K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

K.K.T.C GİRNE BÖLGESİNDE YAŞAYAN YETİŞKİN RUS GÖÇMENLERİN İKAMET SÜRESİNİN AKDENİZ DİYETİNE UYUM İLE BAZI ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Diyetisyen Natalya BOYACIOĞLU

Beslenme ve Diyetetik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2017

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KKTC GİRNE BÖLGESİNDE YAŞAYAN YETİŞKİN RUS GÖÇMENLERİN İKAMET SÜRESİNİN AKDENİZ DİYETİNE UYUM İLE BAZI ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Diyetisyen Natalya BOYACIOĞLU

Beslenme ve Diyetetik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ayla Gülden PEKCAN

LEFKOŞA

2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından Beslenme ve Diyetetik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye (Jüri Başkanı):	Prof. Dr. Sevinç Yücecan Yakın Doğu Üniversitesi
Üye : (Danışman)	Prof. Dr. Ayla Gülden Pekcan Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Üye :	Prof. Dr. Mine Yurttagül Hasan Kalyoncu Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. K. Hüsnü Can Başer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince önerileri ve desteği için tez danışmanım sayın Prof. Dr.Gülden PEKCAN'a

Tezin değerlendirilmesinde önemli katkılarda bulunan, çalışma süresince desteği, sevgi ve pozitif enerji için hocam sayın Prof.Dr. Sevinç YÜCECAN'a

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesinde önerileri ve desteği için sayın Prof.Dr. İlker ETİKAN'a

Tezin değerlendirilmesinde önemli katkıları olan sayın jüri üyesi Prof. Dr. Mine YURTTAGÜL'e

Çalışma süresince her zaman yanımda olan, destek, sabır ve anlayış gösteren sevgili Eşim'e ve benim ilham kaynağı olan ve beni koşulsuz seven biricik Kızım'a

Teşekkürlerimi sunarım.

Diyetisyen Natalya BOYACIOĞLU

ÖZET

Boyacıoğlu N. KKTC Girne Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Rus Göçmenlerin İkamet Süresinin Akdeniz Diyetine Uyum ile Bazı Antropometrik Ölçümler Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2017

Göç, insanların yaşamak ve çalışmak üzere bir başka ülkeye gelmesidir. Göç sırasında sıklıkla çevre koşulları ve yaşam biçimi değişmekte, bireylerin beslenme biçimi veya örüntüsü etkilenmektedir. Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Girne bölgesinde yaşayan yetişkin Rus göçmenlerin ikamet süresinin Akdeniz Diyetine uyumunun ve bazı antropometrik ölçümler üzerine etkisinin saptanması amacıyla Mart 2016 - Şubat 2017 tarihleri arasında Rus Kültür ve Sanat Derneği'ne kayıtlı olan, 20-65 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden 90 (Erkek:19; Kadın: 71) Rus göçmen ile gerçekleştirilmiştir. Rus göçmenlere Akdeniz diyetine uyumlarının (Sofi ve ark, 2014) belirlenmesi amacıyla sorukağıdı uygulanmış, 24-saatlik kayıt yöntemi ile besin tüketimi, bazı antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi) ile vücut bileşimi saptanmıştır. Araştırma sonucuna göre Akdeniz diyetine göçmenlerin %11.1'i düşük (0-6 puan), %82.2'si orta (7-11puan), %6.7'si ise yüksek (12-18 puan) uyum göstermektedir. Erkek göçmenlerin kadın göçmenlere göre Akdeniz diyetine uyumu daha düşüktür ($p=0.006$). Rus göçmenlerin KKTC'de ikamet süresi arttıkça Akdeniz diyetine uyumlarının arttığı bulunmuş ve bu artışın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.02$) saptanmıştır. Rus göçmenlerin Akdeniz diyet puanları ile antropomertik ölçümlerine bakıldığında, kadınların Akdeniz diyet puanları ile bel/kalça oranı arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmıştır ($p=0.01$). KKTC'de ikamet süresi ile antropometrik ölçümler arası farkları istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırmanın sonuçları göçmenlerinin Akdeniz diyetine uyumları ve göç sonrası beslenmeleri hakkında önemli bilgiler vermektedir ve bu konudaki yeni çalışmalar için kaynak olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, beslenme, göç, antropometri

ABSTRACT

Boyacıoğlu N. Determination of the Effect of Residence Period Effect on the Adherence to Mediterranean Diet and Some Anthropometric Measurements in Adult Russian Immigrants Living in TRNC, Kyrenia. Near East University, Institute of Health Sciences, Nutrition and Dietetics Program, Master of Science Thesis, Nicosia 2017.

Immigration is the coming of people into a country in order to live and work there. Immigration is usually accompanied by environmental and lifestyle changes effecting nutritional style and pattern. This research aims to determine the effect of the residence length of adult Russian immigrants living in the Kyrenia region of North Cyprus on the adherence to Mediterranean diet and on some anthropometric measures. The research was conducted between March 2016 and February 2017 with 90 Russian immigrants (19 male and 71 female) aged between 20-65 years, who were enrolled in the Russian Culture and Art Association and agreed to participate in the study. The questionnaire was applied to determine the immigrants' adherence to the Mediterranean diet (Sofi et al., 2014). Body composition and some anthropometric measurements (body weight, height, waist, hip and neck circumferences) and 24-hour recalls were determined. According to the research results, 11.1% of immigrants have low (0-6 points), 82.2% have moderate (7-11puan) and 6.7% have high (12-18 points) adherences to Mediterranean diet. Male immigrants have lower compliance with Mediterranean diet than female immigrants (p=0.006). A longer length of residence in TRNC was associated with higher adherence to the Mediterranean diet (p=0.02) and also there was a statistically significant difference between women's Mediterranean diet scores and waist / hip ratio (p=0.01). The differences between length of residence in TRNC and anthropometric measurements were statistically insignificant (p>0.05). Length of residence in TRNC influences diet and nutrient intakes among Russian adult immigrants and the results of the study provide important information on migrants' adherence to the Mediterranean diet and post-migration nutrition and can be a source for new studies on this subject.

Key Words: Mediterranean diet, nutrition, migration, anthropometry

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam	1
1.2. Amaçlar	4
1.3. Araştırmanın Varsayımları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Göç ve Sağlık	5
2.2. Rusya'da KVH sorunu	6
2.3. KVH ve Beslenme	8
2.4. Akdeniz Diyeti	12
2.4.1. Akdeniz Diyetine Uyumun Belirlenmesi	15
2.5. Kültürleşme	16
2.5.1. Diyetsel Kültürleşme	17
3. BİREYLER ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	23
3.2. Araştırmanın Genel Planı	23
3.2.1. Bireylerin Genel Özellikleri	23
3.2.2. Beslenme Alışkanlıkları	23
3.2.3. Antropometrik Ölçümler	24
3.2.4. 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı	24
3.2.5. Besin Tüketim Sıklığının Saptanması	24
3.2.6. Akdeniz Diyeti Skor Kriterleri (MDAS)	24
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	24

3.3.1. Antropometrik Ölçümler 24
3.3.2. Akdeniz Diyeti Skor Kriterleri 27
3.3.3. Besin Tüketim Durumunun Saptanması 27
3.3.4. Besin Tüketim Sıklığının Belirlenmesi 28
3.3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi 28
4. BULGULAR 29
4.1. Bireylerin Genel Özellikleri 29
4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları 32
4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri 39
4.4. Bireylerin Akdeniz Diyetine Uyumu 44
4.5. Bireylerin Besin Tüketim Durumu 48
4.6. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıkları 61
5. TARTIŞMA 73
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 88
KAYNAKLAR 95
EKLER 107
EK 1. Etik Kurul Raporu 107
EK 2. Sorukağıdı 108
EK 3. 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketim Kaydı 111
EK 4. Akdeniz Diyeti Skor Kriterleri (MDAS) 112

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	Beslenme ve Diyetetik Akademisi -Academy of Nutrition and Dietetics
AHA	Amerikan Kalp Birliği – American Heart Association
BKI	Beden Kütle İndeksi
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
cm	Santimetre
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
ÇDYA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
DALY	Sağlıklı Yaşam Yılı Kaybı (Disability-Adjusted Life Years)
DASH	Hipertansiyonun Durdurulması için Diyet Yaklaşımı (Dietary Approaches to Stop Hypertension)
DHA	Dokosaheksaenoik asit
DRI	Besin Ögesi Alım Referansları (Dietary Referance Intakes)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EPA	Eikosapentaenoik asit
FAO	Food and Agriculture Organization
FAOSTAT	Food and Agriculture Organization Corporate Statistical Database
g	Gram
HDL-C	Yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (High density lipoprotein)
HAPIEE	Doğu Avrupa'da Sağlık, Alkol ve Psikososyal Faktörler ile ilgili çalışma (Health Alcohol and Psychosocial Factors in Eastern Europe Study)
kg	Kilogram
kkal	Kilokalori
KAH	Koroner arter hastalığı
KKH	Koroner kalp hastalığı
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyet
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL-C	Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (Low density lipoprotein)
m^2	Metrekare
MDAS	Akdeniz Diyetine Uyum Skoru (Mediterranean Diet Adherence Score)
MET	Metabolik Eşdeğeri - Metabolic Equivalent
mg	Miligram
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
S	Standart sapma
T2DM	Tip 2 Diabetes Mellitus
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
µg	Mikrogram
$\bar{x}$	Ortalama

TABLOLAR

		Sayfa
Tablo 3.1.	Cinsiyete Göre Bel Çevresi Değerleri (cm)	25
Tablo 3.2.	Vücut ağırlığı durumunun BKİ'ne göre değerlendirilmesi.	26
Tablo 3.3.	Bel/Boy Oranı Değerleri	26
Tablo 4.1.	Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumlarına göre dağılımları (n:90)	29
Tablo 4.2.	KKTC'de ikamet süresi ve KKTC'ye göç ettiğinde bireylerin yaşlarına göre dağılımları (n:90)	30
Tablo 4.3	Bireylerin cinsiyete ve sağlık durumlarına göre dağılımı	31
Tablo 4.4.	Bireylerin ikamet süresine göre sağlık durumunun dağılımı.	32
Tablo 4.5.	Katılımcıların cinsiyetine göre alkol ve sigara kullanım durumları	33
Tablo 4.6.	Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı	34
Tablo 4.7.	Bireylerin cinsiyete göre diyetisyene başvurma, beslenme ve Akdeniz Diyeti hakkında bilgisinin olma durumu	36
Tablo 4.8.	Bireylerin besin desteklerini kullanım durumu	36
Tablo 4.9.	Katılımcıların cinsiyetine göre egzersiz yapma durumları, yapılan egzersiz türü ve egzersiz yapma sıklıklarına göre dağılımı	37
Tablo 4.10.	Bireylerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ve standart sapma değerleri ($\bar{x}$ ±S).	39
Tablo 4.11.	Katılımcıların cinsiyetlerine göre antropometrik değerlerinin dağılımı	40

Tablo 4.12. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre antropometrik ölçüm değerlerinin dağılımı 41
Tablo 4.13. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması 42
Tablo 4.14. Erkek bireylerin BKİ ile bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki 43
Tablo 4.15. Kadin bireylerin BKİ ile bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki 43
Tablo 4.16. Bireylerin cinsiyete ve MDAS değerlerine göre dağılımı 44
Tablo 4.17. Katılımcıların cinsiyete göre MDAS ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (S) değerleri 44
Tablo 4.18. Erkek katılımcıların MDAS ile vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki 45
Tablo 4.19. Kadın katılımcıların MDAS ile vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki 45
Tablo 4.20. Bireylerin sağlık durumu ve eşlerinin uyruğuna göre MDAS ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma değerleri (S) 46
Tablo 4.21. Bireylerin MDAS ile KKTC'de ikamet süresi arasında ilişki 47
Tablo 4.22. Bireylerin MDAS aralığına göre antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması 48
Tablo 4.23. Bireylerin cinsiyete göre besinleri günlük tüketim miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (S), standart hata ($S_{\bar{x}}$), medyan, minimum ve maksimum değerleri 50
Tablo 4.24. Bireylerin cinsiyete göre ortalama besin tüketim miktarları (g/gün) ve önemlilik testi 51

Tablo 4.25. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre besin gruplarına ait ortalama besin tüketim miktarları (g/gün) 52
Tablo 4.26. Bireylerin KKTC'de MDAS değerlerine göre besin gruplarına ait ortalama besin tüketim miktarları (g/gün) 54
Tablo 4.27. Bireylerin cinsiyete göre günlük enerji ve besin ögeleri alım miktarlarının ortalama, standart sapma, standart hata, medyan, minimum ve maksimum değerleri 55
Tablo 4.28. Bireylerin cinsiyete göre ortalama enerji ve besin ögeleri alım miktarları (g/gün) 57
Tablo 4.29. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre ortalama enerji ve besin öğeleri tüketim miktarları (g/gün) 58
Tablo 4.30. Bireylerin MDAS aralıklarına göre ortalama enerji ve besin ögeleri tüketim miktarları (g/gün) 59
Tablo 4.31. Bireylerin cinsiyetlerine göre ortalama besin ögeleri alımlarının RDA'yı karşılama oranları (%) 61
Tablo 4.32. Erkek bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı 63
Tablo 4.33. Kadin bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı 65
Tablo 4.34. Bireylerin göç öncesi ve sonrası besin tüketim sıklıklarının karşılaştırması 67

ŞEKİLLER

		Sayfa
Şekil 2.1.	Göçmenlerin hayat boyunca sağlığını etkileyen faktörler	5
Şekil 2.2.	Genel popülasyondaki adipozite indeksleri, orta düzey risk faktörleri ve kardiyovasküler olaylar arasındaki ilişkiler	8
Şekil 2.3.	Kültürleşmeyi anlatan genel bir çerçeve	17
Şekil 2.4.	Diyetsel kültürleşmenin modeli: ırk/etnik ya da kırsal-kentsel göçmen grupların yeni ortamın beslenme tarzının benimseme süreci	19
Şekil 2.5.	Beslenme alışkanlıkların yapısı ve diyetsel kültürleşme sırasında değişimi	21
Şekil 4.1.	Bireylerin egzersiz yapma sıklıklarının dağılımı	38
Şekil 4.2.	Bireylerin egzersiz süresinin dağılımı	38
Şekil 4.3.	Ekmek ve tahıllar grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu	69
Şekil 4.4.	Et ve Kuru baklagil grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu	69
Şekil 4.5.	Süt ve süt ürünleri grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu	70
Şekil 4.6.	Taze sebze ve meyve grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu	70
Şekil 4.7.	Yağlar grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu	71
Şekil 4.8.	Tatlı ve hamur işleri grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu	71
Şekil 4.9.	İçecekler ve çorbalar grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu	72
Şekil 4.10.	Akdeniz Diyetindeki yer alan besinlerin göç sonrası tüketim durumu.	72

1. GİRİŞ

1.1. Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık "fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir". Kalıtım ve çevre bireyin, dolayısı ile toplumun sağlığını etkileyen temel faktörlerdir. İnsan, kalıtım örüntüsünü değiştiremez fakat çevrenin uygunluğu kalıtımı oluşturan genleri olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Beslenme, barınma ve kültürel olanakların durumu sağlığı etkileyen çevre koşullarının başında gelmektedir (Baysal, 2011, s.7-11).

Göç; kalıcı ikamet almak amacıyla insanların dünyada bir yerden başka bir yere gönüllü ya da iradesiz hareketidir. Bireyler çevresel, siyasi, ekonomik ve kültürel gibi çeşitli nedenlerden dolayı göç etmektedirler (Deniz ve Özgür, 2010, s.13-30). Uluslararası göç küreselleşen dünyanın önemli bir özelliği olup toplumların ekonomik, demografik, kültürel yapısı ile sağlık durumu gibi önemli alanları etkilemektedir. Göç sırasında değişen çevre koşulları her göçmeni etkilemektedir ve bireylerin beslenme biçimi veya örüntüsü en çok etkilenen etmenler arasındadır. Göç eden bireyler yeni besinlerle karşılaşıp anavatan kültürü ve yeni ülkenin sosyokültürel prensiplerini birleştirerek yeni beslenme biçimine sahip olurlar ve bu yenilik ise sağlığı olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Her göçmen için yeni beslenme biçimine uyum (adaptasyon, diyetsel kültürleşme) çok hassas bir süreçtir (Satia-Abouta, 2003, s.71-86).

Sağlıklı beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için besinlerin tüketilmesidir (Baysal, 2011, s.7-11). Sağlıklı beslenmenin amacı ise bireyin yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite düzeyine ve fizyolojik durumuna göre gereksinimi olan enerji ve besin ögelerini yeterli ve dengeli miktarda almasıdır. Burada yeterli beslenme, vücudun yaşamını ve çalışmasını sürdürebilmesi için gerekli enerjinin sağlanması anlamına gelmektedir. Dengeli beslenme ise enerji yanında bütün besin ögelerinin (karbonhidrat, protein, yağ, vitaminler, mineraller, su) gereksinim kadar sağlanmasıdır (Baysal, 2007, s.1-9).

Kötü beslenme (hem yetersiz hem de aşırı beslenme) hastalıkların mortalite ve morbiditesinde önemli rol oynamakta ve bazı hastalıkların oluşumunu doğrudan (anemi, iyot yetersizliği, raşitizm vb.), bazılarını ise dolaylı (kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, karaciğer hastalıkları, obezite vb.) olarak etkilemektedir (Baysal, 2011, s.7-11).

DSÖ'nün Küresel Durum Raporu'nda Dünya'da en önemli ölüm nedeninin bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olduğu gösterilmiştir. 2008 yılında 36 milyondan fazla insanın BOH nedeniyle hayatını kaybettiği ve ölümlerin %48'inin nedeninin kardiyovasküler hastalıklar (KVH) olduğu rapor edilmiştir (WHO, 2014). Göçmenlerin sağlığı ile ilgili özel beslenme ve sağlık önerilerine ve gerektiğinde tedavi edilmeye ihtiyacı olabilir. Sağlık durumuyla bireylerin beslenme alışkanlıkları ve yaşadıkları çevre birebir ilişkilidir. KVH gibi beslenmeye bağlı kronik hastalıkların önlenmesine yönelik geliştirilen politikaların etkili olabilmesi için bu gelişmeler kültür duyarlı veya kültüre dayalı olmalıdır (Wandel ve diğerleri, 2008, s. 376-385). Örneğin, Rusya'da toplam mortalitenin %62'sinin KVH sonucu olduğu rapor edilmiştir (WHO, 2014). Hatta Rusya'da 55-60 yaş grubu bireyler arasında koroner kalp hastalığından mortalite hızı, Fransa'daki 20 yaş ve üzeri bireylerin mortalite oranından daha yüksek bulunmuştur (Nichols ve diğerleri, 2014, s. 2950-2959). Rusya'da insanların fazla sigara, alkol, işlenmiş et ve az meyve-sebze ve kompleks olmayan karbonhidrat tüketimine dayalı diyetler ile beslenmeleri ve yaşam biçiminin bazı özellikleri sonucunda bireylerin özellikle KVH gibi kronik hastalıkların yüksek riski altında olduğunu göstermektedir (Stefler ve diğerleri, 2016, s. 493-501, Boylan ve diğerleri, 2009, s. 439, Bobak ve diğerleri, 2016, s. 21-30, Sidorenkov ve diğerleri, 2010, s. 582). Bunun için göç sonrası beslenme alışkanlıklarında oluşan değişikliğin ve bunu etkileyen etmenlerin değerlendirmesi önem taşımaktadır.

Beslenme şekli insan sağlığının en önemli ve değiştirebilir yaşam biçimi belirleyicisidir. Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterildiğinde meydana gelebilecek sağlık sorunları önlenebilir, geciktirilebilir ya da hastalıkların zararlı etkileri azaltılabilir (Pekcan, 2008, s.3). Bireyin veya toplumun besin tüketim ve beslenme durumunun saptanmasının amacı; beslenme durumunun

tanımlanması, nedenlerinin saptanması, çözüm yollarının bulunmasıdır (Pekcan, 2008, s.8).

Diyette taze meyve ve sebze, tam tahıl, sert kabuklu yemişler veya yağlı tohumlar (fındık, fıstık, ceviz vs.), kuru baklagiller, doymamış yağlar (özellikle zeytinyağı ile diğer bitkisel yağlar), az yağlı süt ve ürünleri (özellikle fermente ürünler olan yoğurt ve peynir), kümes hayvanları ve balık tüketiminin artması; kırmızı ve işlenmiş et, tam yağlı süt ve ürünleri, eklenmiş şeker içeren besin ve içeceklerin tüketiminin azaltılması ve ılımlı düzeyde alkol tüketilmesinin sağlıklı yetişkinlerde koroner kalp hastalığı ve inme gibi KVH riskleri azaltabileceği doğrultusunda güçlü ve tutarlı kanıtlar mevcuttur (Panagiotakos ve diğerleri, 2006, s. 559-568, USDA, 2016). Bu tür beslenme biçimi Akdeniz Diyeti olarak tanımlanmaktadır. Kalp sağlığı açısından optimal beslenme olarak tanımlanan Akdeniz Diyeti'nin önemi çok sayıda meta-analiz ve sistematik derlemelerle ortaya konulmuştur (Estruch ve diğerleri, 2013, s. 1279-1290, Martínez-González ve diğerleri, 2012, s. 377-385)

Akdeniz diyeti, Güney Avrupa'da Akdeniz kıyısında ve aynı enlemde yaşayan nüfusun geleneksel beslenme modelidir. Akdeniz diyeti'nin sağlık ve uzun ömür üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Stefler ve diğerleri, 2016, s. 493-501).

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanması ve sağlık durumunun değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi gibi ölçümler sıklıkla kullanılan yöntemlerdir (Pekcan, 2015, s.1-29.).

Abdominal obeziteyi belirleyen tüm antropometrik ölçümlerle KVH arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. BKI ile KVH mortalite arasında ise J-şekilli bir ilişki vardır (Song ve diğerleri, 2015, s.295-304).

KKTC'de yaşayan yabancıların ve özellikle Rus göçmenlerin beslenme durumu ve alışkanlıkları ile ilgili yapılan araştırmaların olmaması bu konunun önemli olmadığı anlamına gelmemekte, ayrıca bu tür araştırmaların önemini arttırmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amaçları,

- Kuzey Kıbrıs Girne bölgesinde yaşayan yetişkin Rus göçmenlerin ikamet süresinin Akdeniz Diyetine uyumunu gösteren Akdeniz diyet skoru (MDAS) ve bazı antropometrik ölçümler üzerine etkisini saptamak
- Ayrıca, bireylerin göç öncesi ve mevcut besin tüketim ve beslenme durumlarını ve aradaki farklılıkları belirlemek
- Bu amaç doğrultusunda Girne bölgesinde yaşayan, çalışma izni, oturma izni ya da KKTC vatandaşı olan yetişkin Rus göçmenlerin Akdeniz ülkesi olan KKTC'de ikamet süresinin Akdeniz Diyetine Uyum Skoru (MDAS), KVH riski açısından önemli olan antropometrik ölçümleri ve göç sonrası besin tüketim ve beslenme durumlarının üzerine etkisinin saptanmasıdır.

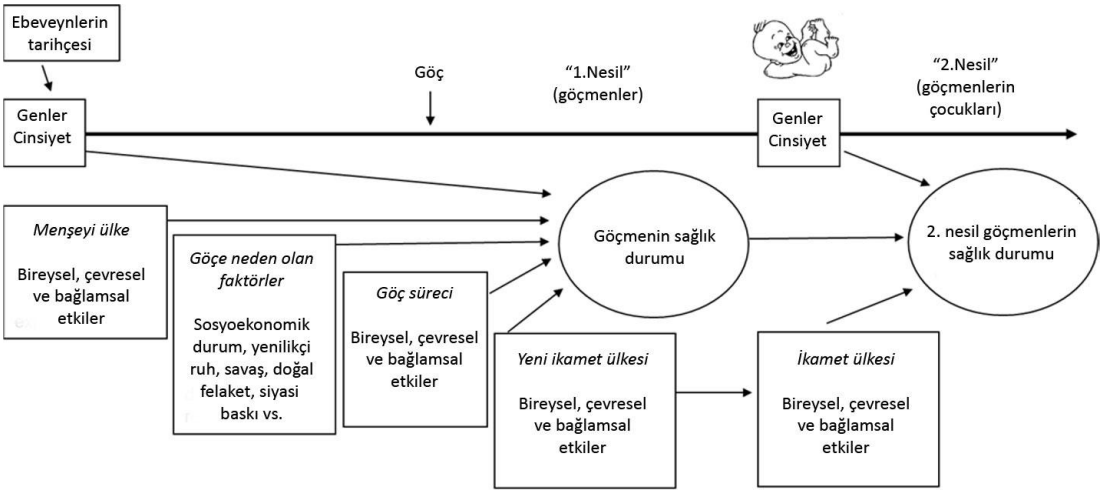
1.3. Araştırmanın varsayımları

1. Girne bölgesinde yaşayan yetişkin Rus göçmenlerin göç sonrası beslenme alışkanlıklarında değişim olmuştur.
2. Girne bölgesinde yaşayan yetişkin Rus göçmenlerin göç sonrası beslenme örüntüsü değişmiştir.
3. Rus göçmenlerin Akdeniz ülkesi olan KKTC'de ikamet süresinin artması ile Akdeniz Diyetine uyum skorunda artış olmuştur.
4. Rus göçmenlerin Akdeniz ülkesi olan KKTC'de ikamet süresinin artması ile KVH riski açısından önemli olan antropometrik ölçüm değerlerinde olumlu değişim olmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Göç ve Sağlık

Genelde "göçmen" tanımı ulusal sınırların ötesine göç eden kişiler için kullanılır, fakat bu göçmenlerin yeni ikamet ülkesinde doğan çocukları da "göçmen" tanımına dahil edilir. Göçmenlerin sağlığı üç büyük dönemde incelenebilir: 1) Göç öncesi dönem, 2) Göç sırası ve 3) Göç sonrası (Şekil 2.1) (Spallek ve diğerleri, 2011, s.6). Göçmenlerin sağlık durumu yeni ikamet edilen ülkenin genel sağlık profilinin oluşturulmasında önemli bir rol oynar (Satia-Abouta, 2003, s. 71-86).



Şekil 2.1. Göçmenlerin hayat boyunca sağlığı etkileyen faktörler

Göçmenler kültür, yaşam biçimleri, sosyal durum, sağlık davranışı ve sağlık riskleri açısından heterojen bir popülasyondur. Böylece, göçmen grupları birbirinden oldukça farklıdır. Göçmenler genellikle farklı risklere maruz kalmaktadır, çünkü sağlık ile ilgili farkındalık ve davranışları yeni ikamet edilen ülkenin nüfusundan farklı olabilir. Dolayısıyla farklı morbidite ve mortaliteye sahip olabilme potansiyeli yüksektir (Ott ve diğerleri, 2009, s. 20-29). Göçmenler ile yeni ikamet edilen ülkenin yerel insanları arasındaki farklılıklar, genetikten yaşam biçimine ve beslenmeye kadar çeşitli nedenlerin etkisi altındadır. Dolayısıyla, göçmenler tarafından yaşanan tüm sağlık

farklılıklarının tek bir faktöre örneğin düşük gelir düzeyine bağlanması doğru değildir (Şekil 2.1) (Spallek ve diğerleri, 2011, s.6).

Göçmenlerin göç ettikleri ülkedeki toplumun genelinden daha sağlıklı olduğu bilinmektedir. Bu durum 'sağlıklı göçmen paradoksu' olarak adlandırılır. Sağlıklı göçmen paradoksla ilgili araştırmaların çoğu düşük gelirli ülkelerden yüksek gelirli ülkelere göç eden bireyler üzerine yapılmıştır. Bu tür göçmenlerin sağlığı pozitif yönde hızlı bir şekilde etkilemektedir, çünkü bulaşıcı hastalık nedeniyle mortalite göç sonrası hızla azalır ve daha iyi hijyen ve çevresel koşulları (örneğin; güvenli içme suyu ve besin temini) nedeniyle bulaşıcı hastalık riski azalmaktadır. Fakat göçmenlerin sağlık durumu zaman içinde, çoğunlukla da daha uzun bir zaman süresinde değişebilir ve daha kötü hale gelebilir. Bunun nedeni göç sırasında oluşan stres ve göç sonrası sağlığı bozan çeşitli olumsuz koşullarla karşılaşma (örneğin; sigara kullanımı, batı beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik, lisan farklılığından dolayı hastane / doktor ile iletişim sorunu) (Bachmann ve diğerleri, 2014, s.871-876), kronik hastalıklar (kanser, kardiyovasküler hastalık, diyabet vb.) için yeni risk faktörlerini oluşturmaktadır (Spallek ve diğerleri, 2011, s.6, Rechel ve diğerleri, 2013, s. 1235-45).

KVH'lar gelişmiş ülkelerde ölümlerin en sık nedenidir. Bununla birlikte, KVH prevalansı ülkeler arasında değişir. Rusya'daki KVH ölüm oranı Batı Avrupa'da ki ölüm oranına göre dört kat daha fazladır (Ott ve diğerleri, 2009, s.20-29).

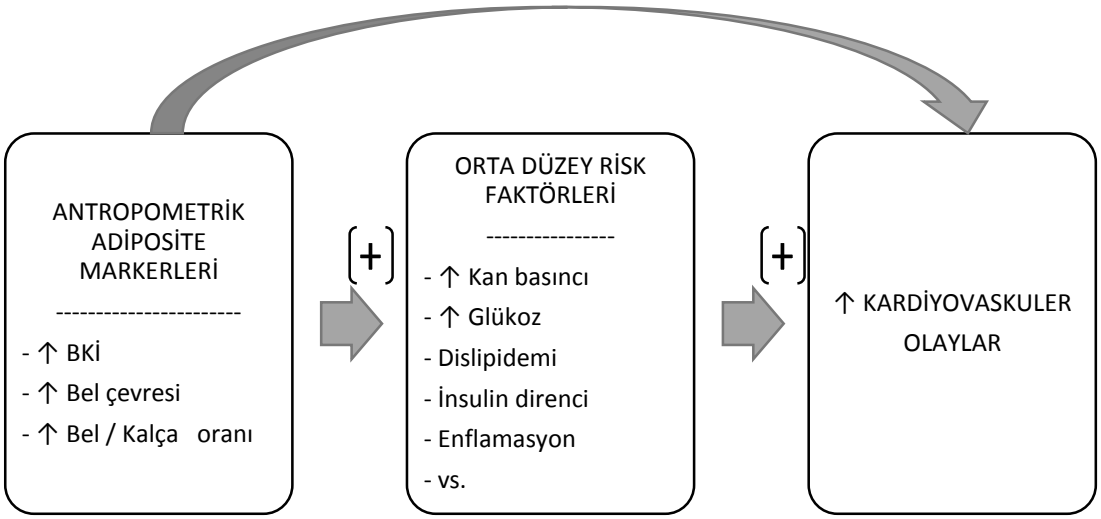
2.2. Rusya'da KVH sorunu

KVH, dünyadaki ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir ve yılda 17,3 milyon ölüm gerçekleşirken, 2030 yılına kadar 23,6 milyondan fazla olması beklenmektedir. Özellikle koroner kalp hastalığının (KKH), 2020 yılında Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılının (DALY, sağlıklı yaşam yılı kaybı) 82 milyona kadar yükselmesi beklenmektedir. Global KVH'nın %60'ından fazlası gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kaybedilen DALY'nin %10'undan, yüksek gelirli ülkelerde ise %18'inden KVH'lar sorumludur. Rus nüfusundaki KVH sorunu oldukça kritik düzeydedir

ve Batı toplumuyla karşılaştırıldığında daha yüksek ölüm oranı ve daha kısa yaşam süresi görülmektedir (Townsend ve diğerleri, 2016, s.3232-45, Mozaffarian ve diğerleri, 2016, s.e38-360). Rusya'daki ölümlerin %54,9'unun (2012 yılında yaklaşık 143,4 milyon kişiden 1.739 milyon kişi) KVH nedeni ile olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, tüm bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) ve yaralanmaların arasında KVH ölümlerinin payı %90 civarında belirlenmiştir (Petrukhin ve Lunina, 2012, s.436-49).

Rusya'daki KVH mortalitede %28'lik bir artışın 'Rus diyeti' olarak adlandırılan beslenme biçimine bağlı olduğu düşünülmektedir. Doymuş (tereyağ ve mayonez kültürü) ve trans (fast-food kültürü) yağların, şeker, diğer basit karbonhidratların (beyaz ekmek kültürü) ve ağır alkolün (votka kültürü) fazla tüketimi söz konusudur. Meyve, sebze, deniz ürünleri, doymamış yağ ve proteinlerin (günlük enerjinin yaklaşık %12) yetersiz tüketimi yanında, beslenmede karbonhidrat ve şekerin (günlük enerjinin %57'si), palm yağı, tereyağ, mayonez ve yağlı işlenmiş kırmızı et gibi doymuş ve trans yağların (günlük enerjinin %29-%40) fazla tüketildiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra sigara kullanımı (%29 KVH'den mortaliteye katkıda bulunur), aşırı alkol tüketimi (KVH'dan ölümlerinde erkeklerde %25,6 ve kadınlarda %15,4'ten sorumlu), psikososyal faktörler ve hareketsizlik en önemli değiştirilebilir risk faktörleri olarak ortaya çıkmaktadır (Kharlamov, 2017, s.60-84). Bu faktörler ise dislipidemi, obezite ve hipertansiyon gibi risk faktörlerini yaratabilir. Aynı bulgular Avrupa'da yapılan EUROASPIRE IV çalışmasında da söz konusudur (Kotseva ve diğerleri, 2016, s.636-48).

