



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
VETERİNER FAKÜLTESİ  
BESİN HİJYENİ VE TEKNOLOJİSİ  
ANABİLİM DALI

MUDANYA'DA YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN  
BESLENME ALIŞKANLIKLARI, AKDENİZ DİYET  
SKORU VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER  
ARASINDAKİ İLİŞKİ

GÖNÜL TUBA TARIKAHYA CİĞERLİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2023

GÖNÜL TUBA TARIKAHYA CİĞERLİ

BESİN HİJYENİ VE TEKNOLOJİSİ ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
VETERİNER FAKÜLTESİ  
BESİN HİJYENİ VE TEKNOLOJİSİ  
ANABİLİM DALI



**MUDANYA'DA YAŞAYAN YETİŞKİNLERİN  
BESLENME ALIŞKANLIKLARI, AKDENİZ DİYET  
SKORU VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER  
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Gönül Tuba TARIKAHYA CİĞERLİ**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**DANIŞMAN:  
Prof. Dr. Mustafa TAYAR**

**BURSA-2023**

T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “ *Mudanya’da Yaşayan Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları, Akdeniz Diyeti Skoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki* ” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

**Gönül Tuba TARIKAHYA CİĞERLİ**  
06.06.2023

## TEZ KONTROL VE BEYAN FORMU

06.06.2023

**Adı soyadı:** Gönül Tuba Tarıkahya Ciğerli

**Anabilim dalı:** Besin Hijyen ve Teknolojisi Anabilim Dalı

**Tez konusu:** Mudanya’da Yaşayan Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları,  
Akdeniz DiyetSkoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN AÇIKLAMA DEĞİLDİR
Tezin Boyutları	X	
Dış Kapak Sayfası	X	
İç Kapak Sayfası	X	
Kabul Onay Sayfası	X	
Sayfa Düzeni	X	
İçindekiler Sayfası	X	
Yazı Karakteri	X	
Satır Aralıkları	X	
Başlıklar	X	
Sayfa Numaraları	X	
Eklerin Yerleştirilmesi	X	
Tabloların Yerleştirilmesi	X	
Kaynaklar	X	

**DANIŞMAN ONAYI**

**Prof. Dr. Mustafa TAYAR**

## İÇİNDEKİLER

**Dış Kapak**

**İç Kapak**

<b>ETİK BEYANI</b> .....	<b>II</b>
<b>KABUL ONAY SAYFASI</b> .....	<b>III</b>
<b>TEZ KONTROL VE BEYAN FORMU</b> .....	<b>IV</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>V</b>
<b>TÜRKÇE ÖZET</b> .....	<b>VII</b>
<b>İNGİLİZCE ÖZET</b> .....	<b>IX</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>2</b>
2.1. Beslenme .....	2
2.2. Beslenme ve Sağlık İlişkisi .....	3
2.3. Akdeniz Diyeti .....	4
2.3.1. Akdeniz Diyetinin Tanımı ve Genel Özellikleri .....	4
2.3.2. Akdeniz Diyeti Kalite İndeks ölçekleri .....	8
2.3.2.1. Akdeniz Diyet Skalası .....	8
2.3.2.2. Akdeniz Diyet Skoru .....	9
2.3.2.3. Akdeniz Diyet Kalite İndeksi .....	10
2.3.2.4. Çocuk ve Adölesanlar için Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED) .....	11
2.4. Akdeniz Diyetinin Sağlık Üzerine Potansiyel Etkileri .....	12
2.4.1. Akdeniz Diyetinin Bilişsel Fonksiyona Etkisi ve Alzheimer .....	14
2.4.2. Akdeniz Diyeti ve Tip2 DM İlişkisi .....	18
2.4.3. Akdeniz Diyeti ve Obezite İlişkisi .....	19
2.4.4 Akdeniz Diyeti ve Kanser Arasındaki İlişki .....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>21</b>
3.1. Araştırma Evreni, Süresi ve Materyali .....	21
3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması .....	21
3.2.1. Anket Formlarının Hazırlanması ve Uygulanması .....	22
3.2.2. Yetişkin Danışanların Antropometrik Ölçümlerinin Alınması .....	22
3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	22
3.3.1. Yetişkin Danışanların Boy ve Ağırlık Ölçümlerinin Değerlendirilmesi .....	23

3.3.2. Akdeniz Diyetine Uyumun Belirlenmesi .....	23
3.3.3. Yetişkin Bireylerin Egzersiz Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	24
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA ve SONUÇ .....</b>	<b>44</b>
5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin ve Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi .....	44
5.2. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi .....	45
5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi .....	46
5.4. Sonuç.....	50
<b>6. KAYNAKLAR .....</b>	<b>53</b>
<b>7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....</b>	<b>61</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>62</b>
<b>9. TEŞEKKÜR .....</b>	<b>70</b>
<b>10.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>71</b>

## TÜRKÇE ÖZET

Bu çalışma Mudanya Belediyesi Diyetisyen Polikliniğine başvuran bireylerin beslenme alışkanlıkları, Akdeniz Diyeti Skoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya 151 yetişkin birey katılmıştır. Sonuçlar, KIDMED ve Akdeniz diyeti uyum ölçeğinden elde edilen puanlara ilişkin veriler, normal dağılım varsayımlarını sağlamadığı için ikiden çok grubun karşılaştırıldığı durumlarda Kruskal Wallis testi, iki grubun karşılaştırıldığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanlarının antropometrik ölçümler ile ilişkisini değerlendirmek için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar  $p<0,05$  anlamlı olacak şekilde yorumlanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır.

KIDMED indeksi puanının ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, medeni durum açısından, evli olanlar ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Eğitim durumuna göre lise ve öncesi eğitim seviyesinde olan katılımcılar ile önlisans ve üstü eğitime sahip katılımcılar arasında hem KIDMED indeksi puanı, hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). KIDMED indeksi puanının kronik sağlık sorunu olan ve olmayanlar arasında farklılık gösterdiği belirlenirken, kronik sağlık sorunu olan katılımcıların bu indekse ait puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Yeterli ve dengeli beslenen ve beslenmeyen katılımcılar arasında yapılan karşılaştırma sonucuna göre KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yeterli ve dengeli beslenen katılımcılar için her iki ölçekten elde edilen puanlar bu şekilde beslenmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin akdeniz diyetine uyum farkındalığı arttıkça sağlığa olumlu yönde potansiyel etkiye sahip olduğu görülmektedir. Akdeniz diyetinin uygulanabilirliği ve farkındalığı için uzmanlardan destek alınması gerektiği öngörülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Akdeniz diyeti, Kıdmed, Antropometri, Akdeniz diyet skoru



## İNGİLİZCE ÖZET

### **The Relationship Between Nutritional Habits, Mediterranean Diet Score and Anthropometric Measurements of Adults Living in Mudanya**

This study was conducted to evaluate the nutritional habits of individuals who applied to Mudanya Municipality Dietician Polyclinic, between Mediterranean Diet Score and Anthropometric Measurements. 151 adult individuals participated in the study. The results were evaluated with the Kruskal Wallis test when more than two groups were compared, and with the Mann-Whitney U test when two groups were compared, since the data related to the scores obtained from the KIDMED and Mediterranean diet compliance scale did not provide the assumptions of normal distribution. Spearman Correlation analysis was used to evaluate the relationship of KIDMED index score and Mediterranean diet adherence scale scores with anthropometric measurements. Obtained results were interpreted in such a way that  $p < 0.05$  was significant. IBM SPSS Statistics 20 program was used in the analysis of the data.

When the KIDMED index score and the Mediterranean diet compliance scale were evaluated statistically, there was no significant difference between married and unmarried people in terms of marital status ( $p > 0.05$ ). According to the education level, there is no significant difference between the participants with high school and pre-education level and those with associate degree and higher education in terms of both the KIDMED index score and the Mediterranean diet compliance scale score ( $p > 0.05$ ). While it was determined that the KIDMED index score differed between those with and without chronic health problems, it was determined that the participants with chronic health problems had higher scores on this index ( $p < 0.001$ ). There was no significant difference between these groups in terms of Mediterranean diet compliance scale score ( $p > 0.05$ ). According to the results of the comparison between the participants who had adequate and balanced nutrition and those who did not, it was determined that there was a statistically significant difference in terms of the KIDMED index score and the Mediterranean diet adaptation scale score ( $p < 0.05$ ). The scores obtained from both scales for the participants who had adequate and balanced nutrition higher than those who were not fed.

It is seen that as individuals' awareness of adaptation to the Mediterranean diet increases, it has a potential positive effect on health. It is foreseen that support from experts is required for the applicability and awareness of the Mediterranean diet.

Key words: Mediterranean diet, Kidmed, Anthropometry, Mediterranean diet score

## 1. GİRİŞ

Bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için beslenmeleri gerekir. Beslenme; bireyin büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süreler yaşaması için ihtiyacı olan besin öğelerini alıp kendi vücudunda kullanmasıdır. Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli besin öğelerinden yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şartlarda kullanılmasına yeterli ve dengeli beslenme denir. Besin öğeleri vücudun ihtiyacı kadar alınmaması durumunda yeterli enerji oluşamadığı için yetersiz ve dengesiz beslenme durumu oluşur. Gereğinden fazla besin tüketiminde ise vücutta yağ olarak birikir ve dengesiz beslenme durumu ortaya çıkar (Baysal, 2010; Çakırcalı,1998).

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri vücuduna alıp kullanılabilmesidir. İnsanın yaşamını sürdürebilmesi için 50'ye yakın besin öğesine ihtiyaç duymaktadır. Sağlığın devamı için bu öğelerin günlük olarak önerilen miktarlarda tüketilmesi gerekmektedir. Bu öğelerin önerilen miktardan az ya da fazla tüketilmesi sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. (Kim, Popkin, Siega-Riz, Haines, & Arab, 2004; Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

Akdeniz diyeti en sağlıklı beslenme şekilleri arasında gösterilmektedir (Castro-Quezada, Roman-Vinas, & Serra-Majem, 2014). Akdeniz diyeti, Akdeniz'e sınırı olan ülkelerin beslenme modelidir. Birçok çalışma Akdeniz diyetini sağlıklı beslenmenin olmazsa olmazı olarak kabul etmiş ve kronik hastalıkların riskini azalttığını aynı zamanda yaşam kalitesini de artırdığını bildirmiştir (El Rhazi ve ark., 2012).

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Beslenme

İnsan hayatında beslenme sadece besinlerin tüketimi değildir. Beslenme aynı zamanda yemek yerken haz almayı, sosyalleşmeyi, gelenek ve göreneklere göre yapılan uygulamaları da içermektedir. Sağlıklı beslenme için tüm besin öğelerinden yeterli ve dengeli alınması gerekmektedir (Türkiye Beslenme Rehberi [TÜBER], T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Sağlığın korunmasında ve hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme esastır. Yeterli ve dengeli beslenen bireyler; sağlam bir görünüşe, hareketli ve dikkatli bakışlara, gelişimi normal olan kaslara, düzgün, iyi gelişmiş kollara ve bacaklara, iştahlı, çalışmaya istekli, vücut ağırlığı, boy uzunluğuna ve yaşına göre orantılı, zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişimi normal olan bir kişiliğe sahiptirler (Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004)

Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı öğünlerde tüketilen besinlerin içeriğini ve miktarını etkilemekte; ara öğünlerde açlığı bastırmak için yağ ve karbonhidrattan zengin besinlerin seçilmesine neden olabilmektedir. Üçten az öğün tüketildiğinde bir sonraki öğünde daha fazla miktarda besin tüketimi ile insülin yanıtı, trigliserit (TG) sentezi ve yağ depolanması artmaktadır (Kılıç, & Şanlıer, 2007).

Beslenme ve Diyetetik Akademisi (Academy of Nutrition and Dietetics-American Dietetic Association-ADA) sağlıklı yaşamın teşviğinde besin öğesinden zengin besin ve içeceklerin tüketimi ile orta-aktif fiziksel aktiviteyi önermektedir.

Ayrıca ADA Akdeniz diyetinin sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile tamamen uyduğunu rapor etmektedir (Slavin J, 2008).

