.8'inin yağ tüketimlerinin RDA önerilerinden fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17). Bu sonuçlara benzer olarak, (Akiş, 2005) akademik bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, aşırı yağ tüketen erkek bireylerin oranını %87.2, kadın bireylerin oranını ise %86.5 olarak belirlemiştir. Kıbrıslı Türk hastalar üzerinde yapılan başka bir araştırmada da kadın hastaların %41.2'sinin ve erkek hastaların %39.7'sinin RDA önerilerinin üstünde yağ tükettikleri saptanmıştır (Kızıltan ve diğerleri, 2006). Bu çalışmada bulunan sonuca göre; erkek bireylerin yağ tüketimi, kadın bireylere oranla daha yüksektir ($p<0,05$). Bu fark, erkek bireylerin, kadın bireylere oranla, fast food ve kırmızı eti daha sık tükettiklerinden kaynaklanabilmektedir. Bu artışın bir diğer nedeni de son zamanlarda zeytinyağı promosyonunun artmasıyla tüketiminin de artması ve zeytinyağının ilaç gibi kullanılması olabilir. Diyetle zeytinyağı tüketiminin artması önerilse de toplam yağ tüketiminin önerilen oranlarda tutulması önemlidir (Baysal, 2009).

Yapılan çeşitli çalışmalar, artan yağ tüketiminin, artmış obezite ve koroner kalp hastalıkları riski ile paralel olduğunu göstermiştir (Ferroluzzi et. al., 2002).

Araştırmada, erkek bireylerin RDA'ya göre, %8.1'inin yetersiz ve %50'sinin aşırı; kadın bireylerin RDA'ya göre %18.8'inin yetersiz ve

%20.5'inin aşırı düzeyde karbonhidrat tükettikleri bulunmuştur (Tablo 4.17). Akademik bireyler üzerinde yapılan çalışmada (Akiş, 2005); bu oranlar sırasıyla erkek bireylerde %7.5 ve %42; kadın bireylerde ise %4.7 ve %46.1 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak, bu araştırmada, erkek bireyler kadın bireylere göre daha yüksek oranda CHO tüketmektedir ($p<0,05$). Erkek bireylerin kadın bireylere oranla, şekeri ve fast food'u daha sık tüketmesi (Tablo 4.14.1 ve 4.14.2) bu farkın nedeni olabilmektedir.

Karbonhidrat miktarından çok tüketilen CHO'ların türü sağlık riskleri açısından daha önemlidir. Basit CHO'lar (şeker...vb) diyabet prevalansını artırırken; kompleks CHO'lar (kurubaklagiller, tam tahıllar...vb) metabolik sendromun önlenmesinde önemli yararlar sağlamaktadır (Esmailzadeh et. al., 2005 ile Gross et. al., 2004). Özellikle son zamanlarda öneminin artmasına paralel olarak, tahıl tüketiminin en az yarısının tam tahıllardan gelmesi önerilmektedir (Lichtenstein et. al., 2006)

Tablo 4.15,1'de, bireylerin yaş gruplarına göre ortalama posa tüketim miktarları verilmiştir. Her yaş grubunda bulunan bireylerin posa tüketim miktarları hemen hemen benzer olmakla birlikte, toplam erkek bireylerin ortalama posa tüketim miktarı, $15\pm 6,2$ g. kadın bireylerin ise $13,3\pm 6,7$ g.'dır. TEKHARF çalışmasında bu miktar 19 g/gün (Arslan ve arkadaşları, 2008), İtalya'da yapılan başka bir çalışmada da 19,4 g/gün olarak saptanmıştır (Sofi et. al., 2005). Bu çalışmada, bireylerin, diyet posası alım düzeyleri, RDA önerileri ile karşılaştırıldığında; erkek bireylerin %93,5'inin ve kadın bireylerin %75,2'sinin diyet posasını yetersiz tükettikleri görülmektedir (Tablo 4.17). Kadın bireylere oranla erkek bireylerde posa yetersizliği daha yüksek oranda görülmektedir. Bunun nedeni, kepekli ekmeğin kadın bireyler tarafından daha çok tercih edilmesi olabilmektedir (Tablo 4.14.1-4.14.2). Klinik araştırma sonuçları, barsak hareketliliğinde bozulma, kanser riskinde artış, obezite, kardiyovasküler hastalıklar ve Tip 2 diyabetin dahil olduğu birçok kronik hastalığın az posa tüketimi ile ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Ma et. al., 2006). Bireylerin diyet posası tüketimlerinin RDA' ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunmuştur.

Erkek bireylerin %71'i ve kadın bireylerin %41,9'u A vitaminini RDA önerilerine göre yetersiz tüketirken; erkek bireylerin %8,1'i ve kadın bireylerin %23,1'i aşırı tüketmektedir.(Tablo 17) Türkiye'de enerji ve besin öğeleri yönünden beslenme durumu incelendiğinde, A vitaminini yetersiz tüketenlerin oranı (%3-31) yüksek bulunmuştur (Yağmur ve Güneş, t.y.) Vitamin A eksikliği, anemi ve enfeksiyonlara yatkınlığı arttırmaktadır (Saç ve diğerleri, 2008).

A vitaminin aşırı alınması ise doğum anomalilerine,santral sinir sisteminde,karaciğerde, kemikte ve deride bozukluklara neden olabilmektedir. (www.betterhealth.vic.gov.au)

Bireylerin ortalama E vitamini tüketimleri; erkeklerde 9,7 ±5,4 mg, kadınlarda 8,7±6 mg'dır (Tablo 4.15.2). İtalya'da yapılan çalışmada (Sofi et. al., 2005) benzer sonuçlar bulunmuş ve bireylerin ortalama E vitamini tüketimleri 9±3,6 mg olarak saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalıklar için yararlı etkilerine ek olarak vitamin E, kansere karşı etkili bir silahtır. Bir çok hayvan modelinde, vitamin E'nin antioksidan etkisiyle kansere karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir. Bundan başka, insanlar üzerindeki çalışmalar, serum ve plazmalardaki düşük vitamin E'nin akciğer kanseri, rahim kanseri ve prostat kanser riskini arttırdığını göstermiştir (Assmann ve Wahrburg, t.y.).

B1(tiamin), özellikle CHO metabolizması için gereklidir, eksikliğinde sinir sistemi ve sindirim sistemi ciddi zararlar görür. Tam tahılların tiamin içeriği rafine ürünlere göre çok daha fazladır (Baysal, 2003). İskele-Karpaz bölgesinde yaşayan erkek bireylerin %77.4'ü, kadınların ise %86.3'ü tiamini RDA'ya göre yetersiz tüketmektedir. Bireylerin B2 (riboflavin) tüketimi erkeklerde RDA önerisinin %74.3'ünü, kadınlarda ise %70.4'ünü karşılamaktadır (Tablo 4.16). Yeterli ve dengeli bir diyetle,günlük 0,6-0,8 mg riboflavin alımı,yetersizlik belirtilerini önlemektedir (Baysal, 2009). Bu çalışmada, erkek bireylerin günlük ortalama riboflavin tüketimleri 1±0,8 mg,

kadın bireylerin günlük ortalama riboflavin tüketimleri $0,8 \pm 0,4$ mg olarak saptanmıştır (Tablo 4.15.2).