Yüksek KVH riski altında olan kişileri tanımlamak için obezitenin göstergeleri arasında hangilerinin en iyi olduğu ile ilgili tartışmalar devam etmektedir. En popüler ölçümler arasında BKİ hesaplanmasında kullanılan boy uzunluğu ve vücut ağırlığı yer almaktadır. BKI'nin artışı KVH riski ile oldukça ilişkilidir. Ancak, adipoz dokusunun bölgesel dağılımı belirlenmesinin vücut ağırlığına göre kardiyovasküler riski belirlemede daha önemli olduğu varsayılmıştır (Şekil 2.2.) (Chairperson ve diğerleri, 2012, s.1-68, Bastiena ve diğerleri, 2014, s.369-381).



Şekil 2.2. Genel popülasyondaki adipozite indeksleri, orta düzey risk faktörleri ve kardiyovasküler olaylar arasındaki ilişkiler.

2.3. KVH ve Beslenme

Beslenme alışkanlıkları kardiyovasküler hastalık riskini etkilemektedir. Tüm bireylerde KVH'ların önlemesinin temel taşı olarak sağlıklı bir diyet önerilir. Ayrıca, sağlıklı bir beslenme için genelde hiçbir besin takviyesine gerek yoktur, alınırsa bile, 'gerçek besinlerin' tüketiminin yerini almamalıdır (European Heart Network, 2011).

KVH'ların önlenmesi açısından sağlıklı bir diyetin özellikleri aşağıda verildiği gibi belirtilmektedir.

- Doymuş yağ asitleri, kısmen çoklu doymamış yağ asitleri ile değiştirilerek, toplam enerji tüketiminin %10'undan az olmalı.
- Trans yağ asitleri, toplam enerji alımının <%1'inden az ve tercihen işlenmiş yiyeceklerden değil, doğal besinlerden alınmalı.
- Günde 5 g'dan daha az tuz (2000 mg'dan az sodyum) alınmalı.
- Günde 30-45 g posa, tercihen tam tahıl ürünlerden tüketilmeli.
- Günde 200 g ve üzeri (2-3 porsiyon) meyve tüketilmeli.
- Günde 200 g ve üzeri (2-3 porsiyon) sebze tüketilmeli.
- Haftada 1-2 kez balık tüketilmeli (bunlardan 1 kez yağlı balık olarak).

- Günde 30 gram sert kabuklu yemiş (badem, fındik, ceviz vb. tuz ve yağ eklenmemiş) tüketilmeli.
- Alkollü içeceklerin tüketimi erkekler için günde 2 kadeh (20 g alkol), kadınlar için günde 1 kadeh (10 g alkol)tercihen kırmızı şarap ile sınırlandırılmalı.
- Şekerle tatlandırılmış alkollü ve alkolsüz içeceklerden vazgeçmeli. (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612)

İnsan sağlığı üzerine beslenmenin etkisi üç düzeyde incelenmektedir. Bunlar enerji ve besin ögeleri alımı, besin grupları tüketimi ve beslenme biçimidir. KVH ile ilgili en çok araştırılan besin ögeleri arasında yağ asitleri, mineraller, vitaminler ve posa yer almaktadır. Besin ve besin gruplarında ise meyve / sebze, sert kabuklu yemişler (fındık/fıstık), balık, alkollü içecekler ve şekerli alkolsüz içecekler incelenir.

Besin ögeleri:

Yağ asitleri lipoprotein düzeylerini, mineraller ise kan basıncını etkiler. Vitaminler ve posa KVH ile ilgili en çok incelenen besin ögeleridir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

KVH'nın önlenmesinde tüketilen yağ asitlerinin türü toplam yağ tüketiminden daha önemlidir. Beslenmede doymuş yağ asitleri kısmen çoklu doymamış yağ asitleri ile değiştirildiğinde, LDL-C seviyelerini düşürmektedir. Çoklu doymamış yağ asitleri iki ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar, omega-6 ve omega-3 yağ asitleridir. Omega-3 yağ asitlerinden eikosapentaenoik asit ve dokosaheksaenoik asit (EPA / DHA) özellikle önemlidir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612). EPA / DHA ve koroner kalp hastalığı (KKH) arasındaki ilişkileri inceleyen, 1947- 2015 yıllar arasında yapılan, randomize kontrollü araştırmalar ve prospektif kohort çalışmaların meta analizlerine göre, EPA ve DHA yağ asitleri KKH riskini azaltabilmektedir. Özellikle KKH açısından yüksek risk altında olan bireylerde (ör: yüksek trigliserit düzeyleri veya LDL-C düzeyleri yüksek olanlarda) EPA ve DHA çok faydalı olabilmektedir (Alexander ve diğerleri, 2017, s.15-29). Batı tarzında beslenen bireylerde doymuş yağ

asitlerinden gelen enerjinin %1'inin çoklu doymamış yağ asitleri ile değiştirilmesi, LDL kolesterolü düşürür ve koroner arter hastalığı riski %2-3 oranında azalmayı sağlayabilir. Doymuş yağ asitlerin alımı (kısmen çoklu doymamış yağ asitleri ile değiştirerek günlük enerjinin en fazla %10'unu oluşturabilir (Astrup ve diğerleri, 2011, s.684–688).

Doymamış yağ asitlerinin bir alt sınıfı olan trans yağ asitleri, hem toplam kolesterol arttırır, hem de HDL-C düzeyini düşürürve sağlık üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle özellikle zararlı oldukları gösterilmiştir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612, de Souza ve diğerleri, 2015, s.351). Prospektif kohort çalışmalarının bir meta-analizine göre, trans yağ asitlerinden gelen enerji %2 ve üzeri ise, KAH riski %23 oranında artmaktadır (Mozaffarian ve diğerleri, 2006, s.1601-13). Trans yağ asitlerinden toplam enerji alımının %1'inin geçmemesi önerilir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

Besinlerle alınan kolesterolün serum kolesterol düzeylerine etkisi diyetteki yağ asitlerinin bileşiminin etkisine göre daha azdır. Doymuş yağ alımınının azaltılması ile genellikle kolesterol alımı da azalmaktadır. Dolayısıyla, sağlıklı beslenmeye ilişkin bazı kılavuzlar diyetle kolesterolün alınması ile ilgili özel öneriler vermemekte bazıları ise sınırlı miktarda alınmasını (<300 mg/gün) önermektedir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

Tuz alımının azaltılması kan basıncını düşürerek kardiyovasküler hastalık riskini azaltabilir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612, Appel, 2017, s.197-212). Cochrane meta-analizine göre, 4 hafta süreyle tuz alımında ılımlı bir azalma ile hem hipertansif hem de normotansif bireylerde, cinsiyet ve etnik gruptan bağımsız olarak sistolik kan basıncında sırasıyla -5.39 mmHg ve -2.42 mmHg düşüşlere neden olmuştur (He ve diğerleri, 2013, 1-15). Hipertansiyonun Durdurulması için Diyet Yaklaşımı'nda (DASH, Dietary Approaches to Stop Hypertension) sodyum alımının azaltılmasının kan basıncının düşürülmesine neden olduğu gösterilmiştir (Appel, 2017, s.197-212). Önerilen maksimum tuz alım miktarı 5 g/gün iken çoğu batı ülkelerinde tuz alımı daha yüksektir (yaklaşık 9-10 g/gün). Tuzun optimal alım seviyeleri ise 3 g/gün kadar düşük olabilir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612, He ve diğerleri, 2013, 1-15). Türkiye'de ise günlük tuz alımının 14,8 ± 5,4 g/gün

olduğu bilinmektedir (Erdem ve diğerleri, 2017) Potasyumun kan basıncı üzerinde olumlu etkileri vardır. Dolayısıyla, sodyumun alımının azaltılmasının yanı sıra potasyumun alımını arttırılması kan basıncının düşürülmesine katkıda bulunur (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612, Appel, 2017, s.197-212).

Prospektif kohort çalışmalarının meta-analizleri, posanın 7 g/gün ve üzeri alımının %9 daha düşük KAH riski (Threapleton ve diğerleri, 2013, f6879), 10 g/gün ve üzeri alımı %16 daha düşük inme riski (Zhang, 2013, s.119–130) ve %6 daha düşük T2DM riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Yao, 2014, s.79–88). Meyve ve sebzelerden elde edilen posa ile benzer bir ilişki henüz kanıta dayalı veri bulunmamaktadır Ancak, mekanizma tamamen aydınlatılamamış olsa da, posanın yüksek alımı, karbonhidrattan zengin yemeklerden sonra postprandial glikoz seviyesini ve toplam kolesterol ve LDL-C düzeylerini düşürdüğü bilinmektedir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

Bazı besin ve besin grupları:

Prospektif kohort çalışmalar, meyve ve sebzelerin tüketiminin KVH'da koruyucu bir etkisininın olduğunu göstermektedir. Ancak bu konu ile ilgili yeterli randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612). Bir meta-analizine göre yüksek meyve ve sebze tüketimi ile tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde anlamlı derecede azaltma bulunmuştur. Ayrıca, günde her bir porsiyon meyve (77 g) ve sebze (80 g) tüketimininin artması ile KVH’dan ölüm öranında %4 azalma gözlemlenmiştir (Wang, 2014, g4490).

Prospektif kohort çalışmalarının bir meta-analizi günde 30 g sert kabuklu kuruyemiş tüketiminin yaklaşık %30 oranında KVH riskini azalttığını göstermiştir (Luo, 2014). Ancak, kuruyemişlerin enerji yoğunluğunun yüksek olduğu da unutulmamalı ve kılavuzlarda önerilen günlük tüketim miktarının üzerine çıkılmamalıdır (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

Balık tüketiminin KVH’lar üzerindeki koruyucu etkisi, n-3 yağ asit içeriğine bağlıdır. Prospektif kohort çalışmalarından elde edilen toplanmış risk tahminlerine göre haftada en az bir kez balık tüketimi KVH riskinde %16'lık bir azalma sağlayabilmektedir (Zheng, 2012, s.725–737). Ayrıca, haftada 2-4 kez

balık tüketen bireyler ile, haftada bir defadan az tüketen bireyler karşılaştırıldığında, inme riskinde %6 azalma belirlenmiştir (Larsson, 2011, s.3621-3). Balık alımı ile KVH riski arasındaki ilişki doğrusal değildir. Özellikle az veya çok düşük miktarda balık tüketen bireylerde risk artmaktadır. Bu nedenle, genel popülasyondaki balık tüketiminde küçük bir artış bile halk sağlığı üzerinde potansiyel olumlu etki yaratabilir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

Günde üç veya daha fazla alkollü içeceğin içilmesi, artmış KVH riski ile ilişkilidir (kaynak). Epidemiyolojik araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre ılımlı miktarda (günde 1-2 ünite) alkol özellikle kırmızı şarap tüketen bireylerde KVH riski daha düşüktür (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

Şekerli alkolsüz içecekler hem Amerika'da hem de Avrupa'da yaşayan bireylerin diyetinde önemli bir yer almaktadır. Bu içeceklerin düzenli tüketimi obezite, metabolik sendrom ve tip 2 DM ile ilişkilendirilmiştir. Hatta, düzenli tüketim (günde 2 porsiyon) kadınlarda KAH riski %35 oranında arttırmaktadır. Yapay tatlandırıcılar ile tatlandırılmış içecekler ise KAH ile ilişkilendirilmemiştir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612). DSÖ rehberi, eklenen şekerin günlük enerjinin %10'u geçmemesini (meyvelerde ve meyve sularında bulunan mono- ve disakkaritler dahil) önermektedir. Bu değerin %5'ini geçmemesi önerisi de geliştirilmiştir (WHO, 2015).

Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi ve KVH gibi kronik hastalıklardan korunabilmek için beslenme ile ilgili çeşitli öneriler bulunmaktadır. Çoğu araştırmalar tek besin yerine genel beslenme biçimine odaklanmaktadır (Chairperson, 2012, s.1-68). Yukarıda belirlenmiş ve KVH açısından önemli olan meyve, sebze, bakliyat, tam tahıllı ürünler, balık ve doymamış yağ asitleri (özellikle zeytinyağı) gibi pek çok öğeler ve besinler Akdeniz tipi beslenmeye odaklanmayı öngörmektedir.

2.4. Akdeniz Diyeti

Akdeniz diyeti kavramı ilk kez 1939 yılında Lorenzo Piroddi adlı bir beslenme uzmanı tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Ancel Keys ve arkadaşlarının “Yedi Ülke Çalışması” ile desteklenmiş ve önemi ortaya konulmuştur (Iannetta, 2012, s.274–279)

Akdeniz diyeti hem beslenme kalitesi hem de sağlığa olan yaraları nedeniyle Dünyada ki diyetler arasında bir erdem örneği ve kültürel miras olarak kabul edilmektedir. Akdeniz diyeti, zeytinyağı, tahıllar, taze veya kurutulmuş meyve ve sebze, baharat, ılımlı miktarda balık, süt ürünleri, et ve şarap tüketimi ile karakterize edilen, uzun zaman boyunca değişmeyen bir sürdürülebilir beslenme modelidir. Ancak Akdeniz diyet kavramı sadece beslenme ile ilgili değil, toplumsal etkileşimi teşvik eden sosyal gelenekler, şenlikler, şarkılar, özdeyiş, masal ve efsaneler gibi olayları da kapsamına almaktadır (Petrillo, 2012, s.224-229). Dolayısıyla, Akdeniz Diyeti, 2010'da UNESCO (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) tarafından “İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Bir Mirası” olarak kabul edilmiştir. Ayrıca, Akdeniz Diyeti 2012'de FAO tarafından dünyada sürdürülebilir diyetlerin listesinin başında yer almıştır. Çünkü Akdeniz Diyeti:

- Diyet kalitesini sağlayan besin çeşitliliğini sağlar,
- Çeşitli yiyecek hazırlama teknikleri sunar,
- Zeytinyağı, balık, meyve ve sebze, bakliyat, fermente süt ürünleri ve baharatlar gibi diyetin ana besinleri sağlığa yararlılığı sağlar,
- Kültür ve geleneklere güçlü bir bağlılık gösterir,
- İnsan doğasına saygı ve mevsimine göre beslenmeye odaklanır,
- Hayvansal ürünlerin düşük tüketimi nedeniyle çevreyi daha az etkiler,
- Sürdürülebilir bir beslenme biçimidir (Burlingame ve Dernini, 2012;Petrillo, 2012, s.224-229; Dernini ve diğerleri, 2017, s.1322-1330)

Akdeniz diyetinin sadece beslenme yönünden başlıca özellikleri ise şöyle özetlenebilir. Bunlar;

- Sebze, meyve ve tahılların (çoğunlukla tam tahıl) hergün ve yüksek alımı, sebzelerin bir porsiyonunun yeşil yapraklı olması ve mümkün ise çiğ olarak tüketimi,
- Posa içeriği yüksek olan kurubaklagil ve sert kabuklu kuruyemişlerin yüksek alımı,
- Doymamış yağların (genelde zeytinyağ olarak) kullanımının daha fazla, doymuş yağların ise kullanımının daha az olması,
- Ilımlı miktarda balığın tüketimi,
- Süt ürünlerin düzenli ancak ılımlı miktarda alımı (genelde yoğurt ve peynir şeklinde);
- Az miktarda kırmızı et ve kümes hayvanlarının tüketimi;
- Yemek ile birlikte ılımlı miktarda şarabın tüketimidir (Bach-Faig ve diğerleri, 2011, s.2774-2784).

Akdeniz Diyeti Piramidi tüm besinleri içermektedir. Bitkisel besinler piramidin tabanında yer almaktadır, çünkü sebze ve meyveler, tam tahıllar posa ve antioksidan kaynağı olup sağlığın korunmasına önemli bir rol oynamaktadır. Ancak sadece meyve ya da sebze tüketimi değil, ikisinin de tüketimi sinerjik etkilerinden dolayı sağlığa daha yararlı olabilmektedir (Rodrigues-Casado, 2014, s.1097-107).

Günümüzde bilim ve sağlık profesyonellerinin Akdeniz diyetine olan ilgisi halen oldukça büyüktür ve bilimsel literatürde Akdeniz tarzı beslenmenin insan sağlığı üzerindeki etkilerin hakkında devamlı bilgi ve araştırmalar yayımlanmaktadır. Bu yayınlar Akdeniz diyetine bağlılığı insan sağlığına faydaları gösteren klinik veya epidemiyolojik araştırmaların sonuçlarını sunmaktadır. Bunların arasında KVH, metabolik sendrom, nörolojik veya psikiyatrik patolojiler (örn. Alzheimer, depresyon), solunum yolu hastalığı veya alerjileri, kadın ve erkek cinsel bozuklukları ve bazı onkolojik patolojiler gibi birçok hastalık yer almaktadır. (Ciati ve Ruini, 2012, s.281-294). İnsanların toplam risk profilini değerlendirmek, tek bir risk etmenini değerlendirip tedavi etmekten daha etkilidir. Beslenme biçiminin etkilerini incelemek teorik olarak diyetin hastalıklardan koruma potansiyelini göstermektedir (Piepoli ve

diğerleri, 2017, s.547-612). Yapılan prospektif kohort çalışmaların meta-analizi, Akdeniz Diyetine artmış uyumu KVH insidansında veya mortalitede %10 ve tüm nedenlere bağlı mortalitede %8 bir azalma ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Sofi ve diğerleri, 2010, s.1189–1196).

Yüksek kardiyovasküler risk altındaki kişiler üzerinde yapılan randomize kontrollü çalışmaya göre 5 yıl boyunca sızma zeytinyağı veya sert kabuklu kuruyemişlerle desteklenmiş bir Akdeniz diyetinin uygulanmasının majör kardiyovasküler sorunların görülme sıklığını azalttığı ve kontrol diyetiyle karşılaştırıldığında KVH riskin %29 daha düşük olduğu saptanmıştır (Estruch ve diğerleri, 2013, s.1279-1290).

Akdeniz diyeti antioksidan açısından zengin bir beslenme modelidir. Bu ise KVH riskini ve mortalitesini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır (Sabban, 2014, s.35-40).

2.4.1. Akdeniz Diyetine Uyumun Belirlenmesi

İlk Akdeniz diyetine uyumunun göstergesi olan Akdeniz diyeti skoru (MDAS) 1995 yılında Trichopoulou tarafından tanıtılmıştır (Trichopoulou ve diğerleri, 1995, s.1457–60, Trichopoulou ve diğerleri, 2003, s.2599–608). Bundan sonra, Akdeniz diyetine uyumu saptayabilmek için çeşitli diyet kalite indeksleri geliştirilmiştir (Mila-Villarroel ve diğerleri, 2011, s.2338–2345, Stefler ve diğerleri, 2017, s.421-429). Bu araçların kullanılabilirliği, farklı sağlık durumlara ilişkin uzunlamasına yapılan çalışmalarda değerlendirilmiştir. Farklı toplumlarda farklı skorlar ve mortalite arasında anlamlı ilişki bulunmuş olmasına rağmen, bu skorlar klinik uygulamalarda pratik olarak kullanılabilmektedir (Sofi ve diğerleri, 2014, s.2769-82).

Sofi ve ark. (Sofi ve diğerleri, 2014, s.2769-82) belirli besinlerin tüketimine dayalı kohort çalışmalarından elde edilen verileri kullanarak bireysel düzeyde dahil olmak üzere Akdeniz diyetine uyumunu saptanmak için literatür bazlı kolay bir uyum skoru geliştirmiştir. Bunun için Akdeniz diyetine uyumu ve sağlığı arasındaki ilişki ile ilgili yapılan tüm kohort çalışmaları değerlendirilmiştir. Akdeniz diyetine uyumunun belirlenmesinde kullanılan tüm kesişim (cut-off) değerleri yanı sıra yazar, yayının yılı, kohort analizi, kohortun

ülkesi, incelenen deneklerin sayısı, yaşı ve cinsiyeti özetlenmiştir. İncelenen çalışmalarda bazı besin gruplarının medyan tüketiminin yaygın dağılımı nedeniyle (ör: baklagillerin tüketim aralığı 2 ile 75 g/gün değişmektedir) veriler logaritmik olarak dönüştürülmüştür. Akdeniz diyetine uyum skorları (MDAS) oluşturan besin gruplarının tüketimi için medyan (veya ortalama) değerler çalışmaların denek sayısı açısından değerlendirilmiştir. Bu skorda 2 puan artış ile KVH riski %10'a kadar azalabilmektedir (Sofi ve diğerleri, 2014, s.2769-82). Stefler ve ark (Stefler ve diğerleri, 2017, s.421-429) HAPIEE (Health Alcohol and Psychosocial Factors in Eastern Europe) çalışmanın verileri ve Sofi ve ark. tarafından geliştiren MDS kullanarak Rusya'da Akdeniz diyeti ve KV mortalite arasında ilişkileri incelemişler ve bu skorun mutlak cut-off değerlerinin Akdeniz ülkesi olmayan popülasyonlar için uygun olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca, MDAS'da 1 standart sapma (2,2 puan) artış ile tüm nedenlere bağlı ölümlerin ters ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, Rusya'da meyve, kuruyemiş (fındık/fıstık) ve zeytinyağı alımının yetersiz ve katılımcıların %50'sinin düşük MDAS'a sahip olduğu belirlenmiştir (Stefler ve diğerleri, 2017, s.421-429).

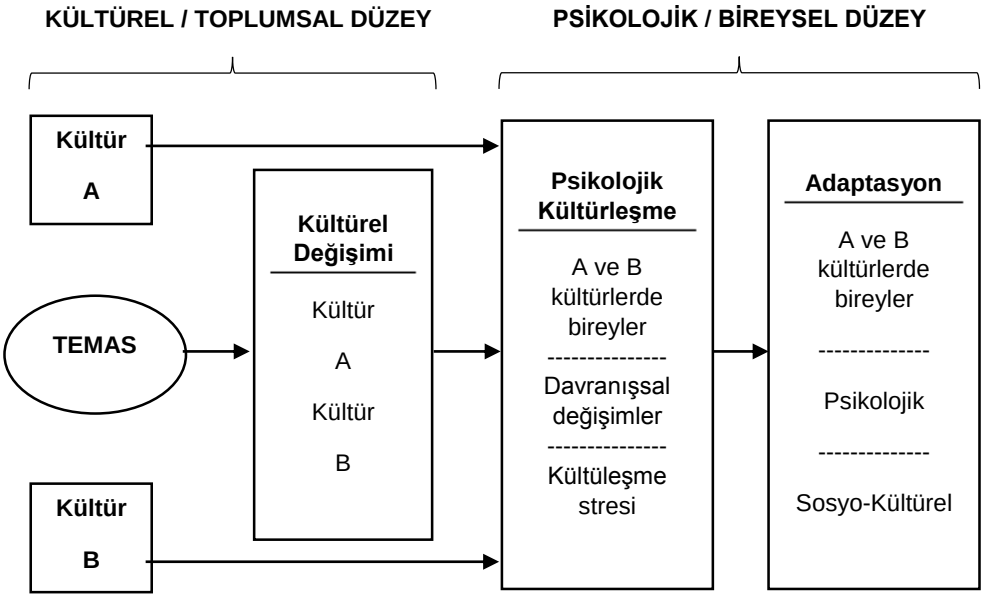
Akdeniz diyetinde özgün besin gruplarının (meyve, sebze, tahıl, baklagiller ve balık) tüketimine göre en yüksek tüketim kategorisine 2 puan, orta tüketim kategorisine 1 puan ve en düşük tüketim kategori için 0 puan verilmiştir. Akdeniz diyetine özgün olmayan (et ve et ürünleri, süt ürünleri) besin gruplarına ise en düşük tüketim kategorisi için 2 puan, orta kategori için 1 puan ve en yüksek tüketim kategorisi için 0 puan verilmiştir (Sofi ve diğerleri, 2014, s.2769-82).

2.5. Kültürleşme

Dünyadaki tüm kültürler ticaret, göç ve savaşlar yoluyla yüzyıllardır birbirlerini etkilemiştir. Kültürel özgeçmiş insanların inançları, bakış açısı, gelenekleri, algılar, duygular, davranışlar ve değerler üzerinde büyük bir etkiye sahiptir.

Kültürleşme; iki veya daha fazla kültür gruplarının üyeleri arasındaki temas sonucu meydana gelen kültürel ve psikolojik değişimi gösteren bir

süreçtir (Şekil 2.3). Kültürleşme çok boyutlu bir kavram olup genelde azınlık grubun ana grubun kültürel kalıplarını benimseme sürecini belirtmesi için kullanılmaktadır. Kültürleşme hem mikro (bireysel) hem makro (toplumsal) seviyelerde oluşmaktadır. Bireysel düzeyde kültürleşme "psikolojik kültürleşme" olarak da adlandırılmaktadır. Çünkü bireyde tutumlar, inançlar, davranışlar ve değerler değişikliklere uğrayabilmektedir. Makro düzeyde ise kültürleşme sırasında bir grubun ya da toplumun fiziksel, biyolojik, siyasi, ekonomik ve kültürel değişimleri söz konusudur (Berry, 2005, s.697-712).



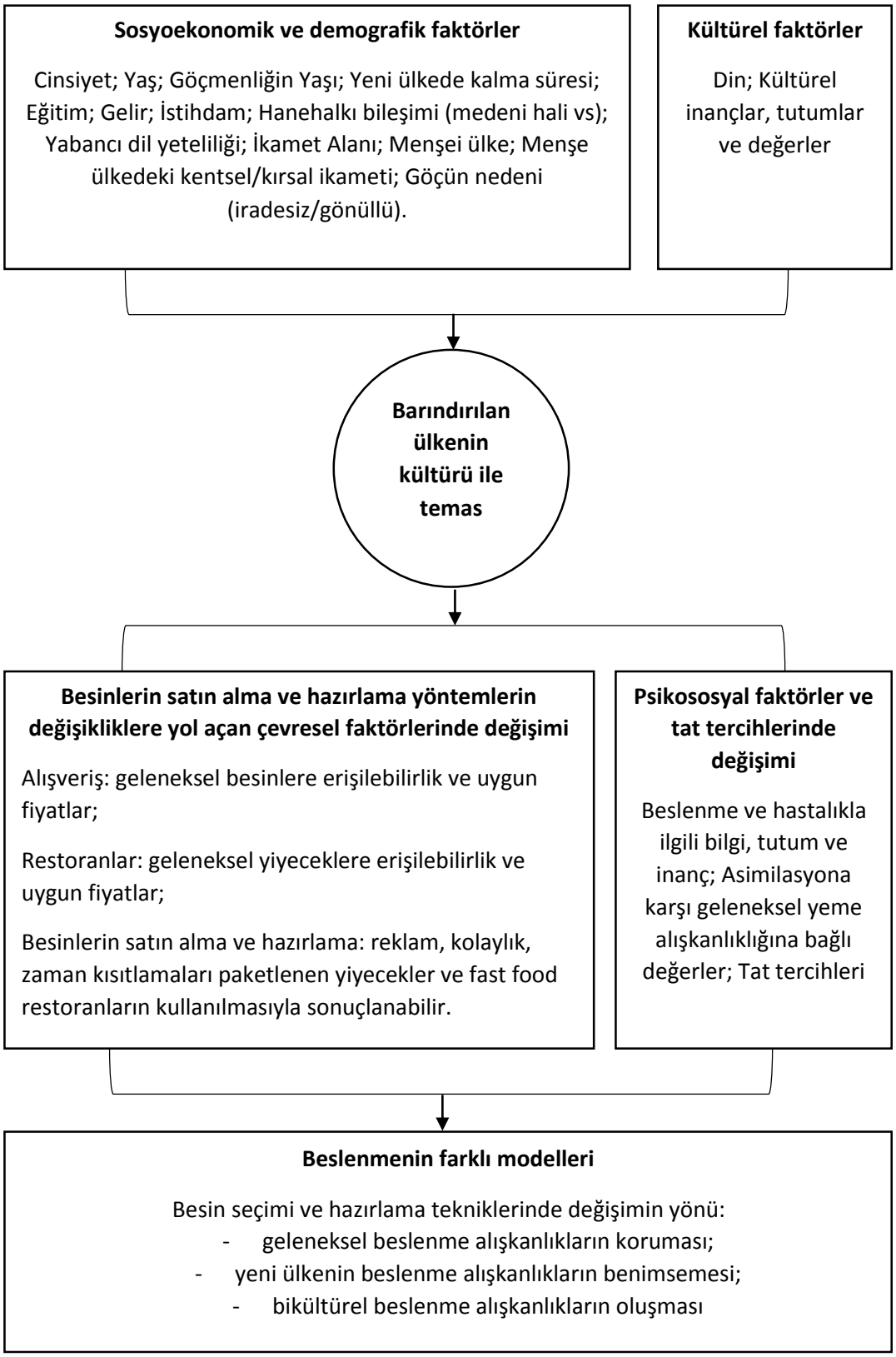
Şekil 2.3. Kültürleşmeyi anlatan genel bir çerçeve.

2.5.1 Diyetsel Kültürleşme *(Dietary Acculturation)*

Beslenme ve besin tercihleri kültürel kimliğinin bileşenleri oldukları için göçmenler genelde beslenme ile ilgili geleneksel inançları ve uygulamaları hep sürdürmeye çabalarlar. Ancak kültürleşmenin en önemli unsurlarından biri de diyetsel kültürleşmedir. Diyetsel kültürleşme, göçmenlerin yeni çevrenin yeme alışkanlıklarının benimsenme sürecini ifade etmektedir. Diyetsel kültürleşme, çok boyutlu dinamik ve karmaşık bir süreçtir. Bu süreç içerisinde göçmenler geleneksel yemeklerin hazırlanması için yeni malzemelerin kullanılması, bazı geleneksel besinlerden vazgeçilmesi ve yeni besinlerin tüketilmeye başlanması gibi genelde çok esnek davranışlar gösterirler (Holmboe-Ottesen

ve Wandel, 2012, s.1-13). Diyetsel kültürleşme sırasında beslenmede oluşan değişiklikler hem sağlıklı hem sağlıksız yönde olabilir ve bunun dikkate alınması önemlidir.

Göçün toplumsal koşulları, yeni sosyal bağları, ana vatan ile bağların gücü, sosyoekonomik durum, demografik etmenler (yaş, cinsiyet, yeni ülkene yaşama süreci, istihdam, yeni ülkenin dilin bilme seviyesi) ve kültürel etmenler yeni ülkenin kültürünün kabullenme derecesini ve beslenme alışkanlıklarında değişme sürecini etkiyebilmektedir (Fieldhouse 2002). Aynı zamanda çeşitli psikolojik etmenler lezzet tercihleri, besin hazırlama ve pişirme teknikleri etkilendikçe beslenme alışkanlıklarının değişmesine neden olabilmektedir. Satia-Abouta (Satia-Abouta, 2003, s.71-86) tarafından geliştiren diyetsel kültürleşmenin modeli kültürel ve demografik (yaş, cinsiyet, yeni ülkedeki ikamet süresi vs.) özelliklere göre göçmenlerin beslenme alışkanlıkları, tat tercihleri, besinlerin satın alma ve hazırlama teknikleri hakkında tutumlarında ve inançlarında tahmini değişim yönlerini göstermektedir (Şekil 2.4). Bu modele göre yabancı ülkeye gelmeden önce her göçmen sosyoekonomik, demografik ve kültürel etmenler ile etkilenen kendine özgün özgeçmişe sahiptir. Yeni ülkeye geldikten sonra göçmenlerin yeni kültür ile teması, beslenmeye bağlı psikososyal ve çevresel etmenlerdeki değişikliklere neden olmakta ve beslenme tarzını üç temel yönde etkileyebilmektedir. Bunlar; 1) geleneksel beslenme alışkanlıklarının korunması, 2) yeni ülkenin beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi veya 3) bikültürel beslenme alışkanlıklarının oluşması (bazı özel günlerde ve/veya yemeklerde geleneksel beslenme alışkanlıkların korunması, diğer günlerde ve/veya yemeklerde ise yeni ülkenin beslenme tarzının uygulanmasıdır (Popovic-Lipovac ve Strasser, 2015, s.582-90).



Şekil 2.4. Diyetsel kültürleşmenin modeli: ırk/etnik ya da kırsal-kentsel göçmen grupların yeni ortamın beslenme tarzının benimseme süreci (Satia-Abouta, 2003, s.71-86).

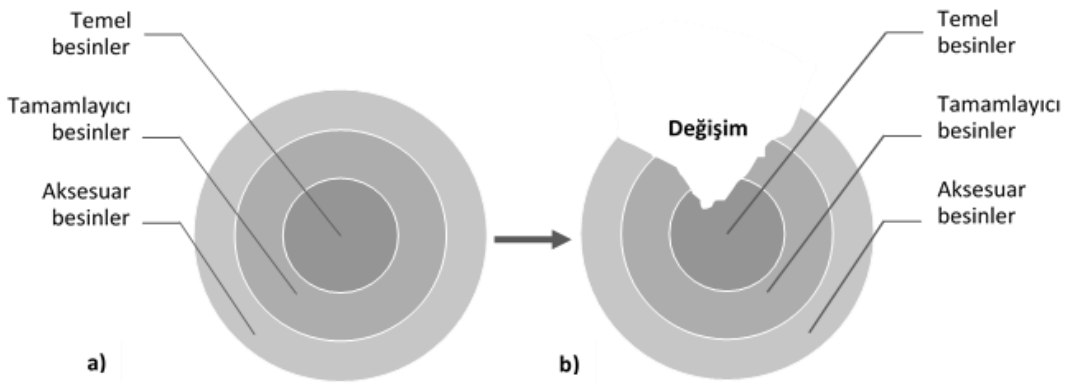
1995 yılında Koctürk-Runefors (Koçtürk, 1995, s.2-4) tarafından beslenme alışkanlıklarının bir modeli geliştirilmiştir ve çeşitli çalışmalarda hala kullanılmaktadır. Bu modelde, zaman içinde değişen beslenme alışkanlıkları üzerinde durulmakta ve bu değişimi etkileyen etmenler 'kültürel kimliği' ve 'tat' olarak iki karşıt gücü tanıtmaktadır. Bir yemeğin farklı besin ögelerinin kavramsal fonksiyonlarının incelenmesi hem her ögenin önem derecesini hem bireylerin kendilerinin tanımladığı beslenme kültürü ile ilgili bilgi verebilir Tüm yiyecekler üç ana grup altında toplanmaktadır. Bu grupların her yemeğin yapısında oynadıkları role göre (besin değerine bakılmaksızın) önem derecesi farklıdır. Bu modelde 'temel besinler' grubu merkezi yere sahip, 'tamamlayıcı besinler' ve 'aksesuar besinler' grupları ise sırasıyla ikincil ve üçüncül rol oynamaktadır (Şekil 2.5.a).