## 2.2. Beslenme ve Sağlık İlişkisi

Beslenme ve sağlık arasındaki ilişkinin tarihsel gelişimine bakılırsa Hipokrat (M.Ö. 460-377) diyet en etkin ilaçtır demiştir. 1500'li yıllarda Papyrus Ebers vücutta karbonhidrat kullanım bozukluğu ile meydana gelen şeker hastalığından bahsetmiştir (Baysal ve ark., 2013)

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri vücuduna alıp kullanılabilmesidir. İnsanın yaşamını sürdürebilmesi için 50'ye yakın besin öğesine ihtiyaç duymaktadır. Sağlığın devamı için bu öğelerin günlük olarak önerilen miktarlarda tüketilmesi gerekmektedir. Bu öğelerin önerilen miktardan az ya da fazla tüketilmesi sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Kim ve ark., 2004; Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Sağlıklı yaşam şekli; ömür boyu tüm bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, sağlıklı ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite alışkanlığının sürekliliği, sigara içme alışkanlığının önlenmesi gibi yaşam tarzlarının benimsenmesi, yaşam kalitesini bozan protein-enerji yetersizliği, demir yetersizliği anemisi, iyot yetersizliği hastalıkları, raşitizm, diş çürükleri, obezite gibi beslenme problemlerinin en aza indirilmesi, beslenmeye bağlı koroner kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, bazı kanser türleri, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavisine yönelik yaşam biçiminin iyileştirilmesi, çevre koşullarının iyileştirilmesi, düzeltilmesi ve geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Yücecan, 2012).

Sağlıksız, düzensiz, yetersiz beslenme ve sağlık sorunları arasındaki ilişki, yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Dünyada yetersiz sebze ve meyve tüketiminin, sindirim sistemi kanserler vakalarının %19'u, iskemik kalp hastalıklarında ise yaklaşık %31'i, felç olgularının yaklaşık %11'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Uluslararası Kanser Araştırma Vakfı (IARC-International Agencyfor Research on Cancer) beslenmenin gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde kanser için önemli bir risk faktörü olduğu görüşünü bildirmiştir. Obezite dünyada kanser hastalık riskini artırmakta ve fiziksel aktivite eksikliği, enerji alım ve tüketim dengesizliği, düzensizliği kanser riskinin belirleyici

faktörü olarak kabul edilmektedir (IARC, 2023). Ayrıca Amerikan Kalp Birliği (AHA-American Heart Association) sağlıklı bir beslenme düzeninin, kardiyovasküler hastalıkları ve inme riskini azaltmada önemli bir etkisi olduğunu bildirmiştir (AHA, 2015). Sağlıklı beslenme şeklinin ise sebze ve meyve, balık, posadan (lif) zengin tam tahıl ürünlerini içerdiğini, şekerle tatlandırılmış içecekler, işlenmiş et gibi besinler ile sodyum ve doymuş yağ gibi besin öğelerinin de daha az tüketimiyle karakterize olduğunu belirtmiştir (AHA, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization), 2030 yılında diyabet hastalarının minimum 360 milyon kişi/yıl olacağını öngörmüş olmakla birlikte, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi ile sebze ve meyve tüketiminin artırılmasının diyabet gelişme riskini azalttığını, bu koruyucu potansiyel etkisini de içerisindeki besin öğeleri ve antioksidan bileşenleri sayesinde oluşturduğunu belirtmiştir. Sebze ve meyvelerin diyabetten koruyucu etkisi varken meyvelerle diyabet riski arasında bir ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalar da rapor edilmiştir. WHO yeterli kalsiyum ( $\geq 500$  mg/gün) ve vitamin D alımının osteoporoz riski yüksek toplumlarda kırık riskini azalttığını, güneş ışığının ve fiziksel aktivitenin kemik ve kas sağlığını koruduğu bildirilmiştir (Bazzano, 2005).

Toplumların öncelikli ilk hedefi sağlıklı olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmak için kişinin bedeninin, ruhunun ve akli dengesinin iyi ve sağlıklı olması gerekir. Sosyal yönden gelişmişlik ve toplumla uyumlu olmak da sağlıklı olmanın diğer bir şeklidir (Alphan, 2013).

## **2.3. Akdeniz Diyeti**

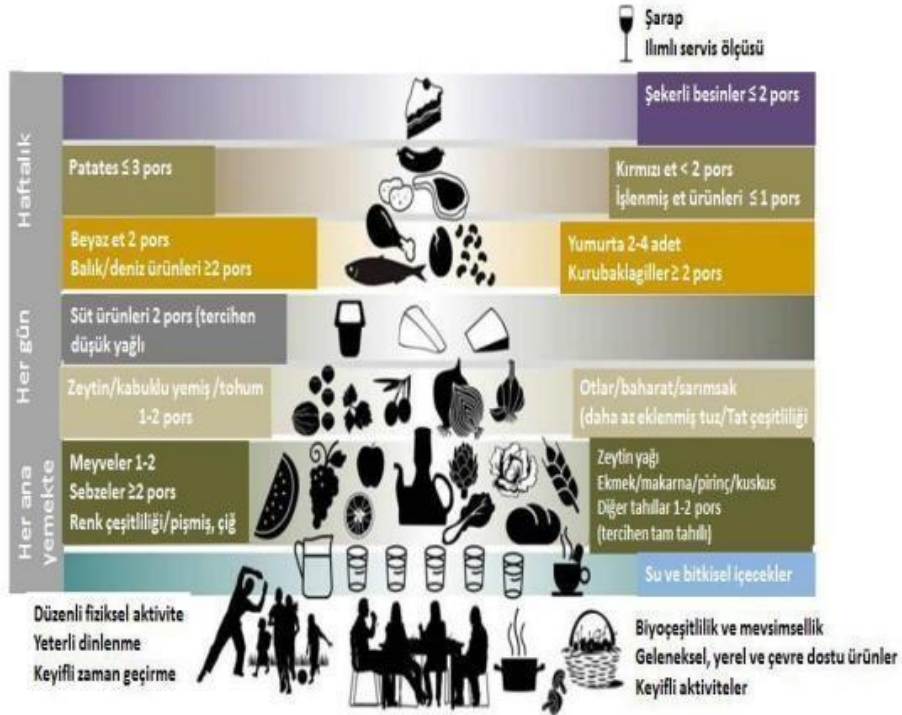
### **2.3.1. Akdeniz Diyetinin Tanımı ve Genel Özellikleri**

Akdeniz diyeti en sağlıklı beslenme şekli arasında gösterilmektedir (Castro-Quezada ve ark., 2014). Akdeniz diyeti, Akdeniz'e sınırı olan ülkelerin beslenme modelidir. Birçok çalışma Akdeniz diyetini sağlıklı beslenmenin olmazsa olmazı olarak kabul etmiş ve kronik hastalıkların riskini azalttığını aynı zamanda yaşam kalitesini de artırdığını bildirmiştir (El Rhazi ve ark., 2012).

Akdeniz diyetinin içeriğine bakıldığında tek çeşit beslenmeye uygun olmadığı gözlemlenir. Akdeniz diyetine bağlı farklı beslenme alışkanlıklarının ülkeler arasında değişkenlik gösterebileceği, hatta aynı ülkenin kendi içerisinde önemli akdeniz diyeti ayrılıkları olabileceği vurgulanmaktadır (El Rhazi ve ark., 2012; Sofi, 2009). İncelenen çalışmalarda, Akdeniz diyeti dikkate alınıp bakıldığında ülkeler arası beslenme alışkanlıklarındaki farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin; diyetten gelen toplam yağ miktarı Yunanistan'da yüksek (toplam enerjinin %40'ı) fakat İtalya'da normal seviyededir (enerjinin %30'u). İtalya'da Akdeniz diyetinin temel özelliklerinden birisi makarna tüketiminin fazla olması iken, İspanya'da balık tüketimi sıklıkla fazladır (Giugliano, & Esposito, 2008).

Akdeniz diyetinin tanımı 1950 yılında Keys ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Akdeniz diyetinde genel olarak; meyve, sebze, tam tahıllar, kurubaklagillerin ve sert kabuklu kuruyemişlerin daha fazla diyetinde yer alması; zeytin yağının temel yağ olarak diyetinde kullanılması ve tüketimin fazla olması; orta düzeyde balık, süt ürünleri (en çok yoğurt ve peynir), yumurta ve kümes hayvanı tüketimi ve az olarak kırmızı et tüketimidir. Bu bilgilere ek olarak, yemeklerle birlikte az sıklıkla alkol tüketimi olması vurgulanmaktadır (Kastorini, Milionis, Goudevenos, & Panagiotakos, 2010).

2010 yılında Akdeniz Diyeti UNESCO tarafından Kültürel İnsanlık Mirası olarak kabul edilmiştir. Bu gelişmenin ardından Akdeniz diyetinin temellerini içeren fakat kültürel farklılıklara yer vermeyen güncel Akdeniz Diyeti piramidini geliştirmişlerdir. (Şekil 1) Güncel Akdeniz Diyeti piramidini göstermektedir (Bach-Faig ve ark., 2011).



Şekil 1: Güncel Akdeniz Diyeti Piramidi (Bach-Faig ve ark., 2011).

Akdeniz diyeti piramidinin en önemli özelliğini düzenli fiziksel aktivite, keyifli ve sosyal aktiviteler oluşturmaktadır. Ayrıca bu piramit yerel ve yöresel, gezegen dostu besinlerin tüketimini desteklemektedir. Güncel Akdeniz Diyeti piramidi ise her ana öğünde, her gün ve haftalık besin tüketim önerileri vermektedir. Her ana öğünde 1-2 porsiyon meyve,  $\geq 2$  porsiyon sebze, zeytinyağı, 1-2 porsiyon tam tahıl ürünleri tüketimini, her gün 2 porsiyon özellikle yarım yağlı süt ve süt ürünleri, 1-2 servis zeytin/çerez/yağlı tohumlar, yeşillik otlar/baharatlar/sarımsak/soğan gibi sodyum içeriği düşük olan lezzet ve tat vericilerin tüketimini, haftalık olarak  $\leq 3$  porsiyon patates,  $\leq 2$  porsiyon tatlı,  $< 2$  porsiyon kırmızı et,  $\leq 1$  porsiyon işlenmiş et ürünleri, 2-4 porsiyon yumurta,  $\geq 2$  porsiyon kurubaklagil, iki porsiyon beyaz et ve  $\geq 2$  porsiyon balık ve deniz ürünleri tüketimini önermektedir. Aynı zamanda inançlara saygı duymak şartıyla az ölçüde

kırmızı şarap tüketimi de Akdeniz diyeti piramidinin önemli bir parçasıdır (Bach-Faig ve ark., 2011).

Akdeniz diyet piramidinde dengeli beslenmenin temelini oluşturacak günlük, haftalık ve ara sıra tüketilmesi gereken besin gruplarına yer verilmiştir. Bu besin gruplarına bakacak olursak, hergün; Tahıllar- sebze – meyve- süt ürünleri (az yağlı)- zeytinyağı- zeytin- baharatlar- otlar- sarımsak -soğan- çekirdekler- sert kabuklu kuruyemişlerdir. Haftalık ise; balık- kırmızı et- kurubaklagillerdir. Ara sıra tüketilmesi önerilenler ise; şeker- şekerli meyve suları- şekerli asitli içecekler ve yağlı besinlerdir (Bach-Faig ve ark., 2011).

Serra-Majem ve ark. (2020), Akdeniz diyet piramidini güncelleyerek revize bir yeni piramit geliştirmişlerdir. Bu yeni piramit de yaşanan Akdeniz bölgesini yansıtan özgü kültürel özellikleri yansıtmamakta, genel öneriler sunmaktadır (Şekil 2) bu piramidi göstermektedir.



**Şekil 2:** Akdeniz diyet piramidi (Serra-Majem ve ark., 2020).

Sürdürülebilir yaşam ilkelerini temel alarak yeniden revize edilen piramit, Bach-Faig ve ark. (2011) tarafından geliştirilen piramide ek olarak gezegen sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek ve sanayileşmeyi destekleyebilecek olan bazı ifadeleri ve ulaşım yöntemlerini piramidin en üst kısmına seyrekleştirmeyi belirtmek için



eklemiştir. Revize piramitde, tatlı tüketimi haftada <2 porsiyon olarak değiştirilmiş, kurubaklagil tüketimi ise diyet çeşitliliğini sağlayacak şekilde her gün bölümüne kaydırılmıştır. Aynı zamanda piramidin esas ilkeleri arasına az sıklıkla kırmızı şarap tüketimine ek olarak diğer fermente alkollü içeceklerin tüketimi de ilave edilmiştir (Bach-Faig ve ark., 2011).

Diğer farklı beslenme şekilleri ile karşılaştırıldığı zaman Akdeniz diyetinin karbon ayak izinin daha az olduğu, böylece dünyamız sağlığına daha az olumsuz etki gösteren sürdürülebilir bir beslenme modeli olduğu kanısına varılmaktadır (Naja, Itani, Hamade, Chamieh, & Hwalla, 2019).