B6 ve Folik Asit eksikliği, kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan homosisteinin vücutta birikimine neden olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar yanında homosistein, Alzheimer hastalığı (Seshadri et. al., 2002), anemi ve osteoporoz oluşumunda (van Meurs et. al., 2004) da etkili bir rol oynamaktadır. Homosisteinin vücutta dönüşümünü sağlayan reaksiyonlarda aracı olarak görev yaptığı için B6 vitamini ve Folik Asit özellikle son zamanlarda daha çok önem kazanmış ve günlük önerilen miktarları B6 için 1,2 mg'dan 2 mg'a; folik asit için ise 200 mcg 'dan 400 mcg'a çıkarılmıştır (Fairfield ve Fletcher, 2002). İskele-Karpaz bölgesinde yaşayan bireylerin B6 vitamini ve Folat tüketimleri sırasıyla RDA'nın % $85 \pm 46,9$ 'ini ve % $43,4 \pm 22,9$ 'ünü karşılamaktadır. (Tablo 4.16) Vitamin B6 hayvan ve bitki dokularında proteinle birlikte bulunmaktadır. Bu nedenle yiyeceklerin vitamin B6 değeri protein miktarı ile orantılıdır. Folat en çok organ etleri, kuru baklagiller ve yeşil yapraklı sebzelerde bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin C vitaminini tüketim miktarı $89,9 \pm 59,3$ mg, kadın bireylerin ise $92 \pm 65,8$ mg olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15,2). İtalya'da yapılan çalışmada ise bu oran toplam bireylerde $132,7 \pm 50,1$ mg'dır (Sofi et. al., 2005) C vitamininin önemli bir antioksidan olmasının yanısıra yapılan çalışmalarla oksidatif stresi minimize ettiğini ve tip 2 diyabetli bireylerde HbA1c düzeylerinde azalmaya neden olduğunu belirlemiştir (Lai, 2008).

Tablo 4.17'de görüldüğü gibi erkek bireylerin %56,5'i ve kadın bireylerin %70,1'i kalsiyumu RDA'ya göre yetersiz tüketmektedir. Kalsiyumun yetersiz alımı özellikle ileriki yaşlarda görülen osteoporoz için önemli bir risk faktörüdür. Bu konuda yapılan çalışmalar osteoporozlu bireylerin Ca tüketiminin, osteoporozu olmayan bireylere göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Rakıcıoğlu, 2007). Yaşam kalitesini artırmak için her yaş döneminde önerilen miktarlarda Ca almak gerekmektedir. Özellikle kadınlarda, ergenlik döneminde yeterli miktarda Ca alımı, kemik kütlesinin gelişimini sağlarken yetişkinlerde kemik kütlesinin korunmasını ve

postmenopozal dönemde , kemik dokusu kaybının yavaşlatılmasında büyük rol oynamaktadır.

Erkek ve kadın bireylerin büyük bir çoğunluğu,magnezyumu RDA önerilerinin altında almıştır. Tablo 4.17'ye göre erkek bireylerin %87,1'i ve kadın bireylerin %75,2'si magnezyumu RDA'ya göre yetersiz tüketmektedir. Magnezyumun aritmide ve ani ölüm de dahil iskemik kalp hastalığına götüren süreçlerin her aşamasında koruyucu etki gösterdiği ileri sürülmekte ve yetersiz alımı bireylerde supraventriküler ve ventriküler atımlarda artışa ayrıca hipertansiyona neden olmaktadır (Klevay ve Milne, 2002 ile Champagne, 2008).

İnsan vücudunda en çok bulunan minerallerden biri de fosfordur.Genellikle proteinden zengin besinler,fosfordan da zengindir. Diyetle etin çok olması,fosfor alımını artırırken, kalsiyum alımını azaltmaktadır. Bu çalışmada, erkek bireylerin %61,3'ü kadın bireylerin ise %67,5'i fosforu RDA önerilerine uygun miktarlarda tüketmektedir. Bireylerin, kalsiyumdan yetersiz beslenirken, fosfordan yeterli beslenmeleri; protein ihtiyaçlarını özellikle et ürünlerinden sağladığının göstergesi olabilmektedir.

Erkek bireylerin demir alımları RDA'nın %103,8 ±35,9'unu karşılarken kadın bireylerin demir alımları RDA'nın %48,3±31,1'ini karşılamaktadır (Tablo 4.16). Erkek bireylerin demir alımları,kadın bireylere göre daha fazladır (p<0,05). Akademik bireyler üzerinde yapılan çalışmada (Akiş, 2005) da benzer sonuçlar bulunmuş ve demir tüketiminin erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, araştırmaya katılan erkek bireylerin kırmızı eti kadınlara göre daha sık tüketmesi bu sonucun nedeni olabilmektedir.Demir hem hayvansal (hem demir) hem de bitkisel (hem olmayan demir) kaynaklardan sağlanabilmektedir.Özellikle ette bulunan demirin vücutta kullanılabilirliği, hem olmayan demire göre daha yüksektir. Demirin yetersiz alınması,demir eksikliği anemisine neden olmaktadır (Hunt and Roughead, 2001). Demir eksikliği anemisi yetişkinlerde, yorgunluk ve isteksizliğe neden olarak, çalışma yeteneğini etkiler ve toplumda ekonomik kayıplara neden olur (Pekcan ve Rakıcioğlu, 1999). Bu etkilerin yanısıra, son

yapılan araştırmalar, demir eksikliği anemisinin, hiperlipidemi için önemli bir risk faktörü olduğunu belirlemiştir (Bektaş ve arkadaşları, 2005).

Her besin öğesinde olduğu gibi, demirin aşırı tüketilmesi de eksikliğinde olduğu gibi çeşitli sorunlar yaratmaktadır. Demirin aşırı tüketilmesi; gastrointestinal sorunlara neden olmakta daha ileri aşamalarda ise koma ve ölümlle sonuçlanmaktadır (www.betterhealth.vic.gov.au). Bu araştırmada, erkek bireylerin %16,1'inin demiri aşırı tükettiği bulunmuştur (Tablo 4.17).

Bireylerin çinko tüketimlerinin RDA'ya göre değerlendirilmesi Tablo 4.17'de görölmektedir; buna göre, erkek bireylerin %61,3'ü ve kadın bireylerin %65'i çinkoyu yetersiz tüketmektedir. Çinkonun serbest radikal oluşumu ve oksidatif stresten koruyucu rolü vardır. Bazı çalışmalarda çinkodan fakir diyet ve düşük serum çinko düzeyleri ile koroner arter hastalığı ve diyabet prevalansı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Rostan ve arkadaşları 2002). Bunun yanında, tümör gelişiminde görev alan P53 geninin inaktivasyonunda görev alarak kansere karşı koruyucu özellik göstermektedir (Osawa et. al., 2002).

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR:

- Araştırmaya alınan bireylerin %34,6'sı erkek ve %65,4'ü kadındır. Bireylerin %78,2'si 19-50 yaş aralığındadır.
- Araştırmaya katılan erkek bireylerin %62,9'u, kadın bireylerin ise %53,9'u lise ve üniversite mezunudur. Erkek bireylerin büyük bir çoğunluğu (%62,9) serbest veya kamu sektöründe çalışırken, kadın bireylerin yarısı ev hanımıdır.
- Bireylerin %61,5'i evli, %38,5'i bekaardır.
- Erkek bireylerin %43,5'i, kadın bireylerin %20,5'i sigara içmektedir. 20 adet ve üzeri sigara içen erkeklerin oranı %81,5, kadınların oranı ise %50'dir .
- Alkol kullanan erkeklerin oranı %40,3, kadınların oranı ise %5,1'dir. Alkol kullanan bireylerin büyük bir çoğunluğu (%87,5) alkolü önerilen miktarlarda tüketmektedir (Erkeklerde 2, kadınlarda 1 tek).
- Toplam bireylerin %74,9'unun vücut ağırlığı, son altı ay içerisinde değişmemiştir.
- BKİ değeri erkeklerde 27.1 ± 6.6 kg/m², kadınlarda 27.4 ± 5.6 kg/m² olarak bulunmuştur. Erkek bireylerin %24,3'ü, kadın bireylerin %50'si normal ağırlıktadır (BKİ : 18.50-24.99). BKİ değeri erkek bireylerin %54,3'ünün 25.00-29.99 arasında, %10'unun 30.00-34.99 ve %10'unun 35.00-39.99 arasında yer almaktadır. Kadın bireylerde ise bu oranlar sırasıyla %37,4, %11,0 ve %6,0'dır.