'Temel besinler' genelde kolayca ulaşılabilen, pahalı olmayan, yumuşak/nötr tada sahip ve karbonhidrattan zengin besinlerdir (ekmek, pirinç, patates vs.) ve ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilirler. Bunlar çoğu yiyeceklerin temel bileşeni olup genelde gün içinde tüm öğünlere eşlik ederler. Bireylerin tükettikleri temel besinlere göre onların kültürel çevresini belirlemek mümkündür. Örneğin, Asyalılar daha çok pirinç tüketirken, Kuzey Avrupalılar haşlanmış patatesi daha çok tercih etmektedir. Ayrıca, gerekli temel besinler mevcut değilse kültüre özgü yemekleri yapmak genelde mümkün değildir. 'Temel besinler' diğer besin kategorilerine göre daha çok 'kimliğe' bağlı olduğu için değişikliğe en son uğramaktadır (Şekil 2.5.b). Göçmenler rutin olarak başka bir kültürün temel besinlerini tüketmeye başlayınca, onların beslenme alışkanlıklarının tamamen değişmiş olduğu varsayılabilir. Beslenme alışkanlıkları incelenirken, ilk başta tüketilen temel besinleri belirlemekte yarar vardır.

Her öğünde 'temel besinlerin' yanında bir ya da bir kaç 'tamamlayıcı besinler' de yer almaktadır. 'Tamamlayıcı besinler' 4 grup altında incelenir: et/balık/yumurta, süt/peynir, sebze ve kurubaklagillerdir. Bu gruplar farklı kültürlerde farklı öncelik dereceleri göstermektedir. Örneğin, Kuzey Avrupa'da temel besinler (patates, ekmek) genellikle et/balık/yumurta ve süt/peynir gruplarla tamamlanırken, Hindistan'da ise vejetaryen beslenme tarzına uyarak

temel besinler (pilav veya ekmek) genelde sebze ve bakliyat gruplarla tamamlanmaktadır. ‘Tamamlayıcı besinler’ ‘Temel besinlerle’ birleşerek temel yiyecekleri oluşturmaktadır. Tamamlayıcı besinlerin rolü ikincildir ve temel besinlere nazaran beslenme geleneklerini tehdit etmeden bazen değiştirilebilir (Şekil 2.5.b). Beslenme alışkanlıkları ile ilgili araştırmaların ikinci aşamasında ise temel besinleri tamamlayan besinleri belirlemek gerekir (Koçtürk, 1995, s.2-4).

Yağlar, otlar ve baharatlar, tatlılar, kuruyemişler (fındık/fıstık), meyveler ve içecekler ‘Aksesuar besinler’ olarak adlandırılır ve temel yiyeceklerin (temel ve tamamlayıcı besinlerin bileşimi) lezzetini ve görünümünü güzelleştirme adına kullanılır. Bu besinler beslenme kültürünün çok önemli bir parçası değildir, yani aksesuar besinlerin yokluğunda beslenme geleneği kaybolmamaktadır. ‘Aksesuar besinler’ kültürel kimliğe fazla bağlı olmayan ve tat tercihleri ile yönlendirilen bir kategori olup, değişikliğe ilk uğrayanlardır (Şekil 2.5.b). (Koçtürk, 1995, s.2-4).



Şekil 2.5. Beslenme alışkanlıkların yapısı ve diyetsel kültürleşme sırasında değişimi (Koçtürk, 1995, s.2-4)

a) Tüm besinler üç ana grup altında toplanmaktadır: temel, tamamlayıcı ve aksesuar besinler;

b) Diyetsel kültürleşme sırasında yeni beslenme alışkanlıklara adaptasyon dış kabuğundan çekirdeğe doğru ilerlemektedir.

Beslenme kültürünü oluşturan besinlerin tanımlanması için yukarıda önerilen yöntemi kullanılarak göç sonrası beslenme alışkanlıklarındaki değişikliği saptamak daha kolay olabilir.

Çoğu göçmenlerde ilk başta diyetteki oluşan değişiklikler saptanamayabilir. Beslenme ve özdeşlik arasındaki ilişki dikkate alındığında, göçmenlerin kendi ülkesinin beslenme alışkanlıklarını sürdürmeye çok kararlı olduğu görülür. Yüzeysel gözlem sırasında besinlerin kombinasyonunda ve menülerde temel benzerlikler görülür, fakat daha özenli bir inceleme yapılırsa, yiyeceklerin besin kompozisyonunda önemli değişmeler saptanabilir (Koçtürk, 1995, s.2-4).

Kültürleşme konusunda yapılan çoğu araştırmalarda kullanılan ölçekler ve indeksler sosyal bilimler ve psikolojik araştırmalar sırasında geliştirilmiş ve doğrulanmıştır. Bunlardan bazıları beslenme davranışlarını inceleyen çalışmalarda da uygulanmaya çalışılmıştır. Literatürde kültürleşmenin ölçülmesinde üç ana yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar; genel kültürleşmenin tek öğe ölçüleri, kültürleşme ölçekleri (skalalar) ve besinlere dayalı değerlendirmelerdir (besin listeleri ve diyetsel kültürleşme skalalar) (Popovic-Lipovac ve Strasser, 2015, s.582-90). Rus göçmenlerin diyetsel kültürleşmesi onların göç öncesi ve göç sonrası tükettikleri besinlerin değerlendirilmesi ile yapılmaktadır.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma, Kıbrıs'ta Girne iline bağlı tüm mahallelerde yaşayan ve Rus Kültür ve Sanat Derneği'ne kayıtlı olan, 20-65 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden 90 Rus göçmen üzerinde, Mart 2016 - Şubat 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Toplam 22 dernek üyesine sağlık sorunları, araştırma süresinde KKTC'de olmaması, araştırmaya katılımı ret etme ve gebelik gibi sebepler dolayısıyla ulaşılamamıştır. Çalışma için Yakın Doğu Üniversitesi 02.06.2016 tarih ve YDU/2016/38-309 sayı ile Etik Kurul izni alınmıştır (EK1). Çalışmaya katılan bireylerden ayrıca Aydınlatılmış Onam sağlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Çalışma süresince elde edilen tüm bilgiler, hazırlanmış sorukağıdı formundaki sorular yardımıyla (EK2) araştırmaya katılan bireylerden 'Yüz Yüze Görüşme Yöntemi' kullanarak toplanmıştır. Sorukağıdı, genel bilgiler, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümler, 24 saatlik geriye dönük besin tüketimi, besinlerin tüketim sıklığı ve Akdeniz Diyetine Uyum Skoru olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır.

3.2.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Bu bölümde, bireylerin cinsiyeti, yaşı, eğitim ve medeni durumu, aylık geliri, KKTC'ye göç ettiğinde yaşı, ikamet süresi ve bireylerin sağlık durumları sorgulanmıştır.

3.2.2. Beslenme Alışkanlıkları

İkinci bölümde bireylerin, günde kaç öğün yemek yedikleri, öğün atlama durumu ve nedenleri, besin desteği (vitamin-mineral, balık yağı/omega-3 ve probiyotik) kullanıp kullanmadıkları, sigara ve alkol kullanım durumları sorgulanmıştır. Ayrıca bireylerin hangi sporları ve ne sıklıkta yaptıkları saptanmıştır.

3.2.3. Antropometrik Ölçümler

Anketin bu bölümünde bireylerin antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi) yapılmıştır. Beden kütle indeksi (BKI), bel/kalça çevresi oranı ve bel/boy oranı değerleri hesaplanarak belirlenmiş ve referans değerlerle kıyaslanmıştır (Pekcan, 2016, s.67-142).

3.2.4. 24 Saatlik Geriye Dönük Besin Tüketimi

Bireylerin son 24 saat içerisinde tükettikleri yiyecek ve içecekler kaydedilmiştir (Pekcan, 2016, s.67-142).

3.2.5. Besin Tüketim Sıklığının Saptanması

Rusya'dan Kıbrıs'a göç öncesi ve göç sonrası besinlerin tüketim sıklıkları besin tüketim sıklığı formu kullanılarak saptanmıştır. Bu amaçla, göç öncesi besinlerin tüketimleri hiç tüketmeme, şu andaki tüketimden daha az, aynı ve şimdikinden daha fazla sıklıkta tüketme olarak belirlenmiştir. Göç sonrası ise 57 adet besinin tüketim sıklığı formu ile irdelenmiştir. Tüketim sıklığı hergün, haftada 5-6, haftada 3-4, haftada 1-2, 15 günde bir, ayda bir olarak değerlendirilmiştir (Pekcan, 2016, s.67-142).

3.2.6. Akdeniz Diyeti Skor Kriterleri (MDAS)

Akdeniz diyetine uyumunun belirlenmesinde Sofi ve ark. tarafından geliştirilmiş olan Akdeniz Diyetine Uyum Skoru (MDAS) kullanılmıştır (Sofi, 2014, s.2769-82).

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Antropometrik Ölçümler

Vücut ağırlığı: Araştırma kapsamındaki bireylerin vücut ağırlığı (kg) TANİTA MC-780 marka vücut analiz aleti ile tekniğine uygun olarak ölçülmüştür. Ölçüm 100 g duyarlılıkla yapılmıştır (Pekcan, 2016, s.67-142).

Boy uzunluğu: Duvara monte edilen stadiometre kullanılarak ölçülmüştür. Bireyler ayakkabısız (çıplak ayak), topuklar, sırt, omuzlar ve başın arka kısmı stadiometreye değecek şekilde, ayakta dik, hazır ol duruşta iken, vücut ağırlığı iki ayağa eşit dağıtılmış olarak dururken boy uzunluğu (cm cinsinden) ölçülmüştür. Ölçüm yapılırken başın yatay Franfort düzlemde (kulak kanalı ile orbita-göz çukurunun alt sınırının veya kulağın üst sınırı ile göz üçgeninin aynı hizada) olması sağlanmıştır (Pekcan, 2016, s.67-142).

Bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi: Çevre ölçümleri için esnemeyen mezura kullanılmıştır. Ölçümü yapılan kişinin yanında durarak mezuranın doğru yerleştirilmesi ve yere paralel olması sağlanmıştır. Ölçümlerde başın yatay Frankfort düzlemde olması sağlanmıştır (Pekcan, 2016, s.67-142).

Bel çevresi: En alt kaburga kemiği ile iliak kemik arası orta nokta midaksiller çizgi üzerinde işaretlenmiş ve işaretin üzerinden geçen çevre ölçülmüştür (Pekcan, 2016, s.67-142). Ölçüm değerleri, cinsiyete bağlı bel çevresi WHO ölçüm değerleri ile kıyaslanmıştır (WHO, 2011) (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Değerleri (cm).

	Risk (uyarı sınırı)	**Yüksek risk (eylem sınırı)**
Erkek	≥ 94	≥102
Kadın	≥ 80	≥88

Kalça çevresi: Bireyin sağ yanında durularak ölçüm yapılmıştır. Kalçada en yüksek nokta belirlenmiş ve yere paralel olarak mezura ile çevre ölçümü yapılmıştır (Pekcan, 2016, s.67-142).

Boyun çevresi: Boyun çevresi troid kıkırdağının hemen altından (adem elmasının altından) en dar bölgeden ölçülmüştür. Mezura deri üzerine temas edecek şekilde ayarlanmış ve 5 saniyeden daha kısa sürede ölçüm tamamlanmıştır. Frankfort düzlem sağlanmıştır (Nicholls, 2001, s.339).

Beden Kütle İndeksi (BKI), Bel/Kalça Çevresi Oranı (B/K), Bel Çevresi/Boy Uzunluğu Oranı Hesaplanması ve Değerlendirilmesi.

BKİ: Bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine (BKI=kg/m²) bölünmesiyle elde edilir. DSÖ tarafından önerilen BKİ kesişim değerlerine göre değerlendirme yapılmıştır (Tablo 3.2)

Tablo 3.2. Vücut ağırlığı durumunun BKİ'ne göre değerlendirilmesi.

Sınıflama	BKİ (kg/m²)
Zayıf	<18.50
Normal	18.50 - 24.99
Toplu, hafif şişman	25.00 - 29.99
Şişman	≥30.00

Bel/kalça oranı: Erkeklerde 0.90, kadınlarda 0.85 üzerine çıkması şişmanlığa bağlı kronik hastalıkların görülme riskinin göstergesi olarak kabul edilmektedir (WHO, 2011).

Bel / Boy Oranı: ≥0.4 - <0.5 olması uygun olarak değerlendirilmektedir. Oranın ≥0.5 - <0.6 arasında olması eylem düşünülmesinin ve ≥0.6 ise eyleme geçilmesinin gerektiğini göstermektedir (Tablo 3.3) (Ashwell ve Hsieh, 2005, s.303–307).

Tablo 3.3. Bel/Boy Oranı Değerleri (Ashwell, 2005).

Bel/Boy	Sınıflama
<0.4	Dikkat
≥0.4-<0.5	Uygun
≥0.5-<0.6	Eylem düşün
≥0.6	Eyleme geç

3.3.2. Akdeniz Diyeti Skor Kriterleri

Sofi ve ark. (Sofi ve diğerleri, 2014, s.2769-82) tarafından belirli besinlerin tüketimine dayalı kohort çalışmalarından elde edilen veriler kullanılarak Akdeniz diyetine uyum skorunu saptamak için literatür bazlı kolay bir uyum skoru geliştirilmiştir. Akdeniz diyetinde özgün besin gruplarının (meyve, sebze, tahıl, baklagiller ve balık) tüketimine göre en yüksek tüketim kategorisine 2 puan, orta tüketim kategorisine 1 puan ve en düşük tüketim kategorisi için 0 puan verilmiştir. Akdeniz diyetine özgün olmayan (et ve et ürünleri, süt ürünleri) besin gruplarına ise en düşük tüketim kategori için 2 puan, orta kategori için 1 puan ve en yüksek tüketim kategorisi için 0 puan verilmiştir. Tahıl, baklagiller, balık, et ve et ürünleri pişmiş olarak, sebze hem pişmiş hem çiğ (Bach-Faig ve diğerleri, 2011, s.2274-2284) ve meyve çiğ olarak değerlendirmeye katılmıştır.

Çalışmada Rus göçmenlerin Akdeniz diyetine uyumunun saptanabilmesi için Sofi ve ark (Sofi ve diğerleri, 2014, s.2769-82) tarafından önerilen Akdeniz diyetine uyumu belirlemek üzere puanlama yapılmış ve ortaya çıkan puanlara göre frekans dağılımı tablosuna bakılarak (çalışmada uygulamalı olduğu için bir normal dağılım yaklaşımı kullanılmıştır) çalışmaya özgü kesişim değerleri belirlenmiştir. Böylece Akdeniz Diyetine düşük (0-6 puan), orta (7-11 puan) ve yüksek (12-18 puan) uyum olarak sınıflandırma yapılmıştır.

3.3.3. Besin Tüketim Durumunun Saptanması

Bireylerin besin tüketim durumları ‘24 saatlik geriye dönük bireysel besin tüketim yöntemi’ kullanılarak belirlenmiştir. Bir gün boyunca ana ve ara öğünlerde tüketilen yemek, yiyecek ve içeceklerin tür ve miktarları ayrıntılı bir şekilde kaydedilmiştir. Besinlerin miktarı “ev ölçüsü” ve “mL/gram” olarak “Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu-Ölçü ve Miktarlar” kitabından yararlanarak kaydedilip, hesaplanmıştır (Rakıcıoğlu ve ark. 2009). Tüketilen besinlerin ortalama enerji ve besin ögesi değerleri ‘Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) kullanılarak hesaplanmıştır (BEBİS). Katılımcıların tükettikleri enerji ve besin ögelerinin yeterliliği DRI/RDA

2001 önerilerine göre değerlendirilmiştir. Enerji ve besin ögelerini önerilen düzeyi karşılama yüzdesi (%) hesaplanmıştır (Pekcan, 2014, s.67-142).

3.3.4. Besin Tüketim Sıklığının Belirlenmesi

Son bir ayda besinlerin tüketim sıklıkları cinsiyete göre sınıflandırılmış ve dağılımlar değerlendirilmiştir. Ayrıca, göç öncesi ve sonrası bireylerin besin tüketim sıklıkları karşılaştırılmıştır.

3.3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada genel özellikler hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir. Normal dağılıma uymayan değişkenler için ise, ortanca değerler verilmiştir. Niteliksel veriler için dağılımlar hakkında bilgi verilmiştir. Sürekli değişkenlere ait verilerin normal dağılıma uyup uymadıklarına “Levenee testi” ile bakılmıştır ($n<50$).

Ölçümle belirtilen değişkenler için, gruplar arası farkları bulmak için “Bağımsız Gruplarda t-testi” kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı durumda ($p\leq 0.05$) ise bu testin parametrik olmayan karşılığı olan “Mann Whitney U-testi” kullanılmıştır (Alpar, 2003).

Yine ölçümle belirtilen değişkenler için ikiden çok grup arasındaki farklılıklara “Tek Yönlü Varyans Analizi” ile bakılmıştır. Verilerin Normal Dağılıma uymadığı durumda ($p\leq 0.05$) ise bu testin parametrik olmayan karşılığı olan “Kruskall Wallis Varyans Analizi” kullanılmıştır.

Kesikli değişkenler için, değişkenler arası ilişki olup olmadığına ise “Ki-Kare testi” ile bakılmıştır.

Sürekli değişkenler arası ilişkiler “Basit Korelasyon Analizi (Pearson Korelasyon Katsayısı)” ile incelenmiştir (Alpar, 2003).

Önemlilik değeri 0.05’den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalar hazır istatistik yazılımı ile yapılmıştır (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Tablo 4.1'e göre araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 39.4±9.5 yıl olup, %21.1'i erkek, %78.9'u ise kadındır. Evli olan katılımcıların (%85.6) arasında %66.2'si Rus ve %29.9'u Kıbrıslı / Türkiyeli eşlere sahiptir. Katılımcıların %63.3'ü ayda kişi başına 1000-3000 TL arasında gelir kazanmaktadır. Rus göçmenler genel olarak (%81.1) üniversite eğitimini tamamlamış kişilerdir.

Tablo 4.1. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumlarına göre dağılımları (n:90).

Özellikler	Sayı	%
Yaş (yıl) ($\bar{x}$ ±S)	39.4 ± 9.5*	
Yaş grupları (yıl)		
20-34	28	31.1
35-49	50	55.6
50-64	12	13.3
Cinsiyet		
Erkek	19	21.1
Kadın	71	78.9
Medeni hali		
Bekar	13	14.4
Evli	77	85.6
Eşlerin uyruğu		
Rus	51	66.2
Kıbrıslı/Türkiyeli	23	29.9
Diğer	3	3.9
Eğitim durumu		
Orta okul	1	1.1
Lise	16	17.8
Üniversite	73	81.1

Tablo 4.1 (devam). Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim ve medeni durumlarına göre dağılımları (n:90).

Özellikler	Sayı	%
Aylık geliri (TL)		
<1000	7	7.8
1000-2000	27	30.0
2000-3000	30	33.3
3000-4000	12	13.3
>4000	14	15.6

* Ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Bireylerin yarısından fazlası (%52.2) 20-34 yaş aralığında iken KKTC'ye göç etmişlerdir. Göçmenliğin yaş ortalaması 32.9±2.4'dür. Araştırmaya katılan bireylerin %45.6'sı 5 yıldan az, %35.6'sı 5-10 yıl arası ve %18.9'u 10 yıldan fazla Kuzey Kıbrıs'ta ikamet etmektedir, ikametgahın ortalaması ise 6.5±4.7 yıldır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. KKTC'de ikamet süresi ve KKTC'ye göç ettiğinde bireylerin yaşlarına göre dağılımları (n:90).

	Sayı	%
KKTC'de ikamet süresi (yıl)	6.5±4.7*	
<5	41	45.6
5-10	32	35.6
≥10	17	18.9
KKTC'ye göç ettiğinde ort. yaşı (yıl)	32.9±2.4*	
<20	5	5.6
20-34	47	52.2
35-49	32	35.6
50-64	6	6.7

* Ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin %63.2'sinin sağlıklı ve %21.1'inin kardiyovasküler hastalık (KVH) sorunu olduğu, kadın bireylerin ise %74.6'sının sağlıklı ve %8.5'inin KVH sorunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Bireylerin cinsiyete ve sağlık durumlarına göre dağılımı.

Sağlık sorunu	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
	n	%	n	%	n	%
Sağlıklı	12	63.2	53	74.6	65	72.2
KVH	4	21.1	6	8.5	10	11.1
KC/Safra/Böbrek	2	10.5	7	9.9	9	10.0
Ülser/Gastrit	1	5.3	5	7.0	6	6.7
Toplam	19	100	71	100	90	100

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi KKTC'de 10 yıl ve üzeri sürede ikamet eden bireylerin daha sağlıklı olduğu (%76.5) belirlenmiştir. KKTC'de beş yıldan az sürede ikamet eden bireylerde daha çok KC/Safra/Böbrek hastalıkları sorununun (%12.2), 5-10 yıl arası ikamet eden bireylerde ise daha çok KVH sorunu (%15.6) olduğu saptanmıştır. ≥10 yıl KKTC'de ikamet eden bireylerde daha çok Ülser/Gastrit sorunu (%11.8) olduğu belirlenmiştir. . Göç yılı arttıkça bireylerden sağlıklı olanların oranı artarken, KVH ve KC/Safra/Böbrek hastalığı görülme sıklığında azalma belirlenmiştir. Ancak, KKTC'de ikamet sürelerine göre sağlık sorunu dağılımları arasındaki fark önemsizdir ($p>0.05$).

Tablo 4.4. Bireylerin ikamet süresine göre sağlık durumunun dağılımı.

Sağlık sorunu	KKTC'de ikamet süresi (yıl)						Toplam		χ^2	p
	<5		5-10		≥10					
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sağlıklı	29	70.7	23	71.9	13	76.5	65	72.2	2.92	0.82
KVH	4	9.8	5	15.6	1	5.9	10	11.1		
KC/Safra/Böbrek	5	12.2	3	9.4	1	5.9	9	10.0		
Ülser/Gastrit	3	7.3	1	3.1	2	11.8	6	6.7		
Toplam	41	100	32	100	17	100	90	100		

*p≤0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Alkol kullanan erkek ve kadınların oranı sırasıyla %84.2 ve %70.4'dür. Alkol kullanan erkeklerin %68.8'inin ve kadınların %86.0'ının haftada 7 kadehten az alkol tükettikleri görülmektedir. Hiç sigara kullanmayan erkek bireylerin oranı %68.4, kadınların oranı ise %78.9'dur. Bireylerin %66.6'sı günde 10 sigaradan az sigara içmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların cinsiyetine göre alkol ve sigara kullanım durumları.

Alkol ve sigara kullanma durumu	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
	n	%	n	%	n	%
Alkol kullanma Durumu						
Kullanmıyor	3	15.8	21	29.6	24	26.7
Kullanıyor	16	84.2	50	70.4	66	73.3
Toplam	19	100.0	71	100.0	90	100.0
Haftalık alkol miktarı (sek*)						
≤7	11	68.8	43	86.0	54	81.8
>7	5	31.2	7	14.0	12	18.2
Toplam	16	100.0	50	100.0	66	100.0
Sigara içme durumu						
İçmiyor	13	68.4	56	78.9	69	76.7
İçiyor	6	31.6	15	21.1	21	23.3
Toplam	19	100.0	71	100.0	90	100.0
Sigara miktarı (adet)						
≤5	2	33.3	5	33.3	7	33.3
6-10	1	16.7	6	40.0	7	33.3
11-15	0	0.0	2	13.3	2	9.5
16-20	2	33.3	2	13.3	4	19.0
>20	1	16.7	0	0.0	1	4.8
Toplam	6	100.0	15	100.0	21	100.0

* 1 sek = 12 g alkol.

Tablo 4.6'de görüldüğü gibi erkek bireylerin %84.2'si ve kadın bireylerin %73.2'si günde üç ana öğün tüketmektedir. Erkek bireylerin %47.4'ü günde bir ara öğün tüketirken, kadın bireylerin %53.5'i iki ara öğün tüketmektedir. Ortalama ana ve ara öğün tüketim oranları sırasıyla 2.7±0.5 ve 1.7±0.9'dur.

Kadınların %59.2'si bazen ana öğünü atlarken bu oran erkeklerde %68.4'dür. Atlanan ana öğün hem kadınlarda (%41.7) hem de erkeklerde (%62.5) genelde öğle öğünüdür. En sık öğün atlama nedeni ise zaman yetersizliğidir (kadın: %41.7; erkek: %50.0).

Tablo 4.6. Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı.

Ana ve ara öğün tüketme durumu	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
	n	%	n	%	n	%
Ana öğün sayısı	2.7±0.5*					
Bir	0	0	1	1.4	1	1.1
İki	3	15.8	18	25.4	21	23.3
Üç	16	84.2	52	73.2	68	75.6
Ara öğün sayısı	1.7±0.9*					
Hiç	3	15.8	3	4.2	6	6.7
Bir	9	47.4	18	25.4	27	30.0
İki	7	36.8	38	53.5	45	50.0
Üç	0	0	9	12.7	9	10.0
Dört	0	0	3	4.2	3	3.3
Ana öğün atlama durumu						
Hayır	3	15.8	11	15.5	14	15.6
Evet	3	15.8	18	25.4	21	23.3
Bazen	13	68.4	42	59.2	55	61.1

Tablo 4.6 (devam). Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı.

	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
	n	%	n	%	n	%
Genelde atlanan öğün						
Sabah	4	25.0	14	23.3	18	23.7
Öğle	10	62.5	25	41.7	35	46.0
Akşam	2	12.5	21	35.0	23	30.3
Öğün atlama nedeni						
Zaman yetersizliği	8	50.0	25	41.7	33	43.4
Canı istemiyor	6	37.5	23	38.3	29	38.2
Hazırlanmadığı için	0	0	3	5.0	3	3.9
Kilo almak istemiyor	0	0	6	10.0	6	7.9
Alışkanlığı yok	2	12.5	3	5.0	5	6.6

* Ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

Erkeklerin %73.7'si beslenme ile ilgili kurslara ya da diyetisyene hiç başvurmamıştır ve %84.2'sinin Akdeniz Diyeti ile ilgili bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Kadın bireylerin ise %69'unun diyetisyene hiç danışmadığı, beslenme kurslarına katılmadığı ve Akdeniz Diyeti hakkında bilgisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Bireylerin cinsiyete göre diyetisyene başvurma, beslenme ve Akdeniz Diyeti hakkında bilgisinin olma durumu.

	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
	n	%	n	%	n	%
Diyetisyen veya beslenme kursuna başvuru						
Hayır	14	73.7	49	69.0	63	70.0
Evet	5	26.3	22	31.0	27	30.0
Akdeniz diyeti hakkında bilgi						
Yok	16	84.2	49	69.0	65	72.2
Var	3	15.8	22	31.0	25	27.8

Araştırmaya katılan bireylerin %4.4'ü balık yağı / omega-3, %7.8'i probiyotik ve %17.8'i ise vitamin/mineral desteği kullanmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Bireylerin besin desteklerini kullanım durumu

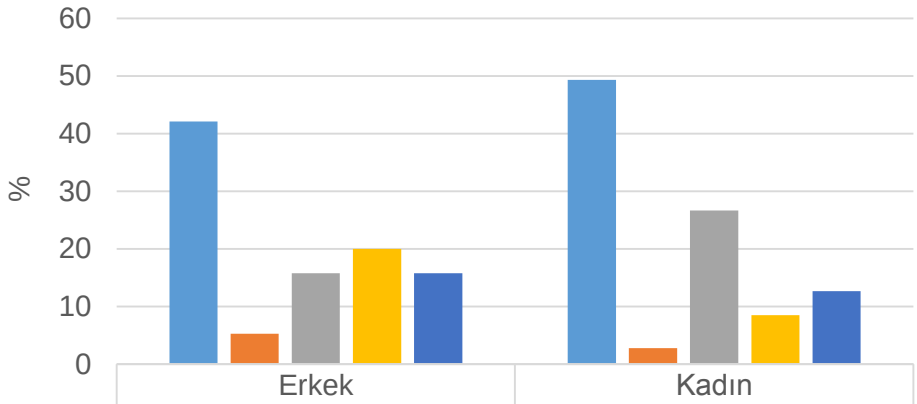
Besin desteği Kullanma durumu	Besin desteği					
	Balık yağı / omega-3		Probiyotik		Vitamin / Mineral	
	n	%	n	%	n	%
Evet, her gün	4	4.4	7	7.8	16	17.8
Bazen	13	14.4	9	10.0	22	24.4
Hayır	73	81.1	74	82.2	52	57.8
Toplam	90	100.0	90	100.0	90	100.0

Tablo 4.9'a göre araştırmaya katılan erkek bireylerin %57.9'u ve kadın bireylerin %50.7'si devamlı egzersiz yapmaktadır. Erkeklerin %54.5'i yürüyüşü tercih ederken, kadınların ise %58.3'ü fitnesi tercih etmektedir. Erkeklerin %36.4'ünün haftada 5-6 kez, kadınların ise %52.8'inin haftada 3-4 kez

egzersiz yaptıkları saptanmıştır (Tablo 4.9 ve Şekil 4.1). Ayrıca, egzersiz yapan erkeklerin %45.5'inin 1 saatten daha az sürerken, kadınların %55.6'sının egzersizleri 1-2 saat sürmektedir (Tablo 4.9; Şekil 4.2).

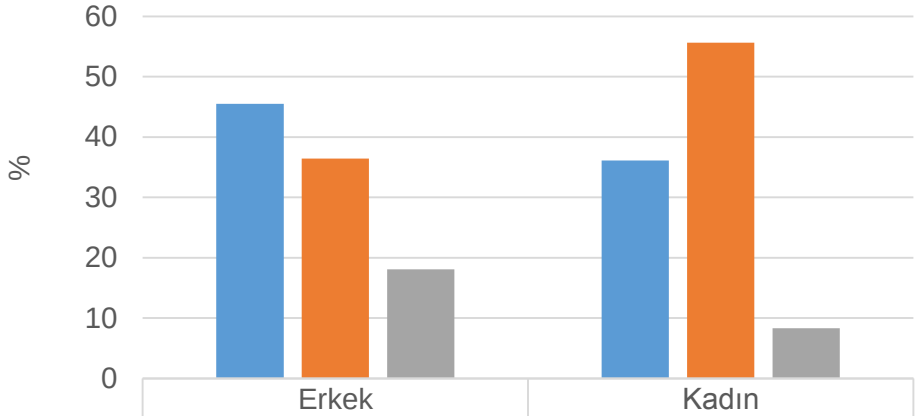
Tablo 4.9. Katılımcıların cinsiyetine göre egzersiz yapma durumları, yapılan egzersiz türü ve egzersiz yapma sıklıklarına göre dağılımı.

Egzersiz yapma durumu	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
	n	%	n	%	n	%
Egzersiz yapma durumu						
Hayır	8	42.1	35	49.3	43	47.8
Evet	11	57.9	36	50.7	47	52.2
Egzersiz türü						
Fitness	5	45.5	21	58.3	26	55.3
Yürüyüş	6	54.5	15	41.7	21	44.7
Egzersiz sıklığı						
Haftada 1-2	1	9.1	2	5.6	3	6.4
Haftada 3-4	3	27.3	19	52.8	22	46.8
Haftada 5-6	4	36.4	6	16.7	10	21.3
Her gün	3	27.3	9	25.0	12	25.5
Egzersiz süresi						
<1 saat	5	45.5	13	36.1	18	38.3
1-2 saat	4	36.4	20	55.6	24	51.1
>2 saat	2	18.1	3	8.3	5	10.6



	Erkek	Kadın
Hiç	42.1	49.3
Haftada 1-2	5.3	2.8
Haftada 3-4	15.8	26.7
Haftada 5-6	20	8.5
Her gün	15.8	12.7

Şekil 4.1. Bireylerin egzersiz yapma sıklıklarının dağılımı.



	Erkek	Kadın
< 1 saat / gün	45.5	36.1
1-2 saat / gün	36.4	55.6
> 2 saat / gün	18.1	8.3

Şekil 4.2. Bireylerin egzersiz yapma süresinin dağılımı.

4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Araştırmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümlerinin cinsiyete göre ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.10'da verilmiştir. Kadın bireylerin vücut ağırlığı ortalaması **($\bar{x}$ ±S)** 67.19±15.56 kg, erkek bireylerin vücut ağırlığı ortalamaları 92.48±20.63 kg'dır.

Kadınların BKİ, bel çevresi, boyun çevresi ortalamaları sırasıyla 24.19±5.55 kg/m2, 84.32±12.78 cm ve 32.87±2.40 olarak saptanmıştır. Erkeklerin BKİ ortalaması 28.74±5.80 kg/m^2, bel çevreleri ortalaması 103.58±15.99 cm ve boyun çevresi ortalaması ise 41.13±3.44 cm'dir.

Kadın bireylerin bel/kalça oranlarının ortalaması 0.83±0.06, bel/boy oranların ortalaması 0.51±0.08 cm, erkek bireylerin bel/kalça oranlarının ortalaması 0.99±0.09, bel/boy oranların ortalaması 0.58±0.09 cm'dır.

Tablo 4.10. Bireylerin cinsiyetine göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ve standart sapma değerleri ($\bar{x}$ ±S).