Akdeniz diyeti potansiyel etkisiyle kronik hastalıklar üzerinde etkili olmaktadır. Özellikle inflamasyonu azaltmak, LDL kolesterolü düşürmek, polifenoller (üzüm, şarap, yağlı tohumlar ve sızma zeytinyağı) aracılığıyla otofajiyi indüklemek, genlere ve mikrobiyotaya etki etmek gibi potansiyel etkiye sahiptir (Carlos ve ark., 2018)

### **2.3.2. Akdeniz Diyeti Kalite İndeks ölçekleri**

#### **2.3.2.1. Akdeniz Diyet Skalası**

Yapılan çalışmalarda Trichopoulou (2003), klasik Akdeniz diyetine uyumluluğun derecesini belirtmek için Akdeniz diyet skalasını geliştirmiştir. Bu indeksin bileşiminde; (1) tekli doymamış yağ asitlerinin doymuş yağ asitlerine oranla daha fazla kullanımı; (2) meyve ve kuruyemişler, (3) nişasta içermeyen sebzeler, (4) kuru baklagiller ve (5) rafine olmayan tahılların fazla tüketimi; (6) alkol tüketiminin kısıtlanması; (7) et ve et ürünlerinin ve (8) süt ve süt ürünlerinin az tüketimi olmak üzere sekiz başlık bulunmaktaydı. Sonraki çalışmalarda Hu ve ark., (2002), bu indekse dokuzuncu bileşen olarak deniz ürünlerini eklemiştir.

Akdeniz diyet skoru (MDS) puanlaması uygulanırken 0 ve 1 puanlar her bir etkene, çalışmaya katılan erkek ve kadın katılımcıların alımlarının ortanca kesişim noktası kullanılarak verilmiştir. Meyve ve nişasta içermeyen sebzeler gibi koruyucu

olan her bir bileşen için; katılımcıların tüketimlerinin ortancasına eşit veya altında yapılan tüketimlerde 0 puan, üzerinde yapılan tüketimlerde 1 puan verilmiştir. Et ve süt ürünleri gibi koruyucu olmayan her bir bileşen için ise; katılımcıların tüketimlerinin ortancasına eşit veya üzerinde yapılan tüketimlerde 0 puan, altında yapılan tüketimlerde 1 puan verilmiştir. Erkeklerde günlük 10–50 ml, kadınlarda günlük 5–25 ml alkol tüketim durumunda 1 puan verilmiştir. MDS puanı; 0 puan geleneksel Akdeniz diyetine minimum uyumu, 9 puan ise maksimum uyumu göstermektedir (Trichopoulou, ve ark., (2003).

### 2.3.2.2. Akdeniz Diyet Skoru

Panagiotakos ve ark., (2006), klasik Akdeniz diyetine uyumluluğun derecesini değerlendirmek için Akdeniz Diyet Skoru'nu geliştirmişlerdir. Akdeniz diyetinin 11 bileşeni (rafine olmayan tahıllar, meyveler, sebzeler, patates, baklagiller, zeytinyağı, balık, kırmızı et, tavuk, tam yağlı süt ürünleri ve alkol) kullanılmıştır. Her bileşen için 0–5 arasında puanlama yapılmıştır. Bu sebeple toplam puan aralığı 0–55 arasında olabilmektedir. Değerlendirmede 0 puan geleneksel Akdeniz diyetine minimum uyumu, 55 puan ise maksimum uyumu göstermektedir. Tablo 1’de Akdeniz Diyet skoru bileşenleri verilmiştir (Panagiotakos, Pitsavos, & Stefanadis, 2006).

**Tablo 1:** Akdeniz Diyet Skoru Bileşenleri (Panagiotakos, Pitsavos, & Stefanadis 2006).

Ne sıklıkla tüketirsin?	Tüketim sıklığı (porsiyon/day)					
	Hiç	1 – 4	5 – 8	9 – 12	13 - 18	> 18
Rafine olmayan tahıllar (tam tahıllı ekmek, makarna, pirinç vs.)	0	1	2	3	4	5
Patates	0	1	2	3	4	5
Meyveler	0	1	2	3	4	5
Sebzeler	0	1	2	3	4	5
Baklagiller	0	1	2	3	4	5
Balık	0	1	2	3	4	5
Kırmızı et ve ürünleri	5	4	3	2	1	0
Tavuk	5	4	3	2	1	0
Tam yağlı süt ürünleri (peynir, yoğurt, süt)	5	4	3	2	1	0
	<b>Hiç</b>	<b>Nadir</b>	<b>&lt; 1</b>	<b>1 – 3</b>	<b>3 – 5</b>	<b>Her gün</b>
Pişirmede zeytinyağı kullanımı (kere/hafta)	0	1	2	3	4	5
	<b>&lt; 300</b>	<b>300</b>	<b>400</b>	<b>500</b>	<b>600</b>	<b>&gt; 700 veya 0</b>
Alkollü içecekler (ml/gün, 100 ml=12 g etanol)	5	4	3	2	1	0

Panagiotakos ve ark., (2007), sonraki çalışmalarda bütün besin grupları için tek tip puanlama sistemini uygulamayıp, her besin grubu için Akdeniz besin piramidinin önerdiği miktarlara uyum sağlayacak şekilde güncel puanlama sistemiyle güncel Akdeniz Diyet skorunu oluşturmuştur. Tablo 2’de güncel Akdeniz Diyet Skoru bileşenleri gösterilmiştir (Panagiotakos, Pitsavos, Arvaniti, & Stefanadis, 2007).

**Tablo 2:** Akdeniz Diyet Skoru Bileşenleri (Panagiotakos, Pitsavos, Arvaniti, & Stefanadis, 2007).

Ne sıklıkla tüketirsin?	Tüketim sıklığı ( porsiyon/hafta)					
	Hiç	1 – 6	7 – 12	13 – 18	19 - 31	> 32
Rafine olmayan tahıllar (tam tahıllı ekmekek, makarna, pirinç vs.)	0	1	2	3	4	5
Patates	Hiç	1 – 4	5 – 8	9 – 12	13 – 18	> 18
Meyveler	0	1	2	3	4	5
Sebzeler	Hiç	1 – 4	5 – 8	9 – 15	16 – 21	> 22
Baklagiller	0	1	2	3	4	5
Balık	Hiç	< 1	1 – 2	3 – 4	5 – 6	> 6
Kırmızı et ve ürünleri	0	1	2	3	4	5
Tavuk	≤ 1	2 – 3	4 – 5	6 – 7	8 – 10	> 10
Tam yağlı süt ürünleri (peynir, yoğurt, süt)	5	4	3	2	1	0
Pişirmede zeytinyağı kullanımı (kere/hafta)	≤ 3	4 – 5	5 – 6	7 – 8	9 – 10	> 10
Alkollü içecekler (ml/gün, 100 ml =12 gram etanol)	5	4	3	2	1	0
	≤ 10	11 – 15	16 – 20	21 – 28	29 – 30	> 30
	5	4	3	2	1	0
	Hiç	Nadir	< 1	1 – 3	3 – 5	Her gün
	0	1	2	3	4	5
	< 300	300	400	500	600	> 700 veya 0

### 2.3.2.3. Akdeniz Diyet Kalite İndeksi

Gerber ve ark., 2000 yılında yapılan çalışmada, Güney Fransa’daki Akdeniz halkı için diyet kalite indeksine benzer bir çalışma olan Akdeniz diyet kalite indeksini oluşturmuştur. Bu indekste her besin ögesi için; Akdeniz tarzı beslenme rehberleri tarafından alınması önerilen miktarlara göre 0, 1 ve 2 puan olmak üzere 3 alt puan ile değerlendirme yapılmıştır. Örneğin kolesterol alımı için; 0 puan = <300 mg, 1 puan = 300–400 mg, 2 puan = >400 mg olarak, ya da balık tüketimi için; 0 puan = >60

gram, 1 puan = 30–60 gram, 2 puan = <30 gram olarak puanlandırılmıştır. Tütün grubu için ise; 0 puan = <10 sigara adet/gün, 1 puan = 10–20 sigara adet/gün ve 2 puan = >20 sigara adet/gün olarak puanlandırılmıştır. Değerlendirmede 0 puan klasik Akdeniz diyetine en fazla uyumu, 16 puan ise en az uyumu göstermektedir. Tablo-3'te Akdeniz Diyet Kalite İndeksi bileşenleri gösterilmiştir (Gerber ve ark., 2000).

**Tablo 3:** Akdeniz Diyet Kalite İndeksi Bileşenleri (Gerber ve ark., 2000)

Bileşenler	Puanlama		
	0 puan	1 puan	2 puan
Doymuş yağ asiti (Enerji %'si)	< 10	10 – 13	> 13
Kolesterol (mg/gün)	< 300	300 – 400	> 400
Et (gram/gün)	< 200	200 – 400	> 400
Zeytinyağı (ml/gün)	> 15	5 – 15	< 5
Balık (gram/gün)	> 60	30 – 60	< 30
Tahıllar (gram/gün)	> 300	100 – 300	< 100
Sebze ve meyveler (gram/gün)	> 700	400 – 700	< 400
Sigara (adet/gün)	< 10	10 – 20	> 20

#### 2.3.2.4. Çocuk ve Adölesanlar için Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED)

Serra-Majem ark. (2004) yılında tarafından geliştirilen çocuklar ve adölesanlar için akdeniz diyet kalite indeksi (KIDMED) 16 sorudan meydana gelmektedir. 1., 2., 3., 4., 5. 7., 8., 9., 10., 11., 13. ve 15. sorular pozitif (+1) değerlendirilirken; 6., 12., 14. ve sorular negatif (-1) değer olarak hesaplanmıştır. Değerlendirme testinden gelen sonuçların toplamı 3 seviye olarak sınıflandırılmıştır.  $\geq 8$  puan: optimal diyet; 4 - 7 puan: geliştirilmesi gereken diyet kalitesi;  $\leq 3$  puan: çok düşük diyet kalitesi, olarak değerlendirilmiştir. Tablo 4'te çocuklar ve adölesanlar için akdeniz diyet kalite indeksi'nin içerikleri gösterilmiştir (Serra-Majem ve ark., 2004).

**Tablo 4:** Çocuklar ve Adölesanlar için Akdeniz Diyet Kalite İndeksi Bileşenleri (Serra-Majem ve ark., 2004).

KIDMED değerlendirme soruları	Puanlama
1. Her gün 1 meyve yeme ya da meyve suyu içme	+ 1
2. Her gün ikinci bir meyve yeme	+ 1
3. Düzenli olarak her gün 1 kez taze veya pişmiş sebze yeme	+ 1
4. Düzenli olarak her gün 1'den fazla kez taze veya pişmiş sebze yeme	+ 1
5. Düzenli olarak haftada en az 2 – 3 kez balık tüketme	+ 1
6. Haftada 1 kezden fazla fast- food (hamburger) restoranlara gitme	1
7. Kuru baklagilleri sevme ve haftada 1 kezden fazla yeme	+ 1
8. Haftada 5 kezden fazla pirinç veya makarna tüketme	+ 1
9. Kahvaltıda kahvaltılık gevrek (corn flakes vb) ya da tahıl ürünleri (ekmek vb) yeme	+ 1
10. Haftada en az 2 - 3 kez yağlı tohum (çerez) tüketme	+ 1
11. Evde zeytinyağı kullanımı	+ 1
12. Kahvaltı öğününü atlama	1
13. Kahvaltıda 1 adet süt ve süt ürünlerinden (süt, yoğurt vb) tüketme	+ 1
14. Kahvaltıda hazır satılan hamur işleri veya pasta yeme	1
15. Günde 2 adet yoğurt ve/veya peynir (40 g) tüketme	+ 1
16. Her gün birkaç kez tatlı ve şeker/şekerleme yeme	1
<b>KIDMED indeksi:</b>	<b>İYİ = <math>\geq 8</math>      ORTA = 4 – 7      KÖTÜ = <math>\leq 3</math></b>

Akdeniz diyet kalitesinin ölçülebilmesi için kullanılan kalite indeksleri genellikle; 24 saatlik hatırlatma-sorgulama yöntemi ile besin kaydı, üç günlük besin tüketim kaydı veya besin tüketim sıklığı yöntemleri kullanılmaktadır. Bu Akdeniz Diyet Kalite indekslerinde besin, besin grubu ve besin ögesi alımları puanlama yöntemi ile değerlendirmekte ve bunun sonucunda ortaya çıkan puanlar “düşük diyet kalitesi, geliştirilmesi gereken diyet kalitesi, iyi diyet kalitesi, en fazla, en az uyum” gibi kavramlar ile değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmelerin sonucunda yüksek diyet kalitesinin temel olarak dört ölçütle ilişkilendirildiği bilinmektedir. Bunlar; (1) yüksek miktarda sebze ve meyve tüketimi, (2) düşük miktarda peynir, et ve et ürünleri tüketimi, (3) düşük miktarda şeker, sodyum, total yağ, doymuş yağ ve kolesterol alımı ve (4) yüksek miktarda balık ve zeytinyağı tüketimidir (Gerber ve ark., 2000; Serra-Majem ve ark., 2004).