- Bel çevresi uzunlukları erkeklerde 86.1 ± 17.4 cm , kadınlarda 87.3 ± 14.9 cm olarak bulunmuş ve erkek bireylerin %16.1'inin 104 cm ve üzeri, kadın bireylerin ise %52,7'sinin 88 cm ve üzeri bel çevresi uzunluğuna sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Bireylerin %73.7'si sağlıklıdır. Sağlık sorunu bulunduğunu söyleyen %26.3'lük kesimde ise başta hipertansiyon olmak üzere, hiperkolesterolemi, diyabet, tiroid ve kalp damar hastalıkları en çok rastlanan sağlık sorunlarıdır.
- Bireylerin çoğunluğu (%88.3) herhangi bir diyet uygulamamaktadır. Diyet uyguladıklarını belirten bireyler (%11,7) ise daha çok sağlıklı beslenmek (%38.1) ve zayıflamak (%33.3) için diyet uygulamaktadır. Bireylerin %38.1'i diyetisyen tarafından önerilen bir diyet uygularken, %28.6'sı doktor önerisi ile diyet uygulamakta, %23.8'i ise kendi kendine diyet yapmaktadır.
- Bireylerin %24.6'sı vitamin-mineral tableti kullanmaktadır. Bunların da %63.6'sı vitamin-mineral takviyesini tedavi amaçlı kullanırken %79.5'i doktor tavsiyesi ile kullanmaktadır.
- Bireylerin %69.3'ü 3 ana öğünü düzenli olarak tüketirken, %33.5'i bir ara öğün, %26.8'i 3 ara öğün tüketmektedir. Bireylerin %65.4'ü düzenli olarak kahvaltı yapmaktadır.
- Araştırmada çay içen bireylerin oranı %65.9, kahve içenlerin oranı ise %82.7 olarak bulunmuştur. Bireylerin yarısından fazlası (%63.7) günde 8 bardak ve üzeri su tüketirken, %36.4'ü günde 8 bardaktan az su tüketmektedir.

- Araştırmaya katılan erkek bireylerin %27.4'ünün sofrada yemeklerin tadına bakmadan tuz serpmeye alışkanlığı bulunurken kadın bireylerde bu oran %21.4'dür.
- Araştırmaya katılan bireylerde besin etiketi okuma oranı %71.5'tir. Etiketle dikkat edilen noktalar sırasıyla; son kullanma tarihi (%98.4), içindekiler kısmı (%37.3), enerji-besin ögesi miktarları (%23) ve Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı izni (%11.9) olmuştur .
- Araştırma kapsamına alınan erkek bireylerin diyet ürünlerini kullanma oranı %25.8, kadın bireylerin ise %43.6'dır. Diyet ürünleri kullanan erkek bireylerin %43.8'si , kadın bireylerin ise %52.9'u diyet ürünleri hergün kullanırken; erkek bireylerin %50'si, kadın bireylerin %27.5'i seyrek olarak kullanmaktadır.
- Araştırmaya katılan bireylerin %84.4'ü yemeklerinde zeytinyağını ve %84.4'ü ayçiçek yağını kullanmaktadır. Yemeklerde; tereyağ, mısırözü, margarin ve soya yağını kullanmayı tercih eden bireylerin oranları ise sırasıyla %10.1, %7.8, %5.6 ve %1.1'dir.
- Erkek bireylerin %33.9'u, kadın bireylerin %23.9'u haftanın her günü egzersiz yaparken; erkek bireylerin %33.9'u, kadın bireylerin ise %50.4'ü egzersizi seyrek yapmakta veya hiç yapmamaktadır.
- Erkek bireylerin %32,3'ü, kırmızı eti ve kümes hayvanlarını, haftada iki-üç gün, tüketmektedir. Kadın bireylerde ise bu oranlar sırasıyla %29.1 ve %43.6'dır. Haftada iki-üç gün balık tüketen erkek ve kadın bireylerin oranları da sırasıyla %12.9 ve %17.9 olarak saptanmıştır.
- Araştırma sonuçlarına göre; erkeklerin %29'u hergün süt tüketirken, %56.5'i yoğurdu, %83,9'u da peynir/hellim çeşitlerini hergün

tüketmektedir. Kadınlar için bu oranlar sırasıyla, %48.7, %64.1 ve %82,9'dur.

- İskele ve Karpaz bölgesinde yaşayan erkek bireylerin %35.5'i ve kadın bireylerin ise %29.9'u haftada iki-üç gün kurubaklagil tüketmektedir.
- Erkek ve kadın bireylerin pirinci haftada 2-3 (%39), bulguru ise daha çok haftada bir (%39) tercih ettikleri bulunmuştur. Bireylerin makarnayı tercih etme sıklıkları ise çoğunlukla haftada 1-3'tür (%78).
- Erkek bireylerin %71'i, kadın bireylerin %55.6'sı beyaz ekmeği hergün tüketmektedir. Beyaz ekmeğin tüketimi kepekli ekmeğe göre daha fazla olmakla birlikte, kadınların hergün kepek ekmeğin tüketme oranı %30,8 bulunurken erkeklerde bu oran daha düşüktür (%17,7) .
- Araştırmaya katılan erkek bireylerin %72.6'sı, kadın bireylerin %76.9'u hergün taze sebze tüketmektedir. Hergün taze meyve tüketenlerin oranı ise erkeklerde %83,9 , kadınlarda %82,9'dur.
- Hergün zeytinyağı tüketen erkek ve kadın bireylerin oranları sırasıyla %77.4 ve %82.9 iken hergün bitkisel sıvıyağ tüketen erkeklerin oranı %72.6, kadınların ise %76.9'dur. Bunun yanında, erkek bireylerin %59.7'si ve %40.3'ü, kadın bireylerin ise %68.4'ü ve %56.4'ü sırasıyla tereyağ ve margarini hiç tüketmemektedir.
- Erkek bireylerin %59.7'si, kadın bireylerin %53'ü şekerli hergün tüketmektedir. Haftada iki-üç gün şerbetli tatlıları tercih eden erkeklerin ve kadınların oranı sırasıyla %3.2 ve %2.6, sütü tatlıları tercih edenlerin oranı %11.3 ve %14.5, meyveli tatlıları tercih edenlerin oranı ise %1.6 ve %2.6'dır.

- Erkek bireylerin %27.4'ü, kadınların ise %18.8'i haftada bir fast food tüketirken, erkek bireylerin %21'inin ,kadın bireylerin ise %28.2'sinin hiç fast food tüketmedikleri saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan erkek bireyler ortalama 1547.4±564.8 kkal, kadınlar ise ortalama 1126.9±449.2 kkal enerji tüketmektedir. Erkek bireylerin günlük ortalama enerji tüketimi RDA' nın %59.9±21.4'unu, kadın bireylerin ise % 54.3±21.2'ünü karşılamaktadır.
- Bu araştırmada, erkek ve kadın bireylerin günlük aldıkları enerjinin CHO'dan,proteinden ve yağdan gelen oranları sırasıyla %49.46±10.29, %16.83±5.12 ve %32.93±8.83 olarak bulunmuştur.
- Erkek ve kadın bireylerin enerji ve protein tüketim miktarlarının RDA'ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), yağ ve karbonhidrat tüketimlerinin RDA' ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunmuştur.
- Araştırmaya kapsamına alınan erkek bireyler ortalama 15.0±6.2 g, kadın bireyler ortalama 13.3±6.7 g posa tüketmektedir. Buna göre, erkek bireylerin %93.5'i, kadın bireylerin ise %75.2'si posayı yetersiz tüketmektedir. Bireylerin diyet posası tüketimlerinin RDA' ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$).
- Erkek bireylerin %71.0'inin vitamin A'yı, %58.1'inin vitamin E'yi, %77.4'ünün vitamin B1, %53.2'sinin vitamin B2'yi, %56.5'inin kalsiyumu, %87.1'inin magnezyumu, %61.3'ünün çinkoyu yetersiz; %30.6'sinin proteini, %72.6'sinin yağları, %50.0'sinin karbonhidratı fazla tükettikleri saptanmıştır.