Antropometrik ölçümler	Cinsiyet	
	Erkek (n=19)	Kadın (n=71)
Vücut ağırlığı (kg)	92.48±20.63	67.19±15.56
Boy uzunluğu (cm)	179.05±5.57	166.66±5.54
BKI (kg/m^2)	28.74±5.80	24.19±5.55
Bel çevresi (cm)	103.58±15.99	84.32±12.78
Kalça çevresi (cm)	104.63±9.74	101.21±10.78
Bel / Kalça oranı	0.99±0.09	0.83±0.06
Bel / Boy oranı	0.58±0.09	0.51±0.08
Boyun çevresi (cm)	41.13±3.44	32.87±2.40

Bireylerin BKI değerlerine göre %64.4'ünün normal (BKI=18.50-24.99 kg/m^2), %18.9'unun hafif şişman (BKİ=24.99-29.99 kg/m^2) ve %16.7'sinin

şişman (BKI=≥30.00 kg/m^2) oldukları saptanmıştır. Kadın bireylerin %73.2'sinin, erkek bireylerin ise %31.6'sının normal BKİ değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

Kadınların %45.1'inin bel çevresi 80 cm ve altında, erkeklerin ise %52.6'sının bel çevresi ölçümlerinin 102 cm ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Kadınların %64.8'inin bel/kalça oranlarının 0.85'in altında olduğu, erkek bireylerin %89.5'inin bel/kalça oranlarının 0.90 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, kadınların %52.1'inin bel/boy oranı ≥0.4-<0.5 arasında iken, erkeklerin %84.2'sinin ≥0.5 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Katılımcıların cinsiyetlerine göre antropometrik değerlerinin dağılımı.

Antropometrik ölçümler	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
	n	%	n	%	n	%
BKI (kg/m^2)						
<18.50	0	0	0	0	0	0
18.50 - 24.99	6	31.6	52	73.2	58	64.4
25.00 - 29.99	6	31.6	11	15.5	17	18.9
≥30.00	7	36.8	8	11.3	15	16.7
Bel çevresi (cm)						
Kadın < 80, Erkek < 94	8	42.1	32	45.1	40	44.4
Kadın 80-88, Erkek 94-102	1	5.3	20	28.2	21	23.3
Kadın ≥ 88, Erkek ≥ 102	10	52.6	19	26.8	29	32.2
Bel/Kalça oranı						
Kadın < 0.85, Erkek < 0.90	2	10.5	46	64.8	48	53.3
Kadın ≥ 0.85, Erkek ≥ 0.90	17	89.5	25	35.2	42	46.7
Bel/Boy oranı						
≥0.4-<0.5	3	15.8	37	52.1	40	44.4
≥0.5-<0.6	8	42.1	26	36.6	34	37.8
≥0.6	8	42.1	8	11.3	16	17.8

KKTC'de ikamet süresi <5 yıl olan bireylerin %61.0'inin BKI'i değeri normal, %46.3'ünün bel çevresi normal, %61.0'inin bel/kalça oranı fazla, %41.5'inin bel/boy oranı normal değerlerdedir. KKTC'de 5-10 yıl arasında ikamet eden bireylerin %65.6'sının BKI, %40.6'sının bel çevresi, %59.4'ünün bel/kalça oranı ve %40.6'sının bel/boy oranlarının normal değerlerde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.12).

KKTC'de 10 yıl ve üzeri süre ikamet eden bireylerin %70.6'sının normal BKI'ne sahip oldukları, %47.1'inin bel çevresinin normal olduğu, %76.5'inin bel/kalça oranının normal olduğu ve %58.8'inin bel/boy oranının normal aralıkta olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). KKTC'de ikamet süresine göre Bel/Kalça oranların dağılımları arasındaki fark önemlidir (χ^2=7.50, p=0.02)

Tablo 4.12. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre antropometrik ölçüm değerlerinin dağılımı.

Antropometrik ölçümler	KKTC'de ikamet süresi (yıl)						Toplam		p
	<5		5-10		≥10				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
BKI (kg/m²)									
<18.50	0	0	0	0	0	0	0	0	
18.50 - 24.99	25	61.0	21	65.6	12	70.6	58	64.4	
25.00 - 29.99	7	17.1	6	18.8	4	23.5	17	18.9	0.67
≥30.00	9	22.0	5	15.6	1	5.9	15	16.7	
Bel çevresi (cm)									
Kadın < 80, Erkek < 94	19	46.3	13	40.6	8	47.1	40	44.4	
Kadın 80-88, Erkek 94-102	5	12.2	9	28.1	7	41.2	21	23.3	0.08
Kadın ≥ 88, Erkek ≥ 102	17	41.5	10	31.2	2	11.8	29	32.2	

Tablo 4.12 (devam). Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre antropometrik ölçüm değerlerinin dağılımı.

Antropometrik ölçümler	KKTC'de ikamet süresi (yıl)						Toplam		p
	<5		5-10		≥10				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bel/Kalça oranı									
Kadın < 0.85, Erkek < 0.90	16	39.0	19	59.4	13	76.5	48	53.3	0.02*
Kadın ≥ 0.85, Erkek ≥ 0.90	25	61.0	13	40.6	4	23.5	42	46.7	
Bel/Boy oranı									
≥0.4-<0.5	17	41.5	13	40.6	10	58.8	40	44.4	
≥0.5-<0.6	16	39.0	12	37.5	6	35.3	34	37.8	0.60
≥0.6	8	19.5	7	21.9	1	5.9	16	17.8	

*p≤0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre vücut ağırlıkları, BKI, bel çevresi, boyun çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranlarının ortalamaları arası farkları istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması.

Antropometrik ölçümler	KKTC'de ikamet süresi (yıl)			p
	< 5 (n=41)	5-10 (n=32)	≥ 10 (n=17)	
Vücut ağırlığı (kg)	74.6±19.70	72.9±23.14	66.8±9.08	0.56
BKI (kg/m^2)	25.4±5.83	25.6±6.97	23.6±3.10	0.90
Bel çevresi (cm)	89.8±15.66	89.3±17.79	83.3±9.48	0.41
Bel / Kalça oranı	0.88±0.10	0.87±0.10	0.82±0.07	0.07
Bel / Boy oranı	0.52±0.08	0.53±0.10	0.49±0.06	0.29
Boyun çevresi (cm)	35.4±1.45	34.5±4.76	32.9±1.45	0.33

*p≤0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemllilik düzeyi)

Tablo 4.14 ve 4.15'e göre erkeklerin BKİ ile bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arasında pozitif yönde kuvvetli ve önemli ilişki belirlenmiştir ($0.50 \leq r \leq 0.99$; $p<0.001$). Kadınların BKİ ile bel çevresi ve bel/boy oranı arasında pozitif yönde kuvvetli ve önemli ilişki varken, BKI ile bel/kalça oranı arasında pozitif yönde zayıf ama önemli ilişki vardır.

Tablo 4.14. Erkek bireylerin BKİ ile bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki.

	BKİ, kg/m^2	
	r	**p**
Bel çevresi, cm	0.968	0.000*
Bel / Kalça oranı	0.747	0.000*
Bel / Boy oranı	0.954	0.000*

Tablo 4.15. Kadin bireylerin BKİ ile bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki.

	BKİ, kg/m^2	
	r	**p**
Bel çevresi, cm	0.872	0.000*
Bel / Kalça oranı	0.369	0.002*
Bel / Boy oranı	0.875	0.000*

4.4. Bireylerin Akdeniz Diyetine Uyumu

Tablo 4.16.'da katılımcıların MDAS aralığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi kadınlar arasında %84.5'i (n=60) ve erkekler arasında %73.7'si (n=14) orta (7-12 puan) MDAS aralığı grubunda yer almaktadır. Yüksek (13-18 puan) MDAS aralığında olan kadınların oranı ise %6.7'dir.

Tablo 4.16. Bireylerin cinsiyete ve MDAS değerlerine göre dağılımı.

	Cinsiyet				Toplam (n=90)	
	Erkek (n=19)		Kadın (n=71)			
MDAS Aralığı	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
0-6 (düşük)	5	26.3	5	7.0	10	11.1
7-12 (orta)	14	73.7	60	84.5	74	82.2
13-18 (yüksek)	0	0.0	6	8.5	6	6.7
Toplam	19	100.0	71	100.0	90	100.0

Tablo 4.17.'de görüldüğü gibi, kadınların MDAS ortalama (±S) değeri 9.7±2.21 olup, erkeklerde daha düşüktür (8.0±2.65). Cinsiyete göre MDAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (t= 2.790, p=0.006).

Tablo 4.17. Katılımcıların cinsiyete göre MDAS ortalama (χ) ve standart sapma (S) değerleri.

Cinsiyet	MDAS	T-test	
	χ±S	t	p
Erkek	8.0±2.65	2.79	0.006*
Kadın	9.7±2.21		

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Tablo 4.18'e göre erkeklerin MDAS ile antropometrik ölçümler arasında ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.18. Erkek katılımcıların MDAS ile vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki.

Antropometrik ölçümler	MDAS	
	r	p
Vücut ağırlığı (kg)	0.06	0.82
BKI (kg/m^2)	0.08	0.76
Bel çevresi (cm)	0.07	0.78
Kalça çevresi (cm)	0.05	0.84
Boyun çevresi (cm)	0.09	0.71
Bel / Kalça oranı	0.08	0.75
Bel / Boy oranı	0.08	0.75

* $p \leq 0.05$ (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Tablo 4.19'a göre kadınların MDAS ile vücut ağırlığı, BKI, kalça çevresi ve boyun çevresi ilişki yoktur. MDAS ile bel çevresi ve bel/boy oranı arasında negatif yönde zayıf ve önemsiz ilişki varken ($r=-0.13$; $p>0.05$, $r=-0.12$; $p>0.05$), MDAS ile bel/kalça oranı arasında negatif yönde zayıf ama önemli ilişki saptanmıştır ($r=-0.32$; $p=0.01$).

Tablo 4.19. Kadın katılımcıların MDAS ile vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki.

Antropometrik ölçümler	MDAS	
	r	p
Vücut ağırlığı (kg)	0.01	0.96
BKI (kg/m^2)	0.02	0.85
Bel çevresi (cm)	-0.13	0.29
Kalça çevresi (cm)	0.03	0.79

Tablo 4.19 (devam). Kadın katılımcıların MDAS ile vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki.

Antropometrik ölçümler	MDAS	
	r	p
Boyun çevresi (cm)	-0.02	0.89
Bel / Kalça oranı	-0.32	0.01*
Bel / Boy oranı	-0.12	0.32

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Sağlık durumlarına göre değerlendirme yapıldığında bireylerin MDAS ortalamaları arası fark önemsiz bulunmuştur (F=1.280, p=0.286). Ayrıca, bireylerin eşlerinin uyruklarının dağılımına göre MDAS ortalamaları arası fark da önemsiz bulunmuştur (F=1.922, p=0.132) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Bireylerin sağlık durumu ve eşlerinin uyruğuna göre MDAS ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma değerleri (S).

	MDAS		
	$\bar{x}$ ±S	F	p
Sağlık durumu			
Sağlıklı	9.25±2.53		
KVH	8.40±1.90	1.280	0.286
KC-safra-böbrek	10.44±1.88		
Ülser-gastrit	9.83±1.83		
Eş ve uyruğu			
Yok	8.92±2.18		
Rus	8.94±2.43	1.922	0.132
Kıbrıslı / Türkiyeli	10.30±2.10		
Diğer	9.67±3.79		

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Tablo 4.21.'e göre KKTC'de 5 yıldan az süre ikamet eden bireylerin MDAS ortalaması (±SD) 8.7±2.5, 5-10 yıl ikamet edenlerde MDAS ortalaması 9.4±1.9, 10 yıl ve üzeri ikamet edenlerin MDAS ortalaması ise 10.6±2.5'tir.

MDAS dağılımına göre ikamet süreleri arası farkın önemli ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Fark önemli olduğu için puanlara göre farklılıklar ikişer ikişer karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonrası KKTC'de 5 yıldan az ikamet eden bireylerin MDAS puanları ile 10 yıl ve üzeri sürede ikamet edenlerin MDAS puanları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.025$).

Tablo 4.21. Bireylerin MDAS ile KKTC'de ikamet süresi arasında ilişki.

İkamet süresi (yıl)		MDAS aralığı						p
		0-6 (düşük)		7-12 (orta)		13-18 (yüksek)		
	$\bar{x}$ ±S	n	%	n	%	n	%	
< 5	8.7±2.5	6	14.6	33	80.5	2	4.9	
5-10	9.4±1.9	2	6.3	30	93.8	0	0.0	0.02*
≥ 10	10.6±2.5	2	11.8	11	64.7	4	23.5	

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Tablo 4.22.'de görüldüğü gibi, MDAS değeri 0-6 arasında olan bireylerde vücut ağırlığı 85.3±23.48 kg olup, MDAS 7-12 arasında olanlarda 70.7±18.98 kg'dır. MDAS puanı 13-18 arasında olan bireylerde ise vücut ağırlığı 73.6±14.58 kg olduğu saptanmıştır.

MDAS puanı 0-6 arasında olan bireylerde BKİ (27.58±5.96 kg/m^2), bel çevresi (98.40±16.24 cm), bel/kalça oranı (0.93±0.11), bel/boy oranı (0.56±0.08) ve boyun çevresi (37.70±5.08 cm) değerleri, MDAS yüksek olan bireylere göre daha yüksektir. Ancak MDAS ile bel/kalça çevresi arası ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($F=3.50$, $p=0.04$). Bu değişkenler için hangi skor aralıklarında farklılıklar olduğunu saptanması için Post Hoc testlerinden "Tukey HSD" testi uygulanmıştır. Böylece, bel/kalça oranı için MDAS 0-6 ile MDAS 7-12 değerleri arası fark önemli bulunmuştur ($p=0.05$).

Tablo 4.22. Bireylerin MDAS aralığına göre antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması.

Antropometrik ölçümler	MDAS aralığı			p
	0-6 (n=10)	7-12 (n=74)	13-18 (n=6)	
Vücut ağırlığı (kg)	85.3±23.48	70.7±18.98	73.6±14.58	0.09
BKI (kg/m^2)	27.6±5.96	24.7±5.91	25.2±5.88	0.33
Bel çevresi (cm)	98.4±16.24	87.1±15.51	87.3±10.52	0.10
Bel / Kalça oranı	0.93±0.11	0.86±0.09	0.82±0.07	0.04*
Bel / Boy oranı	0.6±0.08	0.5±0.09	0.5±0.61	0.29
Boyun çevresi (cm)	37.7±5.08	34.2±4.18	34.3±2.16	0.05

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

4.5. Bireylerin Besin Tüketim Durumu

Tablo 4.23'de araştırma kapsamına alınan bireylerin cinsiyetlerine göre besin gruplarına ve bu gruptaki besinlere ait günlük tüketilen miktarlarının ortalama, standart sapma, standart hata, medyan, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Tablo 4.24'te ise bireylerin cinsiyete göre besin gruplarına ait ortalama besin tüketim miktarları ve önemlilik düzeyi gösterilmiştir. Günlük ortalama süt ve süt ürünleri grubu tüketimi erkek bireylerde 233.1±274.9, kadın bireylerde 173.8±160.1 mL'dir. Erkeklerin ortalama et-yumurta-kuru baklagil tüketimi 273.0±143.7 g, kadın bireylerin ise 156.7±9 g'dır. Bireylerin cinsiyetlerine göre toplam et, yumurta, kuru baklagil tüketim miktarları ($p<0.05$) ile et ürünlerin tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin ekmek ve tahılları tüketim ortalaması 202.4±153.3 g iken, kadın bireylerin 132.8±98.4 g'dır. Bu tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin günlük ekmek tüketim ortalaması 100.9±79.4 g olup kadın bireylerin tüketim ortalaması 55.6±50.0 g'dır. Bireylerin cinsiyetlerine göre ekmeğin tüketim

miktarları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Taze sebze ve meyve tüketim ortalamalarına bakıldığında erkeklerin tüketim ortalaması 607.6±359.4 g, kadınların ise 521.3±308.5 g'dır.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin ortalama yağ tüketiminin 28.9±17.5 g, kadın bireylerin 21.4±24.8 g olduğu saptanmıştır. Ayrıca, katı yağların tüketim ortalaması erkeklerde 7.89±12.2 g ve kadınlarda 2.2±5.7 g olup miktarlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

Erkek bireylerin tatlı tüketim ortalaması 15.47±21.6 g, kadın bireylerin tüketim ortalaması ise 22.5±35.6 g'dır.

Tablo 4.23. Bireylerin cinsiyete göre besinleri günlük tüketim miktarlarının ortalama, standart sapma, standart hata, medyan, minimum ve maksimum değerleri.

Besin	Erkek (n:19)						Kadın (n:71)						Toplam (n:90)					
	$\overline{X}$	SD	SEM	Med	Min	Max	$\overline{X}$	SD	SEM	Med	Min	Max	$\overline{X}$	SD	SEM	Med	Min	Max
Süt ve süt ürünleri	233.1	274.9	63.1	150.0	0	1100	173.8	160.1	19.0	120.0	0	600	186.3	189.8	20.01	125.0	0	1100
Süt, yoğurt	205.2	278.9	64.0	101.0	0	1100	147.5	159.1	18.9	100.0	0	600	159.6	190.3	20.1	100.0	0	1100
Peynir çeş.	27.9	49.8	11.4	0.0	0	180	26.3	41.9	5.0	0.0	0	240	26.6	43.4	4.6	0.0	0	240
Et, Yumurta, Kuru baklagil	273.0	143.7	33.0	282.0	0	650	156.7	92.9	11.0	150.0	0	381	181.2	115.0	12.1	180.0	0	650
Et ve ürünleri	77.6	89.1	20.4	32.0	0	250	23.8	41.7	4.9	0.0	0	140	35.2	58.8	6.2	0.0	0	250
Tavuk	93.3	100.0	22.9	60.0	0	294	54.8	76.5	9.1	0.0	0	302	62.9	82.9	8.7	0.0	0	302
Balık	48.4	69.5	16.0	0.0	0	210	41.8	70.9	8.4	0.0	0	270	43.2	70.3	7.4	0.0	0	270
Yumurta	48.8	54.1	2.4	39.0	0	151	30.7	40.7	4.8	0.0	0	143	34.5	44.2	4.7	1.5	0	151
Kuru baklagil	4.8	12.6	2.9	0.0	0	43	5.6	12.9	1.53	0.0	0	58	5.5	12.8	1.4	0.0	0	58
Ekmek ve Tahıllar	202.4	153.3	35.2	170.0	60	680	132.8	98.4	11.7	105.0	0	600	147.5	114.8	12.1	119.5	0	680
Ekmek	101.0	79.4	18.2	80.0	0	296	55.6	50.0	5.9	50.0	0	285	65.2	59.9	6.3	50.0	0	296
Diğer tahıl	101.5	148.8	34.1	80.0	0	600	77.3	87.2	10.4	50.0	0	354	82.4	102.8	10.8	50.0	0	600
Taze meyve ve sebze	607.6	359.4	82.4	574.0	36	1337	521.3	308.5	36.6	496.0	18	1670	539.5	319.7	33.7	520.5	18	1670
Patates	59.3	108.0	24.8	0.0	0	300	22.2	54.0	6.4	0.0	0	300	30.0	69.9	7.4	0.0	0	300
Sebze	251.8	166.0	38.1	248.0	0	509	231.2	162.1	19.2	211.0	0	816	235.6	162.2	17.1	217.0	0	816
Meyve	296.5	235.3	54.0	264.0	0	828	267.9	237.8	28.2	252.0	0	1166	273.9	236.2	24.9	253.5	0	1166
Yağlar	29.0	17.5	4.0	28.0	0	70	21.4	24.8	2.9	17.0	0	169	23.0	23.5	2.5	20.0	0	169
Katı yağ	7.9	12.2	2.8	0.0	0	40	2.2	5.7	0.7	0.0	0	30	3.4	7.8	0.8	0.0	0	40
Sıvı yağ	15.3	14.3	3.3	10.0	0	51	10.3	9.1	1.1	10.0	0	33	11.3	10.5	1.1	10.0	0	51
Yağlı tohum	5.8	14.7	3.4	0.0	0	50	8.9	22.4	2.7	0.0	0	150	8.2	21.0	2.2	0.0	0	150
Tatlılar	15.5	21.6	5.0	0.0	0	70	22.5	35.6	4.2	8.0	0	184	24.2	33.2	0.5	5.0	0	184

Tablo 4.24. Bireylerin cinsiyete göre ortalama besin tüketim miktarları (g/gün) ve önemlilik testi.

Besin	Cinsiyet		Toplam (n:90)	t / Z	p
	Erkek (n:19)	Kadın (n:71)			
Süt ve süt ürünleri	233.11±274.9	173.8±160.1	186.3±189.8	1.21	0.23
Süt, yoğurt	278.94±64.0	147.5±159.1	159.6±190.3	-0.38	0.71
Peynir çeş.	27.89±49.8	26.3±41.9	26.6±43.4	0.14	0.89
Et, Yumurta, Kuru baklagil	273.00±143.7	156.7±92.9	181.2±115.0	4.280	<0.001*
Et ve ürünleri	77.63±89.1	23.8±41.7	35.2±58.8	-2.51	0.012*
Tavuk	93.26±100.0	54.8±76.5	62.9±82.9	1.52	0.13
Balık	48.42±69.5	41.8±70.9	43.2±70.3	0.37	0.72
Yumurta	48.84±54.1	30.7±40.7	34.5±44.2	1.61	0.11
Kuru baklagil	4.84±12.6	5.6±12.9	5.5±12.8	0.24	0.81
Ekmek ve Tahıllar	202.42±153.3	132.8±98.4	147.5±114.8	2.02	0.04*
Ekmek	100.95±79.4	55.6±50.0	65.2±59.9	2.64	0.01*
Diğer tahıl	101.47±148.8	77.3±87.2	82.4±102.8	0.91	0.36
Taze meyve ve sebze	607.58±359.4	521.3±308.5	539.5±319.7	1.05	0.30
Patates	59.32±108.0	22.2±54.0	30.0±69.9	-0.88	0.38
Sebze	251.79±166.0	231.2±162.1	235.6±162.2	0.49	0.63
Meyve	296.47±235.3	267.9±237.8	273.9±236.2	0.47	0.64
Yağlar	28.95±17.5	21.4±24.8	23.0±23.5	1.24	0.22
Katı yağ	7.89±12.2	2.2±5.7	3.4±7.8	-2.72	0.01*
Sıvı yağ	15.26±14.3	10.3±9.1	11.3±10.5	-1.167	0.24
Yağlı tohum	5.79±14.7	8.9±22.4	8.24±21.0	0.57	0.57
Tatlılar	15.47±21.6	22.5±35.6	24.2±33.2	0.82	0.415

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Araştırma kapsamına alınan bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre günlük tüketilen besin miktarlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.25'te verilmiştir.

KKTC'de <5 yıl, 5-10 ve ≥10 yıl ikamet eden bireylerin ortalama 'süt ve süt ürünleri' grubu tüketimi sırasıyla 128.3±152.7 g, 245.6±215.5 g ve 214.4±188.9 g bulunmuştur. Bireylerin ikamet süresine göre toplam süt ve süt ürünleri tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrıca, bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre süt ve yoğurt tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) olup <5 yıl ikamet eden bireylerin tüketim ortalama değeri 104.2±147.9 g, 5-10 yıl ikamet eden bireylerin 211.3±224.0 g, 10 ve üzeri süre ikamet edenlerin ise 196.1±186.6 g'dır.

Tablo 4.25. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre besin gruplarına ait ortalama besin tüketim miktarları (g/gün).

Besin	KKTC'de ikamet süresi (yıl)			Toplam (n:90)	F / χ^2	p
	< 5 (n:41)	5-10 (n:32)	≥ 10 (n:17)			
Süt ve süt ürünleri	128.3±152.7	245.6±215.5	214.4±188.9	186.3±189.8	3.90	0.02*
Süt, yoğurt	104.2±147.9	211.3±224.0	196.1±186.6	159.6±190.2	3.41	0.04*
Peynir çeş.	24.1±36.1	34.3±56.9	18.2±27.2	26.6±43.4	0.88	0.42
Et, Yumurta, Kuru baklagil	203.1±114.9	167.2±122.3	154.8±96.2	181.2±115.0	1.45	0.24
Et ve ürünleri	39.5±60.4	32.6±62.7	29.4±48.8	35.2±58.8	0.22	0.80
Tavuk	65.5±81.6	69.8±88.8	43.8±76.2	62.9±82.9	0.58	0.56
Balık	52.3±78.7	32.6±58.2	41.2±70.8	43.2±70.3	0.71	0.50
Yumurta	40.7±46.4	26.2±40.4	35.1±45.5	34.5±44.2	0.96	0.39
Kuru baklagil	5.1±13.8	6.0±12.8	5.3±10.7	5.5±12.8	0.04	0.96
Ekmek ve Tahıllar	142.6±91.8	156.5±147.7	142.5±98.9	147.5±114.8	0.15	0.86
Ekmek	61.4±44.5	64.3±70.1	76.0±72.7	65.2±59.9	0.36	0.70
Diğer tahıl	81.2±94.0	92.3±121.9	66.5±85.9	82.4±102.8	0.35	0.71

Tablo 4.25 (devam). Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre besin gruplarına ait ortalama besin tüketim miktarları (g/gün).

Besin	KKTC'de ikamet süresi (yıl)			Toplam (n:90)	F / χ^2	p
	< 5 (n:41)	5-10 (n:32)	≥ 10 (n:17)			
Taze meyve ve sebze	551.7±339.5	534.5±347.2	519.5±214.5	539.5±319.7	0.07	0.94
Patates	35.1±74.7	35.6±78.8	7.1±22.6	30.0±69.9	1.71	0.43
Sebze	234.5±168.3	204.8±140.8	296.1±177.1	235.6±162.2	1.79	0.17
Meyve	282.0±243.4	294.1±255.7	216.3±176.5	273.9±236.2	0.64	0.53
Yağlar	22.8±20.1	24.9±29.2	20.0±20.1	23.0±23.5	0.24	0.78
Katı yağ	4.5±9.0	3.6±8.0	0.5±1.5	3.4±7.8	3.20	0.20
Sıvı yağ	11.1±11.5	11.2±9.1	12.4±11.1	11.3±10.5	0.10	0.91
Yağlı tohum	7.2±17.3	10.2±27.6	7.1±14.6	8.2±21.0	0.22	0.81
Tatlılar	20.1±31.7	24.0±38.4	17.5±26.7	21.0±33.2	0.24	0.79

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

MDAS değerlerine göre karşılaştığında besin tüketim ortalamaları arası farklar önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Bireylerin KKTC'de MDAS değerlerine göre besin gruplarına ait ortalama besin tüketim miktarları (g/gün).

Besin	MDAS			Toplam (n:90)	F / χ^2	p
	0-6 (n=10)	7-12 (n=74)	13-18 (n=6)			
Süt ve süt ürünleri	172.8±147.8	193.4±200.2	120.8±104.4	186.3±189.8	0.43	0.65
Süt, yoğurt	160.8±146.6	166.7±200.2	70.8±100.5	159.6±190.3	0.70	0.50
Peynir çeş.	12.0±25.3	26.7±44.2	50.0±52.9	26.6±43.4	1.45	0.24
Et, Yumurta, Kuru baklagil	230.8±123.3	180.4±114.3	108.5±79.2	181.2±115.0	2.19	0.12
Et ve ürünleri	45.2±57.0	36.7±60.8	0	35.2±58.8	3.98	0.32
Tavuk	78.7±92.0	65.9±83.5	0	62.9±82.9	5.3	0.07
Balık	58.7±92.2	40.1±67.2	55.0±76.9	43.2±70.3	0.39	0.68
Yumurta	36.5±49.9	32.7±42.2	53.5±61.5	34.5±44.2	0.62	0.54
Kuru baklagil	11.7±17.5	5.1±12.4	0	5.5±12.8	4.90	0.09
Ekmek ve Tahıllar	142.5±105.2	153.1±118.9	86.8±59.8	147.5±114.8	0.93	0.40
Ekmek	81.0±46.2	63.6±62.1	57.5±55.7	65.2±59.9	0.42	0.66
Diğer tahıl	61.5±79.4	89.5±107.9	29.3±40.0	82.4±102.8	1.19	0.31
Taze meyve ve sebze	536.0±340.9	530.0±314.9	662.5±379.1	539.5±319.7	0.47	0.63
Patates	83.1±123.0	23.9±59.5	16.7±40.8	30.0±69.9	2.98	0.23
Sebze	215.7±133.6	235.4±170.2	271.0±103.9	235.6±162.2	0.21	0.81
Meyve	237.2±188.0	270.7±232.6	374.8±353.0	273.9±236.2	0.67	0.51
Yağlar	23.3±17.5	24.2±24.8	7.7±6.3	23.0±23.5	1.39	0.26
Katı yağ	7.1±13.7	3.1±7.0	2.0±3.4	3.4±7.8	0.54	0.76
Sıvı yağ	14.2±15.8	11.5±9.8	4.3±5.2	11.3±10.5	2.93	0.23
Yağlı tohum	2.0±6.3	9.7±22.8	1.3±3.3	8.2±21.0	0.93	0.40
Tatlılar	7.0±14.9	23.2±34.0	18.0±42.2	21.0±33.2	1.08	0.35

* $p \leq 0.05$ (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Tablo 4.27'de bireylerin cinsiyete göre günlük enerji ve bazı besin ögeleri alım miktarlarının ortalama, standart sapma, standart hata, medyan, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir.

Tablo 4.27. Bireylerin cinsiyete göre günlük enerji ve besin ögeleri alım miktarlarının ortalama, standart sapma, standart hata, medyan, minimum ve maksimum değerleri.

Enerji ve Makrobesinler / gün	Erkek (n:19)						Kadın (n:71)						Toplam (n:90)					
	$\overline{X}$	SD	SEM	Med	Min	Max	$\overline{X}$	SD	SEM	Med	Min	Max	$\overline{X}$	SD	SEM	Med	Min	Max
Enerji (kkal)	1957.8	628.2	144.1	1851.2	711.5	3206.6	1372.1	334.4	39.7	1304.5	697.6	2250.8	1495.8	474.9	50.1	1374.5	697.6	3206.6
CHO (g)	185.6	73.4	16.8	174.7	79.7	364.5	139.8	41.5	4.9	139.9	65.1	277.8	149.5	52.9	5.6	142.0	65.1	364.5
CHO (E%)	40.1	8.4	1.9	42.0	24.0	53.0	42.8	10.4	1.2	42.0	19.0	79.0	42.4	10.0	1.06	42.0	19.0	79.0
Lif (g)	20.7	9.6	2.2	16.1	8.8	45.9	16.7	7.1	0.8	15.7	3.4	40.4	17.5	7.8	0.8	16.1	3.4	45.9
Protein (g)	93.1	34.0	7.8	88.3	45.4	183.7	61.4	21.0	2.5	58.6	12.3	112.3	68.1	27.4	2.9	64.8	12.3	183.7
Protein (E%)	20.4	4.4	1.0	22.0	13.0	29.0	18.7	5.5	0.7	19.0	6.0	31.0	19.0	5.3	0.6	19.0	6.0	31.0
Yağ (g)	85.8	35.7	8.2	76.6	21.4	148.6	59.8	25.3	3.0	55.9	10.1	158.4	65.3	29.6	3.1	60.4	10.1	158.4
Yağ (E%)	39.5	8.4	1.9	38.0	25.0	54.0	38.4	10.4	1.2	39.0	13.0	69.0	38.6	10.0	1.1	38.5	13.0	69.0
SAFA (g)	31.1	16.7	3.8	28.9	6.3	59.4	21.7	12.9	1.5	18.3	4.8	79.3	23.7	14.2	1.5	20.1	4.8	79.3
MUFA (g)	31.0	14.6	6.4	28.1	10.8	64.6	21.5	9.5	1.1	20.0	2.4	57.3	23.5	11.3	1.2	20.5	2.4	64.6
PUFA (g)	17.2	9.4	2.2	16.9	3.0	32.2	12.2	7.3	0.9	10.4	1.8	35.8	13.3	8.0	0.8	11.3	1.8	35.8
Kolesterol (mg)	455.2	295.0	67.7	436.6	94.9	1091.9	274.2	170.1	20.2	258.7	0.0	691.1	312.4	214.2	22.6	268.9	0.0	1091.9
Vitamin A (mcg)	1854.0	2164.2	496.5	962.2	402.8	9597.1	1131.3	1499.0	177.9	784.8	192.4	12233.6	1283.9	1674.1	176.5	846.0	192.4	12233.6
Vitamin C (mg)	133.0	105.8	24.3	101.3	5	415.4	106.8	88.6	10.5	78.3	4.5	461.6	112.3	92.5	9.8	84.5	4.5	461.6
Vitamin E (g)	17.4	9.8	2.3	14.6	4.6	35.5	11.8	5.6	0.7	11.0	3.8	32.5	13.0	7.0	0.7	11.5	3.8	35.5
Vitamin B1 (mg)	1.2	0.6	0.1	1.0	0.43	2.7	0.8	0.3	0.03	0.8	0.23	1.72	0.9	0.4	0.04	0.8	0.2	2.7
Vitamin B2 (mg)	1.6	0.8	0.2	1.5	0.4	3.5	1.1	0.4	0.1	1.0	0.4	3.0	1.2	0.6	0.1	1.1	0.4	3.5
Niasin (mg)	34.6	14.4	3.3	34.1	14.7	66.0	24.2	10.8	1.3	22.2	6.7	58.4	26.4	12.3	1.3	23.3	6.7	66.0
Kalsiyum (mg)	842.1	635.1	145.7	624.8	186.9	2610.4	609.1	271.2	32.2	626.0	149.1	1368.2	658.2	385.4	40.6	625.4	149.1	2610.4
Demir (mg)	13.3	5.3	1.2	12.6	5.0	28.8	9.2	2.8	0.3	8.7	3.8	19.2	10.1	3.8	0.4	9.5	3.8	28.8
Çinko (mg)	11.7	4.8	1.1	12.0	4.3	23.4	7.6	2.3	0.3	7.7	2.3	15.1	8.5	3.4	0.4	8.0	2.3	23.4

Tablo 4.28 incelendiğinde, erkeklerin ortalama 1957.8±628.2 kkal, kadınların ortalama 1372.1±334.4 kkal enerji tükettiği saptanmıştır. Kadın ve erkek bireylerin enerji tüketimleri arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireylerin CHO, protein ve yağ tüketim miktarlarının ortalamaları sırasıyla, erkek bireyler için 185.6±73.4 g, 93.1±34.0 g, 85.8±35.7 g, kadın bireyler için sırasıyla 139.8±41.5 g, 61.4±21.0 g, 59.8±25.3 g'dır. Bireylerin cinsiyetlerine göre makro besin öğeleri tüketim miktarları ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bireylerin cinsiyetlerine göre kolesterol, doymuş yağ, tekli doymamış yağ ve çoklu doymamış yağ tüketim miktarları incelendiğinde, erkeklerde ortalama tüketim miktarı sırasıyla 455.2±295.0 mg, 31.1±16.7 g, 31.0±14.6 g ve 17.2±9.4 g, kadınlarda ise 274.2±170.1 mg, 21.7±12.9 g, 21.5±9.5 g ve 12.2±7.3 g'dır. Kadın ve erkek bireylerin kolesterol, doymuş yağ, tekli doymamış yağ ve çoklu doymamış yağ asidi tüketim miktarları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre vitamin-mineral alım miktarlarına bakıldığında, erkek ve kadın bireylerin A ve C vitamini tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$), fakat E, B1, B2 vitamini, niasin, demir ve çinko tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak kalsiyumun tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Erkeklerin adı geçen vitamin-mineral tüketim miktarları kadın bireylere kıyasla belirli derecede daha yüksektir.