Akdeniz diyeti standartlarında uygun bir beslenme şeklinin, birçok hastalık için koruyucu olduğu ve uzun yaşamı desteklediği yapılan çalışmalarda saptanmış olmakta ve toplumların beslenme sağlık ilişkisi konusunda bilinçlenmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

#### **2.4. Akdeniz Diyetinin Sağlık Üzerine Potansiyel Etkileri**

Akdeniz diyeti günümüzde bilinen en sağlıklı beslenme modeline sahip beslenme şekillerinden biridir. Akdeniz diyeti, diyetin enerjisi kısmından yeterli ve vitamin-mineral açısından, sebze ve meyvelerden, tam tahıllardan, zeytinyağı ve balık çeşidi açısından zengin bir beslenme modelidir. Akdeniz diyetinde besin ögesi yetersizlikleri genellikle az sıklıkla görülmektedir. B grubu vitaminlerinin (B1, B2, niasin, B6, folat ve B12) yetersizliği çok az olup, C vitamini ve E vitamini gibi antioksidan vitaminlerin tüketimi yüksektir. Akdeniz diyeti; sağlıklı yağ tüketimi-alımı, minimum karbonhidrat, düşük glisemik indeks, yüksek posa (lif), antioksidan bileşenler ve anti inflamatuvar etkisi sebebiyle kanser ve kardiyovasküler hastalık gibi kronik hastalık risklerini azaltmaktadır (Castro-Quezada ve ark., 2014).

Yapılan bir çalışmada 55-69 yaş arası kadın katılımcılarda Akdeniz diyetine

uyum oranı çok düşük mortalite ve morbidite ile bağlantılı saptanmıştır. Akdeniz diyetine uyumun yüksek olmasının, sigara kullanmamanın, sağlıklı beden kitle indeksi (BKI) 'ne sahip olmanın ve düzenli egzersiz yapmanın hem kadınlarda hem de erkeklerde mortalite ile ilişkili olduğu kaydedilmiştir (Boskou, 2009).

Akdeniz diyetinin önemli besinlerinden biri olan zeytinyağındaki yüksek oleik asit ve diğer polifenol içeriğinin özellikle antiaterojenik etkilerinden dolayı tüketimi önerilmektedir (Estruch, & Salas-Salvadó, 2013). Bu beslenme stilini oluşturan zeytinyağı tekli doymamış yağ asitlerini içermektedir. Tirosol, kafeik asit gibi bileşikler de içermektedir (Boskou, 2009). Akdeniz diyetinin doymuş yağ asitlerinden zengin bir beslenme modeli ile karşılaştırıldığında total LDL- kolesterol seviyelerini azalttığı HDL-kolesterol seviyelerinde artış sağladığı, total kolesterol/HDL-kolesterol oranını azalttığı ve insülin duyarlılığını artırdığı gösterilmiştir (Bos ve ark., 2010). Balık tüketimi n-3 çoklu doymamış yağ asitlerinden zengin olup, şarap resveratrol gibi polifenolik içerikleri sayesinde sağlık üzerine olumlu potansiyel etki gösterebilmektedir. Sebze ve meyveler, C ve E vitamini gibi antioksidan içeriği vitamin ve flavonoidler gibi biyoaktif bileşenlerden zengindir (Yannakoulia, Kontogianni, & Scarmeas, 2015). Antioksidanlar vitaminler ve besin içerikleri açısından zengin bir beslenme şekli olan Akdeniz diyeti, kardiyovasküler hastalık riskini ve mortalitesini azaltmada önemli bir etkiye sahiptir (Sabban, 2014).

The SUN (The Seguimiento Universidad de Navarra Study) kohort çalışmasına göre Akdeniz diyetine uyumun kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser gibi hastalık insidansı ve mortalitesini azaltıcı etkileri çalışmalarda gösterilmiştir (Dominguez ve ark., 2013; Hodge, English, Itsiopoulos, O'dea, & Giles, 2011). Akdeniz diyetinin kan glukoz sonuçlarını ve HbA1c seviyesini azaltarak daha iyi glisemik kontrol sağladığı, HOMA IR değerini düşürerek insülin direncini kırabileceği de bildirilmiştir (Esposito, Maiorino, Ceriello, & Giugliano 2010).

Akdeniz diyeti sağlıklı beslenme alışkanlıklarından ziyade özellikle kadınlarda meme kanser riskini azaltıcı bir etkisi olduğu gösterilmiştir (de Lorgeril, & Salen, 2014).

Akdeniz diyeti ile ilgili yapılan birçok çalışmada Akdeniz diyeti beslenme

şeklinin demans ve alzheimer hastalıklarının risklerini azaltıcı etkileri de ortaya konmuştur (Opie, Ralston, & Walker, 2013). Çalışmalarda, akdeniz diyetinin bilişsel sağlık üzerine olumlu etkisi olduğu görülmüştür (Yannakoulia ve ark., 2015).

#### **2.4.1. Akdeniz Diyetinin Bilişsel Fonksiyona Etkisi ve Alzheimer**

İnsanın yaşam boyu bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığı, beyninin gelişimiyle yakından ilişkilidir. Duyum ve bilinç merkezini oluşturan beyin, insanları hayvanlardan ayıran en önemli organdır. Bu bakımdan insan beyni hayvanlarda görülmeyen bilinç, konuşma, sevinç, üzüntü gibi olayların da bir merkezidir. Dış dünya ile olan maddi ve manevi bütün ilişkiler, duyular aracılığı ile beyne iletilir, orada değerlendirilir ve vücudun gerekli tepkiyi göstermesi sağlanır (Yannakoulia ve ark., 2015).

Beyin gelişimi büyük oranda yaşamın ilk yıllarında, özellikle de anne karnında ve doğumdan sonraki ilk beş yılda hızlı olmakla birlikte, geç ergenlik dönemi sonuna değin devam etmektedir. Bu gelişimin anlamı, dünyayı beş duyu yoluyla algılayabilmek, düşünebilmek, hissedebilmek, hareket edebilmek ve belli şekillerde davranabilmek amacıyla kompleks bir komuta merkezinin gelişmesidir. İnsanın yaşam boyu kullanacağı becerileri, öğrenme kapasitesi, çevreyle ilişkili yetenekleri ve kişiliği de beyin gelişimi ile büyük ölçüde bu yıllarda gelişir. Beyin gelişimi temel olarak, miyelinizasyon, sinir hücresi iletilerinin oluşumu ve beyin biyokimyası gelişimi ile olmaktadır. Bunlar bebeğin bilişsel ve ruhsal gelişimiyle de bağlantılıdır. Bu gelişim genetik etmenlerden bağımsız oluşur ve bu süreçteki küçük bir bozukluk bile beyin yapısında ve fonksiyonel kapasitesinde uzun dönemde etkilere neden olabilir. Beyindeki bölgelerin gelişiminin tamamlanması eşit bir şekilde oluşmamaktadır. Değişik bölgeler değişik yaş dönemlerinde gelişimlerini tamamlar (Yannakoulia ve ark., 2015).

Bilişsel gelişime aracılık eden bölgelerin gelişiminin en sona kaldığı

görülmektedir. Özellikle beynin beş lobundan biri olan frontal lob gelişimi, ergenlik döneminde de devam eder. Frontal lob; planlama, strateji üretme, problem çözme, uygunsuz uyaranları engelleme, dikkat, hafıza gibi fonksiyonları düzenler (Bravo, 1998).

Bilişsel süreç, bilginin kazanılmasına ve kullanılmasına yarayan süreç demektir. Bilişsel gelişim, bebeklikten yetişkinliğe kadar bireyin çevreyi, dünyayı anlama, düşünme yollarının daha kompleks ve etkili hale gelme sürecidir. Çocuk doğduğu andan itibaren bilişsel gelişimi başlar ve farklı alanlarda devam eder. Bu gelişimi etkileyen ana bileşenler, beslenme, çevre ve eğitimidir. Eskiden beyin gelişiminin genetik faktörlere bağlı olduğu, dışarıdan yapılacak müdahalelerin beyin gelişiminde fazla rol oynayamayacağı düşünülürdü. Ancak son zamanlarda bilim adamları arasındaki yaygın kanıya göre çevre faktörü beyin gelişiminde olumlu veya olumsuz yönde çok önemli bir rol oynamaktadır. Beslenme ise, demografik, sosyo-ekonomik, sağlık, sosyal, davranışsal ve güdüsel etkilerin bir sonucu olabilecek ve genetik etkilerle etkileşebilecek bir etmen olması bakımından son derece önemlidir. Son yıllarda yaşla birlikte bilişsel fonksiyonlardaki azalmanın en önemli nedeninin oksidatif stresin artması ve antioksidan düzeyinin düşmesi olduğuna inanılmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerin diyetle veya farmakolojik olarak yeterli miktarda antioksidan almaları bilişsel fonksiyonlardaki azalmayı önlemektedir. Yaşam boyunca, zengin bir vitamin mineral kaynağı olduğu gibi antioksidan madde miktarı da yüksek olan taze sebze-meyve tüketimine dikkat edilmelidir (Müdürlüğü, S. B. S. A. G. (2010).

Akdeniz diyetinin koruyucu etkileri, besinler ile vücuda alınan biyoaktif bileşenler, antioksidanlar ve anti-inflamatuvar ajanlar ile sağlanmaktadır (Pitsavos, 2005; Sofi, 2009). Akdeniz diyeti ile meyve, sebze, zeytinyağı ve kırmızı şarap tüketimi, bu tür besinlerle birlikte E ve C vitamini gibi antioksidanların, flavonoidler ve fenolik bileşikler gibi polifenollerin ve biyoaktif bileşiklerin alımının yüksek olması, sağlıklı yaşam süresinin uzamasına, yaşla ilgili kronik hastalıkların azalmasına yardımcı olabileceği bildirilmiştir (Bravo, 1998).

Dünya genelinde tüm ülkelerde insan ömrü uzamaya başlamıştır. Bununla birlikte yaşlılıkta, bunama (demans) gibi hastalıkların da oranı artmıştır (Küçükgüçlü, 2003). Bunamanın nedeni olarak aralarında Lewy vücut hastalığı,



Pick hastalığı, serebrovasküler (beyin kan damarları ile ilgili) hastalık ve Alzheimer hastalığı olan çeşitli faktörlerin bulunduğu bildirilmektedir. Bunlar arasında Alzheimer hastalığının bunamanın en genel formu olduğu bilinmektedir (Howes, Perry, & Houghton, 2003).

Alzheimer hastalığı ile ilişkilendirilen başlıca semptomların arasında idrak kabiliyeti bozukluğu ve hafıza kaybı yer almaktadır. Beslenme kalitesinin, sadece sağlık durumu ve yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesini değil, idrak fonksiyonların durumu ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Von Arnim, Gola, & Biesalski, 2010).

Alzheimer hastalığı, tüm bunamalar arasında en sık görülen hastalıklardan biridir. Hastalık, genellikle ileri yaşlarda başlayıp ve hangi yaşta başlarsa başlasın, klinik ve patolojik olarak benzer bir seyir izler; ancak yaşın ilerlemesiyle başka morbiditeler de eklenmektedir. Yaşlılık olarak kabul edilen 65 yaşın üzerindeki idrak fonksiyonlarında bozulmanın en yaygın nedeni Alzheimer hastalığıdır (Küçükgüçlü, 2003). Bunamanın, 65 yaş üstü kişilerde %50-60'ının Alzheimer hastalığından kaynaklandığı düşünülmektedir (Howes ve ark., 2003; Howes, & Houghton, 2003). Bu popülasyonun yaklaşık %6-8'inde Alzheimer hastalığı görülmekte, yaşla orantılı olarak artış göstererek 85 yaşın üzerinde %30'lara kadar çıkmaktadır. Toplumda yaşlı oranı arttıkça Alzheimer hastalığı da giderek artan bir sorun haline gelmektedir. Hastalık süresi ölüme kadar yaklaşık 3-20 yıllık bir seyir izlediği görülmektedir (Küçükgüçlü, 2003).