- Kadın bireylerin %66.7'si vitamin E'yi, %86.3'ü vitamin B1'i, %56.4'ü B2'yi, %70.1'i kalsiyumu, %75.2'si magnezyumu, %82.9'u demiri, %65.0'i çinkoyu yetersiz; %20.5'inin proteini, %53.8'inin yağları, %20.5'inin karbonhidratı, %23.1'inin vitamin A'yı ve %34.2'sinin vitamin C'yi fazla tükettikleri saptanmıştır.
- Bireylerin cinsiyetlerine göre vitamin A, vitamin E, vitamin C, kalsiyum ve magnezyum tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), vitamin B1, vitamin B2, vitamin B6, fosfor, demir ve çinko tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı bulunmaktadır. ($p<0.05$)

ÖNERİLER:

- Yapılan araştırmalar yıllar içerisinde toplumun beslenme örüntüsünün değisebildiğini ve değişikliklerin beslenme sorunlarına neden olabildiğini, varolan sorunların boyutlarını değiştirebildiğini ve halk sağlığını etkilediğini göstermektedir. Bilindiği gibi sorunların oluşmadan önce engellenmesi halk sağlığı yönünden büyük önem taşımaktadır. Bir toplumda besin güvencesini ve besin güvenliğini, beslenme durumunun ve sağlık durumunun düzeltilmesini ve geliştirilmesini sağlamak hükümetlerin görevidir. Besin ve beslenme politikasının oluşturulması ve bu politikaları oluştururken amaçların ve hedeflerin iyi belirlenmesi gerekmektedir. Hedefler ülkenin beslenme ve sağlık durumuna göre belirlenmeli ve ülke koşullarına uygun sağlıklı beslenme önerileri oluşturulmalıdır. Bu bağlamda toplumdaki çeşitli yaş, cinsiyet ve fizyolojik durumdaki bireyler için Beslenme Rehberleri geliştirilmelidir.
- Kuzey Kıbrıs'ta kapsamlı besin tüketimi ve sağlık araştırmaları yapılarak güvenilir ve güncel bilgi akışı sağlanmalıdır. Beslenme sorunlarında önceliklerin saptanması, nedenlerin belirlenmesi, etkin politikaların saptanması ve uygulanması, izleme ve değerlendirmenin yapılması gerekmektedir.
- Halkın sağlıklı beslenme konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda eğitim görmüş diyetisyen ve beslenme uzmanlarına sorumluluk verilmesi hem sağlıklı beslenmenin sağlanmasında hem de topluma yaygınlaştırılmasında önemlidir.
- Gıda sanayi ve sağlık sektörü işbirliği geliştirilmelidir. Ülkedeki beslenme sorunlarına çözüm getirilecek yağı, şekeri, sodyumu az; vitamin, mineral ve posası yüksek ürünler üretilerek piyasaya sürülmelidir. Ürünleri tanıtıcı, tüketiciyi eğitici ve doğru seçim

yapmasına yardım edici besin etiketi kullanılması sağlanmalıdır. Tüketiciler de etiket okuma konusunda bilinçlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

Abete, I., Parra, D., Crujeiras, A.B., Goyenechea, E. and Martinez, J.A. (2008). Specific insulin sensitivity and leptin responses to a nutritional treatment of obesity via a combination of energy restriction and fatty fish intake. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(6), 591-600

ADA. (2008). Position Papers of the American Dietetic Association: Health Implications of Dietary Fiber. *Journal of American Dietetic Association*, 108(10), 1716-1731.

Age Concern. (t.y.). Your guide to healthy living. A holistic approach to a healthy mind and body. Erişim: 03 şubat 2010, <http://www.ageconcern.org.uk>

Aksoy, M. (2008). *Beslenme Biyokimyası (2bs)*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.

Alberti, KGMM, Zimmet, P. and Shaw, J. (2007). International Diabetes Federation: a consensus on type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine*, 24, 451-463.

American Cancer Society Nutrition and Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2006). *The Complete Guide – Nutrition and Physical Activity*. *Cancer Journal for Clinicians*, 56(5).

Andreou, E., Hadjigeorgiou, P., Kayriakou, K., Avraam, T., Chappa, G., Kallis, P. et. al. (2008). Cyprus Dietetic Association Epidemiological Study to Determine the Percentage of Obesity and Overweight in Cyprus and the Dietary/Nutritional Habits of the Cypriot Population (Poster). 5th International Conference of the Cyprus Dietetic Association, Nicosia.

Appel, L.J., Sacks, F.M., Carey, V.J., Obarzanek, E., Swain, J.F., Miller, E.R. et. al. (2005). The effects of protein, monounsaturated fat, and carbohydrate intake on blood pressure and serum lipids: results of the OmniHeart randomized trial. *Journal of American Medical Association*, 294, 2455–2464.

Ariza, A.J., Chen, E.H., Binns, H.J. and Christoffel, K.K. (2004). Risk factors for overweight in five- to six-year-old Hispanic-American children: a pilot study. *Journal of Urban Health*, 81, 150 –161.

Arslan, P., Mercanlıgil, S., Gökmen, Ö.H., Dönmez, N., Çiftçi, H., Keleş, İ. ve diğerleri. (2006). TEKHARF 2003-2004 taraması katılımcılarının genel beslenme örüntüsü ve beslenme alışkanlıkları. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları Dergisi*, 34, 331-339.

Asımgil S. ve Sahin M., (2004). *Mutfak Kültürü*, İstanbul, Timas Yayınları.
Assman G. ve Wahrburg U. (t.y.). Zeytinyağının Azınlık Bileşenlerinin Sağlık Üzerine Etkileri. Erişim: 05 Ekim 2010 <http://www.food-info.net/tr/products/olive>

Balkau, B., Deanfield, J.E., Despres, J.P., Bassand, J.P., Fox, K.A., Smith, S.C. et. al. (2007). International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): a study of waist circumference, cardiovascular disease, and diabetes mellitus in 168,000 primary care patients in 63 countries. *Circulation*, 116(17), 1942-1951.

Barnoya, J. ve Glantz, S.A. (2005). Cardiovascular effects of secondhand smoke: nearly as large as smoking. *Circulation*. 111, 2684 –2698.

Baysal A. (2007). *Genel Beslenme. Beslenmeye Giriş (12.bs.)*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.

Baysal, A. (2003). Metabolik sendrom ve beslenme. Beslenme ve Diyet Dergisi, 32(1), 5-11.

Baysal, A. (2008). Diyet proteininin beden ağırlığının denetimi ve kardiyovasküler hastalıklardan korunmada etkinliği. Beslenme ve Diyet Dergisi, 35(2), 5-8.

Baysal, A. (2009). Beslenme. Ankara: Hatipoğlu Yayınları.

Baysal, A., Bozkurt, N., Pekcan, G., Besler, H.T., Aksoy, M., Kutluay Merdol, T. ve diğerleri. (2002). Diyet El Kitabı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

Bektaş, H., Bahar, A., Karademir, F., Süleymanoğlu, S. ve Göçmen, İ. (2005). Demir eksikliği, hiperlipidemi için bir risk faktörü oluşturuyor mu? Gülhane Tıp Dergisi, 47, 119-122.