Tablo 4.28. Bireylerin cinsiyete göre ortalama enerji ve besin ögeleri alım miktarları (g/gün).

Enerji ve Besin Ögeleri	Cinsiyet		Toplam (n:90)	t/Z	p
	Erkek (n:19	Kadın (n:71))			
Enerji (kkal)	1957.8±628.2	1372.1±334.4	1495.8±474.9	-4.14	<0.001*
CHO (g)	185.6±73.4	139.8±41.5	149.5±52.9	-2.54	0.01*
CHO (E%)	40.1±8.4	42.8±10.4	42.4±10.0	1.05	0.30
Posa (g)	20.7±9.6	16.7±7.1	17.5±7.8	2.00	0.05*
Protein (g)	93.1±34.0	61.4±21.0	68.1±27.4	-3.83	<0.001*
Protein (E%)	20.4±4.4	18.7±5.5	19.0±5.3	1.25	0.22
Yağ (g)	85.8±35.7	59.8±25.3	65.3±29.6	-3.03	0.00*
Yağ (E%)	39.5±8.4	38.4±10.4	38.6±10.0	0.42	0.67
SAFA (g)	31.1±16.7	21.7±12.9	23.7±14.2	2.66	0.01*
MUFA (g)	31.0±14.6	21.5±9.5	23.5±11.3	-2.67	0.01*
PUFA (g)	17.2±9.4	12.2±7.3	13.3±8.0	2.48	0.02*
Kolesterol (mg)	455.2±295.0	274.2±170.1	312.4±214.2	-2.51	0.01*
Vitamin A (mcg)	1854.0±2164.2	1131.3±1499.0	1283.9±1674.1	1.69	0.10
Vitamin C (mg)	133.0±105.8	106.8±88.6	112.3±92.5	1.10	0.28
Vitamin E (g)	17.4±9.8	11.8±5.6	13.0±7.0	-2.24	0.03*
Vitamin B1 (mg)	1.2±0.6	0.8±0.3	0.9±0.4	-2.70	0.01*
Vitamin B2 (mg)	1.6±0.8	1.1±0.4	1.2±0.6	-2.99	0.003*
Niasin (mg)	34.6±14.4	24.2±10.8	26.4±12.3	3.49	0.001*
Kalsiyum (mg)	842.1±635.1	609.1±271.2	658.2±385.4	-0.79	0.43
Demir (mg)	13.3±5.3	9.2±2.8	10.1±3.8	-3.58	<0.001*
Çinko (mg)	11.7±4.8	7.6±2.3	8.5±3.4	-3.56	<0.001*

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

KKTC'de 5-10 yıl arası ikamet eden bireylerde enerji, karbonhidrat, protein, yağ (doymuş ve doymamış), E, B1, B2, niasin, kalsiyum, demir ve çinko vitamin-mineral tüketim miktarları 5 yıldan daha az ve 10 yıldan daha fazla süre ikamet eden bireylere kıyasla belirli derecede daha yüksektir. Ancak, araştırmaya

katılan bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre enerji, makro ve mikro besinlerin tüketim miktarları arası farklar önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre ortalama enerji ve besin öğeleri tüketim miktarları (g/gün).

Enerji ve Besin Ögeleri	KKTC'de ikamet süresi (yıl)			Toplam (n:90)	F	p
	< 5 (n:41)	5-10 (n:32)	≥ 10 (n:17)			
Enerji (kkal)	1460.3±408.5	1625.3±551.8	1337.5±428.8	1495.8±474.9	2.32	0.11
CHO (g)	140.9±41.0	165.0±65.7	141.1±47.6	149.5±52.9	1.94	0.38
CHO (E%)	41.2±10.4	42.5±10.2	44.2±8.9	42.2±10.0	0.53	0.59
Posa (g)	15.9±5.3	18.4±10.7	19.9±5.5	17.5±7.8	5.14	0.08
Protein (g)	68.0±24.8	70.8±31.5	63.5±25.8	68.1±27.4	0.39	0.68
Protein (E%)	19.5±5.8	18.1±4.7	19.5±4.9	19.0±5.3	0.73	0.48
Yağ (g)	64.7±28.3	71.6±33.7	55.0±21.9	65.3±29.6	1.80	0.17
Yağ (E%)	39.1±9.9	39.3±11.4	36.2±7.1	38.6±10.0	0.60	0.55
SAFA (g)	23.5±13.7	26.5±16.8	18.7±8.2	23.7±14.2	2.07	0.36
MUFA (g)	23.5±11.3	24.6±12.6	21.3±8.8	23.5±11.3	0.48	0.62
PUFA (g)	12.8±8.2	15.5±8.2	10.4±6.1	13.3±8.0	2.50	0.09
Kolesterol (mg)	353.1±237.8	278.6±199.3	277.9±170.4	312.4±214.2	1.37	0.26
Vitamin A (mcg)	1543.7±2277.6	1130.5±954.4	946.1±717.4	1283.9±1674.1	0.97	0.38
Vitamin C (mg)	106.5±82.1	110.8±107.1	129.3±90.2	112.3±92.5	0.37	0.69
Vitamin E (g)	12.9±6.5	13.8±7.9	11.7±6.5	13.0±7.0	0.52	0.60
Vitamin B1 (mg)	0.8±0.3	1.0±0.6	0.9±0.3	0.9±0.4	1.85	0.40
Vitamin B2 (mg)	1.2±0.6	1.3±0.6	1.2±0.3	1.2±0.6	0.23	0.80
Niasin (mg)	26.5±11.9	27.1±12.9	24.6±12.8	26.4±12.3	0.23	0.80
Kalsiyum (mg)	577.0±309.3	773.2±481.1	637.7±308.2	658.2±385.4	2.43	0.09
Demir (mg)	9.9±3.4	10.4±5.0	9.8±2.4	10.1±3.8	0.21	0.82
Çinko (mg)	8.3±3.2	8.9±4.2	8.1±2.3	8.5±3.4	0.46	0.68

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

MDAS aralıklarına göre farklılık sadece besinlerle alınan enerji göstermektedir. Bu değişken için hangi skor aralıklarında farklılıklar olduğunu

Post Hoc testlerinden “Tukey HSD” testi ile karşılaştırıldı ve Orta MDAS ile Yüksek MDAS aralıklarında enerji değerleri arası farkın önemli (p=0.035) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Bireylerin MDAS aralıklarına göre ortalama enerji ve besin ögeleri tüketim miktarları (g/gün).

Enerji ve Besin Ögeleri	MDAS			Toplam	F / χ^2	p
	0-6 (n=10)	7-12 (n=74)	13-18 (n=6)			
Enerji (kkal)	1461.6±389.2	1537.4±482.4	1039.3±257.9	1495.8±474.9	3.24	0.04*
CHO (g)	141.0±28.3	153.7±55.9	112.2±25.6	149.5±52.9	1.89	0.16
CHO (E%)	42.0±6.3	41.9±9.9	46.7±16.3	42.2±10.0	0.62	0.54
Posa (g)	18.0±7.5	17.5±8.0	17.4±6.0	17.5±7.8	0.02	0.98
Protein (g)	75.8±24.8	68.7±27.7	48.1±20.8	68.1±27.4	2.07	0.13
Protein (E%)	22.5±5.4	18.6±4.9	18.7±8.0	19.0±5.3	2.52	0.09
Yağ (g)	59.4±28.9	68.0±29.7	41.8±19.3	65.3±29.6	2.47	0.09
Yağ (E%)	35.7±9.2	39.4±10.0	34.3±10.9	38.6±10.0	1.19	0.31
SAFA (g)	21.0±15.5	24.5±14.4	17.3±9.5	23.7±14.2	0.91	0.41
MUFA (g)	21.0±10.3	24.6±11.4	13.7±6.8	23.5±11.3	2.95	0.06
PUFA (g)	12.5±9.6	13.9±7.9	7.2±3.5	13.3±8.0	2.03	0.14
Kolesterol (mg)	347.4±240.4	308.1±212.9	306.9±219.5	312.4±214.2	0.15	0.86
Vitamin A (mcg)	911.5±412.7	1366.1±1825.4	890.5±607.1	1283.9±1674.1	0.50	0.61
Vitamin C (mg)	115.5±85.5	107.5±93.3	166.6±90.5	112.3±92.5	1.14	0.32
Vitamin E (g)	13.7±10.8	13.3±6.5	8.4±3.4	13.0±7.0	4.06	0.13
Vitamin B1 (mg)	0.9±0.4	0.9±0.4	0.9±0.2	0.9±0.4	0.04	0.96
Vitamin B2 (mg)	1.2±0.4	1.2±0.6	1.1±0.4	1.2±0.6	0.35	0.71
Niasin (mg)	30.6±11.3	26.6±12.5	17.0±6.9	26.4±12.3	2.40	0.10
Kalsiyum (mg)	617.6±248.0	671.8±410.0	558.9±249.2	658.2±385.4	0.30	0.75
Demir (mg)	10.0±3.5	10.2±4.0	8.7±2.1	10.1±3.8	0.43	0.66
Çinko (mg)	8.8±3.5	8.6±3.4	6.4±2.7	8.5±3.4	1.24	0.29

* $p \leq 0.05$ (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

Tablo 4.31'de erkek bireylerin günlük ortalama karbonhidrat tüketimi RDA'nın %142.8±56.4'ünü, kadın bireylerin karbonhidrat tüketimi ise RDA'nın %107.6±31.9'unu karşılamaktadır. Diyet posası tüketiminde erkek bireyler RDA'nın %59.4±34.5'ini, kadınlar %68.1±28.9.0'unu karşılamaktadır. Erkekler protein tüketiminde RDA'nın %166.2±60.8'ini karşılarken bu değer kadınlarda %133.6±45.6 olarak bulunmuştur. Erkek ve kadın bireylerin karbonhidrat ve protein tüketimlerinin RDA'ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin günlük ortalama A vitamini tüketimi RDA'nın %206.0±240.5'ini, E vitamini tüketimi RDA'nın %115.7±65.4'ünü ve C vitamini tüketimi RDA'nın %147.7±117.6'sını karşılarken, kadın bireylerin A vitamini tüketimi RDA'nın %161.6±214.1'ini, E vitamini tüketimi RDA'nın %78.9±37.2'sini ve C vitamini tüketimi RDA'nın %142.4±118.1'ini karşılamaktadır.

Vitamin B1 tüketiminde erkek bireyler %99.6±52.4'ünü, B2 tüketiminde %125.1±62.3'ünü ve Niasin tüketiminde %216.5±89.9'unu karşılarken, kadın bireyler B1 tüketiminde %72.3±26.9'unu, B2 tüketiminde %101.2±36.5'ini ve Niasin tüketiminde %172.5±77.1'ini karşılamaktadır.

Bireylerin cinsiyetlerine göre vitamin E, vitamin B1 ve Niasin tüketimleri RDA'nın karşılanmasında cinsiyetler arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunurken ($p<0.05$), cinsiyetler arasında A, C ve B2 vitamini tüketiminde RDA'nın karşılama oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Erkek bireylerin günlük ortalama kalsiyum tüketimi RDA'nın %84.2±63.5'ini, kadın bireylerin tüketimi ise RDA'nın %59.8±27.3'ünü karşılamaktadır. Demir tüketiminde erkek bireyler RDA'nın %166.0±66.1'ini, kadın bireyler %57.4±24.5'ini, çinko tüketiminde erkek bireyler RDA'nın %106.0±44.0'ını, kadın bireyler %95.2±28.8'ini karşılamaktadır. Cinsiyete göre demir tüketim düzeyi RDA'yı karşılama oranı arasındaki farkı istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p<0.05$), kalsiyum ve çinko tüketimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.31. Bireylerin cinsiyetlerine göre ortalama besin ögeleri alımlarının RDA'yı karşılama oranları (%).

Enerji ve Besin Öğeleri	Cinsiyet		Toplam (n:90)	t/Z	p
	Erkek (n:19)	Kadın (n:71)			
CHO	142.8±56.4	107.6±31.9	115.0±40.7	-2.54	0.01*
Posa	59.4±34.5	68.1±28.9	66.3±30.2	1.12	0.27
Protein	166.2±60.8	133.6±45.6	140.4±50.6	2.57	0.01*
Vitamin A	206.0±240.5	161.6±214.1	171.0±219.3	0.78	0.44
Vitamin C	147.7±117.6	142.4±118.1	143.5±117.4	0.17	0.86
Vitamin E	115.7±65.4	78.9±37.2	86.6±46.7	-2.24	0.03*
Vitamin B1	99.6±52.4	72.3±26.9	78.0±35.4	-2.00	0.05*
Vitamin B2	125.1±62.3	101.2±36.5	106.3±43.9	-1.49	0.14
Niasin	216.5±89.9	172.5±77.1	181.8±81.50	2.13	0.04*
Kalsiyum	84.2±63.5	59.8±27.3	65.0±38.8	-0.94	0.35
Demir	166.0±66.1	57.4±24.5	80.4±57.8	-6.21	<0.001*
Çinko	106.0±44.0	95.2±28.8	97.5±32.6	-1.00	0.32

* p≤ 0.05 (Bağımsız gruplarda t test önemlilik düzeyi)

4.6. Bireylerin Besin Tüketim Sıklıkları

Tablo 4.32'de araştırmaya katılan erkek bireylerin, Tablo 4.33'te araştırmaya katılan kadın bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı verilmiştir.

Araştırmaya katılan erkek bireylerin %57.9'u ekmeği, %31.6'sı sütü, %57.9'u sebzeleri (yeşil yapraklı sebze ve patates dışında), %42.1'i meyveleri (turunçgiller dışında), %47.4'ü baharat ve otları, %100'ü suyu, %52.6'sı çay ve %47.4'ü kahveyi her gün tükettiklerini bildirmiştir.

Erkek bireylerin %84.2'si kahvaltılık gevrekleri, %52.6'sı domuz etini, %42.1'i işlenmiş et ürünlerini (salam, sosis vd.), %78.9'u kuru bezelyeyi, %57.9'u kurufasulyeyi, %73.7'si nohutu, %47.4 mercimeği, %89.5'i az yağlı sütü, %63.2'si kefir ve %94.7'si az yağlı kefiri, %78.9'u az yağlı yoğurdu, %73.7'si meyveli

yoğurdu ve %94.7'si az yağlı meyveli yoğurdu, %84.2'si margarini, %63.2'si domuz yağını, %84.2'si şerbetli tatlıları, %89.5'i sütlü tatlıları, %52.6'sı gazlı içecekleri ve %73.7'si kompostoyu ise son 1 ayda hiç tüketmediğini ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan kadın bireylerin %49.3'ü ekmeği, %53.5'i sebzeleri (yeşil yapraklı sebze ve patates dışında), %52.1'i meyveleri (turunçgiller dışında), %49.3'ü baharat ve otları, %32.4'ü zeytinyağını, %97.2'si suyu, %67.7'si çay ve %52.1', kahveyi her gün tükettiklerini belirtmiştir.

Kadınların %69'u kahvaltılık gevrekleri, %67.6'sı domuz etini, %46.5'i işlenmiş et ürünlerini (salam, sosis vd.), %67.6'sı kuru bezelyeyi, %40'ı kurufasulye ve%53.5'i nohutu, %43.7'si süt ve %60.6'sı az yağlı sütü, %70.4'ü kefir ve %88.7'si az yağlı kefir, %67.6'sı yoğurdu, %64.8'i meyveli yoğurdu ve %91.5'i az yağlı meyveli yoğurdu, %35.2'si beyaz peyniri, %87.3'ü margarini, %83.1'i domuz yağını, %53.5'i mayonezi, %76.1'i şerbetli tatlıları, %81.7'si sütlü tatlıları, %62'si gazlı içecekleri ve %78.9'u komposto ise son 1 ayda hiç tüketmediklerini bildirmiştir.

Tablo 4.32. Erkek bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı.

Besinler	Son 1 ayda besin tüketim sıklığı											
	Hergün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		Ayda 1 kez		Çok nadir / Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ekmek ve tahıllar												
Ekmek	11	57.9	3	15.8	2	10.5	1	5.3	0	0.0	2	10.5
Pirinç	0	0.0	0	0.0	2	10.5	12	63.2	4	21.1	1	5.3
Makarna	0	0.0	1	5.3	4	21.1	10	52.6	3	15.8	1	5.3
Bulgur	0	0.0	0	0.0	1	5.3	5	26.3	6	31.6	7	36.8
Karabuğday	0	0.0	0	0.0	2	10.5	2	10.5	10	52.6	5	26.3
Yulaf	0	0.0	1	5.3	3	15.8	3	15.8	2	10.5	10	52.6
Kahvaltılık gevrek	0	0.0	0	0.0	2	10.5	1	5.3	0	0.0	16	84.2
Et, kurubaklagiller												
Dana eti	0.0	0.0	0	0.0	1	5.3	11	57.9	3	15.8	4	21.1
Domuz eti	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	21.1	5	26.3	10	52.6
Koyun/kuzu eti	0	0.0	1	5.3	3	15.8	6	31.6	6	31.6	3	15.8
Tavuk eti	1	5.3	2	10.5	8	42.1	7	36.8	0	0.0	1	5.3
Balık	0	0.0	0	0.0	2	10.5	8	42.1	7	36.8	2	10.5
Deniz ürünleri	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	26.3	10	52.6	4	21.1
İşlenmiş et	0	0.0	0	0.0	3	15.8	3	15.8	5	26.3	8	42.1
Kuru bezelye	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3	3	15.8	15	78.9
Kuru fasulye	0	0.0	0	0.0	1	5.3	2	10.5	5	26.3	11	57.9
Nohut	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3	4	21.1	14	73.7
Mercimek	0	0.0	0	0.0	1	5.3	4	21.1	5	26.3	9	47.4
Yağlı tohum	2	10.5	2	10.5	3	15.8	5	26.3	5	26.3	2	10.5
Süt ve ürünleri												
Süt, y	6	31.6	1	5.3	3	15.8	3	15.8	1	5.3	5	26.3
Süt, a/y	1	5.3	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	17	89.5
Kefir, y	1	5.3	0	0.0	1	5.3	1	5.3	4	21.1	12	63.2
Kefir, a/y	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	18	94.7
Sade yoğurt, y	2	10.5	3	15.8	1	5.3	5	26.3	5	26.3	3	15.8
Sade yoğurt, a/y	0	0.0	2	10.5	0	0.0	2	10.5	0	0.0	15	78.9
Meyveli yoğurt, y	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	10.5	3	15.8	14	73.7
Meyveli yoğurt, a/y	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	18	94.7
Lor peyniri (tvorog)	1	5.3	0	0.0	1	5.3	7	36.8	5	26.3	5	26.3
Sert peynir	5	26.3	3	15.8	7	36.8	2	10.5	2	10.5	0	0.0
Beyaz peynir	1	5.3	2	10.5	3	15.8	6	31.6	4	21.1	3	15.8
Hellim	2	10.5	1	5.3	0	0.0	13	68.4	2	10.5	1	5.3
Taze sebze ve meyve												
Yeşil y. sebzeler	4	21.1	4	21.1	6	31.6	2	10.5	2	10.5	1	5.3
Diğer sebzeler	11	57.9	4	21.1	4	21.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Patates	1	5.3	1	5.3	8	42.1	7	36.8	2	10.5	0	0.0
Turunçgiller	1	5.3	4	21.1	5	26.3	5	26.3	4	21.1	0	0.0
Diğer meyveler	8	42.1	3	15.8	6	31.6	2	10.5	0	0.0	0	0.0
Baharat/otlar	9	47.4	0	0.0	6	31.6	3	15.8	1	5.3	0	0.0

Tablo 4.32 (devam). Erkek bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı.

Besinler	Son 1 ayda besin tüketim sıklığı											
	Hergün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		Ayda 1 kez		Çok nadir / Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yağlar ve şekerler												
Zeytinyağı	4	21.1	1	5.3	3	15.8	8	42.1	2	10.5	1	5.3
Ayçiçek yağı	4	21.1	5	26.3	6	31.6	3	15.8	0	0.0	1	5.3
Diğer sıvı yağlar	0	0.0	0	0.0	2	10.5	1	5.3	1	5.3	15	78.9
Tereyağ	2	10.5	1	5.3	5	26.3	7	36.8	3	15.8	1	5.3
Margarin	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	5.3	2	10.5	16	84.2
Domuzyağı (salo)	0	0.0	0	0.0	1	5.3	0	0.0	6	31.6	12	63.2
Mayonez	0	0.0	2	10.5	1	5.3	5	26.3	6	31.6	5	26.3
Tatlı / Hamur işi												
Çikolata	1	5.3	0	0.0	3	15.8	3	15.8	8	42.1	4	21.1
Kurabiye/bisküvi	1	5.3	1	5.3	3	15.8	5	26.3	4	21.1	5	26.3
Pasta	0	0.0	0	0.0	1	5.3	7	36.8	5	26.3	6	31.6
Şerbetli tatlılar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	15.8	16	84.2
Sütlü tatlılar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	10.5	0	0.0	17	89.5
Hamur işi	0	0.0	0	0.0	4	21.1	6	31.6	5	26.3	4	21.1
İçecekler												
Su	19	100	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Meyve suyu	2	10.5	0	0.0	2	10.5	10	52.6	1	5.3	4	21.1
Çay	10	52.6	2	10.5	3	15.8	1	5.3	1	5.3	2	10.5
Kahve	9	47.4	2	10.5	1	5.3	3	15.8	1	5.3	3	15.8
Gazlı içecekler	0	0.0	1	5.3	0	0.0	4	21.1	4	21.1	10	52.6
Komposto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	26.3	14	73.7
Çorbalar	3	15.8	5	26.3	5	26.3	3	15.8	3	15.8	0	0.0

Tablo 4.33. Kadin bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı.

Besinler	Son 1 ayda besin tüketim sıklığı											
	Hergün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		Ayda 1 kez		Çok nadir / Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ekmek ve tahıllar												
Ekmek	35	49.3	8	11.3	15	21.1	5	7.0	1	1.4	7	9.9
Pirinç	0	0.0	3	4.2	6	8.5	37	52.1	17	23.9	8	11.3
Makarna	0	0.0	3	4.2	8	11.3	44	62.0	11	15.5	5	7.0
Bulgur	0	0.0	1	1.4	4	5.6	20	28.2	25	35.2	21	29.6
Karabuğday	1	1.4	0	0.0	2	2.8	25	35.2	28	39.4	15	21.1
Yulaf	3	4.2	7	9.9	12	16.9	19	26.8	13	18.3	17	23.9
Kahvaltılık gevrek	0	0.0	1	1.4	3	4.2	6	8.5	12	16.9	49	69.0
Et, kurubaklagiller												
Dana eti	0	0.0	1	1.4	8	11.3	28	39.4	21	29.6	13	18.3
Domuz eti	0	0.0	0	0.0	1	1.4	7	9.9	15	21.1	48	67.6
Koyun/kuzu eti	0	0.0	2	2.8	3	4.2	20	28.2	24	33.8	22	31.0
Tavuk eti	2	2.8	11	15.5	30	42.3	25	35.2	1	1.4	2	2.8
Balık	0	0.0	2	2.8	11	15.5	40	56.3	18	25.4	0	0.0
Deniz ürünleri	0	0.0	1	1.4	0	0.0	29	40.8	29	40.8	12	16.9
İşlenmiş et	1	1.4	0	0.0	2	2.8	15	21.1	20	28.2	33	46.5
Kuru bezelye	0	0.0	1	1.4	1	1.4	2	2.8	19	26.8	48	67.6
Kuru fasulye	0	0.0	0	0.0	4	5.6	12	16.9	26	36.6	29	40.8
Nohut	0	0.0	2	2.8	0	0.0	4	5.6	27	38.0	38	53.5
Mercimek	1	1.4	1	1.4	2	2.8	26	36.6	22	31.0	19	26.8
Yağlı tohum	11	15.5	8	11.3	20	28.2	16	22.5	11	15.5	5	7.0
Süt ve ürünleri												
Süt, y	11	15.5	5	7.0	8	11.3	10	14.1	6	8.5	31	43.7
Süt, a/y	6	8.5	5	7.0	5	7.0	6	8.5	6	8.5	43	60.6
Kefir, y	1	1.4	0	0.0	3	4.2	5	7.0	12	16.9	50	70.4
Kefir, a/y	0	0.0	0	0.0	1	1.4	2	2.8	5	7.0	63	88.7
Sade yoğurt, y	7	9.9	9	12.7	5	7.0	18	25.4	10	14.1	22	31.0
Sade yoğurt, a/y	0	0.0	4	5.6	3	4.2	8	11.3	8	11.3	48	67.6
Meyveli yoğurt, y	0	0.0	1	1.4	3	4.2	9	12.7	12	16.9	46	64.8
Meyveli yoğurt, a/y	0	0.0	1	1.4	0	0.0	2	2.8	3	4.2	65	91.5
Lor peyniri (tvorog)	2	2.8	3	4.2	2	2.8	25	35.2	26	36.6	13	18.3
Sert peynir	12	16.9	16	22.5	23	32.4	15	21.1	2	2.8	3	4.2
Beyaz peynir	5	7.0	3	4.2	12	16.9	18	25.4	8	11.3	25	35.2
Hellim	1	1.4	4	5.6	12	16.9	28	39.4	17	23.9	9	12.7
Taze sebze ve meyve												
Yeşil y. sebzeler	19	26.8	4	5.6	19	26.8	19	26.8	9	12.7	1	1.4
Diğer sebzeler	38	53.5	21	29.6	8	11.3	3	4.2	1	1.4	0	0.0
Patates	3	4.2	6	8.5	12	16.9	39	54.9	9	12.7	2	2.8
Turunçgiller	12	16.9	8	11.3	10	14.1	23	32.4	17	23.9	1	1.4
Diğer meyveler	37	52.1	10	14.1	15	21.1	9	12.7	0	0.0	0	0.0
Baharat/otlar	35	49.3	8	11.3	11	15.5	7	9.9	2	2.8	8	11.3

Tablo 4.33 (devam). Kadin bireylerin besin tüketim sıklıklarının dağılımı.

Besinler	Son 1 ayda besin tüketim sıklığı											
	Hergün		Haftada 5-6 kez		Haftada 3-4 kez		Haftada 1-2 kez		Ayda 1 kez		Çok nadir / Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yağlar ve şekerler												
Zeytinyağı	23	32.4	15	21.1	17	23.9	8	11.3	4	5.6	4	5.6
Ayçiçek yağı	12	16.9	10	14.1	14	19.7	17	23.9	2	2.8	16	22.5
Diğer sıvı yağlar	2	2.8	1	1.4	4	5.6	6	8.5	3	4.2	55	77.5
Tereyağ	5	7.0	5	7.0	8	11.3	13	18.3	21	29.6	19	26.8
Margarin	0	0.0	1	1.4	2	2.8	2	2.8	4	5.6	62	87.3
Domuzyağı (salo)	0	0.0	0	0.0	1	1.4	1	1.4	10	14.1	59	83.1
Mayonez	1	1.4	1	1.4	6	8.5	12	16.9	13	18.3	38	53.5
Tatlı / Hamur işi												
Çikolata	4	5.6	3	4.2	18	25.4	26	36.6	15	21.1	5	7.0
Kurabiye/bisküvi	4	5.6	3	4.2	15	21.1	25	35.2	12	16.9	12	16.9
Pasta	1	1.4	1	1.4	0	0.0	11	15.5	32	45.1	26	36.6
Şerbetli tatlılar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.4	16	22.5	54	76.1
Sütlü tatlılar	0	0.0	2	2.8	0	0.0	3	4.2	8	11.3	58	81.7
Hamur işi	1	1.4	2	2.8	1	1.4	22	31.0	17	23.9	28	39.4
İçecekler												
Su	69	97.2	1	1.4	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Meyve suyu	7	9.9	8	11.3	9	12.7	20	28.2	8	11.3	19	26.8
Çay	48	67.7	7	9.9	6	8.5	3	4.2	3	4.2	4	5.6
Kahve	37	52.1	6	8.5	7	9.9	7	9.9	1	1.4	13	18.3
Gazlı içecekler	2	2.8	1	1.4	4	5.6	11	15.5	9	12.7	44	62.0
Komposto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	5.6	11	15.5	56	78.9
Çorbalar	12	16.9	9	12.7	17	23.9	23	32.4	8	11.3	2	2.8

Tablo 4.34’te verilere göre araştırmaya katılan bireylerin göç sonrası bazı besinleri tüketim sıklığı değişmiştir. KKTC’ye göç ettikten sonra, bireylerin kara buğday, makarna, patates, ekmek, kuru bezelye, salam ve sosis gibi işlenmiş et ürünleri, domuz eti, dana eti, lor peyniri, meyveli yoğurdu, süt, patates, mayonez, domuz yağı, margarin, tereyağı, ayçiçek yağı, hamuş işi, pasta, kurabiye, bisküvi, çikolata, çorbalar, komposto, çay ve meyve suyu gibi besinlerin tüketimi azalmış iken, bulgurur, yağlı tohumlar, mercimek, nohut, kuru fasulye, balık, deniz ürünleri, tavuk, koyun/kuzu eti, hellim, beyaz peynir, sade yoğurt, az yağlı süt, baharatlar, meyve, sebze (patates dışında), zeytinyağı, sütlü ve şerbetli tatlılar, kahve ve su tüketiminin artması söz konusudur (Şekil 4.3, Şekil 4.4, Şekil 4.5, Şekil 4.6, Şekil 4.7, Şekil 4.8 ve Şekil 4.9).

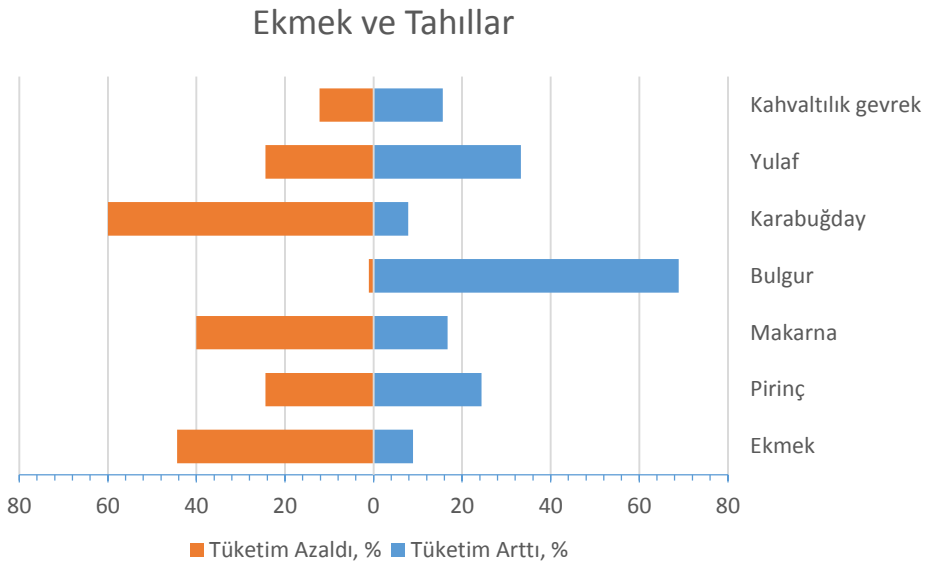
Tablo 4.34. Bireylerin göç öncesi ve sonrası besin tüketim sıklıklarının karşılaştırması.