Alzheimer hastalığı, sinir dokusunun bozulması ile ilgilidir. Bu hastalığın ana karakteristik özellikleri yaşlılıkta rutin ev yaşantısı faaliyetlerinde zorluklar ile idraksal ve duygusal düzensizliklerdir (Santos-Neto, de Vilhena Toledo, Medeiros-Souza, & de Souza, 2006).

Alzheimer hastalığının patofizyolojisi kompleks olup, çok sayıda iz yolu ile alakası bulunmaktadır. Bu iz yolları arasında, kusurlu beta-amyloid (A $\beta$ ) protein metabolizması, glutamaterjik anomalileri, adrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik nörotransmisyon bulunmaktadır. Bunlar arasında hormonal, oksidatif ve inflamatuvar iz yolları da yer almaktadır (Frank, & Gupta, 2005).

Alzheimer hastalığı ile ilişkilendirilen başlıca semptomların arasında idrak kabiliyeti bozukluğu ve hafıza kaybı yer almaktadır. Dil bozuklukları, depresyon,

davranışsal problemler (galeyana gelme, ajitasyon dahil), ruh hali dengesizlikleri Alzheimer Hastalığı'nın ileri evreleri ile ilişkilendirilen durumlardandır (Howes ve ark., 2003). Beslenme kalitesi sadece sağlık durumu ve yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesini değil, idrak fonksiyonların durumu ile de ilişkilendirilmektedir (Von Arnim ve ark., 2010).

Yakın tarihli bir çalışmada, meyve-sebze, balık ve omega-3 bakımından zengin yağların sık ve yeterince tüketiminin, bunama ve Alzheimer Hastalığı riskini azaltabilir etkilere sahip olduğu bildirilmiştir (Barberger-Gateau ve ark., 2007).

Akdeniz diyeti, Alzheimer hastalığı riskinin düşürülmesi ile ilişkilidir. Bu diyet türünün karakteristik özellikleri arasında, antioksidanlarca zengin sebzelerin, kurubaklagillerin, meyvelerin, tahılların ve doymamış yağ asitlerinin yüksek düzeyde alımı bulunmaktadır. Ayrıca Akdeniz diyeti, hafif düzeydeki idraksal bozukluğun gelişme göstermesi ve Alzheimer hastalığına dönüşmesi riskinin azaltılması ile de ilişkili olduğu çeşitli araştırmalar sonucu bildirilmiştir (Frank, & Gupta, 2005; Von Arnim ve ark., 2010). Orta yaşlarda diyetsel yağ alımının, yaşamın ileriki yıllarındaki idrak performansı ve hafif düzeyli idrak bozukluğunu etkilediği görülmektedir. Düşük düzeyde doymuş ve trans yağ tüketimi ve çoklu doymamış yağların, doymuşlara oranla yüksek oranda alımının, tip 2 diyabetli bireylerde bilişsel yeteneklerin düşüşünü yavaşlattığı belirlenmiştir (Devore ve ark., 2009). Hayvan modelleri ile yapılan çeşitli araştırmalar, çoklu doymamış yağ asitlerinin Alzheimer hastalığının hücre içi iz yolları üzerindeki etkileri üzerinde önermelerde bulunmuşlardır (Devore ve ark., 2009; Morris ve ark., 2003; Von Arnim ve ark., 2010).

Diyette yer alan besin öğelerinden;

- a. Çoklu doymamış yağ asitleri,
- b. Antioksidan bileşikler (B-Karoten, Likopen, E Vitamini, A Vitamini, C Vitamini, Selenyum, Çinko),
- c. B grubu vitaminlerin (Folik asit, B12 Vitamini, B6 Vitamini) yanı sıra kalori kısıtlamasının Alzheimer Hastalığı üzerinde etkilere sahip olduğu belirtilmektedir (Bell, 2005; Steele, Stuchbury, & Münch, 2007; van der Beek, & Kamphuis, 2008; Von Arnim ve ark., 2010).

#### 2.4.2. Akdeniz Diyeti ve Tip2 DM İlişkisi

2014 yılında yapılan bir akademik çalışmada Akdeniz diyetinin Tip 2 DM'yi önleyebileceği ve DM tanısı almış bireylerde HbA1c'nin düşmesine etkisi olacağı gösterilmiştir (Esposito, & Giugliano, 2014). Yapılan birçok araştırmada Akdeniz diyetine uyum oranının artması ile HbA1c ve postprandiyal glikoz (kan şekeri) seviyelerinde azalma gözlenmiştir (Esposito, Maiorino, Di Palo, Giugliano, & Campanian Postprandial Hyperglycemia Study Group, 2009).

Sağlıklı kişilerin katıldığı bir çalışmada, besin tüketim sıklığı verilerine göre balık/deniz ürünü, yağlı tohum ve kurubaklagil tüketimi fazla olan bireylerin daha düşük Tip 2 DM riskine sahip olduğu çalışmada gösterilmiştir. Çalışma sonucunda Akdeniz diyetine uyum ile Tip 2 DM insidansı arasında negatif ilişki saptanmıştır (Khalili-Moghadam, Mirmiran, Bahadoran, & Azizi, 2019).

Akdeniz diyetinin diğer farklı diyetlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, Tip 2 DM'li vakalarda Akdeniz diyetinin HbA1c seviyesini azalttığı ve kardiyovasküler risk faktörlerini olumlu etkilediği görülmüştür (Esposito ve ark., 2015). Park ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ise Akdeniz diyetine uyum ile IR ve inflamasyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Akdeniz diyeti BKİ ve bel çevresinin azalmasına etki ettiği, bu sayede Akdeniz diyetinin dolaylı olarak HOMA-IR ve inflamasyon belirteçlerini azalttığı gözlenmiştir (Park ve ark., 2017). Yapılan farklı bir çalışmada katılımcılara Akdeniz diyeti ile sızma zeytinyağı, Akdeniz diyeti ile yağlı tohumlar ve yağ içeriği düşük beslenme programı verilmiştir. Akdeniz diyeti uygulayan gruplarda metabolik sendrom insidansı, abdominal obezite ve açlık plazma glikozu kontrol grubuna göre düşük çıkmıştır (Babio ve ark., 2014).

Akdeniz diyetinin ana bileşenleri olan bitkisel besinlerde (meyve, sebze, tam tahıllar ve yağlı tohumlarda) yüksek oranda polifenol bulunmaktadır. Polifenoller, dokulara glikozun (şeker) girişini ve insülin duyarlılığını artırarak glisemik kontrol ve Tip 2 DM üzerine etki göstermektedir (Guasch-Ferré, Merino, Sun, Fitó, & Salas-Salvadó, 2017).

### 2.4.3. Akdeniz Diyeti ve Obezite İlişkisi

Obezite, etiyolojik olarak multifaktöriyel ve temel fizyolojik sebep ise az egzersiz veya yüksek enerji alımına bağlı olarak ortaya çıkan enerji alım düzensizliğidir (Beunza ve ark., 2010). Avrupa ve Pasifik Asya’da yapılan farklı araştırmalar sonucunda, hafif şişman ve obez bireylerin %50 ve %100 oranlarında artış olduğunu göstermiştir ve hafif şişman kategorideki çocukların sayısı son 20 yılda artmıştır (Panagiotakos, ve ark., 2006).

Obezitenin çeşitli kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine olan etkisi ile koroner kalp hastalığı riskini artırdığı görülmüştür. Ayrıca son 20 yıldır obezitenin koroner kalp hastalıkları riski üzerine direk olarak bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Kastorini ve ark., 2010). Obezite, çeşitli metabolik hastalıkların kaynağından dolayı önemli bir sağlık problemi olarak belirtilmektedir (Panagiotakos ve ark., 2006).

Akdeniz diyetinin kilo alımı üzerine ilişkisine bakıldığında ters korelasyon olduğunu ispatlayan biyokimyasal bulgular mevcuttur. Akdeniz diyetinin yüksek diyet lifi içeriği tokluk hissini artırırken, Akdeniz diyetinin düşük enerji içeriği ve düşük glisemik yükünden dolayı farklı diyet türlerine göre iyi bir metabolik kontrol sağladığı belirtilmiştir (Beunza, ve ark., 2010).

Ayrıca, Akdeniz diyetinin yüksek yağ içeriğinden dolayı bazı çalışmalarda olumsuz düşünceler ortaya çıkmıştır. Ama yapılan farklı çalışmalarda Akdeniz diyetinde tüketilen bitkisel kaynaklı yağların tokluk metabolizması üzerinde olumlu etkisi belirtilmiştir (Beunza, ve ark., 2010).

Bazı epidemiyolojik çalışmalarda, Akdeniz diyeti ile hafif şişman-obez vakaların görülmesi ile ilgili verilerin kısıtlı olduğu görülmektedir (Romaguera ve ark., 2009).

Yunanistan’da yapılan ‘ATTİCA’ araştırmasında obezite prevalansı ile Akdenizdiyetine uyum ilişkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada kadınların erkeklere göre Akdeniz diyetine uyumu daha fazla ve erkeklerin %53’ü hafif şişman, %20’si obezdir. Kadınların %31’i hafif şişman, %15’i obez olarak belirtilmiştir (Panagiotakos, Chrysohoou, Pitsavos, & Stefanadis, 2006).

‘SUN’ Kohort çalışmasında ise Akdeniz diyetinin kilo verimi üzerinde etkisine bakılmıştır. Çalışmada 10,000 kişinin bulunduğu ortalama olarak 5,7 yıl sürmüştür. Akdeniz diyetine uyumun en anlamlı olduğu grup ( $\geq 6$  puan) en az ( $p=0,02$ ) kilo alan grup olarak gösterilmiştir (Beunza, ve ark., 2010).

#### **2.4.4 Akdeniz Diyeti ve Kanser Arasındaki İlişki**

Akdeniz diyetindeki besin çeşitleri ile birçok besin ögesi ve öğelerin birbirleri ile etkisinin bazı kanser türlerinde koruyucu potansiyel etkisinin olabileceği gösterilmiştir (Schwingshackl, & Hoffmann, 2014).

Araştırmaya katılan, 1.370.000 kişi ile yapılan kohort çalışmada ve 12 vaka-kontrol çalışmasının birlikte kabul edildiği meta-analiz araştırmasında Akdeniz diyetinin kanser riski ile ilişkisine bakılmıştır. Akdeniz diyetine uyumu en fazla olan grupta kanser mortalitesi/insidansı (%10), kolorektal (%14), prostat (%4) ve sindirim kanser (%56) riski farklı gruplara göre daha anlamlı olarak daha az bulunmuştur (Schwingshackl, & Hoffmann, 2014).

Kıbrıs’ta meme kanseri vakalarının katılımı ile vaka kontrol çalışmasında kanser olgusu ile Akdeniz diyetinin arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bu çalışmada Akdeniz diyeti ve meme kanseri riski arasında anlamlı bir bağlantı görülmemiştir. Fazla sebze, balık veya zeytinyağı tüketimleri ayrı ayrı incelendiğinde düşük risk meme kanseri riski ile ilişkilendirilmiştir (Demetriou ve ark., 2012).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu bölümde; araştırma evreni ve verilerin toplanması, anket formunun hazırlanması ve uygulanması, bazı antropometrik parametrelerin ölçümlerinin yapılması ile ilgili konular yer almaktadır.

#### **3.1. Araştırma Evreni, Süresi ve Materyali**

Araştırma evrenini; daha önce benzer bir çalışma yapılmamış olan Bursa iline ait Mudanya ilçesi oluşturmuştur. Araştırmacının bölgede güvenilir bir çalışma imkanına sahip olması araştırma bölgesinin seçiminde etkili olmuştur. Araştırma 01 Ocak-01 Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma materyali olarak 2022 yılında Mudanya Belediyesi Uğur Böceği Evi Diyetisyen Poliklinik birimine başvuran 151 gönüllü danışan üzerinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan danışanlara araştırma amaçları detaylı olarak anlatılmış ve gönüllü onam formu doldurulmuştur.

#### **3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Araştırma, Mudanya Belediyesi'nden gerekli izinlerin alınması ve Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan onay belgesi (Ek-1) ile başladı. Anket formları görüşme sırasında danışanlarla yüz yüze görüşülerek diyetisyen tarafından sorgulanarak dolduruldu. Sonrasında danışanların antropometrik ölçümleri alındı.