Bellisle, F. (2007). Is Eating Between Meals Good For Our Health? The European Food Information Council. Erişim: 01 Ekim 2010, <http://www.eufic.org/.../review-eating-between-meals-health>

Beslenme Tedavisi. (t.y.). Erişim: 01 Ekim 2010, <http://www.turkdiab.org>

Bowman S.A. and Vinyard B.T. (2004). Fast food consumption of U.S. adults: impact of energy and nutrient intakes and overweight status. Journal of American College of Nutrition. 23 (2), 163-168.

Bowman, S.A., Gortmaker, S.L., Ebbeling, C.B., Pereira, M.A. and Ludwig, D.S. (2004). Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. Pediatrics, 113, 112-118.

Briefek, R.R., Johnson, C.L. (2004). Secular trends in dietary intake in the United States. Annual Review of Nutrition, 24, 401.

Carlson, O., Martin, B., Stote, K.S., Golden, E., Maudsley, S., Najjar, S.S. et. al. Impact of reduced meal frequency without caloric restriction on glucose regulation in healthy, normal weight middle-aged men and women. *Metabolism*, 56(12), 1729-1734.

Champagne, C.M. (2008). Magnesium in hypertension, cardiovascular disease, metabolic syndrome and other conditions: A review. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(2), 142-151.

Chan, C., Knutsen, S.F., Blix, G.G., Lee, J.W. and Fraser, G.E. (2002). Water, other fluids and fatal coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 155, 827-833.

Çolakoğlu, F.A., İsmen, A., Özen, Ö., Çakır, F., Yiğın, Ç. ve Ormancı, H.B. (2006). Çanakkale ilindeki su ürünleri tüketim davranışlarının değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi. Su Ürünleri Dergisi*, 23(1/3), 387- 392.

Deveci, O. ve Oto, A., (2008). Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisinde Diyet Tedavisi. *Türk Kardiyoloji Seminerleri*, 2, 161-166.

Deveci, S.E., Güler, H., Gülbayrak, C., Oğuzöncül, A.F. ve Açıık, Y. (2004). Elazığ Emniyet Müdürlüğü kurum hekimliği polikliniğine başvuran polislerde obezite sıklığı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 223-228.

Duyff, R.L. (2003) Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi “ The American Dietetic Association’s “Complete Food and Nutrition Guide. John Wilwy& Sons Inc. New Jersey” (Çeviri Editörleri: Yücecan S, Nursal B, Pekcan G, Besler HT) İstanbul:Acar Matbaacılık Yayıncılık Hizmet Sanayi ve Ticaret A.Ş.

Engbers, L.H., Poppel V.M.N. and Mechelen, W. (2007). Modest effects of a controlled worksite environmental intervention on cardiovascular risk in office workers. *Prevention Medicine*, 44(4), 356-62.

Ersoy, G. (2001). Okul Çağı ve Spor Yapan Çocukların Beslenmesi. Ankara: Ata Ofset.

Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III). (2001). *Journal of American Medical Association*, 285, 2486-2497.

Fairfield, K.M. & Fletcher, R.H. (2002). Vitamins for chronic disease prevention in adults. *Journal of American Medical Association*, 287, 3116–3126.

Farshchi, HR., Taylor, M.A., Macdonald, I.A. (2005). Beneficial metabolic effects of regular meal frequency on dietary thermogenesis, insulin sensitivity and fasting lipid profiles in healthy obese women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 16.

Ferrari C. K. B. and Torres, E.A.F.(S) (2003). Biochemical pharmacology of functional foods and prevention of chronic diseases of aging. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 57, 251-260.

Ferro, L.A., Gibney, M. and Sjöström, M. (2001). Nutrition and diet for healthy lifestyle in Europe: the EURODIET evidence. *Public Health Nutrition*, 4(2b), 437-739.

Ferroluzzi, A., James, W.P.T. and Kafatos, A. (2002). The high fat Greek Diet : A recipe for all. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 796.

Food Standarts Agency. (t.y.). The Balance of Good Health. Erişim: 03 şubat 2010, <http://www.foodstandarts.gov.uk>

Gerber, M. (2001). The comprehensive approach to diet: a critical review. *Journal of Nutrition*, 131, 3051-3055.

Gıda Maddesi Satın Alırken Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar. (t.y.). Erişim: 30 Eylül 2010. <http://www.tarimsalbilgi.org>

Guthrie, J.F. (2004). Understanding fruit and vegetable choices economic and behavioral influences. *Agriculture Information Bulletin*, 792(1), 1-4.

Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E. ve Bakır, B. (2008). Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 102-109.

Gündüz A.S ve Deniz S. (2000). Vangölü havzasında üretilen kuru otların besin madde kompozisyonunun belirlenmesi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 11(2), 76-81.

Han-Yao, H., Caballero, B., Chang, S., Alberg, A., Semba, R., Schneyer, C. et. al. (2006). Multivitamin /mineral supplements and prevention of chronic disease. *Evidence Report/Technology Assessment No. 139*. The John Hopkins University Evidence-based Practice Center/Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Harding AH; Sargeant LA; Khave KT et al. (2002). Cross-sectional association between total level and type of alcohol consumption and glycosylated haemoglobin level:the Epic Norfolk Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 82.

Holmberg, S., Thelin, A. and Stiernström, E. (2009). Food choices and coronary heart disease: A population based cohort study of rural Swedish men with 12 years of follow-up. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 2626-2638.

Hu, F.B. and Willett, W.C. (2002). Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *Journal of American Medical Association*, 288, 2569 –2578.

Hunt, J.R. and Roughead, Z.K. (2001). Adaptation of iron absorption in premenopausal women consuming diets with high or low iron bioavailability. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 94-102.

Iwamoto, M., Imaizumi, K., Sato, M. et. al. (2002). Serum lipid profiles in Japanese women and men during consumption of walnuts. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 629.

İncel, T.E. (2005). Yetişkin Tüketicilerin Besin Güvenliği Konusunda Bilgi ve Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Janiszewski, P.M., Janssen, I. and Ross, R. (2007). Does waist circumference predict diabetes and cardiovascular disease beyond commonly evaluated cardiometabolic risk factors?. *Diabetes Care*, 30(12), 3105-3109.

Janssen, I.,Katzmarzyk, P.T. and Ross, R. (2004). Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79, 379-384.

Johnson, A.G., Nguyen, T.V. and Davis, D. (2001). Blood pressure is linked to salt intake and modulated by the angiotensinogen gene in normotensive and hypertensive elderly subjects. *Journal of Hypertension*, 19, 1053–1060.

Jones, J.M., Reicks, M., Adams, J., Fulcher, G., Glen W. and Kanter, M. (2002). The importance of promoting a whole grain foods message. Journal of The American College of Nutrition, 21(4), 293-297.

Kılıç, E. ve Şanlıer, N. (Mart 2007). Üç kuşak kadınının beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması. Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(1), 31-44.

Kırsal Kalkınma Destek Ekibi (Haziran 2010). Kıbrıs'ın Kuzey Kesimi için geçici kırsal kalkınma planı 2008-2011. (2.Güncelleştirme). Lefkoşa. Erişim: 20 Ekim 2010, <http://www.tccruraldevelopment.eu/>

Kızıltan, G., Karabudak, E. ve Yalçuk, Ö. (Nisan 2006). Kuzey Kıbrıslı Türk Hastaların Beslenme Durumları ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongre Kitabı (s. 330). Ankara

Kim, S., Popkin, B.M., Siega-Riz, A.M., Haines, P.S. and Arab, L. (2004). A Cross-national comparison of lifestyle between china and the united states, using a comprehensive cross-national measurement tool of the healthfulness of lifestyles: the lifestyle index. Preventive Medicine, 38, 160-171.

Klevay, L.M. and Milne, D.B. (2002). Low dietary magnesium increases supraventricular ectopy. American Journal of Clinical Nutrition, 75, 550.

Koç, A.A. ve Beyaz, F.B. (2009) Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadale Politikaları ve Ekonomik Analizler (Tebliğ). Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi, Eskişehir.