Besinler	Göç Sonrası BesinTüketim Sıklığının Durumu (n:90)					
	Aynı		Arttı		Azaldı	
	n	%	n	%	n	%
Ekmek ve tahıllar						
Ekmek	42	46.7	8	8.9	40	44.4
Pirinç	46	51.1	22	24.4	22	24.4
Makarna	39	43.3	15	16.7	36	40.0
Bulgur	27	30.0	62	68.9	1	1.1
Karabuğday	29	32.2	7	7.8	54	60.0
Yulaf	38	42.2	30	33.3	22	24.4
Kahvaltılık gevrek	65	72.2	14	15.6	11	12.2
Et, kurubaklagiller						
Dana eti	31	34.4	10	11.1	49	54.4
Domuz eti	21	23.3	4	4.4	65	72.2
Koyun/kuzu eti	23	25.6	53	58.9	14	15.6
Tavuk eti	54	60.0	27	30.0	9	10.0
Balık	33	36.7	35	38.9	22	24.4
Deniz ürünleri	33	36.7	39	43.3	18	20.0
İşlenmiş et	12	13.3	2	2.2	76	84.4
Kuru bezelye	42	46.7	7	7.8	41	45.6
Kuru fasulye	49	54.4	31	34.4	10	11.1
Nohut	50	55.6	38	42.2	2	2.2
Mercimek	27	30.0	62	68.9	1	1.1
Yağlı tohum	37	41.1	38	42.2	15	16.7
Süt ve ürünleri						
Süt, y	51	56.7	6	6.7	33	36.7
Süt, a/y	65	72.2	18	20.0	7	7.8
Kefir, y	27	30.0	0	0.0	63	70.0
Kefir, a/y	61	67.8	3	3.3	26	28.9
Sade yoğurt, y	28	31.1	60	66.7	2	2.2
Sade yoğurt, a/y	65	72.2	24	26.7	1	1.1
Meyveli yoğurt, y	32	35.6	7	7.8	51	56.7
Meyveli yoğurt, a/y	68	75.6	2	2.2	20	22.2
Lor peyniri (tvorog)	27	30.0	10	11.1	53	58.9
Sert peynir	51	56.7	22	24.4	17	18.9
Beyaz peynir	38	42.2	45	50.0	7	7.8
Hellim	10	11.1	80	88.9	0	0.0
Taze sebze ve meyve						
Yeşil y. sebzeler	34	37.8	56	62.2	0	0.0
Diğer sebzeler	41	45.6	47	52.2	2	2.2
Patates	43	47.8	5	5.6	42	46.7
Turunçgiller	20	22.2	66	73.3	4	4.4
Diğer meyveler	32	35.6	53	58.9	5	5.6
Baharat/otlar	56	62.2	29	32.2	5	5.6

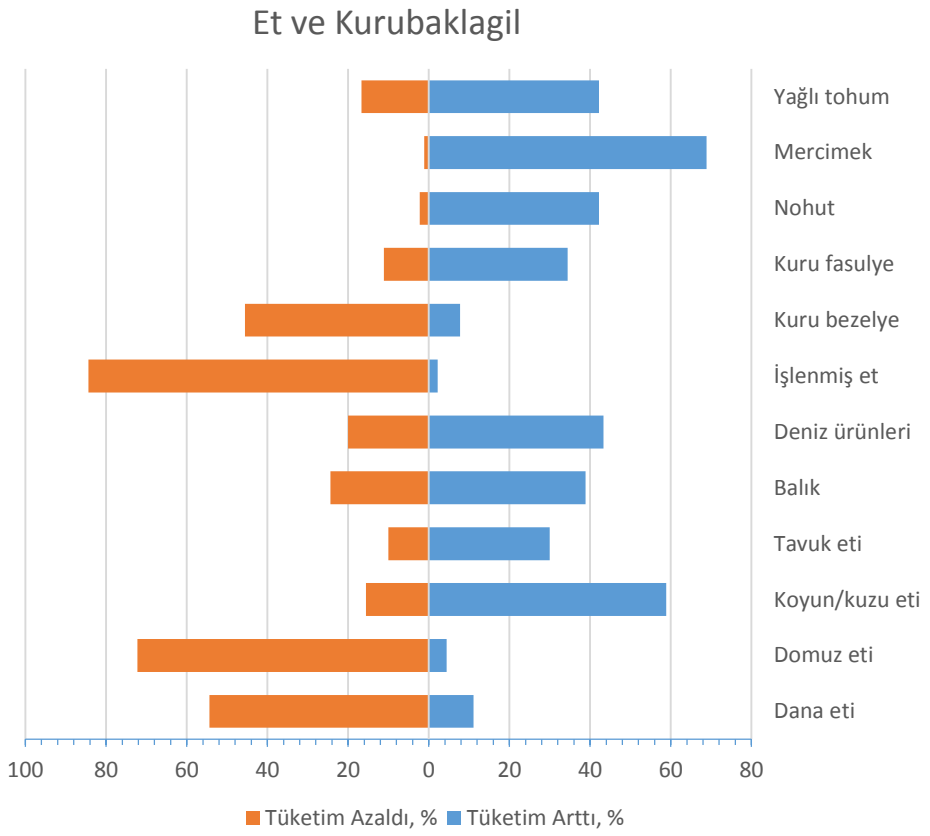
Tablo 4.34 (devam). Bireylerin göç öncesi ve sonrası besin tüketim sıklıklarının karşılaştırması.

Besinler	Göç Sonrası BesinTüketim Sıklığının Durumu (n:90)					
	Aynı		Arttı		Azaldı	
	n	%	n	%	n	%
Yağlar						
Zeytinyağı	17	18.9	73	81.1	0	0.0
Ayçiçek yağı	38	42.2	2	2.2	50	55.6
Diğer sıvı yağlar	66	73.3	13	14.4	11	12.2
Tereyağ	39	43.3	2	2.2	49	54.4
Margarin	79	87.8	4	4.4	7	7.8
Domuzyağı (salo)	33	36.7	1	1.1	56	62.2
Mayonez	17	18.9	5	5.6	68	75.6
Tatlı / Hamur işi						
Çikolata	43	47.8	12	13.3	35	38.9
Kurabiye/bisküvi	39	43.3	9	10.0	42	46.7
Pasta	40	44.4	6	6.7	44	48.9
Şerbetli tatlılar	70	77.8	20	22.2	0	0.0
Sütlü tatlılar	76	84.4	14	15.6	0	0.0
Hamur işi	24	26.7	10	11.1	56	62.2
İçecekler						
Su	41	45.6	44	48.9	5	5.6
Meyve suyu	22	24.4	25	27.8	43	47.8
Çay	66	73.3	6	6.7	18	20.0
Kahve	56	62.2	26	28.9	8	8.9
Gazlı içecekler	58	64.4	13	14.4	19	21.1
Komposto	33	36.7	1	1.1	56	62.2
Çorbalar	48	53.3	6	6.7	36	40.0

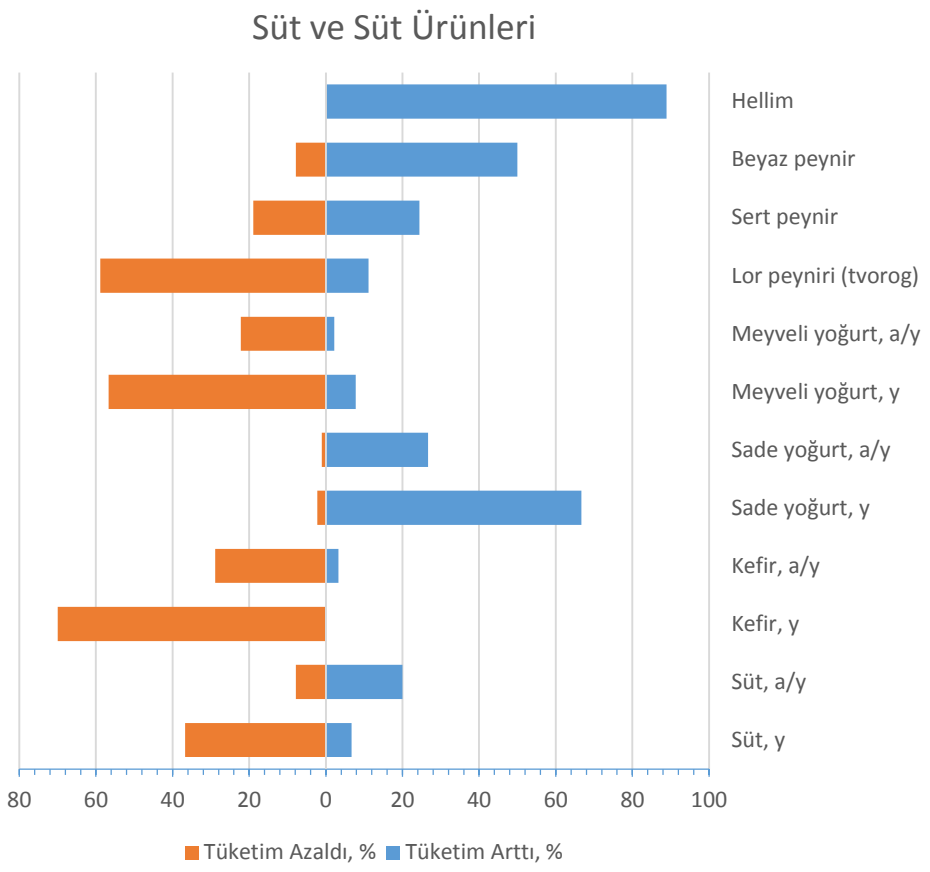
Tablo 4.34’e dayanarak bireylerin göç sonrası Akdeniz Diyetindeki yer alan besinlerin tüketim durumunu Şekil 4.10’da gösterilmektedir.



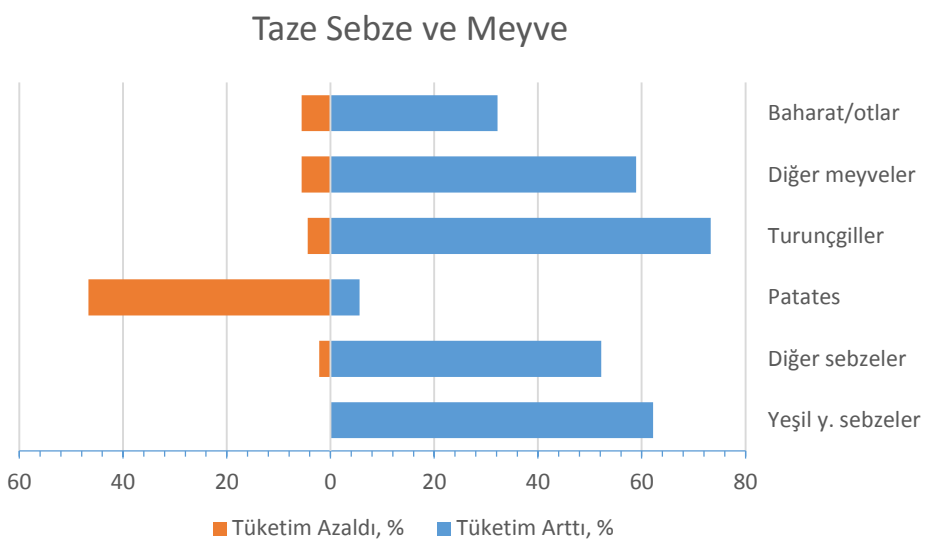
Şekil 4.3. Ekmek ve tahıllar grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu.



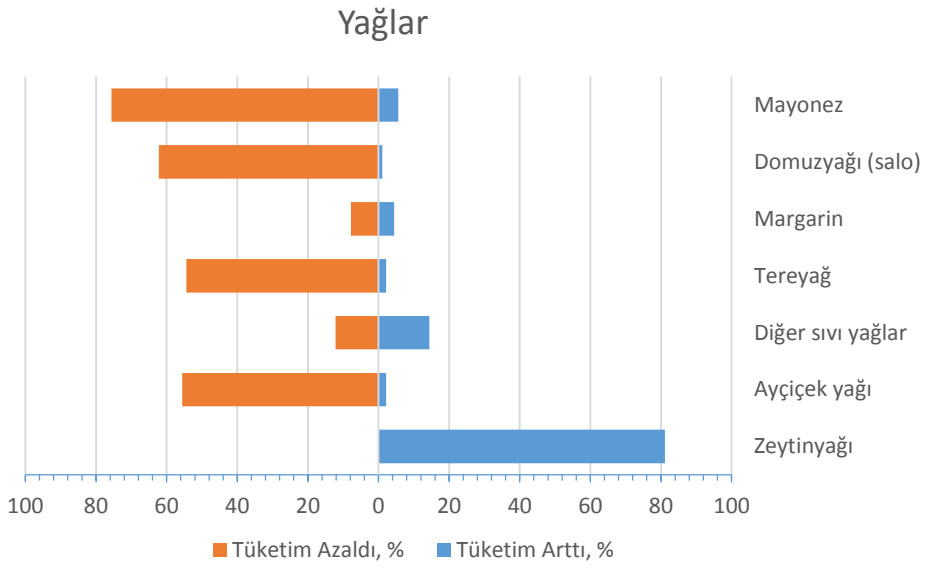
Şekil 4.4. Et ve Kuru baklagil grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu.



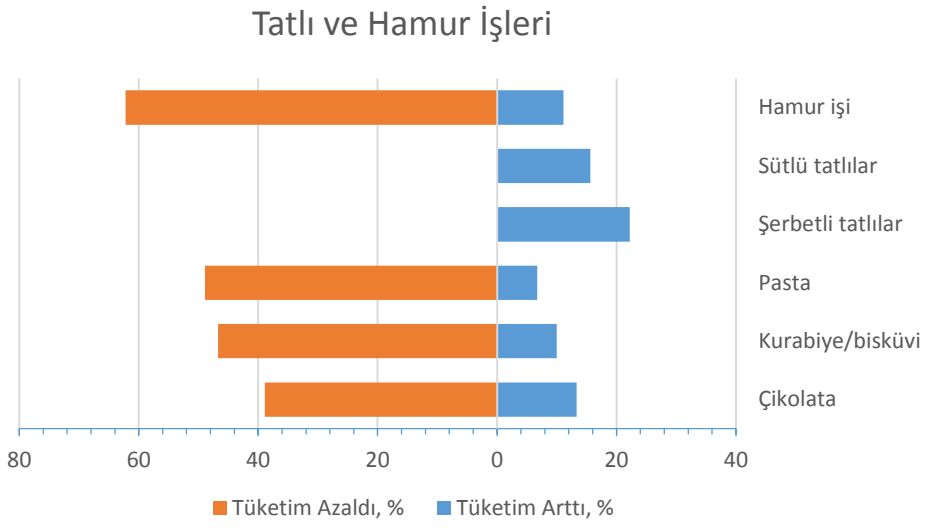
Şekil 4.5. Süt ve süt ürünleri grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu.



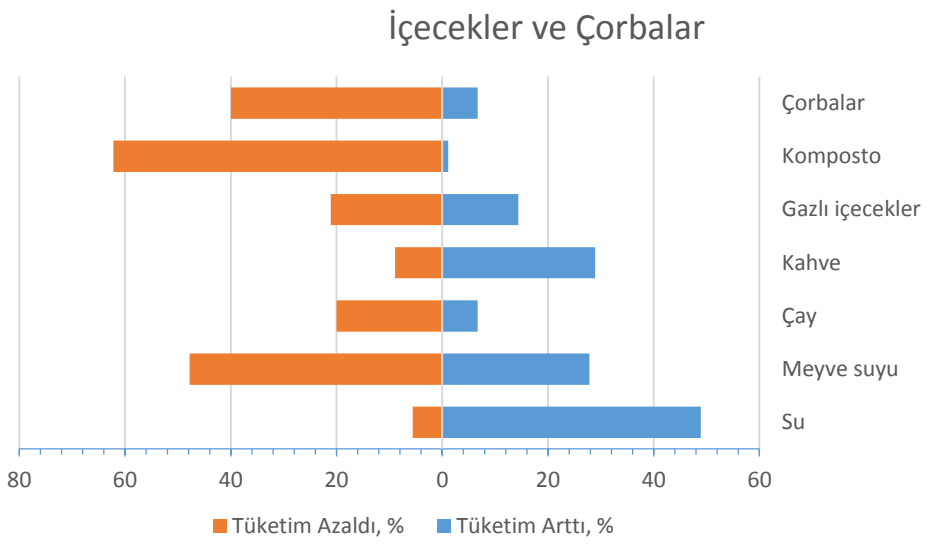
Şekil 4.6. Taze sebze ve meyve grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu.



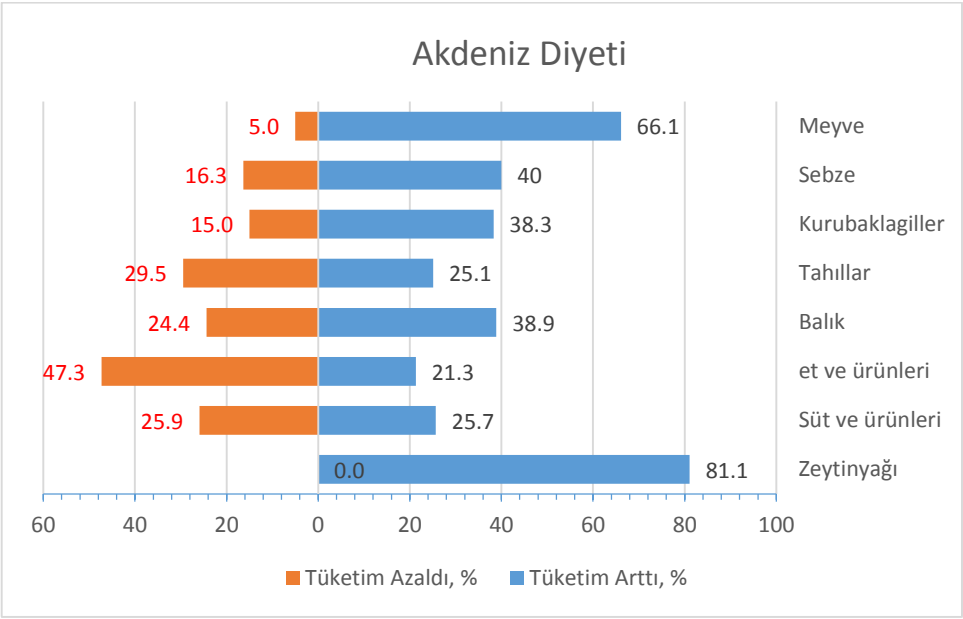
Şekil 4.7. Yağlar grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu.



Şekil 4.8. Tatlı ve Hamur işleri grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu.



Şekil 4.9. İçecekler ve Çorbalar grubundaki yer alan bazı besinlerin göç sonrası tüketim durumu.



Şekil 4.10. Akdeniz Diyetindeki yer alan besinlerin göç sonrası tüketim durumu.

5. TARTIŞMA

KKTC Devlet Planlama Örgütü tarafından 2011 yılında yapılan ve 2013 yılında yayınlanan KKTC nüfus sayımının sonuçlarına göre doğum yeri Rusya olan fakat KKTC'de sürekli ikamet eden göçmenlerin sayısı 485 kişi (138 erkek, 347 kadın) olup, 307 kişi (96 erkek, 211 kadın) sürekli Girne'de ikamet etmektedir (KKTC NÜFUS SAYIMI, 2011).

Bugüne kadar epidemiyolojik araştırmalarda Rus göçmenlerin beslenme ve sağlığı hakkında çok az çalışma bulunmaktadır. Insanların beslenme tarzı hem sağlığını etkilemekte, hem de yaşam kalitesini belirleyen bazı antropometrik ölçümlerin değişmesine yol açmaktadır. Bu çalışmanın amacı KKTC'de yaşayan Rus göçmenlerin beslenme alışkanlıklarını, beslenme durumlarını, bazı antropometrik ölçümlerini ve Akdeniz Diyeti'ne uyumlarını saptamaktır. Ayrıca, göç öncesi ve sonrası besin tüketim durumlarının değerlendirilmesi de hedeflenmiştir.

5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın kapsamında Rus Kültür ve Sanat Derneği'nde kayıtlı olan, Girne iline bağlı tüm mahallelerde yaşayan 20-65 yaş arası 90 bireye ulaşılarak anket (EK1) uygulanmış ve çıkan sonuçlar değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan Rus uyruklu göçmenlerin yaş ve cinsiyet durumları incelendiğinde (Tablo 4.1) bireylerin %86.7'sinin 20-49 yaş aralığında, %21.1'inin (n:19) erkek ve %78.9'unun (n: 71) ise kadın olduğu belirlenmiştir.2011 yılında yapılan KKTC nüfus sayımına göre Kuzey Kıbrıs'ta sürekli ikamet eden Rusya uyruklu 485 bireyden (138 erkek ve 347 kadın) 307'si (96 erkek ve 211 kadın) Girne'de ikamet etmektedir (KKTC NÜFUS SAYIMI, 2011). Türkiye'de ise, Antalya Emniyet Müdürlüğü'nün kayıtlarına göre; 2007-2010 yılları arasında oturma belgesine sahip kadınların %65-70 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ayrıca, Antalya'da yapılan alan araştırmasında da katılımcıların %91'inin kadınlardan oluştuğu rapor edilmiştir (Deniz ve Özgür, 2010, s.13-30). Bu çalışmada da katılımcıların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Erkek: 19; Kadın: 71)

Rus göçmenlerin çoğunluğunun (%85.6) evli ve yarısından fazlasının (%66.2) Rus ve sadece %29.9'unun Kıbrıslı / Türkiyeli eşler ile yaşadıkları

saptanmıştır. Bu yüzdeler bize bu göçün yerli bireyler ile evlilik amaçlı göç olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya konu olan Rusların %17.8'i lise ve %81.1'i üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptirler (Tablo 4.1). Bu veriler bize KKTC'de yaşayan Rus göçmenlerin eğitim düzeylerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Çalışmaya katılan Rus bireylerin göç yaşı incelendiğinde (Tablo 4.2), %35.6'sının 35-49 yaş arasında ve %57.8'inin 35 yaşın altında olması bir genç göçü olduğuna işaret etmektedir. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre, genç yaşlarda göç edenlerde beslenmede değişikliklerin daha belirgin olduğu saptanmıştır (Roshania ve diğerleri, 2008, s.2669-75). Ayrıca, hem sağlığına hem beslenme alışkanlıklarına bireylerin ikamet süresi etki etmektedir (Roshania 2008). Araştırma kapsamına alınan bireyler <5 yıl, 5-10 yıl ve ≥10 yıl KKTC'de ikamet edenler olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Elde edilen verilere göre KKTC'ye göç eden bireylerin sayısının her 5 yılda artış gösterdiği (<5 yıl: %45.6, 5-10 yıl: %35.6 ve ≥10 yıl: %18.9) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan bireylerin %72.2'sinin tanısı konulmuş bir sağlık sorununun olmadığı belirlenmiştir. Sağlık sorunu olan göçmenlerin %11.1'inde KVH birinci sırayı alırken, bunu %10.0 ile karaciğer / safra / böbrek hastalıkları ve %6.7 ile ülser / gastrit sorunları izlemektedir (Tablo 4.3). Erkeklerde KVH sorunu (%21.1) kadınlara göre (%8.5) daha sık görülmektedir. Bu veriler Rusya'daki genel durumu doğrulamaktadır (WHO 2014, Kharlamov, 2017, s.60-84). Sağlık sorunlarına göre KKTC'de ikamet sürelerinin ortalamaları arası farkın önemsiz ($p>0.05$) olduğu belirlense de, 10 yıl ve üzeri süredir ikamet eden katılımcıların daha sağlıklı olduğu (%76.5) da gözlemlenmiştir. Göçmenlerin yeni ülkedeki ilk seneler içinde en önemli sorunları arasında lisan farklılığı nedeni ile sağlık uzmanlarıyla iletişim zorluğu söz konusu olabilir, fakat zaman içinde Türkçe konuşma becerisinin artması ile sağlık hizmetlerin kalitesi de artabilir. Ayrıca yaşanılan yere bağlı olarak beslenme alışkanlıklarında ki değişiklikler de burada önemli bir etken olabilir (Spallek ve diğerleri, 2011, s.6).

5.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Fazla alkol ve sigara kullanımının, sağlıksız beslenme biçimi, psikososyal etmenler ile hareketsizliğin kardiyovasküler sağlık üzerindeki olumsuz etkilernin en önemli değiştirilebilir risk etmenleri olduğu bilinmektedir (Kharlamov, 2017, s.60-84).

Rusya, dünyada erkekler arasında en fazla sigara içilen ülkelerden biridir. 2014 WHO raporuna göre Rusya nüfusunun %40'ı (erkeklerin %59'u ve kadınların %25'i) sigara kullanmaktadır (WHO, 2014). Boylan ve ark. (Boylan ve diğerleri, 2009, s.439) tarafından yapılan HAPIEE (Doğu Avrupa'da Sağlık, Alkol ve Psikososyal Faktörler) çalışmasında Rusya, Polonya ve Çek Cumhuriyeti'nde yaşayan bireyler arasında, sigara içme prevalansının Rus erkekler arasında en yüksek (%50) ve Rus kadınlarında ise en düşük (%10) olduğu saptanmıştır. Mevcut çalışmada bireylerin %23.3'ünün sigara içtiği görülmektedir. Sigara içenlerin %31.6'i erkek, %21.1'i ise kadındır. Sigara içenlerin %66.6'sının günde en fazla 10 adet içtikleri bulunmuştur. Bu veriler doğrultusunda, KKTC'de yaşayan Rus göçmenler Rusya'da yaşayan bireylere göre daha az sigara içmektedir. Ancak literatürdeki verilere paralel olarak erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği de belirlenmiştir.

Genel olarak literatürde kadınların erkeklerden daha az alkol tükettikleri görülmektedir. Böylece, alkol tüketimi nedeni ile oluşan KVH ve diğer sağlık sorunlarına kadınlarda daha az rastlandığı gözlemlenmektedir (Boylan ve diğerleri, 2009, s.439). Genel Rusya popülasyonuna baktığımızda, DSÖ 2010 raporuna göre bir senede kişi başına erkekler 23.9 litre saf alkol tüketirken, kadınlar ise 7.8 litre tüketmektedir (WHO, 2014). Rusya'da 2008-2014 yıllar arasında kişi başına alkol tüketiminin kademeli olarak azaldığı (2008'de kişi başına 16.2 litre, 2013'te kişi başına 11.9 litre ve 2014'de kişi başına 11.6 litre) rapor edilmiştir (Kharlamov, 2017, s.60-84). Bu çalışmada da erkek bireylerde alkol tüketiminin kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla %84.2, %70.4) fakat erkeklerin %68.8'i ve kadınların %86.0'sı alkolü haftada 7 sek (84 g saf alkol) ve altı miktarlarda tüketmektedir. Orta ve Doğu Avrupa'da dört ülkede (Rusya, Polonya, Litvanya ve Çek) yapılan HAPIEE çalışması sonuçları, hiç alkol kullanmayan bireylerde mortalite riskinin, hafif ve orta derecede alkol kullananlara göre %30-50 daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra günde 60 g ve üzeri etanol alan erkeklerde ayarlanmış risk

oranlarının KVH için 1.38 ve KKH için 1.64 olduğu, günde 20 g ve üzeri etanol alan kadınlarda ise bu oranların sırasıyla 1.92 ve 1.74 olduğu saptanmıştır (Bobak ve diğerleri, 2016, s.21-30). Bu araştırmada ise bu kadar yüksek miktarda alkol kullanan bireylere rastlanmamıştır ve bu durumun sağlık üzerine olumlu etkilerinin olabileceği düşünülmektedir.

Yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında 4-5 saat aralığın olması metabolizmanın düzenli çalışması için önerilmektedir. Öğün atlama ile ise bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi engellenmektedir (TCSBTSHGM, 2004, s.30). Rusya'da bireyler genelde 3 ana öğün tüketmektedir (Ganskau, 2006). Sankt-Petersburg bölgesinde yapılan bir araştırmaya göre bireylerin %77.1'inin günde 3 ve üzeri ana öğün ve 1-2 ara öğün tükettiği saptanmıştır (Ганскау ve diğerleri, 2014, s.41-58). Bu çalışmada da bu bilgiye paralel olarak, bireylerin %75.6'sının (erkeklerin %84.2'sinin, kadınların %73.2'sinin) üç ana öğün tükettiği ve günde en az bir ara öğün alanların oranı ise erkeklerde %47.4 ve kadınlarda %25.4 olarak saptanmıştır (Tablo 4.6). Kadınların %59.2'si bazen ana öğünü atlarken bu oran erkeklerde %68.4'dür. Atlanan ana öğün hem kadınlarda (%41.7) hem de erkeklerde (%62.5) genelde öğle öğünüdür. En sık öğün atlama nedeni ise zaman yetersizliğidir (Tablo 4.6).

Rusya'nın 4 şehrinde 2007 yılında yapılan bir çalışma, Rus tüketicilerin besin seçiminde "sağlık" temasının ana etken olmadığı gösterilmiştir (Honkanen ve Frewer, 2009, s.363-71). Bu araştırmada da bireylerin sağlıklı beslenme ile ilgili bilgilerini diyetisyenlerden ya da beslenme kurslarından edindiğini belirten kadınların %31.0 ve erkeklerin %26.3 oranında olduğu görülmüştür. En sağlıklı ve sürdürülebilir diyetler arasında yer alan Akdeniz Diyeti ile ilgili bilgiye kadınların %31'inin ve erkeklerin %15.8'inin sahip olduğu saptanmıştır. Böylece, araştırmaya katılan Rus göçmenlerin 'sağlıklı beslenme' konusunda daha fazla bilgiye ihtiyaçlarının olduğu görülmektedir. Bireylerin beslenme konusunda eğitilmeleri sağlık bilincinin artmasına ve sağlığın geliştirilmesine önemli katkılar sağlamktadır.

Besinler vitamin, mineral ve diğer besin ögelerinin ideal bir karışımıdır. Özel bir durum söz konusu değil ise, yeterli ve dengeli beslenme bütün besin ögelerini karşıladığı için besin desteği alımına gerek yoktur (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612). Bu araştırmaya katılan bireylerin sadece %4.4'ü balık yağı /

omega-3, %7.8’i probiyotik ve %17.8’i vitamin/mineral desteği kullanmaktadır (Tablo 4.8). HAPIEE çalışmasında ise Rus erkeklerin sadece %5.9’u, kadınların ise %14.4’ü besin takviyeleri aldığı tespit edilmiştir (Stepaniak ve diğerleri, 2016, s.547-560). Bu sonuçlar, Rus bireyler arasında besin takviyeleri kullanımının yaygın olmadığını ve bireylerin de kullanıma istekli ve meraklı olmadığını göstermektedir.

Düzenli fiziksel aktivite, KVH riskini ve birçok kronik hastalığı önlemede önemlidir (kaynak). Egzersizlerin kanıtlanmış olan yararlarına rağmen, Rusya'da düzenli fiziksel aktivite yapan kişiler az sayıda bulunmaktadır (Petrukhin ve Lunina, 2012, s.436-49). Davranışsal risk etmenlerinin izlenme sistemi Rusya'da mevcut değildir, ancak son on yılda halkın fiziksel aktivite davranışları üzerine yapılan birkaç araştırma gerçekleştirilmiştir (Kharlamov, 2017, s.60-84). DSÖ haftada 150 dakikadan daha az süre gerçekleştirilen aktiviteler toplamını yetersiz olarak tanımlamaktadır. 2008 yılında DSÖ tarafından yapılan değerlendirmeye göre, Rusya Federasyonu'nda 15 yaş ve üzerindeki nüfusun %22.6'sının (erkeklerde %22.9 ve kadınlarda %22.4) fiziksel aktivite düzeyi yetersizdir (WHO, 2013). Maalesef Rusya’da sporu destekleyen Ulusal Programlar olmasına rağmen, nüfusunun %70'inden fazlası 3-4 MET'ten (metabolik eşdeğeri = fiziksel aktivite düzeyi) daha az fiziksel egzersiz yoğunluğuna sahiptir. Bir MET referans değeri 1 kkal/kg/saate eşdeğerdir ve dinlenme pozisyonunda oturarak sağlanan Dinlenme Metabolik Hızı (RMR) olarak düşünülmektedir. 1 MET’e eşdeğer enerji harcanması ile yetişkinlerde vücut ağırlığı (kg) başına 3.5 mililitre oksijen tüketim oranı (mL/kg/dk) gerekmektedir. MET değeri <3 hafif aktivite, 3-6 orta aktivite ve >6 şiddetli aktivite düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Ainsworth, 2011; Plowman, 2002, s. 139; Pate RR., et al. 1995, s.402-407). Bu ise obezite, hipertansiyon, diyabet, atriyal fibrilasyon ve KAH riskini arttırabilir (Kharlamov, 2017, s.60-84). Çalışmamıza katılan bireylerin egzersiz yapma sıklıklarını incelendiğimizde, hiç fiziksel aktivite yapmayan %47.8 gibi yüksek bir oranda olduğunu (kadınların %49.3’ünün, erkeklerin %47.8’inin) görmekteyiz. Haftada 2-3 kez egzersiz yapanların (aktif olanların) oranının %46.8 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, KKTC’de yaşayan hem erkek hem kadın bireylerin Rusya’da yaşayan bireylere göre fiziksel aktivite yönünden daha aktif oldukları söylenebilir.

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi

Obezite hem KVH hem diyete bağlı diğer beslenme hastalıkları ve tüm nedenlere bağlı mortalite riski ile ilişkilidir. BKI 20-25 kg/m^2 iken tüm nedenlere bağlı mortalite riski en düşüktür. Daha düşük veya yüksek BKI ise KVH'ye karşı koruyucu değildir. BKI'nın normal aralığında olması, metabolik risk etmenleri (kan basıncı, kan lipidleri, glukoz toleransı vs.) ve KVH risklerin üzerinde olumlu etki etmektedir (Piepoli ve diğerleri, 2017, s.547-612).

Bu çalışmaya katılan bireylerin %18.9'unda BKI değerleri 25-29.99 kg/m^2, %16.7'sinde ise BKI ≥30 kg/m^2'dir. Hafif şişman ve obez olan erkeklerin (%68.4) oranının kadın (%26.6) bireylerden fazla olduğu görülmektedir. Erkeklerin ortalama BKI 28.74 kg/m^2 iken kadınlarda 24.19 kg/m^2'dır. Sıklıkla ülkelerde kadınlarda obezite görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır.