Araştırma öncesi katılımcılara araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak gönüllü onam formu alınmıştır. Araştırmada kullanılan veriler anket formu (Ek-2) ile karşılıklı görüşme yöntemi kullanılarak, araştırmacı tarafından toplandı.

### **3.2.1. Anket Formlarının Hazırlanması ve Uygulanması**

Anket formu konu ile ilgili kaynaklardan ve daha önce yapılmış araştırmalardan yararlanılarak hazırlanacak ve ön deneme yapılarak soruların işlenebilirlikleri görüldü.

Anket formu, katılımcılara ilişkin genel bilgiler, beslenme tercihleri, Akdeniz diyeti konusundaki bilgileri ve yeme davranışlarına ilişkin sorulardan oluşan dört bölüm halinde hazırlandı (EK-2).

### **3.2.2. Yetişkin Danışanların Antropometrik Ölçümlerinin Alınması**

Araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlıkları (kg), vücut yağ oranı (%), yağ kütlesi (kg), vücut kas oranı (%), vücut kas kütlesi (kg), vücut su oranı (%), vücut suyu (kg), bazal metabolizma hızı (BMH) ve BKİ (kg/m<sup>2</sup>) biyoelektriksel impedans analizörü (BİA), İnbody 270 cihazı kullanılarak Dyt. Gönül Tuba TARIKAHYA CİĞERLİ tarafından ölçüldü. Ölçümler sırasında bireylerin olabildiğinde ince kıyafetler giymesi istendi. BİA ölçümü için bireylerden 24-48 saat öncesinde ağır fiziksel aktivite yapmamaları, 24 saat öncesinde alkol kullanılmaması, en az 4 saatlikaçlık ile gelmeleri, analiz öncesi (en az 4 saat) çok fazla miktarda sıvı (su, çay, kahve)tüketmemeleri ve üzerlerinde metal eşya bulundurmamaları istendi.

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

### **3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Çalışmada yer alan demografik ve diğer tanımlayıcı sorulara verilen yanıtların dağılımı frekans (n) ve yüzde (%) değerler ile gösterilmiştir. KIDMED ve Akdeniz diyeti uyum ölçeğinden elde edilen puanlara ilişkin veriler, normal dağılım

varsayımlarını sağlamadığı için ikiden çok grubun karşılaştırıldığı durumlarda Kruskal Wallis testi, iki grubun karşılaştırıldığı durumlarda ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanlarının antropometrik ölçümler ile ilişkisini değerlendirmek için Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar  $p < 0,05$  anlamlı olacak şekilde yorumlanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 programı kullanılmıştır.

### **3.3.1. Yetişkin Danışanların Boy ve Ağırlık Ölçümlerinin Değerlendirilmesi**

Yetişkin danışanların, boylarına göre olmaları gereken vücut ağırlıklarının değerlendirilmesinde; Beden Kitle İndeksi (BKI) =  $\text{Ağırlık (kg)}/\text{Boy (m}^2\text{)}$  formülü kullanılmıştır (Tayar ve ark., 2017). Beden kitle indeksine göre vücut ağırlığı; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflandırılması kullanılarak “ $<18,5$  zayıf”, “ $18,5- 19,9$  arası kabul edilebilir”, “ $20-24,9$  arası normal”, “ $25,0-29,9$  arası hafif şişman”, “ $30-34,9$  kg/arası I. derece şişman”, “ $35,0-39,9$  arası II. derece şişman”, “ $\geq 40$  morbid şişman” olarak değerlendirilmiştir (WHO, 1998).

### **3.3.2. Akdeniz Diyetine Uyumun Belirlenmesi**

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

- Mutfakta yağ olarak daha çok zeytinyağı kullanımı
- Günde 4 yemek kaşığı veya daha fazla zeytinyağı tüketilmesi
- Günde 2 porsiyon veya daha fazla sebze tüketilmesi ( $\geq 1$  porsiyon çiğ ya da salata olarak)



- Günde 3 porsiyon veya daha fazla meyve tüketilmesi
- Günde 1 porsiyondan daha az kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri (salam, sosis vb.) tüketilmesi
- Günde 1 porsiyondan daha az tereyağı, margarin ya da krema tüketilmesi
- Günde 1 porsiyondan daha az şekerli veya gazlı içecek tüketilmesi
- Haftada 7 kadeh veya daha fazla şarap tüketilmesi
- Haftada 3 porsiyon veya daha fazla kuru baklagillerin tüketilmesi
- Haftada 3 porsiyon veya daha fazla balık ya da kabuklu deniz ürünleri tüketilmesi
- Haftada 3 kezden daha az ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri (poğaç, börek vb.) tüketilmesi
- Haftada 3 porsiyon veya daha fazla yağlı tohumlar (yer fıstığı dahil) tüketilmesi
- Kırmızı et (dana/koyun/kuzu eti, sucuk, sosis, köfte vb.) yerine beyaz et (hindi/ tavuk eti) tüketiminin tercih edilmesi
- Haftada 2 porsiyon veya daha fazla sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerin zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak/pırasa eklenerek hazırlanan bir sos ile tüketilmesi Akdeniz diyeti uyum ölçeği skorlama aralığı 0-14 puan olarak belirlenmiştir. Bu ölçek, Martinez-Gonzalez ve ark.; (2012) tarafından geliştirilmiştir.

İndeks 0-55 puan arasında skorlandırılmaktadır. “0-20 puan” Akdeniz diyetine uyumun düşük, “21-35 puan” Akdeniz diyetine uyumun orta ve “36-55 puan” Akdeniz diyetine uyumun yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.

### **3.3.3. Yetişkin Bireylerin Egzersiz Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**

Anket formunda egzersiz alışkanlıkları ile ilgili kısım iki sorudan oluşmaktadır. Birinci soru haftada kaç gün yürüyüş vb. egzersiz/ aktivite yaptıklarını

içeriyor. Hiç yapmam kısmı 1-2 gün haftada, haftada 3-4 gün, her gün olarak değerlendirilmiştir. İkinci soru ise; eğer egzersiz/aktivite yaparsanız ne kadar süre harcarsınız. 10-30 dk, 30-60 dk, 60 dk. fazla olarak değerlendirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Katılımcıların gelir durumlarına göre belirlenen gruplar arasında hem KIDMED indeksi puanı ( $p=0,646$ ) hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ( $p=0,443$ ) açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 5).

**Tablo 5:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin gelir durumlarına göre değerlendirilmesi

	N	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Düşük ve ortanın altı	30	7(1-11)	6,53±0,46	0,646	7,5(3-14)	7,33±0,45	0,443
Orta	61	7(0-11)	6,44±0,33		8(2-11)	7,79±0,22	
Ortanın üstü ve yüksek	34	7(0-12)	7,02±0,42		8(3-12)	7,76±0,30	

\*Gelir durumu

Hem KIDMED indeksi puanı ( $p=0,665$ ) hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ( $p=0,516$ ) açısından ankete katılan kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 6).

**Tablo 6:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin cinsiyet durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Kadın	119	7(0-11)	6,69±0,21	0,665	8(2-12)	7,56±0,16	0,516
Erkek	30	7(1-12)	6,36±0,57		8(4-14)	7,93±0,37	

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evli olanlar ve olmayanlar arasında hem KIDMED indeksi puanının ( $p=0,112$ ) hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanının ( $p=0,574$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 7).

**Tablo 7:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin medeni durumlarına göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Evli	109	7(0-11)	6,45±0,24	0,112	8(2-14)	7,64±0,18	0,574
Evli değil	39	8(1-12)	7,15±0,39		8(4-12)	7,87±0,27	

\*Evli değil: Bekar, dul ya da boşanmış yanıtları birleştirildi.

Eğitim durumuna göre lise ve öncesi eğitim seviyesinde olan katılımcılar ile nlisans ve üstü eğitime sahip katılımcılar arasında hem KIDMED indeksi puanı ( $p=0,906$ ) hem de Akdeniz diyeti uyum leği puanı ( $p=0,253$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 8).

**Tablo 8:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum leğinin eğitim durumlarına göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum leği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Lise ve öncesi	91	7(0-11)	6,67 $\pm$ 0,24	0,906	8(3-12)	7,53 $\pm$ 0,19	0,253
nlisans vesonrası	59	7(1-12)	6,68 $\pm$ 0,35		8(5-14)	7,97 $\pm$ 0,22	

\*Lise ve öncesi: okuryazar, ilköğretim, lise

\*nlisans ve sonrası: nlisans, lisans, yüksek lisans ve doktora

KIDMED indeksi puanının çalışanlar ve çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenirken işsiz ya da emekli olan katılımcıların (alışmayan) KIDMED puanlarının çalışan gruba göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p=0,002$ ). Buna karşılık, Akdeniz diyeti uyum leği puanı açısından çalışma durumuna göre belirlenen gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,596$ ) (Tablo 9).

**Tablo9:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum leğinin meslek(alışan, çalışmayan) durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum leği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Çalışmayan	73	7(0-11)	7,19 $\pm$ 0,25	0,002	8(3-12)	7,57 $\pm$ 0,22	0,596
alışan	71	6(0-12)	5,91 $\pm$ 0,33		8(2-14)	7,80 $\pm$ 0,23	

\*alışmayan: işsiz ve emekli

\*alışan: işçi, memur, serbest meslek, diğer

KIDMED indeksi puanının kronik sağlık sorunu olan ve olmayanlar arasında farklılık gösterdiği belirlenirken, kronik sağlık sorunu olan katılımcıların bu indekse ait puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Akdeniz diyeti uyum leği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,539$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum leğinin kronik sağlık durumlarına göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum leği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Hayır	77	6(0-12)	5,89 $\pm$ 0,30	<0,001	8(3-14)	7,61 $\pm$ 0,22	0,539
Evet	73	7(1-11)	7,41 $\pm$ 0,25		8(2-12)	7,74 $\pm$ 0,21	

Ankete katılan kişilerin birinci derece akraba veya aile bireylerinde şişman kişilerin olduğu ya da olmadığı gruplar arasında hem KIDMED indeksi puanı ( $p=0,541$ ) hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ( $p=0,218$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 11).

**Tablo 11.** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin 1. Derecede akraba aile bireylerinde şişman birey olan durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Hayır	83	7(0-12)	6,51 $\pm$ 0,29	0,541	8(2-12)	7,43 $\pm$ 0,22	0,218
Evet	68	7(0-11)	6,79 $\pm$ 0,29		8(5-14)	7,94 $\pm$ 0,20	

Yeterli ve dengeli beslenen ve beslenmeyen katılımcılar arasında yapılan karşılaştırma sonucuna göre KIDMED indeksi puanı ( $p<0,001$ ) ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ( $p=0,007$ ) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Yeterli ve dengeli beslenen katılımcılar için her iki ölçekten elde edilen puanlar bu şekilde beslenmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

**Tablo 12:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin yeterli ve dengeli beslenme durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Hayır	80	6(0-11)	5,66 $\pm$ 0,28	<0,001	8(2-12)	7,26 $\pm$ 0,21	0,007
Evet	71	8(1-12)	7,73 $\pm$ 0,23		8(3-14)	8,11 $\pm$ 0,20	

Katılımcıların genel olarak sağlığı ile ilgili verdikleri yanıtlara göre oluşturulan gruplar arasında KIDMED indeksi puanı ( $p<0,001$ ) açısından farklılık olduğu belirlenirken, sağlık durumunu çok iyi ya da mükemmel olarak belirtenlerin KIDMED puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,069$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin genel sağlık durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Çok iyi/mükemmel	35	8(2-12) <sup>a</sup>	7,91 $\pm$ 0,32	<0,001	8(5-14)	8,17 $\pm$ 0,30	0,069
Orta	91	7(0-11) <sup>b</sup>	6,47 $\pm$ 0,25		8(2-11)	7,64 $\pm$ 0,19	
Kötü	25	6(0-11) <sup>bc</sup>	5,44 $\pm$ 0,57		7(4-12)	7,04 $\pm$ 0,41	

Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumunun daha iyi olduğunu belirten katılımcılar ile daha kötü olduğunu belirtilen katılımcıların KIDMED puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Sağlık durumunun bir yıl öncesine göre çok/biraz daha iyi olan kişilerin daha yüksek KIDMED puanı olduğu bulunmuştur. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p = 0,910$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin geçen seneye göre sağlık durumu açısından değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Bir yıl öncesine göre çok/biraz daha iyi	87	8(0-12)	7,28 $\pm$ 0,25	<0,001	8(3-14)	7,71 $\pm$ 0,19	0,910
Bir yıl öncesi ile aynı ya da biraz/çok daha kötü	64	6(1-11)	5,75 $\pm$ 0,31		8(2-12)	7,59 $\pm$ 0,25	