Kris-Etherton, P.M., Harris, W.S. and Appel L.J. (2002). Fish consumption, fish oil, omega-3 fatty acids, and cardiovascular disease. Circulation, 106, 2747-2757.

Lai, M.H. (2008). Antioxidant effects and insulin resistance improvement of chromium combined with vitamin c and e supplementation for type 2 diabetes mellitus. *Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition*, 43(3).

Lichtenstein, A.H., Appel, L.J., Brands, M., Carnethon M., Daniels, S., Franch, H.A. et. al. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the american heart association nutrition committee. *Circulation*. 114, 82-96.

Liebman, M., Pelican, S., Moore, S.A., Holmes, B., Wardlaw, M.K., Melcher, L.M. et. al. (2003). Dietary intake, eating behavior and physical activity-related determinants of high body mass index in rural communities in Wyoming, Montana and Idaho. *International Journal of Obesity*, 27, 684-692.

Lyons, C. (2001). Eat Smart To Live – the importance of diet in good health. *Ebony*. Erişim: 12 Nisan 2010. http://findarticles.com/p/articles/mi_m1077/is_9_56/ai_76285232/

Ma, Y., Bertone, E.R., Stanek III, E.J., Reed, G.W., Hebert, J.R., Cohen, N.L., Merriam, P.A., Ockene, I.S. (2003). Association between eating patterns and obesity in a free-living us adult population. *American Journal of Epidemiology*, 158(1), 85-92.

Ma, Y., Griffith, J.A., Chason-Taber, L., Olendzki, B.C., Jackson, E., Stanek III, E.J. et. al. (2006). Association between dietary fiber and serum c-reactive protein. *American Journal of Clinical Nutrition*, 83(4), 760-766.

Mathew, J. ve Rafferty, A.P. (2005). Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. *Archives of Internal Medicine*., 165, 854-857

McCall, D.O., McGartland, C.P., McKinley, M.C., Patterson, C.C., Sharpe, P., McCance, D.R. et. al. (2009). Dietary intake of fruits and vegetables improves microvascular function in hypertensive subjects in a dose-dependent manner. *Circulation*, 119, 2153-2160.

McCullough, M.L., Feskanich, D., Stampfer, M.J., Giovannucci, E.L., Rimm, E.B., Hu, F.B. et. al. (2002). Diet quality and major chronic disease risk in men and women:moving toward improved dietary guidance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76, 1261-1271.

National Health and Medical Research Council. (2003). Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7AF116AFD4E2EE3DCA256F190003B91D/\\$File/adults.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/7AF116AFD4E2EE3DCA256F190003B91D/$File/adults.pdf)

Niemeier, H.M., Raynor, H.A., Lloyd-Richardson, E.E., Rogers, M.L. and Wing R.R. (2006). Fast food consumption and breakfast skipping: predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 842-849.

Obarzanek, E., Sacks, F.M., Vollmer, W.M., Bray, G.A., Miller, E.R., Lin, P.H., et. al. (2001). Effects on blood lipids of a blood pressure-lowering diet: the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) trial. *American Journal of Clinical Nutrition*, 74, 80–89.

Oğuz, M.Ö., Tutsak,E. ve Genç, K. (2008). KKTC’de 2008 Yılında İmgesel yemekler. *Doğu Akdeniz Üniversitesi*.

Onat, A., Keleş, İ., Sansoy, V. ve diğerleri. (2001). Yetişkinlerimizin 10 yıllık takibinde obezite göstergeleri artışta: Beden kitle indeksi erkeklerde koroner olayların bağımsız öngördürücüsü. *Türk Kardiyol Derneği Araştırması*, 29(7), 430-436.

Orhan, H. ve Yüksel, O. (2010). Burdur ili su ürünleri tüketimi anket uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 5(1), 1-7.

Osawa, M., Yamaguchi, T., Nakamura, Y. et. al. (2002). Erythroid expansion mediated by the Gfi-1B zinc finger protein:role in normal hematopoiesis. Blood, 100, 2769-2777.

Özçicek Dölekoglu C. ve Yurdakul O. (2004). Adana ilinde hanehalkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin logit analizi ile belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 4(8), 62-86.

Pekcan, G. (2007). Maternal ve bebeklik döneminde vitamin ve mineral yetersizlikleri: Besin desteği. I. Beslenme ve Diyetetik Günleri Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, (116-125). Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Pekcan, G. (2009). Türkiye’de Beslenme ve sağlık Durumu. Hacettepe Beslenme ve Diyetetik günleri, II. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, (13-20). Hacettepe Üniversitesi.

Pekcan, G. ve Rakıcioğlu, N. (1999). Türkiye’de vitamin ve mineral (mikronütrient) yetersizliği. Seminar on Food Safety and Nutrition Policy: Developments in Safety Assessment and Nutrition Science. Working Document. Ankara, 123-124.

Pekcan, G., Alphan, E., Köksal, E., Küçükerdönmez, Ö., Bayrak, M., Kızıltan, G. ve arkadaşları. (2008). Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.

Painter, J., (April, 2002). Comparison of international food guide pictorial representation. Journal of American Dietetic Association, 102(4), 483-489.

Pereira, M.A., Kartashov, A.I., Ebbeling, C.B., Van Horn, L., Slattery, M.L., Jacobs, DR Jr. and Ludwig, D.S. (2005). Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet*, 365, 36–42.

Pereira, M.A., O'Reilly, E., Augustsson, K., Fraser, G.E., Goldbourt, U., Heitmann, B.L., Hallmans, G., Knekt, P., Liu, S., Pietinen, P., Spiegelman, D., Stevens, J., Virtamo, J., Willett, W.C. & Ascherio, A. (2004). Dietary fiber and risk of coronary heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 164, 370–376.

Protein. (t.y). Erişim: 05 Ekim 2010, <http://www.betterhealth.vic.gov.au>

Rakıcıoğlu, N. (2007). Yaşlı beslenmesi mevcut durum tesbiti. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 35(1), 47-52.

Rosemary, L.S. (2009). Serum vitamin C and the prevalence of vitamin C deficiency in the United States: 2003-2004 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *American Journal of Clinical Nutrition*, 90, 1252-1263.

Ross, M. W. (2002). The impact of mineral nutrients in food crops on global human health. *Plant and soil*, 247, 83-90.

Rostan, EF., DeBuys, HV., Madey, D.L. et. al. (2002). Evidence supporting zinc as an important antioxidant for skin. *International Journal of Dermatology*, 4, 606-611.

Sacks, F.M., Svetkey L.P., Vollmer, W.M., Appel, L.J., Bray, G.A., Harsha, D. et. al. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *New England Journal of Medicine.*, 344, 3–10.

Saç, R., Doğan, F., Saraçoğlu, D. Taşar, M.A., Bostancı, İ. ve Dallar, Y. (2008). Sosyoekonomik düzeyi düşük çocuklardaki toplum kaynaklı pnömonilerde A vitamini ve çinko düzeyleri. *Ege Tıp Dergisi*, 47(3), 177-181.

Samur, G. (Nisan 2006). Metabolik Sendromda Diyet Tedavisi. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi, Ankara.

Sarrafadegan, N., Kelishadi, R., Esmailzadeh, A., Mohammadifard, N., Rabiei, K., Hamidreza, R. et. al. (2009). Do lifestyle interventions work in developing countries? Findings from the Isafhan Healthy Heart Program in the Islamic Republic of Iran. *Bulletin of World Health Organization*, 87, 39-50.

Sawka, M., Cheuvrant, SN and Carter, R. (2005). Human water needs. *Nutrition Reviews*, 63(6), 30-39.

Schulze, M.B., Manson, J.E., Ludwig, D.S., Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C. and Hu, F.B. (2004). Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *Journal of American Medical Association*, 292, 927–934.