Toplam 9098 kişi kapsayan HAPIEE çalışmasına göre ise Rusya'da yaşayan bireylerde erkeklerin ortalama BKI değeri 26.5 kg/m^2 olup kadınlarda 29.8 kg/m^2'dır (Boylan ve diğerleri, 2009, s.439). Rusya'da metabolik sendrom üzerine yapılan diğer bir çalışmada ise, hafif şişman ve obez olan erkeklerin oranının (%48.5) kadın bireylerden (%53.3) daha az olduğu görülmektedir (Sidorenkov ve diğerleri, 2010, s.582). Literatür bulgularının aksine bu çalışmaya katılan erkeklerde kadınlara kıyasla obezite sıklığının yüksek olması erkeklerin beslenme alışkanlıklarından kaynaklanmış olabilir.

Song ve ark. (Song ve diğerleri, 2015, s.295-304) tarafından Avrupalılarda obezitenin çeşitli antropometrik ölçümleri ile ilişkili kardiyovasküler ve tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilgili yapılan bir araştırmada, erkek ve kadınlarda KVH mortalitesi ile ilişkili olan BKİ için eşik değerlerinin sırasıyla 29.29 kg/m^2 ve 30.98 kg/m^2 olduğu ve tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili olan BKİ için eşik değerinin ise sırasıyla 29.88 kg/m^2 ve 29.50 kg/m^2 olduğu belirlenmiştir.

Vücut ağırlığı ve vücut yağ miktarına ek olarak yağın vücutta dağılımı da önemlidir. Karın bölgesinde depolanan yağ (abdominal yağ) subkutan yağına göre KVH açısından daha yüksek bir risk etmenidir (Bastiena ve diğerleri, 2014, s.369-381). İntra-abdominal adipositlerden serbest yağ asitleri direkt olarak portal vene girerek karaciğer yüksek seviyelerde serbest yağ asitlerine maruz bırakılarak hiperinsülinemi, dislipidemi ve hipertansiyona neden olabilirler. Buna ek olarak, yağ dokusu (özellikle karın bölgesinde) kronik hastalıkların gelişimine

neden olan bazı etmenleri (adipokinler) sağlamaktadır (Song ve diğerleri, 2015, s.295-304). Yapılan bir metaanalize göre hem erkek hem kadın bireylerde bel çevresinin 1 cm'lik artışı ile, KVH olayının rölatif riski genel olarak %2 olarak artmaktadır. Bel/kalça oranında 0.01 U-şeklinde artış ise KVH için rölatif risk %5 olarak arttırabilmektedir (Koning ve diğerleri, 2007, s.850–856). KVH'nın mortalitesi ile BKİ J-şekilli bir ilişki olduğunu, fakat bel çevresi, bel/kalça çevresi oranı, bel/boy oranı gibi abdominal obezitenin antropometrik ölçümlerinin pozitif doğrusal ilişkileri olduğu saptanmıştır. Tüm nedenlere bağlı mortalite ile ilişkili hem BKİ, hem bel çevresi, hem bel/boy oranı J-şekilli bir ilişki; bel/kalça çevresi oranı ise pozitif doğrusal ilişki göstermektedir (Song ve diğerleri, 2015, s.295-304). Bu çalışmada bireylerin bel çevresi ölçümleri incelendiğinde, erkeklerin %52.6'sının bel çevresinin 102 cm ve üzeri, kadınların %26.8'inin bel çevresinin ise 88 cm ve üzeri olduğu görülmektedir. Bel/kalça çevresi oranı erkeklerin %89.5'inde ≥0.90 ve kadınların %35.2'sinde ≥0.85 olduğu saptanmıştır. Böylece, erkek bireylerin kadın bireylere göre kronik hastalıklar açısından daha fazla risk altında oldukları söylenebilir. Ayrıca, bireylerin bel çevreleri ve bel/kalça çevresi oranı arttıkça BKİ'lerinin de arttığı (Tablo 4.14, Tablo 4.15) bulunmuştur ($p<0.05$). Song ve ark. (Song ve diğerleri, 2015, s.295-304)'nın çalışmasına göre, KVH bağlı mortalite için risk oranının her iki cinsiyette de, abdominal obezitenin antropometrik ölçümlerinde ki artış ile arttığı belirlenmiştir.

Araştırmalar, yeni ülkede uzun süre ikamet eden göçmenlerin yeni gelen göçmenlere göre daha yüksek BKİ'ne sahip olduğunu göstermektedir. ABD'de Latin ve Asyalı göçmenler üzerinde yapılan bir çalışmada ikamet süresi ile BKİ'nin ilişkili olduğu gösterilmiştir. İkamet süresi artarken BKİ de artmaktadır (Ro ve Bostian, 2015, s.39-47). Aynı durum Birleşik Arap Emirlikleri'nde ikamet eden Güney Asyalı göçmenlerde de söz konusu olmuştur (Shah ve diğerleri, 2015, s.204). Bu çalışmada ise tam aksine, Rus göçmenlerin KKTC'de ikamet süresine göre antropometrik ölçümlerinin ortalamalarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.13), ($p\leq0.05$). Bunun nedeni ise KKTC'de diyetin daha çok bir Akdeniz modeli beslenme ve Rus göçmenlerin de beslenme alışkanlıklarında bir olumlu değişikliğin olması olabilir. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların %82.2'sinin Akdeniz Diyetine uyumunun orta düzeyde (erkeklerin %73.7'si ve kadınların %84.5'i) olduğu belirlenmiştir.

5.4. Bireylerin Akdeniz Diyetine Uyumunun Değerlendirilmes

Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların %82.2'sinin Akdeniz Diyetine uyumu orta düzeydedir (erkeklerin %73.7'si ve kadınların %84.5'i). Buna rağmen erkeklerin ve kadınların MDAS ortalamaları 8.00±2.65 ve 9.66±2.21 olup cinsiyete göre MDAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Stefler ve ark (Stefler ve diğerleri, 2017, s.421-429) tarafından yapılan çalışmaya göre, Çek ve Polonyalı bireylere göre Rus bireylerin %31.1'i orta MDAS sahip olduğu, %50'sinin ise düşük MDAS aralığında yer aldığı rapor edilmiştir.

Akdeniz diyetine uyumun artması ile genel mortalite azalmakta (Buckland ve Agudo, 2015, s.47-60), yaşam kalitesi ise artmaktadır (Sanchez, 2015, s.61-68).

Yapılan araştırmalarda Akdeniz Diyetine yüksek uyumun kilo alımının azalmasına önemli ölçüde bağlı olduğu saptanmıştır (USDA, 2014, Beunza ve diğerleri, 2010, s.1484–93, Lassale ve diğerleri, 2012, s.1455–1462). Ayrıca, Akdeniz Diyetine uyumu yüksek olan kişilerde uyumu düşük olanlara göre obezite olasılığı %10 daha düşük bulunmuştur (Romaguera ve diğerleri, 2010, s.912–21). Bu çalışmada Akdeniz Diyetine uyum ile vücut ağırlığı, BKI, bel çevresi, bel/boy oranı ve bel/kalça oranı arasında ilişki incelendiğinde, sadece bel/kalça oranı ile MDAS arasında önemli ilişkinin olduğu gözlemlenmiştir ($p \leq 0.05$). Akdeniz Diyetine uyumu yüksek olan kişilerin bel/kalça oranı 0.82±0.07 iken, uyumu düşük olan kişilerin 0.93±0.11 olduğu saptanmıştır.

Akdeniz diyetinin sağlık ve uzun ömür üzerinde yaralı bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır (Estruch ve diğerleri, 2013, s. 1279-1290, Martinez-Gonzalez ve diğerleri, 2012, s.377-385, Panagiotakos ve diğerleri, 2006, s.559-568, Buckland ve Agudo, 2015, s.47-60). Bu çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumlarına göre MDAS ortalamaları arası önemli fark bulunmamıştır. Bunun nedeni örneklemin büyük olmamasına bağlı olabilir.

Katılımcıların eşlerinin uyruklarının dağılımına göre MDAS ortalamaları arası fark önemsiz bulunmuştur. Buna rağmen Kıbrıslı / Türkiyeli eş ile yaşayan bireylerin MDAS ortalamasının (10.30±2.10) Rus eş ya da yalnız yaşayanlara göre (8.94±2.43 ve 8.92±2.18) daha yüksek olduğu görülmüştür. Doğu Avrupada

ki yaşayanların KV mortalite ve Akdeniz Diyeti skoru ile ilgili araştırmada evli olan insanlar arasında MDAS değerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Stefler ve diğerleri, 2017, s.421-429).

Göçmenlerin beslenme alışkanlıklarda yıllar içerisinde bir değişikliğin olması söz konusudur (Tseng ve diğerleri, 2015, s.400-407; Mehta ve diğerleri, 2012, s.425-447; Holmboe-Ottesen ve Wandel, 2012, s.1-13; Talegawkar ve diğerleri, 2016, s.1-8). Yeni ülkede ikamet süresi beslenme ve besin alımlarını etkilemektedir (Talegawkar ve diğerleri, 2016, s.1-8). Bu çalışmada da MDAS dağılımına göre ikamet süreleri arası farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). MDAS farkı, KKTC'de 5 yıldan az ikamet eden bireyler (8.7±2.5) ile 10 yıl ve üzeri sürede ikamet edenler (10.6±2.5) arasında önemli olarak bulunmuştur.

5.5. Bireylerin Besin Tüketim Durumunun Değerlendirilmesi

Besinler ve içecekler vücudun gereksinmesi olan enerji, makro ve mikro besin ögelerinin kaynağıdır. Tüketilen besinlerin bazıları enerji yönünden, bazıları belirli makro ve mikro besin ögeleri yönünden zengindir. Bu nedenle besinler sağladıkları yarar açısından 5 veya 6 grupta toplanmaktadır. Bunlar; Et, yumurta, kurubaklagiller; Süt ve süt ürünleri; Sebze ve/veya meyveler; Ekmek ve tahıllar; Yağlar ve tatlılardır (Baysal, 2011, s.1-9, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, 2014).

Rusya'da 2012 yılında kişi başına yıllık etin tüketimi (kırmızı et ve tavuk dâhil) 74 kg / yıl (5 yılda %34.5 bir artış); süt tüketimi 249 kg (2005'ten bu yana %6.4 artış), yumurta 276 kg (%10.4 artış), şeker 40 kg (%5.3 artış), patates: 111 kg (5 yılda %1.8 bir artış), sebzeler 109 kg (veya günde 298.6 g,5 yılda %25.3 artış), yağ (çoğunlukla ayçiçeği) 13.7 kg (%13.2 artış) ve ekmek yılda 119 kg (5 yılda %1.7 azalma) olarak rapor edilmiştir (Kharlamov, 2017, s.60-84).

Rus halkının yaklaşık %70.0'i Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra 90'lı yılların başlarında açlık çekmiştir. Ayrıca, o zamanda insanlar bolca ekmek ile işlenmiş kırmızı et (salam, sosis vb.), şeker ve patates gibi besinler tüketmişlerdir. Bu ürünlerin fazla tüketimi (nispeten yüksek fiyatlara rağmen) günümüze kadar devam eden bir eğilim göstermektedir (Lunze ve diğerleri, 2015, s.275-37).

Bu günlerde, eğilimler yağlı hayvansal ürünlerin ve şekerin tüketiminin azaldığını göstermektedir. Ancak Rusya'daki insanlar hala çok fazla doymuş yağ, şeker, işlenmiş et ve alkol tüketmeye devam ederken, yeteri kadar kompleks karbonhidrat, doymamış yağ, deniz ürünleri, tavuk, bakliyat ve kuruyemişi yeterince tüketmemektedir (Kharlamov, 2017, s.60-84).

DSÖ'nün Sağlıklı Beslenme Göstergesinin [0 (en kötü) ila 7 (en iyi) arasında değişen kronik hastalıkları önleme yönergeleri kullanılan] değerlendirilmesi ile Rusya ortalama olarak 1.5 puan almıştır. Bu rakam ise Avrupa ortalamaları (2.5-3.4) yanında daha düşük olduğu saptanmıştır (Boylan ve diğerleri, 2009, s.439). Dengesiz beslenmenin nedeni, bu alandaki bilgi eksikliği olabilir (Shevkunova, 2014, s.1-16). Bu sağlıksız beslenme tarzı, çeşitli KVH, kanser, diyabet ve osteoporoz gibi kronik hastalıklar için risk faktörleri yaratmaktadır.

Her öğünde alınması gereken dört temel besin grubundan biri süt ve süt ürünleri vücudumuz için gerekli kalsiyum ve B2 vitamininin en iyi kaynağıdır. Kemik sağlığı için gerekli olan kalsiyum ancak süt grubu besinler tüketilirken sağlanabilir. Bu grup ayrıca protein, fosfor ile B2 ve B12 vitamininden zengindir (Pekcan, 2006, s.8-11). Akdeniz Diyetinde ise süt ve ürünleri fazla miktarda tüketilmesi önerilmemektedir. Ancak Akdeniz diyetinde fermente süt ürünlerinin tüketildiği bilinmektedir (Panagiotakos ve diğerleri, 2006, s.559-568, Burlingame ve diğerleri, 2012). Bunun yanı sıra 19-50 yaş grubu yetişkin kadın ve erkekler için kalsiyum RDA 1000 mg/gün olmalıdır (IOM, 2011).

Araştırma sonuçları, ortalama süt ve süt ürünlerin tüketiminin önerilenin 450 g/gün altında olduğunu (Tablo 4.23, Tablo 4.24) göstermektedir (E: 233.11±274.9 g/gün; K: 173.8±160.1 g/gün) ve cinsiyete göre toplam tüketilen miktarların arasındaki fark önemsizdir. MDAS değerlerine göre de farklar önemsiz bulunmuştur, fakat MDAS değeri yüksek olan bireylerde süt ve süt ürünlerinin tüketiminin en düşük miktarda (120.8±104.4 g/gün) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.25).

KKTC’de <5 yıl, 5-10 ve ≥10 yıl ikamet eden bireylerin ortalama süt ve süt ürünleri tüketimi sırasıyla 128.3±152.7 g/gün, 245.6±215.5 g/gün ve 214.4±188.9 g/gün’dür. Bireylerin KKTC’de ikamet süresine göre toplam süt ve süt ürünlerin tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($p<0.05$). Bu anlamlı fark ayrıca süt ve yoğurt tüketiminde var iken peynir tüketiminde gözlemlenmemiştir (Tablo 4.24).

Araştırmada kalsiyumu hem erkek hem kadın bireylerin yetersiz miktarlarda (E: 842.1±635.1 mg/gün; K: 609.1±271.2 mg/gün) tükettiği belirlenmiştir. B2 vitamini ise araştırmaya katılan bireyler tarafından yeterli düzeyde tüketilmektedir (Tablo 4.27). B2 vitamini ayrıca sebze ve meyvelerden de sağlanmaktadır.

Rusya'da süt geleneksel "stratejik" bir besindir. Kefir, ekşi krema ve nor (lor) gibi besinler sıklıkla yenen popüler süt ürünleridir (Ganskau, 2006, s.195). Yoğurt da yavaş yavaş Rusların (en azından büyük şehirlerde yaşayanların) günlük yaşamında yer almaya başlamıştır (Ганскау ve diğerleri, 2014, s.41-58) ve 2016 yılında Rusya'da tüketilen yoğurt ortalama 11 g/gün (4 kg/yıl)'dır (Russian Federation Federal State Statistics Service, 2016).

KKTC'ye göç sonrası bireyler beyaz peynir, hellim ve yoğurdu daha çok tüketmeye, lor, meyveli yoğurt ve kefiri ise daha az tüketmeye başlamıştır. Rusya'da yaşarken bireyler genelde tam yağlı süt tüketirken, göç sonrası az yağlı sütü tercih edenlerin daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.32, Tablo 4.33, Tablo 4.34, Şekil 4.5). Süt ürünleri doymuş yağdan ve kolesterolden zengindir. Kalp sağlığı için yetişkin bireyler yağsız veya az yağlı süt, yoğurt ve peynir çeşitlerini tercih etmelidirler. Az yağlı süt ürünlerinden alınan kalsiyum kan basıncın düzenlenmesine ve KKH riskinin azalmasına yardımcı olur (Baysal, 2011, s.297-322).

Yetişkinler için günlük tüketilmesi önerilen ortalama et, yumurta, kurubaklagil miktarı erkekler için 140 g ve kadınlar için 150 g'dır (Baysal, 2011, s.27). Araştırmada erkeklerin günlük ortalama tüketimlerinin önerilen miktarın üstünde olduğu (273.00±143.7 g), kadınlarda ise ortalama günlük tüketimlerinin yaklaşık önerilen kadar olduğu (156.7±92.9 g) görülmektedir. Bireylerin cinsiyetlerine göre toplam et, yumurta, kurubaklagil tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.23).

KKTC'de ikamet süresine göre bu besin grubunun tüketimdeki fark istatiksel olarak anlamsız çıkmasına rağmen, 10 yıl ve üzeri ikamet eden bireylerin et ve tavuğu daha az tükettiği görülmektedir (Tablo 4.24).

Beyaz etinde (tavuk) doymuş yağ ve kolesterol miktarı kırmızı ete kıyasla daha azdır. Kırmızı et yerine tavuk etinin tercih edilmesi bu nedenle önemlidir (Baysal, 2011, s.297-322).

Elde edilen verilere göre Rus göçmenler önerilen miktarda kurubaklagil tüketmemesine rağmen göç sonrası daha fazla kurubaklagil (mercimek, nohut, kuru fasulye) tüketmeye başlamıştır (Tablo 4.34). Rusya'da ise ortalama olarak yılda sadece 2.1 kg kurubaklagil tüketilir (Russian Federation Federal State Statistics Service, 2016). Dana, domuz ve işlenmiş etlerin tüketimi azalmış, kuzu ve tavuk etlerinin tüketimi ise artmıştır (Tablo 4.34, Şekil 4.4).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin ekmek ve tahılları tüketim ortalaması 202.42±153.3 g iken, kadın bireylerin 132.8±98.4 g'dır. Bu veriler günlük önerilen tüketim miktarlarının altındadır (sırasıyla, 300 g ve 250 g) (Baysal, 2011, s.27). Bu tüketim miktarlarında cinsiyet arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin ekmek tüketim ortalaması 100.95±79.4 g olup kadın bireylerin tüketim ortalaması 55.6±50.0 g'dır. Bireylerin cinsiyete göre ekmek tüketim miktarları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.23, Tablo 4.24). 2016 yılında yapılan araştırmasına göre, Rusya'da tüketilen ekmek ve tahıl günlük ortalama 270 g'dır (Russian Federation Federal State Statistics Service, 2016).

Rusya'da ekmek, patates, makarna, pirinç, karabuğday ve yulaf 'temel besinler' grubu oluşturmaktadır. Rus göçmenlerin diyetsel kültürleşmesini değerlendirdikten sonra, göç sonrası daha az ekmek, makarna ve karabuğday tüketmektedir (Tablo 4.34, Şekil 4.3). Göçle birlikte bulgur sevilen bir besin tercihi olmuş ve bulgurun tüketimi artmıştır, Rusya'da bu besin marketlerde nadir bulunmaktadır.

Rusya'da sebze ve meyvelerin mevcudiyeti, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında en düşük seviyededir ve günde kişi başına 400 g tavsiye edilen eşiğin altındadır (300-340 g/kişi). Rusya'da bir yılda 177.7 kg sebze (patates hariç) ve meyve tüketilir (Russian Federation Federal State Statistics Service, 2016). Ancak yıl boyunca günlük tüketim aynı değil. Sadece sonbahar başlarında Ruslar günlük 400 g'dan fazla sebze tüketmektedir (Kharlamov, 2017, s.60-84). Ayrıca, çeşitli antioksidanlardan faydalanmak için rengârenk meyve ve sebzelerin tüketimi önerilmektedir (Khoo, 2011, s.1710-38).

Bu araştırmada ise günlük sebze ve meyve tüketiminin iyi düzeyde olduğu (E: 607.58±359.4 g; K: 521.3±308.5 g) saptanmıştır (Tablo 4.23, Tablo 4.24). Bu durumun bireylerin KKTC'ye göç etmesi nedeni ile ilgili olduğu söylenebilir, çünkü göç sonrası hem meyve hem sebze tüketiminin arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.34, Şekil 4.6).

Katı yağ, sıvı yağ ve yağlı tohum tüketimlerinde erkeklerin ortalama günlük tüketimlerinin kadın bireylerden daha fazladır (Tablo 4.23, Tablo 4.24). Hatta erkek bireylerin kadın bireylere göre katı yağ tüketimleri istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$), (Tablo 4.23).

Rusya'da 1991 yılına kadar bir kişi için önerilen günlük enerji miktarı, mesleklerine bağlı olarak erkekler için 2800 – 3600 kkal, kadınlar için 2400 - 3100 kkal arasında değişmektedir. 1992'den 1998'e kadar, yoksulluk seviyesinin altında yaşayan Rus nüfusunun oranı %12'den %46'ya yükselmiş ve kişi başına ortalama alınan günlük enerji yaklaşık 2900 kkal (çoğunlukla basit karbonhidratlar, doymuş yağ, bazı tahıllar, patates, pancar ve havuç) olarak belirlenmiştir (Lunze ve diğerleri, 2015, s.275-37).

Çalışmada erkeklerin günlük ortalama enerji tüketimi 1957.8±628.2 kkal, kadın bireylerin tüketimi ise 1372.1±334.4 kkal'dir (Tablo 4.27). Bu bulgularına göre Rus göçmenler göç sonrası daha az enerji tüketmektedir.

Yapılan HAPIEE araştırması Rusya'da yaşayan erkeklerin ortalama 2794.5 ±835.96 kkal, kadınların 2364.57 ± 692.65 kkal tükettiğini göstermiştir. Bu veriler Orta ve Doğu Avrupa ülkeler arasında Ruslar en yüksek enerji alımına sahiptir (Boylan ve diğerleri, 2009, s.439). 2016 yılında Rusya'da Federal State Statistics Service tarafından yapılan araştırmasına göre bir insan günde 2674.8 kkal tüketmektedir (Russian Federation Federal State Statistics Service, 2016). FAOSTAT 2014-2016 verilere göre, Rusya'da ortalama diyet enerji yeterliliği %136 olarak gösterilmiştir (FAOSTAT).

Sağlıklı beslenme çerçevesinde, enerjinin %10-15'inin proteinlerden, %55-75'inin karbonhidratlardan ve %15-30'unun yağlardan gelmesi (doymuş yağ asitlerinin enerjinin % 10'dan az olması) önerilmektedir (Baysal, 2011, s.7-11).

Sovyet zamanında protein için önerilen günlük alım miktarı Avrupa ve ABD'nin neredeyse iki katıdır, ayrıca hayvansal kaynaklı yani doymuş yağ ve "işlenmiş" etlerden gelen proteinin yüksek alımlarının sağlığın korunması için

gerekli olduğuna dair yanlış inanç yaratılmıştır (Petrukhin ve diğerleri, 2012, s.436-449.).

Çalışmaya katılan erkek ve kadınların günlük aldıkları enerjinin CHO'dan gelen yüzdesi sırasıyla %40.1±8.4 ve %42.8±10.4, proteinden gelen yüzdesi %20.4±4.4 ve %18.7±5.5 ve yağdan gelen yüzdesi sırasıyla %39.5±8.4 ve %38.4±10.4 olarak saptanmıştır (Tablo 4.27). Bu bilgiler doğrultusunda Rus göçmenlerin daha az CHO ve daha fazla yağ tükettikleri söylenebilir.

HAPIEE araştırmasında da, Rusya'da yaşayan bireylerin günlük, enerjinin %39'unun CHO, % 17'sinin protein, % 43'ünün yağdan sağlandığı belirtilmiştir (Boylan ve diğerleri, 2009, s.439). Dİğer verilerine göre ise Rusya'da kişi başına günlük enerjinin %51'inin CHO, %12'si ve %37'si yağlardan sağlanmaktadır (Russian Federation Federal State Statistics Service, 2016).

FAOSTAT 2011-2013 yıllarında Rusya'da ortalama protein kullanılabilirliği günde 103 g/kişi başı olduğu belirtmiştir (FAOSTAT). Russian Federation Federal State Statistics Service verilerine göre ise Rusya'da kişi başına günlük 80 g protein tüketilmektedir (Russian Federation Federal State Statistics Service, 2016). Bu çalışmada ise erkeklerin 93.1±34 g/gün ve kadınların 61.4±21 g/gün protein alımlarının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.27, Tablo 4.28). Günlük alınması önerilen protein miktarı karışık diyetler için vücut ağırlığı başına 0.83 g protein/kg olarak önerilmektedir (EFSA, 2012). Bu çalışmada erkek ve kadınların ortalama vücut ağırlıkları başına bu değerler sırasıyla 1.0 g/kg ve 0.91 g/kg olarak belirlenmiştir.

Bu araştırmada erkek bireylerin günlük ortalama karbonhidrat ve protein tüketimi RDA'nın %142.8±56.4'ünü ve %166.2±60.8'ini, kadın bireylerin karbonhidrat ve protein tüketimi ise RDA'nın % 107.6±31.9'unu ve %133.6±45.6 karşılamaktadır (Tablo 4.31) ve cinsiyete göre hem CHO hem protein tüketiminde farklılığı istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Rusya'da 1992-2000 yıllar arasında yağdan gelen enerjinin ortalaması %40'dan %29'a düşmüş (çoğunlukla doymuş yağ olarak); düşük gelirli nüfusta %29.4, orta gelirlilerde %32.9 ve yüksek gelirlilerde %33.4 olarak saptanmıştır (Kharlamov, 2017, s.60-84). Enerji yüzdesi olarak protein alımı tüm gelir grupları arasında azalmıştır (yaklaşık %12-14). Ancak, en düşük geliri olan grubun protein tüketiminin %12'nin altında olduğu saptanmıştır. Yağ ve proteindeki bu azalmalar,

karbonhidrat alımındaki orantılı artışlarla (günlük enerji tüketiminin %45'inden %57'sine kadar) karşılanmıştır (Kharlamov, 2017, s.60-84).

Yapılan HAPIEE çalışmasında ise Rusya'da yağın alımı çoğunlukla tekli doymamış yağ asitlerden sağlamaktadır (Boylan ve diğerleri, 2009, s.439).

Çoğu klinik çalışmalara göre düşük yağlı diyetlerin KVH'ye karşı koruyucu olmamaktadır. Bunun yanında düşük doymuş yağ alımı (toplam yağ alımı ne olursa olsun) KKH komplikasyonların riskini azalttığı gösterilmiştir (çoklu doymamış yağ asitleri (ÇDYA) tüketiminde artış ile ilişkili değilse). Bu, Akdeniz diyetinin konsepti ile tamamen uyumludur. Akdeniz diyeti CHD'ye karşı yüksek koruma ile ilişkili ve hem doymuş yağların hem de ÇDYA'nın düşük tüketimi ile karakterize edilen bir diyet modelidir (Lorgeril ve diğerleri, 2007, s.38-41). Yapılan çalışmada erkekler günlük alınan enerjinin %14.3'ünü SAFA'dan ve %7.9 PUFA'dan sağlarken, kadınlarda bu oran %14.2 ve %8.0'dir (Tablo 4.27).

Katılımcıların yetersiz posa aldıkları gözlemlenmiştir (17.5±7.8 g/gün) (Tablo 4.26). Bu miktar RDA'nın sadece %66.3±30.2'sini karşılamaktadır (Tablo 4.31). Posa alımı kronik hastalık riski düşürebilmektedir. Önerilen posa alımı her 1000 kkal için 14 g, ya da erkekler için 38 g/gün, kadınlar için 25 g/gün'dür (ADA, 2008, s. 1716-1731). Çalışmamızda ise erkekler günde 20.7±9.6 g posa alırken, kadınlar 16.7±7.1 g almaktadır (Tablo 4.27). Posa alımının önerilen düzeylerde olması özellikle KVH ve diyabet riskinin azaltılması yanı sıra kilo kontrolünün sağlanmasında önemli bir faktördür (ADA, 2008, s.1716-1731). Diyet posası kolesterol öncüsü safra asitlerinin kana geçişini önleyerek KVH riskini azaltır (Baysal, 2011, s.297-322). Sebzeler, meyveler, kurubaklagiller, tam tahıl ürünleri posa içeren besinler olduğundan posa alımının artırılmasında bu besinlerin tüketimi önemlidir (Samur ve Mercanlıgil, 2008, s. 9-12).

Çalışmada posa alımı cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p \leq 0.05$) bulunurken, KKTC'de ikamet süresine göre ve MDAS aralıklarına göre posanın alımlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0.05$) saptanmamıştır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Araştırma evrenini oluşturan bireylerin %21.1'i erkek, %78.9'u kadındır.
2. Katılımcıların yaş ortalamaları 39.4±9.5 yıldır.
3. Bireylerin %85.6'sı evlidir. Bunların %66.2'si Rus, %29.9'u Kıbrıslı / Türkiyeli ve %3.9'u diğer uyruklu eşler ile yaşamaktadır.
4. Araştırmaya katılan Rus göçmenler genel olarak (%81.1) üniversite eğitimini tamamlamışlardır.
5. Katılımcıların %63.3'ü ayda kişi başına 1000-3000 TL arasında gelir sağlamaktadır.
6. Bireylerin göç yaşı ortalaması 32.9±2.4'dür. Göçmenlerin yarısından fazla (%52.2) 20-34 yaş aralığında iken KKTC'ye göç etmişlerdir.
7. Göçmenlerin %45.6'sı 5 yıldan az, %35.6'sı 5-10 yıl arası ve %18.9'u 10 yıldan fazla Kuzey Kıbrıs'ta ikamet etmektedir, ikametgahın ortalaması ise 6.5±4.7 yıldır.
8. Araştırmaya katılan erkeklerin %63.2'sinin sağlıklı ve %21.1'inin kardiyovasküler hastalık (KVH) sorunu olduğu, kadın bireylerin ise %74.6'sının sağlıklı ve %8.5'inin KVH sorunu bulunduğu.
9. KKTC'de 10 yıl ve üzeri sürede ikamet eden bireyler (%76.5) daha sağlıklıdır. KKTC'de beş yıldan az sürede ikamet eden bireylerde daha çok KC/Safra/Böbrek hastalıkları sorununun (%12.2), 5-10 yıl arası ikamet eden bireylerde ise daha çok KVH sorunu (%15.6), ≥10 yıl KKTC'de ikamet eden bireylerde daha çok Ülser/Gastrit sorunu (%11.8) olduğu belirlenmiştir. Ancak, KKTC'de ikamet sürelerine göre sağlık sorunu dağılımları arasındaki fark önemsizdir ($p>0.05$).
10. Göçmenlerin %73.3'ü alkol tüketmektedir. Alkol kullanan erkeklerin %68.8'inin ve kadınların %86.0'ının haftada 7 kadehten az alkol tükettikleri görülmektedir.

11. Göçmenlerin %23.3'ü sigara içmektedir. Bunların %66.6'sı günde 10 sigaradan az sigara içmektedir.

12. Erkek bireylerin %84.2'si ve kadın bireylerin %73.2'si günde üç ana öğün tüketmektedir. Erkek bireylerin %47.4'ü günde bir ara öğün tüketirken, kadın bireylerin %53.5'i iki ara öğün tüketmektedir. Ortalama ana ve ara öğün tüketim oranları sırasıyla 2.7±0.5 ve 1.7±0.9'dur.

13. Kadınların %59.2'si ve erkeklerin %68.4'ü bazen ana öğünü atlamaktadır. Atlanan ana öğün hem kadınlarda (%41.7) hem de erkeklerde (%62.5) genelde öğle öğünüdür. En sık öğün atlama nedeni ise zaman yetersizliğidir.

14. Göçmenlerin %70.0'i beslenme ile ilgili kurslara ya da diyetisyene hiç başvurmamıştır ve %72.2'sinin Akdeniz Diyeti ile ilgili bilgisinin olmadığı belirlenmiştir.

15. Araştırmaya katılan bireylerin sadece %4.4'ü balık yağı / omega-3, %7.8'i probiyotikleri ve %17.8'i vitamin/mineral desteği kullanmaktadır.

16. Erkek bireylerin %57.9'u ve kadın bireylerin %50.7'si devamlı egzersiz yapmaktadır. Erkeklerin %54.5'i yürüyüşü tercih ederken, kadınların ise %58.3'ü fitnesi tercih etmektedir. Erkeklerin %36.4'ünün haftada 5-6 kez, kadınların ise %52.8'inin haftada 3-4 kez egzersiz yaptıkları saptanmıştır. Egzersiz yapan erkeklerin %45.5'inin 1 saatten daha az sürerken, kadınların %55.6'sının egzersizleri 1-2 saat sürmektedir.

17. Kadınların vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, boyun çevresi ortalamaları sırasıyla 67.19±15.56 kg, 24.19±5.55 kg/m2, 84.32±12.78 cm ve 32.87±2.40 olarak saptanmıştır. Erkeklerin vücut ağırlığı 92.48±20.63 kg, BKİ ortalaması 28.74±5.80 kg/m2, bel çevreleri ortalaması 103.58±15.99 cm ve boyun çevresi ortalaması ise 41.13±3.44 cm'dir.

18. Kadın bireylerin bel/kalça oranlarının ortalaması 0.83±0.06, bel/boy oranların ortalaması 0.51±0.08 cm, erkek bireylerin bel/kalça oranlarının ortalaması 0.99±0.09, bel/boy oranların ortalaması 0.58±0.09 cm'dir.