Diyet yapma sorusuna verilen yanıtlara göre oluşturulan gruplar arasında KIDMED indeksi puanı ( $p < 0,001$ ) ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ( $p = 0,018$ ) açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Hem KIDMED hem Akdeniz Uyum ölçeği puanlarının düzenli diyet yapanlarda yapmayanlar ya da bazen yapanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

**Tablo 15:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin diyet yapma durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			p	Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM			Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Evet	80	8(3-12) <sup>a</sup>	7,69 $\pm$ 0,21	<0,001	8(5-11) <sup>a</sup>	8,01 $\pm$ 0,16	0,018	
Hayır	42	6(0-11) <sup>bc</sup>	5,31 $\pm$ 0,40		8(2-14) <sup>bc</sup>	7,38 $\pm$ 0,34		
Bazen	28	6(0-11) <sup>c</sup>	5,71 $\pm$ 0,50		7(3-11) <sup>c</sup>	7,00 $\pm$ 0,40		

Tv, radyo, promosyonlar ve sosyal medya ile yapılan reklamların beslenme üzerine etkisi olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında KIDMED indeksi puanı açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,023$ ). Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p = 0,648$ ). Tv, radyo, promosyon ve medyanın beslenmelerini etkilemediğini belirten kişilerin daha yüksek KIDMED puanı olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

**Tablo 16:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, TV, radyo, promosyonlar ve sosyal medyanın beslenmez üzerine etkisi göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			p	Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM			Medyan ( $\bar{X}_{\min. - \max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Evet/Bazen	70	6,5(0-11)	6,11 $\pm$ 0,32	0,023	8(2-14)	7,60 $\pm$ 0,25	0,648	
Hayır	81	7(1-12)	7,09 $\pm$ 0,25		8(3-11)	7,72 $\pm$ 0,18		

KIDMED indeksi puanının gece yemek yeme alışkanlığı olanlar ile olmayanlar arasında farklılık gösterdiği belirlenirken ( $p<0,001$ ), Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,290$ ). Gece yemek yeme alışkanlığı olmayan kişilerin daha yüksek KIDMED puanı olduğu bulunmuştur (Tablo17).

**Tablo 17:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, gece yemek yeme durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Evet	56	6(0-11)	5,62±0,37	<0,001	8(2-12)	7,34±0,29	0,290
Hayır	94	8(1-12)	7,25±0,22		8(5-14)	7,85±0,16	

Günlük tüketilen abur cubur paket sayısı açısından incelendiğinde, KIDMED indeksi puanının hiç abur cubur tüketmeyenler ile en az bir paket tüketenler arasında farklılık gösterdiği belirlenirken ( $p<0,001$ ), Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,149$ ). Hiç abur cubur tüketmeyen kişilerin daha yüksek KIDMED puanına sahip olduğu belirlendi (Tablo 18).

**Tablo 18:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, günlük tüketilen abur cubur üzerine etkisinin değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Hiç	99	7(2-12)	7,34±0,20	<0,001	8(5-14)	7,58±0,16	0,149
En az bir paket	52	5,5(0-11)	5,29±0,39		8(2-12)	7,28±0,31	

Hem KIDMED indeksi puanı ( $p=0,185$ ) hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ( $p=0,790$ ) açısından pandemi döneminde iştahlarında bir değişiklik olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 19).

**Tablo 19:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, pandemide iştahta değişiklik olma durumuna göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Hayır	50	7(0-12)	6,90 $\pm$ 0,40	0,185	8(2-14)	7,66 $\pm$ 0,27	0,790
Evet	101	7(0-11)	6,50 $\pm$ 0,23		8(3-12)	7,66 $\pm$ 0,18	

Katılımcıların öğün atlama ile ilgili soruya verdikleri yanıtlara göre oluşturulan gruplar arasında KIDMED indeksi puanının bu gruplar arasında farklılık gösterdiği belirlenmiş ( $p=0,006$ ), öğün atlayanların KIDMED puanının hiç atlamayanlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,476$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, diyet yapan, yapmayan kişilere göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Evet	75	6(0-11) <sup>a</sup>	6,17 $\pm$ 0,29	0,006	8(3-12)	7,51 $\pm$ 0,20	0,476
Hayır	38	8(1-12) <sup>b</sup>	7,50 $\pm$ 0,36		8(2-14)	7,87 $\pm$ 0,35	
Bazen	38	7(0-11) <sup>ab</sup>	6,68 $\pm$ 0,41		8(4-11)	7,76 $\pm$ 0,28	

Hem KIDMED indeksi puanı ( $p=0,894$ ) hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ( $p=0,186$ ) açısından gıda takviyesi kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 21).

**Tablo 21:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, gıda takviyesi kullanımına göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}_{\min.-\max.}$ )	$\pm$ SEM	p
Evet/Bazen	39	7(0-12)	6,72 $\pm$ 0,41	0,894	8(3-10)	7,31 $\pm$ 0,27	0,186
Hayır	112	7(0-11)	6,61 $\pm$ 0,24		8(2-14)	7,78 $\pm$ 0,18	



Günlük su tüketimi açısından değerlendirildiğinde, yedi bardaktan az su tüketen katılımcılar ile yedi bardak ve daha fazla su tüketen katılımcıların KIDMED indeksi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p=0,038$ ). Yedi bardak ve daha fazla su tüketen katılımcıların KIDMED puanları daha az su tüketen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,266$ ) (Tablo 22).

**Tablo 22:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, günlük su tüketimine göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Yedi bardaktan az	79	7(0-12)	6,23±0,31	0,038	8(3-12)	7,48±0,22	0,266
Yedi bardak ve üstü	72	7(1-11)	7,08±0,25		8(2-14)	7,86±0,20	

Günlük çay-kahve tüketimi açısından değerlendirildiğinde, dört bardak/finçandan az çay-kahve tüketenler ile dört bardak/finçan ve daha fazla çay-kahve tüketenler arasında KIDMED indeksi puanlarının farklılık göstermediği ( $p=0,770$ ) buna karşılık Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanlarının farklı olduğu belirlenmiştir ( $p=0,041$ ). Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı dört bardak/finçan ve daha fazla çay-kahve tüketenlerde diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 23).

**Tablo 23:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, günlük çay, kahve tüketimine göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Dört bardak/finçandan az	72	7(0-10)	6,57±0,27	0,770	8(2-14)	7,30±0,23	0,041
Dört bardak/finçan ve üstü	74	7(1-12)	6,73±0,32		8(4-12)	7,93±0,20	

KIDMED indeksi puanının ( $p=0,003$ ) ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanının ( $p=0,023$ ) sigara kullanan ve kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Sigara kullanmayan kişilerin hem KIDMED hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanları sigara kullananlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 24).

**Tablo 24:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, sigara kullanımına göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Hayır	103	7(0-12)	7,08±0,22	0,003	8(2-14)	7,86±0,18	0,023
Evet	48	6(0-11)	5,69±0,41		7(4-12)	7,23±0,26	

Alkol kullanma açısından değerlendirildiğinde, daha önce alkol kullanan ya da halen kullanmakta olan katılımcılar ile hiç alkol kullanmadığını belirten katılımcıların KIDMED puanlarının farklılık gösterdiği belirlenmiş ( $p=0,001$ ) ve hiç alkol kullanmayanların KIDMED puanlarının kullananlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanları ise bu gruplar arasında farklılık göstermemektedir ( $p=0,480$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, alkol kullanımına göre değerlendirilmesi

	n	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı		
		Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	±SEM	p
Kullanıyorum/bir dönem kullandım	42	6(0-11)	5,45±0,42	0,001	8(4-12)	7,88±0,28	0,480
Hiç kullanmadım	107	7(0-12)	7,08±0,22		8(2-14)	7,59±0,18	

Katılımcıların haftada kaç gün yürüyüş yaptıklarına ilişkin soruya verdikleri yanıtlara göre oluşturulan gruplar arasında KIDMED indeksi puanının farklılık gösterdiği ( $p=0,012$ ), hiç yürüyüş yapmayanların KIDMED puanının istatistiksel olarak diğer iki gruptan farklı ve daha düşük olduğu belirlenmiştir. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,306$ ) (Tablo 26).

**Tablo 26:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, haftalık yürüyüş yapma durumuna göre değerlendirilmesi

	KIDMED indeksi puanı			Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Puanı			
	n	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	$\pm$ SEM	p	Medyan ( $\bar{X}$ min.-maks.)	$\pm$ SEM	p
Hiç yapmam	49	6(0-11) <sup>a</sup>	5,75 $\pm$ 0,37	0,012	8(2-12)	7,35 $\pm$ 0,30	0,306
Bazen yaparım	75	7(1-12) <sup>b</sup>	7,05 $\pm$ 0,29		8(3-14)	7,93 $\pm$ 0,21	
Her gün düzenli yaparım	27	7(3-10) <sup>bc</sup>	7,07 $\pm$ 0,37		8(4-10)	7,48 $\pm$ 0,28	

\*Bazen yaparım: 1-2 gün/hafta ve 3-4 gün/hafta

Akdeniz diyetine uyumun frekans değerlerine bakıldığında kadınların katılımının daha fazla (%79,9) olduğu görülmüştür ve Tablo 27'de sunulmuştur.

**Tablo 27:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, cinsiyete göre frekans dağılımı

Cinsiyet	Frekans (n)		Yüzde (%)
	Kadın	119	79,9
Erkek	30	20,1	

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında, çoğunlukla evli olan bireylerin %73,6 lık kısmının olduğu görülmüştür ve Tablo 28'de sunulmuştur.

**Tablo 28:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, medeni duruma göre frekans dağılımı

Medeni durum	Frekans (n)		Yüzde (%)
	Evli	109	73,6
Bekar	20	13,5	
Dul	11	7,4	
Boşanmış	8	5,4	

Katılımcıların eğitim durumu frekans değerlerine bakıldığında %34,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 29).

**Tablo 29:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, eğitim durumuna göre frekans dağılımı

Eğitim durumu	Frekans (n)		Yüzde (%)
	İlköğretim	109	34,7
Lise	20	26	
Önlisans	11	13,3	
Lisans	8	24,7	
Yl/Dr	2	1,3	

Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında orta gelir düzeyi olan kişilerin daha fazla (%48,8) olduğu görülmüştür (Tablo 30).

**Tablo 30:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, gelir durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Gelir durumu</b>	Düşük	8	6,4
	Ortanın altı	22	17,6
	Orta	61	48,8
	Orta üstü	33	26,4
	Yüksek	1	0,8

Akdeniz diyetine uyumun katılımcılarda meslek durumuna bakıldığında işsiz olan kişilerin daha fazla (%40,3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 31).

**Tablo 31:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, mesleklere göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Meslek</b>	İşsiz	58	40,3
	İşçi	33	22,9
	Emekli	15	10,4
	Memur	17	11,8
	Serbest meslek	12	8,3
	Diğer	9	6,3

Katılımcıların sosyal güvence durumuna bakıldığında, SSK'ya sahip olan kişilerin daha fazla (%83,2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 32).

**Tablo 32:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, sosyal güvence durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Sosyal güvence</b>	Yok	10	7,0
	Yeşil kart	1	0,7
	Bağ-kur	10	7,0
	Ssk	119	83,2
	Diğer	3	2,1

Katılımcıların kronik sağlık durumuna bakıldığında, kronik sağlık sorunu olmayan kişilerin daha fazla (%51,3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 33).

**Tablo 33:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, kronik sağlık durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Kronik sağlık sorunu</b>	Hayır	77	51,3
	Evet	73	48,7

Kronik sağlık sorunu olan kişilere bakıldığında en çok (%15,1) hipertansiyon hastası olan kişilerin daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 34).