Scott, C.L. (2003). Diagnosis, prevention and intervention for the metabolic syndrome. *American Journal of Cardiology*, 92, 35-42.

Serra-Majem, L., Bach, A. and Roman, B. (2006). Recognition of Mediterranean Diet: going a step further. *Public Health Nutrition*, 9(1A), 101-102.

Seshadri, S., Beiser, A., Selhub, J., Jacques, P.F., Rosenberg, I.H., D'Agostino, R.B., Wilson, P.W.F. & Wolf, P.A. (2002). Plasma homocysteine as a risk factor for dementia and alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 346, 476–484.

Sofi, F., Vecchio, S., Giuliani, G., Marucci, R., Gori, A.M., Fedj, S. et. al. (2005). Dietary habits, lifestyle and cardiovascular risk factors in a clinically healthy Italian population: the 'Florence' diet is not Mediterranean. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 584-591.

Strain J.J. (1999). Optimal Nutrition, *Proceedings of the Nutrition Society*, 58, 395-396.

Strandberg, A.Y., Strandberg, T.E., Salomaa, V.V. et al. (2004). Alcohol consumption, 29-y total mortality and quality of life in men in old age. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80, 1366.

Süt ve süt ürünleri tüketim alışkanlığı. (t.y.). Erişim: 01 Ekim 2010, <http://www.tusedad.org>

T.C Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. (2004). *Türkiye'de Hastalık Yükü Çalışması*, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TCSBTSHGM), Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. (2004). *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*. Ankara.

Tanır F., Şaşmaz T., Beyhan Y. ve Bilici S. (2001). Dogankent beldesinde bir tekstil fabrikasında çalışanların beslenme durumu. *Türk Tabipler Birliği*

Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi .
<http://www.ttb.org.tr/MSG/temmuz07/dogankent.pdf>).

Tavani, A., Giordano, L., Gallus, S., Talamini, R., Franceschi, S., Giacosa, A., Montella, M. and La Vecchia, C. (2005). Consumption of sweet foods and breast cancer risk in Italy.

Tokgözoğlu, L. (2006). Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada beslenme ve antioksidanlar. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi, Ankara.

Toprak, İ., Şentürk, Ş., Yüksel, B., Özer, H., Çakır, B. ve Bideci, A. (2002). Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi – Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü – Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara.

Topuzoğlu, A., Hıdıroğlu, S., Ay, P., Önsöz, F. ve İkişik, H. (2007). Tüketicilerin gıda ürünleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve sağlık risklerine karşı tutumları. Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4), 253-258.

Trichopolou, A., Costacou, T., Bamia, C. and Trichopoulos D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. New England Journal of Medicine, 348, 2599-2608

Trichopoulou, A., Bamia, C. and Trichopoulos, D. (2009). Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. British Medical Journal, 338, b2337.

Tur, J.A., Romaguera, D. and Pons, A. (2005). The Diet Quality Index-International(DQI-I): Is It a useful tool to evaluate the quality of the Mediterranean Diet? British Journal of Nutrient, 93, 369-376.

US Department of Health and Human Services; US Department of Agriculture. (2005) Dietary Guidelines for Americans, 2005 (6th ed.). Washington, DC: US Government Printing Office.

Van Meurs, J.B.J., Dhonukshe-Rutten, R.A.M., Pluijm, S.M.F., Van Der Klift, M., de Jonge, R., Lindemans, J., de Groot, L., Hofman, A., Witteman, J.C.M., van Leeuwen, J., Breteler, M.M.B., Lips, P., Pols, H.A.P. & Uitterlinden, A.G. (2004). Homocysteine levels and the risk of osteoporotic fracture. *New England Journal of Medicine*, 350, 2033–2041.

Vazquez, G., Duval, S., Jacobs, D.R. and Silventoinen, K. (2007). Comparison of body mass index, waist circumference, and waist/hip ratio in predicting incident diabetes: a meta-analysis. *Epidemiologic Reviews*, 29, 115-28.

Venter, C.S. and Eyssen, E. (2001). More legumes for better overall health. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 14(3), 32-38.

Vitamin and Mineral Supplements. (t.y.). Erişim: 30 Eylül 2010, <http://www.betterhealth.vic.gov.au>

Wang, C., Chung, M., Balk, E., Kupelnick, B., Jordan, H., Harris, W., Lichtenstein, A. and Lau J. (2006). N-3 fatty acids from fish or fish-oil supplements, but not alpha-linolenic acid, benefit cardiovascular disease outcomes in primary and secondary-prevention studies: a systematic review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 83, 5–17.

WCFR/AICR. (2007). Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer – a Global Perspective. Erişim: 04 Şubat 2010, <http://www.dietandcancerreport.org>

Weinsier, R.L., Hunter, G.K., Desmand, R.A. et. al. (2002). Free-living activity energy expenditure in women succesful and un successful at maintaining a normal body weight. American Journal of Clinical Nutrition, 75, 499.

WHO. (2002). Food and Health in Europe: a new basis for action, Denmark.

WHO. (2003). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Geneva.

WHO/FAO. (2003). Diet and Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Erişim: 04 şubat 2010, <http://www.who.int>

Yağmur, C. ve Güneş, E. (t.y.). Dengeli Beslenme Açısından Türkiye'de Gıda Üretme ve Tüketmenin İrdelenmesi. Erişim: 05 Ekim 2010, www.zmo.org.tr/resimler/ekler/95f15384c2a79ce_ek.pdf

Yıldız, A.E. (2009). Kronik Hastalıkların Önlenmesi. Ulusal ve Uluslararası Beslenme Önerileri . Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri II. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu (63-69), Ankara. Hacettepe Üniversitesi.

Yiğit, ř. ve Khorshid, L. (2006). Ege Üniversitesi Fen Fakültesi öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığı. Bağımlılık Dergisi, 7(1), 24-30.

Yoo, S., Nicklas, T., Baranowski, T., Zakeri, I.F., Yang, S., Srinivasan, S.R., Berenson, G.S. (2004). Comparison of dietary intakes associated with metabolic syndrome risk factors in young adults: the Bogalusa Heart Study, American Journal of Clinical Nutrition, 80(4), 841-848.

Yücecan, S. (2008). Optimal Beslenme, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın no:726, 1. Basım, Klasmat matbaacılık, Ankara.

EK 1

KKTC'DE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN DİYET ÖRÜNTÜLERİ, DİYET KALİTE İNDEKSLERİ VE SAĞLIKLI YEME İNDEKSLERİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

DİKKAT!: Bu veriler yalnız bilimsel bir araştırma yapmak amaçlı toplanmaktadır ve tamamen gizlidir.

Tarih:

Anket no:

İlçe adı:

Anketör no:

Köy adı:

Anketör adı-soyadı:

Tel:

Adres:

e-mail:

I.GENEL BİLGİLER

1. Ad – Soyad:
2. Doğum Tarihi (gün/ay/yıl):/...../..... Yaş (yıl):
.....
3. Doğum yeri:.....
4. Cinsiyet: 1. E 2. K
5. Eğitim durumu:
1.Okur yazar değil 2. Okur-yazar ama diploma yok 3. İlkokul mezunu
4.Ortaokul ve dengi mezunu 5. Lise ve dengi mezunu
6. Üniversite ve yüksek okul mezunu 7. Lisans üstü mezunu
6. Meslek: 1. Ev kadını 2. Kamu 3. İşçi 4. Serbest meslek 5. Esnaf 6.
Çiftçi 7. İşsiz 8. Öğrenci 9. Emekli 10.Özel sektör 11.Diğer
.....
7. Medeni durum: a. Evli b. Bekar
8. Sigara kullanıyor musunuz?
1. Hayır, hiç içmedim, 2. İçtim ve bıraktım 3. Evet, içiyorum
9. Evet ise miktarı belirtiniz.
1.1-4 2. 5-9 3. 10-19 4. 20 ve üzeri
10. Alkol kullanıyor musunuz?
1. Evet. 2. Hayır
11. Evet ise bir seferinde tüketilen alkol miktarı
1.K≥4 E≥5 2.K<4 E<5
12. Evet ise bir haftada tüketilen alkol miktarı
1. K<1-7 E<1-14 2. K<7-14 E<14-21 3. K<14-21 E <21-28
4. K<21-28 E <28-35 5. K>28 E>35