19. Bireylerin BKI değerlerine göre %64.4'ünün, %18.9'unun hafif şişman ve %16.7'sinin şişmandır. Kadınların %73.2'sinin, erkeklerin ise %31.6'sının normal BKİ değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

20. Kadınların %45.1'inin bel çevresi 80 cm ve altında, erkeklerin ise %52.6'sının bel çevresi ölçümlerinin 102 cm ve üzerindedir. Kadınların %64.8'inin bel/kalça oranlarının 0.85'in altında olduğu, erkek bireylerin %89.5'inin bel/kalça oranlarının 0.90 ve üzerindedir. Kadınların %52.1'inin bel/boy oranı ≥0.4-<0.5 arasında iken, erkeklerin %84.2'sinin ≥0.5 olduğu saptanmıştır

21. KKTC'de ikamet süresi <5 yıl olan bireylerin %61.0'inin BKI'i değeri, %46.3'ünün bel çevresi, %39.0'unun bel/kalça oranı ve %41.5'inin bel/boy oranı normal değerlerdedir. KKTC'de 5-10 yıl arasında ikamet eden bireylerin %65.6'sının BKI, %40.6'sının bel çevresi, %59.4'ünün bel/kalça oranı ve %40.6'sının bel/boy oranlarının normal değerlerdedir. KKTC'de 10 yıl ve üzeri süre ikamet eden bireylerin %70.6'sının normal BKI'ne sahip oldukları, %47.1'inin bel çevresinin normal olduğu, %76.5'inin bel/kalça oranının normal olduğu ve %58.8'inin bel/boy oranının normal aralıkta olduğu belirlenmiştir.

22. Bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre vücut ağırlıkları, BKI, bel çevresi, boyun çevresi, bel/kalça ve bel/boy oranlarının ortalamaları arası farkları istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

23. BKİ ile bel çevresi, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arasında pozitif yönde kuvvetli ve önemli ilişki belirlenmiştir ($0.50 \leq r \leq 0.99$; $p<0.001$).

24. Kadınların MDAS ortalama (±S) değeri 9.667±2.21 olup, erkeklerde daha düşüktür (8.00±2.65). Cinsiyete göre MDAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($t= 2.790$, $p=0.006$).

25. Kadınlar arasında %84.5'i ve erkekler arasında %73.7'si orta (7-12 puan) MDAS aralığı grubunda yer almaktadır. Yüksek (13-18 puan) MDAS aralığında olan kadınların oranı %6.7'dir. Erkekler arasında yüksek MDAS saptanmamıştır.

26. Cinsiyete göre MDAS ortalamaları arasında (E: 8.00±2.65, K: 9.66±2.21) istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur (t= 2.790, p=0.006).

27. MDAS ile vücut ağırlığı, bel çevresi ve bel/boy oranı arasında negatif yönde zayıf ve önemsiz ilişki varken (r=-0.134; p>0.05, r=-0.204; p>0.05, r=-0.161; p>0.05), MDAS ile bel/kalça oranı arasında negatif yönde zayıf ama önemli ilişki saptanmıştır (r=-0.334; p=0.001). MDAS ile BKI arasında ise ilişki bulunamamıştır (r=-0.059; p>0.05).

28. Sağlık durumlarına göre değerlendirme yapıldığında bireylerin MDAS ortalamaları arası fark önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

29. Bireylerin eşlerinin uyruklarının dağılımına göre MDAS ortalamaları arası fark önemsiz bulunmuştur p>0.05.

30. KKTC'de 5 yıldan az süre ikamet eden bireylerin MDAS ortalaması 8.7±2.5, 5-10 yıl ikamet edenlerde MDAS ortalaması 9.4±1.9, 10 yıl ve üzeri ikamet edenlerin MDAS ortalaması ise 10.6±2.5'tir.

31. MDAS dağılımına göre ikamet süreleri arası farkın önemli (p<0.05) olduğu saptanmıştır. KKTC'de 5 yıldan az ikamet eden bireylerin MDAS puanları ile 10 yıl ve üzeri sürede ikamet edenlerin MDAS puanları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (p≤0.05).

32. MDAS puanı 0-6 arasında olan bireylerde BKİ (27.58±5.96 kg/m2), bel çevresi (98.40±16.24 cm), bel/kalça oranı (0.93±0.11), bel/boy oranı (0.56±0.08) ve boyun çevresi (37.70±5.08 cm) değerleri, MDAS yüksek olan bireylere göre daha yüksektir.

33. MDAS ile bel/kalça çevresi arası ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (F=3.50, p=0.04).

34. Bireylerin cinsiyetlerine göre toplam et, yumurta, kuru baklagil tüketim miktarları (E:273.0±143.7 g, K:156.7±9 g) ile et ürünlerin tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0.05).

35. Cinsiyetlerine göre ekmek ve tahılları tüketim miktarları (E:202.4±153.3 g, K:132.8±98.4 g) ile ekmeğin tüketim miktarları (E:100.9±79.4 g,

K:55.6±50.0 g) arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

36. Katı yağların tüketim ortalaması erkeklerde 7.89±12.2 g ve kadınlarda 2.2±5.7 g olup miktarlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur.

37. Bireylerin ikamet süresine göre toplam süt ve süt ürünleri tüketim miktarları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

38. MDAS değerlerine göre karşılaştığında besin tüketim ortalamaları arası farklar önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

39. Erkeklerin ortalama 1957.8±628.2 kkal/gün, kadınların ortalama 1372.1±334.4 kkal/gün enerji tükettiği saptanmıştır.

40. Bireylerin CHO, protein ve yağ tüketim miktarlarının ortalamaları sırasıyla, erkek bireyler için 185.6±73.4 g, 93.1±34.0 g, 85.8±35.7 g, kadın bireyler için sırasıyla 139.8±41.5 g, 61.4±21.0 g, 59.8±25.3 g'dır. Bireylerin cinsiyetlerine göre makro besin öğeleri tüketim miktarları ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

41. Kadın ve erkek bireylerin kolesterol, doymuş yağ, tekli doymamış yağ ve çoklu doymamış yağ asidi tüketim miktarları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$).

42. Araştırmaya katılan erkek ve kadın bireylerin A ve C vitamini tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

43. Cinsiyetlerine göre E, B1, B2 vitamini, niasin, demir ve çinko tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

44. Cinsiyetlerine göre Kalsiyumun tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

45. Erkeklerin adı geçen vitamin-mineral tüketim miktarları kadın bireylere kıyasla belirli derecede daha yüksektir.

46. KKTC'de 5-10 yıl arası ikamet eden bireylerde enerji, karbonhidrat, protein, yağ (doymuş ve doymamış), E, B1, B2, niasin, kalsiyum, demir ve çinko vitamin-mineral tüketim miktarları 5 yıldan daha az ve 10 yıldan daha fazla süre ikamet eden bireylere kıyasla belirli derecede daha yüksektir.

47. Araştırmaya katılan bireylerin KKTC'de ikamet süresine göre enerji, makro ve mikro besinlerin tüketim miktarları arası farklar önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

48. MDAS aralıklarına göre farklılık sadece besinlerle alınan enerji göstermektedir (Orta MDAS ile Yüksek MDAS aralıklarında enerji değerleri arası).

49. Erkek ve kadın bireylerin karbonhidrat ve protein tüketimlerinin RDA'ya göre değerlendirilmesinde cinsiyete göre gösterdikleri farklılıklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

50. Bireylerin cinsiyetlerine göre vitamin E, vitamin B1 ve Niasin tüketimleri RDA'nın karşılanmasında cinsiyetler arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunurken ($p<0.05$), cinsiyetler arasında A, C ve B2 vitamini tüketiminde RDA'nın karşılama oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

51. Cinsiyete göre demir tüketim düzeyi RDA'yı karşılama oranı arasındaki farkı istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p<0.05$), kalsiyum ve çinko tüketimleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

52. Araştırmaya katılan bireylerin göç sonrası bazı besinleri tüketim sıklığı değişmiştir.

53. KKTC'ye göç ettikten sonra, bireylerin kara buğday, makarna, patates, ekmek, kuru bezelye, salam ve sosis gibi işlenmiş et ürünleri, domuz eti, dana eti, lor peyniri, meyveli yoğurdu, süt, patates, mayonez, domuz yağı, margarin, tereyağı, ayçiçek yağı, hamuş işi, pasta, kurabiye, bisküvi, çikolata, çorbalar, komposto, çay ve meyve suyu gibi besinlerin tüketimi azalmıştır.

54. KKTC'ye göç ettikten sonra, bireylerin bulgur, yağlı tohumlar, mercimek, nohut, kuru fasulye, balık, deniz ürünleri, tavuk, koyun/kuzu eti, hellim, beyaz peynir, sade yoğurt, az yağlı süt, baharatlar, meyve, sebze (patates dışında), zeytinyağı, sütlü ve şerbetli tatlılar, kahve ve su tüketiminin artmıştır.

6.2. Öneriler

1. Göçmenleri özel grup olarak kabul etmeli, sağlının korunması ve geliştirilmesi için sağlıklı beslenme ile ilgili faaliyetleri düzenleyerek farkındalık oluşturulmalıdır.
2. Göçmenlerin kültürünü tanımalı, sağlık ve beslenme davranışlarının neler olduğunu öğrenerek onlar için uygun beslenme eğitimi programları geliştirilmelidir.
3. Göçmenlere yanlış beslenmeye bağlı hastalıklar konusunda ve bu hastalıkların önlenmesinde Akdeniz Diyetinin rolü ile ilgili eğitim verilmelidir.
4. Göçmenlerin yeni kültüre uyum (ör: dil) sağlaması desteklenmelidir.
5. Göçmenlerin diyet örüntülerindeki farklılıkların göç sonrasında belirli aralıklarla izlenmesi ve bu amaçla çalışmalar yapılması faydalı olabilir.
6. Çalışmanın daha büyük evrenlerde yürütülmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

A Series of Systematic Reviews on the Relationship Between Dietary Patterns and Health Outcomes. (2016). Alexandria: Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion. Erişim: 15 Ekim 2017. http://www.nel.gov/vault/2440/web/files/DietaryPatterns/DPRptFullFinal.pdf.

ADA-Academy of Nutrition and Dietetics Academy. (2008). Position of the American Dietetic Association: Health Implications of Dietary Fiber. Journal of The American Dietetic Academy, 108:1716-1731.

Ainsworth B E., Haskell W L., Herrmann S D., Meckes N., Bassett D R., Tudor-Locke C. ve diğerleri. (2011). Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. Medicine and Science in Sports and Exercise, 43(8):1575–81.

Alexander D D., Miller P E., Van Elswyk M E., Kuratko C N., Bylsma L C. (2017). A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Prospective Cohort Studies of Eicosapentaenoic and Docosahexaenoic Long-Chain Omega-3 Fatty Acids and Coronary Heart Disease Risk. Mayo Clinic Proceedings, 92(1):15-29.

Alpar R. (2003). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemlere giriş 1. 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayınevi.

Appel L J. (2017). The effects of dietary factors on blood pressure. Clinical Cardiology, 35(2):197-212.

Ashwell M., Hsieh S D. (2005). Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. International Journal of Food Sciences and Nutrition, 56:303–307.

Astrup A., Dyerberg J., Elwood P., Hermansen K., Hu F B., ve diğerleri. (2011). The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010? The American Journal of Clinical Nutrition, 93:684–688.

Bach-Faig A B., Berry E M., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S. ve diğerleri. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural Updates. Public Health Nutrition, 14(12A): 2774-2784

Bachmann V., Völkner M., Bösner S., Donner-Banzhoff N. (2014). The experiences of Russian-speaking migrants in primary care consultations. Deutsches Ärzteblatt International, 111(51-52):871-876.

Bastiena M., Poiriera P., Lemieuxa I., Desprésa J P. (2014). Overview of epidemiology and contribution of obesity to cardiovascular disease. Progress in Cardiovascular Diseases, 56:369-381.

Baysal A. (Ed. Baysal A., Aksoy M., Besler T., Bozkurt N., Keçecioğlu S., Mercanlıgil S M., Merdol T., Pekcan G., Yıldız E.). (2011). Diyet El Kitabı. (6. Bs). Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 7-11, 297-322.

Bebis Nutrition Data Base Software (2004). The German Food Code and Nutrient Data Base (BLS II.3, 1999) with additions from USDA-srandother sources, İstanbul, Turkey.

Berry J W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. International Journal of Intercultural Relations, 29:697-712.

Beunza J J., Toledo E., Hu F B., Bes-Rastrollo M., Serrano-Martı´nez M., ve diğerleri. (2010). Adherence to the Mediterranean diet, long-term weight change, and incident overweight or obesity: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. The American Journal of Clinical Nutrition, 92:1484–93.

Bobak M., Malyutina S., Horvat P., Pajak A., Tamosiunas A., ve diğerleri. (2016). Alcohol, drinking pattern and all-cause, cardiovascular and alcohol-related mortality in Eastern Europe. European Journal of Epidemiology, 31(1):21-30.

Boylan S., Welch A., Pikhart H., Malyutina S., Pajak A. Ve diğerleri. (2009). Dietary habits in three Central and Eastern European countries: the HAPIEE study. BMC Public Health, 9:439.

Buckland G. ve Agudo AA. (2015). The Mediterranean Diet and Mortality. Preedy V R. ve Watson R R. (Ed.). The Mediterranean Diet An Evidence-Based Approach. (1.Bs.), 47-60. St. Louis. Elsevier

Burlingame B. ve Dernini S. (Eds.) (2012). Sustainable Diets And Biodiversity Directions And Solutions For Policy, Research And Action. Proceedings of the International Scientific Symposium Biodiversity And Sustainable Diets United Against Hunger 3–5 November 2010, Rome, FAO.

Chairperson J P., Backer G D., Gohlke H., Graham I., Reiner Z., Verschuren W M., ve diğerleri. (2012). European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Atherosclerosis, 223:1-68.

Ciati R. ve Ruini L. (2012). Double pyramid: Healthy Food for People and Sustainable for the Planet. In: Burlingame B, Dernini S (eds) Sustainable Diets and Biodiversity - Directions, Solutions for Policy, Research and Action. Rome: FAO, 281-294.

Deniz A. ve Özgür E M. (2010). Rusya'dan Türkiye'ye ulusaşırı göç: Antalya'daki Rus göçmenler. Ege Coğrafya Dergisi, 19(1):13-30.

Dernini S., Berry E M., Serra-Majem L., La Vecchia C., Capone R., Medina F X. ve diğerleri, on behalf of the Scientific Committee of the International Foundation of Mediterranean Diet. (2017). Med Diet 4.0: The sustainable Mediterranean diet with four benefits. Public Health Nutrition, 20(7):1322-1330.

EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies), (2012). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for protein. EFSA Journal, 10(2):2557, 66 pp.

Erdem Y., Akpolat T., Derici Ü., Şengül Ş., Ertürk Ş., Ulusoy Ş. ve diğerleri. (2017). Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. Nutrients, 9(9):933

Estruch R., Ros E., Salas-Salvadó J., Covas M I., Corella D. ve diğerleri. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. The New England Journal of Medicine 2013; 368(14):1279-1290.

European Heart Network. (2011). Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. Brussels, Belguim: European Heart Network.

FAOSTAT. Erişim: 17 Ekim 2017, http://www.fao.org/faostat/en/#country/185

Ganskau E. (2006). Trust and Safe Choices: Coping with health-related risks in food consumption in St. Petersburg. Doctoral dissertation, University of Helsinki, Helsinki.

Ганскау Е Ю., Минина В Н., Семенова Г И., Гронов Ю Е. (2014). Повседневные практики питания жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Журнал Социологии и Социальной Антропологии, 1(72):41-58.

He F J. ve MacGregor G A. (2013). Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. Cochrane Database Systematic Reviews, 4:CD004937.

Holmboe-Ottesen G. ve Wandel M. (2012). Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. Food & Nutrition Research, 56:1-13.

Honkanen P. ve Frewer L. (2009). Russian consumers' motives for food choice. Appetite, 52(2):363-71.

Iannetta M., Colucci F., Presenti O., Vitali F. (2012). Food and energy: a sustainable approach. In: Burlingame B, Dernini D, editors. Sustainable diets and biodiversity directions and solutions for policy, research and action. Rome: FAO, p. 274–279.

IOM, Food and Nutrition Board. Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium, The National Academies Press, 2011. www.nap.edu

Kharlamov A N. (2017). Cardiovascular burden and percutaneous interventions in Russian Federation: systematic epidemiological update. Cardiovascular Diagnosis and Therapy, 7:60-84.

Khoo H E., Prasad K N., Kong K W., Jiang Y., Ismail A. (2011). Carotenoids and their isomers: color pigments in fruits and vegetables. Molecules, 16(2):1710-38.

Devlet Planlama Örgütü. (2013). KKTC Nüfus Sayımı 2011. Bülten: Kesin Sonuçlar, İkinci Aşama. Başbakanlık, Lefkoşa, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti.

Koçtürk T. (1995). Structure and change in food habits. Scandinavian Journal of Nutrition, 39:2-4.

Koning L., Merchant A T., Pogue J., Anand S S. (2007). Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies. European Heart Journal, 28:850–856.

Kotseva K., Wood D., De Bacquer D. Ve diğerleri. (2016). EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. European Journal of Preventive Cardiology, 23:636-48.

Larsson SC, Orsini N. Fish consumption and the risk of stroke: a dose-response meta-analysis. Stroke 2011;42:3621-3

Lassale C., Fezeu L., Andreeva V A., Hercberg S., Kengne A P. ve diğerleri. (2012). Association between dietary scores and 13-year weight change and obesity risk in a French prospective cohort. International Journal of Obesity, 36:1455–1462.

Lorgeril M. ve Salen P. (2007). Mediterranean diet and n-3 fatty acids in the prevention and treatment of cardiovascular disease. Journal of Cardiovascular Medicine, 8:38–41.

Lunze K., Yurasova E., Idrisov B, ve diğerleri. (2015). Food security and nutrition in the Russian Federation - a health policy analysis. Global Health Action, 8:275-37.

Luo C., Zhang Y., Ding Y., Shan Z., Chen S. ve diğerleri. (2014). Nut consumption and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. The American Journal of Clinical Nutrition, 100:256–269.

Martínez-González M Á., Corella D., Salas-Salvadó J., Ros E., Covas M I. ve diğerleri. (2012). Cohort Profile: Design and methods of the PREDIMED study. International Journal of Epidemiology, 41:377-385.

Mila-Villarroel R., Bach-Faig A., Puig J., Puchal A., Farran A., Serra-Majem L., Carrasco L J. (2011). Comparison and evaluation of the reliability of indexes of adherence to the Mediterranean diet. Public Health Nutrition: 14(1A), 2338–2345.

Mozaffarian D., Benjamin E J., Go A S., Arnett D K., Blaha M J., Cushman V. ve diğerleri. (2016). Heart disease and stroke statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 133:e38-360.

Mozaffarian D., Katan M B., Ascherio A., Stampfer M J., Willet W C. (2006). Trans fatty acids and cardiovascular disease. The New England Journal of Medicine, 354:1601-13.

Nicholls H. (2001). Neck circumference correlates with obesity. Trends in Endocrinology and Metabolism, 12(8):339.

Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M. (2014). Cardiovascular disease in Europe 2014: Epidemiological update. European Heart Journal, 35:2950-2959.

Ott J J., Paltiel A M., Becher H. (2009). Noncommunicable disease mortality and life expectancy in immigrants to Israel from the former Soviet Union: country of origin compared with host country. Bulletin of the World Health Organization, 87(1):20-9.

Panagiotakos D B., Pitsavos C., Stefanadis C. (2006). Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of

cardiovascular disease risk. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 16(8):559-568.

Pate R R., Pratt M., Blair S N., Haskell W L., Macera C A., Bouchard C. ve diğerleri. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine. JAMA, 273:402-407.

Pekcan G. ve Köksal E. (2006). Vitamin ve mineral alım düzeylerinin değerlendirilmesinde diyet referans değerleri. Türkiye Klinikleri. Journal of Pediatric Sciences, 2(11): 8-11.

Pekcan, G. Beslenme Durumunun Saptanması, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Beslenme Bilgi Serisi 1.Klasmat Matbaacılık, Yayın No: 726. Ankara, 2008. (ISBN: 978-975-590-242-5).

Pekcan G. (2015). Bireylerin Beslenme Durumlarının Belirlenmesinde Kullanılan Yöntemler. Temel Beslenme ve Diyetetik. (Ed. Merdol TK), Güneş Tıp Kitabevleri Yayınevi, s. 1-29.

Pekcan G. (2016). Beslenme Durumunun Saptanması, Diyet El Kitabı, (Ed. A. Baysal ve ark.) 67-142, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, (9. Baskı).

Petrillo P L. (2012). Biocultural Diversity and The Mediterranean Diet. In Burlingame, B. & Dernini, S. (Eds), Sustainable Diets And Biodiversity Directions And Solutions For Policy, Research And Action. Proceedings of the International Scientific Symposium Biodiversity And Sustainable Diets United Against Hunger 3–5 November 2010, Rome, FAO, 224-229.

Petrukhin I S. ve Lunina E Y. (2012). Cardiovascular disease risk factors and mortality in Russia: challenges and barriers. Public Health Reviews, 33:436-49.

Piepoli M F., Hoes A W., Agewall S., Albus C., Brotons C., Catapano A L. ve diğerleri. (2017). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of

Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts. Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. G Ital Cardiol (Rome), 18(7):547-612.

Plowman S. ve Smith D. (2002). Exercise Physiology (Ed. Cummings B.).

Popovic-Lipovac A. ve Strasser B. (2015). A review on changes in food habits among immigrant women and implications for health. Journal of Immigrant and Minority Health, 17(2):582-90.

Rakıcıoğlu N, Tek N, Ayaz A, Pekcan G. Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu. Ankara: Ata Ofset Matbaacılık. 6. Baskı, 2016. (ISBN:978-9944-5508-0-2).

Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J P., McKee M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet, 381(9873):1235-45

Ro A. ve Bostean G. (2015). Duration of U.S. stay and body mass index among Latino and Asian immigrants: A test of theoretical pathways. Social Science & Medicine, 144:39-47.

Rodrigues-Casado A. (2014). The Health Potential of fruits and vegetables phytochemicals: Notable examples. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 56(7):1097-107.

Romaguera D., Norat T., Vergnaud A C., Mouw T., May A M. ve diğerleri. (2010). Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. The American Journal of Clinical Nutrition, 92:912–21.

Roshania R., Narayan K M., Oza-Frank R. (2008). Age at arrival and risk of obesity among US immigrants. Obesity (Silver Spring),16(12):2669-75.

Russian Federation Federal State Statistics Service. (2016). Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах в 2016 году. Erişim: 02 Ekim 2017, http://www.gks.ru/bgd/regl/b17_101/Main.htm

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

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2014

Samur G. ve Mercanlıgil S M. (2008). Diyet Posası ve Beslenme. T.C. Sağlık Bakanlığı Beslenme Bilgi Serisi A (s.7-20). Ankara: Klasmat Matbaacılık.

Sanchez P H., Alonso J D., Ruano C., Majem L S., Gonzalez M A. ve Villegas A S. (2015). Mediterranean Diet and Quality of Life. The Mediterranean Diet An Evidence-Based Approach. (1. Bs.), 61-67. St. Louis. Elsevier

Satia-Abouta J. (2003). Dietary acculturation: Definition, process, assessment, and implications. International Journal of Human Ecology, 4(1):71-86.

Shevkunova E S. (2014). Analysıs Of Food Products Consumptıon Level. Научный журнал КубГАУ, 101(07):1-16.

Shah S M., Loney T., Dhaheri S A., Vatanparast H., Elbarazi I. ve diğerleri. (2015). Association between acculturation, obesity and cardiovascular risk factors among male South Asian migrants in the United Arab Emirates – a cross-sectional study. BMC Public Health, 15:204.

Sidorenkov O., Nilssen O., Grjibovski A M. (2010). Metabolic syndrome in Russian adults: associated factors and mortality from cardiovascular diseases and all causes. BMC Public Health,10:582.

Sofi F., Abbate R., Gensini G F., Casini A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. The American Journal of Clinical Nutrition, 92:1189–1196.

Sofi F., Macchi C., Abbate R., Gensini G F., Casini A. (2014). Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score. Public Health Nutrition, 17(12):2769-82.

Song X., Jousilahti P., Stehouwer C D A., Söderberg S., Onat A. ve diğerleri. (2015). Cardiovascular and all-cause mortality in relation to various anthropometric measures of obesity in Europeans. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases, 25:295-304.

Souza R J., Mente A., Maroleanu A., Cozma A I., Ha V., Kishibe T. ve diğerleri. (2015). Intake of saturated and trans unsaturated fatty acids and risk of all cause mortality, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of observational studies. BMJ, 11:351.

Spallek J., Zeeb H., Razum O. (2011). What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. Emerging Themes in Epidemiology, 8(1):6.

Stefler D., Malyutina S., Kubinova R., Pajak A., Peasey A., Pikhart H. ve diğerleri. (2015). Mediterranean diet score and total and cardiovascular mortality in Eastern Europe: the HAPIEE study. European Journal of Nutrition. [Epub ahead of print].

Stefler D., Pikhart H., Kubinova R., Pajak A., Stepaniak U., Malyutina S. ve diğerleri. (2016). Fruit and vegetable consumption and mortality in Eastern Europe: Longitudinal results from the Health, Alcohol and Psychosocial Factors in Eastern Europe study. European Journal of Preventive Cardiology, 23(5):493-501.

Stepaniak U., Micek A., Grosso G., Stefler D., Topor‐Madry R., Kubinova R. (2016). Antioxidant vitamin intake and mortality in three Central and Eastern European urban populations: the HAPIEE study. European Journal of Nutrition, 55(2):547-560.

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

Threapleton D E., Greenwood D C., Evans C E., Cleghorn C L., Nykjaer C. ve diğerleri. (2013). Dietary fibre intake and risk of cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. BMJ, 347:f6879.

Trichopoulou A., Kouris-Blazos A., Wahlqvist M L., Gnardellis C., Lagiou P., Polychronopoulos E. ve diğerleri. (1995). Diet and overall survival in elderly people. BMJ, 311:1457–60.

Trichopoulou A., Costacou T., Bamia C., Trichopoulos D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. The New England Journal of Medicine, 26;348:2599–608.

Townsend N., Wilson L., Bhatnagar P., Wickramasinghe K., Rayner M., Nichols M. (2016). Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. European Heart Journal, 37:3232-3245.

Wandel M., Raberg M., Kumar B., Holmboe-Ottesen G. (2008). Changes in food habits after migration among South Asians settled in Oslo: The effect of demographic, socio-economic and integration factors. Appetite, 50:376-385.

Wang X., Ouyang Y., Liu J., Zhu M., Zhao G. ve diğerleri. (2014). Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. BMJ, 349:g4490

WHO. (2013). Nutrition, Physical Activity and Obesity (Russian Federation). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/243321/Russian-Federation-WHO-Country-Profile.pdf

WHO. (2014). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.

WHO. (2015). Guideline: Sugars Intake for Adults and Children. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2011). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation.

Yao B., Fang H., Xu W., Yan Y., Xu H. ve diğerleri. (2014). Dietary fiber intake and risk of type 2 diabetes: a dose-response analysis of prospective studies. European Journal of Epidemiology, 29:79–88.

Zhang Z., Xu G., Liu D., Zhu W., Fan X., Liu X. (2013). Dietary fiber consumption and risk of stroke. European Journal of Epidemiology, 28:119–130.

Zheng J., Huang T., Yu Y., Hu X., Yang B., Li D. (2012). Fish consumption and CHD mortality: an updated meta-analysis of seventeen cohort studies. Public Health Nutrition, 15:725–737.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL RAPORU

EU : 407 – 2016

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 02.06.2016
Toplantı No : 2016/38
Proje No : 309

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülden Pekcan'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2016/38-309 proje numaralı ve **"Kuzey Kıbrıs Girne Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Rus Göçmenlerin İkamet Süresinin Akdeniz Diyetine Uyum ile Bazı Antropometrik Ölçümler Üzerine Etkisinin Belirlenmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur (BAŞKAN)
2. Prof. Dr. Tümay Sözen (ÜYE) KATILMADI
3. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder (ÜYE) KATILMADI
4. Prof. Dr. Tamer Yılmaz (ÜYE)
5. Prof. Dr. Hasan Besim (ÜYE) KATILMADI
6. Prof. Dr. Şahan Saygı (ÜYE)
7. Prof. Dr. Şanda Çalı (ÜYE)
8. Doç. Dr. Ümran Dal (ÜYE)
9. Doç. Dr. Çetin Lütfi Baydar (ÜYE)
10. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov (ÜYE)

EK 2.

KKTC'de RUS GÖÇMENLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI, AKDENİZ DİYETİNE UYUMU VE VÜCUT BİLEŞİMİNİN SAPTANMASI

Anket No: Tarih:

Anketör Adı-Soyadı: Dyt. Natalya Boyacıoğlu

Adres: YDÜ (YDÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Eczacılık Fakültesi binası Beslenme ve Diyetetik Bölümü), KKTC-Lefkoşa

I. GENEL BİLGİLER

1. **Ad-Soyad:_____**
2. **Cinsiyet:**
   1. Kadın 2. Erkek
3. **Yaş (yıl):_____**
4. **Medeni hali:**
   1.Bekar 2. Evli
5. **Birlikte yaşadığınız eş/partner:**
   1. Yok 2. Rus 3. Kıbrıslı/Türkiyeli 3. Diğer _____
6. **Eğitim durumu:**
   1. Orta okul mezunu 2.Lise mezunu 3.Üniversite mezunu
7. **Aylık geliri (kişi başına gelen):……. TL**
   1. < 1000 TL 2. 1000 – 2000 TL 3. 2000 – 3000 TL 4. 3000 – 4000 TL 5. > 4000 TL
8. **KKTC'ye göç ettiğinde yaşı (yıl): _____**
9. **KKTC'de ikamet süresi:_____yıl**
10. **Hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?**
    1. Hayır 2.KVH (Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Kolesterolemi) 3. Diyabet 4. Böbrek, Karaciğer-safra hastalıkları 5. Ülser-Gastrit 7. Diğer (_____)
11. **10.soruda Hekim tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var ise**

1. Göç öncesi konulmuş 2. Göç sonrası konulmuş

II. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1. **Günde kaç öğün yemek yersiniz? (_____ Ana _____Ara)**
2. **Öğün atlar mısınız?**
   1. Hayır 2. Evet 3. Bazen
3. **Cevabınız "Evet" veya "Bazen" ise genellikle hangi öğünü atlarsınız?**
   1. Sabah 2. Öğle 3. Akşam
4. **Öğün atlama nedenini belirtir misiniz?**
   1. Zaman yetersizliği 2. Canı istemiyor, iştahsız 3. Hazırlanmadığı için 4. Kilo almak istemiyor 5. Alışkanlığı yok 6. Diğer (_____)
5. **Diyetisyene gittiniz ya da beslenme ile ilgili eğitimine katıldınız mı?**
   1. Hayır 2.Evet
6. **Alkol kullanıyor musunuz?**
   1. Hayır 2. Evet _____Sek / hafta
7. **Sigara içiyor musunuz?**
   1. Hayır 2. Evet _____tane / gün
8. **Besin desteği (supleman) alıyor musunuz?**

	Evet, her gün	Bazen	Hayır
1. Balık yağı / Omega-3 2. Probiyotik 3. Vitamin / Mineral 4. Diğer _____			

9. **Akdeniz diyeti hakkında herhangi bir bilginiz var mı?**
   1. Hayır 2. Evet
10. **Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?**
    1. Hayır 2. Evet (10.soruya bakın)
11. **10.soruya yanıtınız Evet ise;**

1. **Egzersiz türü nedir?(belirtiniz)….....**
2. **Haftada kaç kez egzersiz yapıyorsunuz?.....kez/hafta**
3. **Ne kadar süredir yapıyorsunuz? (belirtiniz)….....**

III. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Vücut ağırlığı (kg)		**BKI (kg/m2)**	
Boy uzunluğu (cm)		**Bel / Kalça oranı**	
Bel çevresi (cm)		**Bel /boy oranı**	
Kalça çevresi (cm)			
Boyun çevresi (cm)			

EK 3
24 SAATLİK GERİYE DÖNÜK BESİN TÜKETİM KAYDI

Anket No:……..
Tarih…… / ……/2016

ÖĞÜN	Besin Adı- İçindekiler	Miktarı (g)	Artık (%)	Net Miktar (g)
SABAH *Saat:*				
KUŞLUK *Saat:*				
ÖĞLE *Saat:*				
İKİNDİ *Saat:*				
AKŞAM *Saat:*				
GECE *Saat:*				

Su tüketimi: ……mL Diğer sıvı tüketimi: ……. mL Toplam: …… mL

EK 4

AKDENİZ DİYETİ SKOR KRİTERLERİ (MDAS) (Sofi ve ark, 2014)

BİLEŞEN	SKOR KRITERLERI		
Meyve 1 porsiyon: 150g	< 1 porsiyon/gün 0	1-2 porsiyon/gün 1	> 2 porsiyon/gün 2
Sebze 1 porsiyon: 100g	< 1 porsiyon/gün 0	1-2,5 porsiyon/gün 1	> 2,5 porsiyon/gün 2
Kurubaklagiller 1 porsiyon: 70g	< 1 porsiyon/hafta 0	1-2 porsiyon/hafta 1	> 2 porsiyon/hafta 2
Tahıllar 1 porsiyon: 130g	< 1 porsiyon/gün 0	1-1,5 porsiyon/gün 1	> 1,5 porsiyon/gün 2
Balık 1 porsiyon: 100g	< 1 porsiyon/hafta 0	1-2,5 porsiyon/hafta 1	> 2,5 porsiyon/hafta 2
Et ve et ürünleri 1 porsiyon: 80g	< 1 porsiyon/gün 2	1-1,5 porsiyon/gün 1	> 1,5 porsiyon/gün 0
Süt ürünleri 1 porsiyon: 180g	< 1 porsiyon/gün 2	1-1,5 porsiyon/gün 1	> 1,5 porsiyon/gün 0
Alkol 1 alkol ünite (1 AÜ = 12g alkol)	< 1 AU/gün 1	1-2 AU/gün 2	> 2 AU/gün 0
Zeytin yağı	Bazen 0	Sık 1	Devamlı 2