II. SAĞLIK BİLGİLERİ

13. Son 6 ay içinde vücut ağırlığınızda bir değişme oldu mu (Kg)?
1.Hayır,değişme olmadı 2.Evet a.Artma b.Azalma c.Bilmiyor

Antropometrik ölçümler	Ölçüm
Vücut ağırlığı (Kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
Bel çevresi (cm)	
BKİ (kg/m ²)	

14. Hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?
1. Sağlıklı 2. Kalp – Damar hastalıkları 3. Hipertansiyon 4. Yüksek kolesterol
5. Diyabet 6. Şişmanlık 7. Osteoporoz 8. Kanser
9. Diğer
15. Herhangi bir diyet uyguluyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
16. Cevabınız evet ise uyguladığınız diyet türünü belirtiniz.
.....
17. Diyet tedavisini kimden alıyorsunuz?
1. Doktor 2. Diyetisyen 3. Diğer sağlık personeli 4. Arkadaş
5. Medya (gazete, dergi, TV...) 6. Diğer.....
18. Geçtiğimiz 12 ay süresince hiç vitamin-mineral tableti kullandınız mı?
1. Evet 2. Hayır
19. Ne kadar süre vitamin-mineral tableti kullandınız?
1. 1 haftadan az 2. 1 hafta – 1 ay 3. >1 ay – 6 ay 4. >6 – 12 ay
20. Vitamin-mineral tableti kullanımınız tedavi amaçlı mıydı?
1. Evet 2. Hayır
21. Halen vitamin-mineral tableti kullanıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır
22. Kullanmakta olduğunuz vitamin-mineral tableti kim önerdi?
1. Doktor 2. Diyetisyen 3. Eczacı 4. Akraba / Arkadaş
5. Kimse önermedi, kendim karar vererek aldım 6. Diğer.....

III. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

23. Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz? (.....Ana.....Ara)

24. Hergün düzenli olarak kahvaltı yaparmısınız? 1. Evet 2. Hayır

25. Çay içer misiniz?

1. Evet 2. Hayır

26. Cevabınız evet ise türü ve miktarını belirtiniz. (birden fazla işaretlenebilir)

Türü: 1.Siyah çay 2.Yeşil çay 3.Bitkisel çay,

Miktar: a.Çay bardağı b.Su bardağı c.

.....Kupa/gün

27. 1 bardak çay için kullandığınız şeker miktarı nedir?

1.Hiç 2. 1 3. 4 4. 5 5. Diğer.....

28. Kahve içer misiniz?

1. Evet 2. Hayır

29. Cevabınız evet ise türü ve miktarını belirtiniz. (birden fazla işaretlenebilir)

Türü: 1. Türk kahvesi 2. Neskahve 3. Diğer.....

Miktar: a. Kahve fincanı b. Fincan c.

.....Kupa/gün

30. 1 bardak çay için kullandığınız şeker miktarı nedir?

1.Hiç 2. 1 3. 4 4. 5 5. Diğer.....

31. Günde kaç bardak su tüketiyorsunuz?

Miktar: su bardağı

32. Sofrada yemeklerin tadına bakmadan tuz serpmeye alışkanlığınız var mıdır?

1. Evet 2. Hayır

33. Besin etiketlerini okur musunuz?

1. Evet 2. Hayır

34. Cevabınız evet ise etikette nelere dikkat edersiniz?

1.Son kullanma tarihi 2.Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın izni 3.İçindekiler

kısmı

4.Enerji ve besin ögesi miktarı 5.Hepsi

35. Diyet Ürünleri (yağı, şekeri-enerjisi, tuzu azaltılmış) kullanır mısınız?

1.Evet 2. Hayır

36. Cevabınız evet ise diyet ürün kullanım miktarınızı belirtirmisiniz?

1.Arasıra 2. Sık sık 3. Hergün

37. Ortalama Fast Food tüketim sıklığınızı belirtirmisiniz?

1.Hiç 2. Haftada 1 3. Haftada 2-3 4. Haftada 4-5 5. Hergün 6. Diğer.....

38. Evde yapılan yemeklerde genellikle hangi yağ kullanılıyor? (birden fazla işaretlenebilir)

1. Margarin 2. Mısırozü 3. Tereyağ 4. Ayçiçek yağı 5. Zeytinyağı 6. Soya yağı
7. Fındık yağı 8. Susam yağı 9. Kuyruk ve iç yağı 10. Diğer (belirtin).....

IV. FİZİKSEL AKTİVİTE İNDEKSİ

39.Aşağıdaki egzersizleri ne sıklıkta yaparsınız?

<ul style="list-style-type: none"> • Koşma • Koşar gibi yürüme • Bisiklet sürme • Yüzme • Futbol • ip atlama 	<ul style="list-style-type: none"> • Voleybol • Tenis • Badminton • Squash • Ağırlık kaldırma • Hokey 	<ul style="list-style-type: none"> • Step • Aerobik • Jimnastik • Hızlı Dans • Dövüş sporları 	<ul style="list-style-type: none"> • Ağır bahçe işleri (kazma, Çapalama) • Dağa tırmanma • inşaat • Maramgoz • Ormancılık • Maden
--	---	--	---

1-Haftanın her günü veya haftada 5-6 kez (Çok aktif)

2-Haftada 2-3 kez (Aktif)

3-Haftada bir kez (Orta aktif)

4-Ayda 1-3 kez (Hafif aktif)

5-Seyrek veya hiç (Sedenter)

BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

BESİNLER	Hiç	Her gün	Haftada 4-5gün	Haftada 2-3 gün	Haftada 1 gün	Ayda 2-3	Daha seyrek
Kırmızı et							
Balık ve deniz ürünleri							
Kümes hayvanları eti (tavuk, hindi, vb.)							
Sakatatlar (karaciğer, böbrek, vb.)							
Hazır et ürünleri (döner, kebab, sucuk,salam vb.)							
Kuru baklagiller							
Sert kabuklu yemişler							
Yumurta, omlet vb							
Süt							
Yoğurt							
Peynir, Hellim							
Pirinç							
Bulgur							
Tahıl ürünleri (işlenmiş çavdar, yulaf, mısır ürünleri)							

Makarna, şehriye, vb.							
Kepekli ekmek							
Beyaz ekmek							
Pide, Lahmacun							
Unlu mamuller tuzlu(simit, poğaç, vb.)							
Unlu mamuller tatlı (kek, kurabiye, bisküvi, vb.)							
Taze sebzeler							
Donmuş sebzeler							
Konserve sebzeler							
Kurutulmuş sebzeler							
Taze meyveler							

Kuru meyveler						
Tereyağı						
Margarin						
Zeytinyağ						
Diğer bitkisel sıvı yağlar						
Şeker						
Şerbetli tatlılar						
Sütlü tatlılar						
Meyveli tatlılar						
Bal, macun, reçel, pekmez						
Şekerleme, ęikolata, lokum						
Gazlı içecekler (kola vs)						
Hazır meyve suyu, limonata						
Hazır besinler (hazır ęorba,bulyon,sos,vb.)						
Ambalajlı, tüketime hazır gıdalar						
Maden suyu						

ÖĞÜNLER	YEMEK VEYA BESİN ADI VE İÇİNDEKİLER	NET MİKTAR (Ev ölçüsü, ağırlık)
Sabah		
Kuşluk		
Öğle		
İkinci		
Akşam		
Gece		

TARİH:..... GÜN:.....