**Tablo 34:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, kronik hastalılara göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Kronik hastahklarımız nedir</b>	Tiroid	6	8,2
	Şeker+Göz Hastalıkları	1	1,4
	Diyabet	8	11,0
	Kalp Rahatsızlığı	5	6,8
	Akdeniz Ateşi Hastalığı	2	2,7
	Varis	1	1,4
	Allerji	3	4,1
	Kansızlık	4	5,5
	Belfitği	2	2,7
	Bronşit	2	2,7
	Diz Rahatsızlığı	2	2,7
	Migren	1	1,4
	Diyabet	6	8,2
	Reaktif Hipoglisemi	1	1,4
	Polikistik Over	2	2,7
	Mide	1	1,4
	Guatr	1	1,4
	Kolesterol	1	1,4
	Hipertansiyon	11	15,1
	Diyabet +Hipertansiyon	6	8,2
	Kolesterol+Hipertansiyon	1	1,4
	Hipertansiyon+Tiroid	1	1,4
	Diyabet +Tiroid	1	1,4
	Hipertansiyon +Diyabet+Tiroid	1	1,4
	Karın Kist+Kalça Çıkıklığı	1	1,4
	Diyabet +Polikistik Over	1	1,4
	Multiple Skleroz	1	1,4

Yaşanılan ortama bakıldığında eş+ çocuklar ile yaşayan kişilerin daha fazla (%45,2) olduğu görülmüştür (Tablo 35).

**Tablo 35:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, yaşanılan ortama göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaşanılan ortam</b>	Tek başına	17	11,6
	Anne ve/veya baba ile	14	9,6
	Eş ile	37	25,3
	Eş + çocuklar	66	45,2
	Eş ve/veya çocuk, ailebüyükleri ile	3	2,1
	Diğer	9	6,2

Ailede şişman kişi sayısına bakıldığında ailede şişman kişi sayısının az olduğu (%55,0) yapılan anket sonucunda görülmüştür (Tablo 36).

**Tablo 36:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, ailedeki şişman kişi olup olmamasına göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Ailede şişman kişi var mı</b>	Hayır	83	55,0
	Evet	68	45,0

Ailede şişman kişi akrabalık durumu karşılaştırıldığında en fazla (37,9)

görülen annenin şişman olduğu durumdur (Tablo 37).

**Tablo 37:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, şişman kişinin akrabalık durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Şişman kişi akrabalık derecesi</b>	Anne	25	37,9
	Baba	4	6,1
	Anne+baba	3	4,5
	Kardeş	10	15,2
	Eş	3	4,5
	Anne+kardeş	3	4,5
	Hala	4	6,1
	Amca	2	3,0
	Yeğen	2	3,0
	Anne+baba+kardeş	2	3,0
	Anneanne+teyze	1	1,5
	Babanne	1	1,5
	Dayı	1	1,5
	Dede	1	1,5
	Çocuğu	3	4,5
Teyze	1	1,5	

Akdeniz diyetine uyumun frekans değerlerine göre yeterli ve dengeli beslenen yetişkinlerin durumu karşılaştırıldığında , yeterli ve dengeli beslenemeyen kişilerin daha fazla (%53,0) olduğu görülmüştür (Tablo 38.)

**Tablo 38:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, yeterli ve dengeli beslenme durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yeterli ve dengeli beslenme</b>	Hayır	80	53,0
	Evet	71	47

Katılımcıların sağlık durumu değerlendirildiğinde, sağlık durumu orta olan yetişkinlerin daha fazla (%60,3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 39).

**Tablo 39:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, sağlık değerlendirme durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz</b>	Mükemmel	2	1,3
	Orta	91	60,3
	Çok iyi	33	21,9
	Kötü	25	16,6

Bir yıl öncesine göre sağlığını biraz daha iyi hissedenlerin sayısının daha fazla (%41,1) olduğu görülmüştür (Tablo 40).

**Tablo 40:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, sağlık durumunun geçen seneye göre değerlendirilmesinin frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Bir yıl öncesine göre sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz	Bir yıl öncesine göre çokdaha iyi	25	16,6
	Bir yıl öncesine göre birazdaha iyi	62	41,1
	Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı	24	15,9
	Bir yıl öncesine göre birazdaha kötü	35	23,2
	Bir yıl öncesine göre çokdaha kötü	5	3,3

Sağlığı etkileyen en önemli faktörlerin başında stres faktörünün daha fazla (%34,4) olduğu belirlenmiştir (Tablo 41).

**Tablo 41:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, sağlığı etkileyen en önemli faktöre göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Sağlığınızı etkileyen en önemli faktör	Beslenme alışkanlığı	43	28,5
	Vücut ağırlığı	19	12,6
	Genetik yapı	14	9,3
	Stres	52	34,4
	Fiziksel aktivite durumu	11	7,3
	Hepsi	3	2,0
	Beslenme alış.+stres	3	2,0
	Beslenme alış.+vücut yapısı	1	0,7
	Vücut ağır.+stres	3	2,0
	Genetik yapı+stres	1	0,7
	Bes alış.+fiziksel aktivite	1	0,7

Katılımcıların arasında diyet yapan kişilerin daha fazla (%53,3) olduğu görülmüştür ve (Tablo 42).

**Tablo 42:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, diyet yapma durumuna göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Diyet yapıyor musunuz	Evet	80	53,3
	Hayır	42	28,0
	Bazen	28	18,7

Diyeti diyetisyenin önerdiği durum daha fazla (93,5) olduğu görülmüştür (Tablo 43).

**Tablo 43:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, diyeti kimin önerdiğine göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Diyeti kim önerdi	Doktor	1	0,8
	Diyetisyen	115	93,5
	Medya/internet	1	0,8
	Arkadaş/ akraba	2	1,6
	Kimse önermedi kendimuyguluyorum	2	1,6
	Diyetisyen + internet +arkadaş	2	1,6

Beslenme bilgilerinin yetişkinler tarafından sağlık personeli kaynağından (%80,2) alındığı görülmüştür (Tablo 44).

**Tablo 44:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, beslenme bilgilerinin hangi kaynaklardan alındığına dair frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Beslenme bilgilerinin hangi kaynaktan	Televizyon	3	2,3
	İnternet	17	13,0
	Arkadaş/akraba	1	0,8
	Sağlık personeli	105	80,2
	Arkadaş+sağlık per.	1	0,8
	Tv+internet+sağlık per	1	0,8
	Hepsi	1	0,8
	İnternet+arkadaş/akraba	1	0,8
	Tv+sağlık personeli	1	0,8

Tv ve radyonun beslenmeye etkisi olmayan kişilerin daha fazla (%53,6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 45).

**Tablo 45:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, tv, radyo, reklamların beslenmeye etkisine göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Tv radyo beslenmeye etkisi var mı	Evet	33	21,9
	Hayır	81	53,6
	Bazen	37	24,5

Gece yemek yeme alışkanlığı olmayan kişilerin daha fazla (%62,7) olduğu görülmüştür (Tablo 46).

**Tablo 46:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, gece yemek yeme alışkanlığına göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Gece yemek yeme alışkanlığı var mı?	Evet	56	37,3
	Hayır	94	62,7



Abur cubur tüketmeyen kişilerin daha fazla (%65,6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 47).

**Tablo 47:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, abur cubur tüketim durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Kaç paket abur cubur tüketirsin</b>	Hiç	99	65,6
	1-3	46	30,5
	3	1	0,7
	4 ve üstü	5	3,3

Akdeniz diyetine uyumun frekans değerlerine bakıldığında pandemide iştahta değişiklik olan kişilerin daha fazla (%66,9) olduğu görülmüştür (Tablo 48).

**Tablo 48:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, pandemi döneminde iştahta değişiklik durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Pandemide iştahta değişiklik oldu mu</b>	Hayır	50	33,1
	Evet	101	66,9

Pandemide iştahta değişiklik olan kişilerin daha fazla (%90,1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 49).

**Tablo 49:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, pandemide iştahın etkilene durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Pandemide iştahınız nasıl etkilendi</b>	Arttı	91	90,1
	Azaldı	10	9,9

Öğün atlayan kişilerin daha fazla (%49,7) olduğu görülmüştür (Tablo 50).

**Tablo 50:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, öğün atlama durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Öğün atlar mısınız</b>	Evet	75	49,7
	Hayır	38	25,2
	Bazen	38	25,2

Katılımcıların öğün atlama durumuna bakıldığında, öğle yemeği öğününü atlayan kişilerin daha fazla (%71,1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 51).

**Tablo 51:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, öğün atlanan öğüne göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Hangi öğünü atlarsınız	Kahvaltı	27	23,7
	Öğle yemeği	81	71,1
	Akşam yemeği	1	0,9
	Kahvaltı+öğle yemeği	3	2,6
	Hepsi	1	0,9
	Kahvaltı+akşam yemeği	1	0,9

Öğün atlama nedeninin zaman yetersizliğine bağlı olduğu daha fazla (%42,1) görülmüştür (Tablo 52).

**Tablo 52:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, öğünün atlama nedenine göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Öğün atlama nedeniniz	Zaman yetersizliği	48	42,1
	Canı istemiyor, iştahsız	34	29,8
	Zayıflama isteği	4	3,5
	Alışkanlığı yok	19	16,7
	Hazır yemek olmadığı için	7	6,1
	Diğer	2	1,8

Katılımcıların %74,2'sinde gıda takviyesi almayan kişilerin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 53).

**Tablo 53:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, gıda takviyesi kullanımına göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Gıda takviyesi kullanıyor musunuz	Evet	29	19,2
	Hayır	112	74,2
	Bazen	10	6,6

Gıda takviyesi kullanım amacının bağışıklığı güçlendirmek için olduğu daha fazla (%48,7) görülmüştür (Tablo 54).

**Tablo 54:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, gıda takviyesi kullanım amacına göre frekans dağılımı

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Gıda takviyesi kullanmamacı	Bağışıklığı güçlendirmek	19	48,7
	Kanımda eksiklik var	1	2,6
	Hekim önerisi olduğu için	16	41,0
	Sağlıklı olduğunudüşünüyorum	2	5,1
	Diğer	1	2,6

Katılımcıların %47'si Günde 7 bardak ve üzeri su tüketen kişiler olarak

belirlenmiştir (Tablo 55).

**Tablo 55:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, günlük içilen su miktarı durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Günde kaç bardak su içiyorsunuz</b>	1-2 bardak	8	5,3
	3-4 bardak	26	17,2
	5-6 bardak	45	29,8
	7 bardak ve üstü	71	47,0
	1-2 litre	1	0,7

Günlük çay/kahve tüketimi yapan kişilerin, 4 ve daha fazla (%50,7) yaptığı görülmüştür (Tablo 56).

**Tablo 56:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, günlük içilen çay kahve tüketimine göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Günlük çay kahvetüketimi</b>	1-2 bardak /fincan	14	9,6
	2-3 bardak / fincan	58	39,7
	4 ve daha fazla	74	50,7

Katılımcıların %68,2'sinin sigara içmeyen kişilerin olduğu bilinmektedir (Tablo 57).

**Tablo 57:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, sigara tüketim durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Sigara içiyor musunuz</b>	Hayır	103	68,2
	Evet her gün en az 1 taneveya daha fazla	42	27,8
	Evet her gün olmamaklabirlikte ara sıra	6	4,0

Katılımcıların %10,7'sinin alkol tüketimini ayda birkaç kez yapan kişiler tarafından olduğu belirlenmiştir (Tablo 58).

**Tablo 58:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, alkol tüketimlerine göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Alkol kullanıyormusunuz</b>	Evet, hergün en az bir bardak/kadeh içiyorum	9	6,0
	Evet, ayda birkaç kez	16	10,7
	Evet, yılda birkaç kez	13	8,7
	Bıraktım, artık hiç içmiyorum	4	2,7
	Hayır hiç kullanmadım	107	71,8

Yürüyüş ve egzersiz yapmayan kişilerin daha fazla (%32,5) olduğu

görülmüştür (Tablo 59).

**Tablo 59:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, yapılan egzersiz durumuna göre frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Haftada kaç gün yürüyüş vb egzersiz yaparsınız</b>	Hiç yapmam	49	32,5
	1-2 gün/hafta	37	24,5
	3-4 gün hafta	38	25,2
	Her gün	27	17,9

Katılımcıların %65,4' ünün, haftada 30-60 dakika egzersiz yapan kişilerin olduğu belirlenmiştir (Tablo 60).

**Tablo 60:** Katılımcıların KIDMED indeksi puanı ve Akdeniz Diyeti Uyum ölçeğinin, yapılan egzersizin süresinin frekans dağılımı

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Egzersiz yaparsanız ne kadar süre harcarsınız</b>	10-30 dakika	16	15,4
	30-60 dakika	68	65,4
	60 dakikadan fazla	20	19,2

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

### 5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin ve Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Obezite günümüzde önemli sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Şişmanlığın patolojisi multifaktöriyel olmakla birlikte; yöresel beslenme alışkanlıklarının azalması, yüksek kalorili besinlerin tüketimi ve porsiyonların çoğalması ile az fiziksel aktivite düzeyi obezitenin ana sebepleri arasındadır (Schröder, 2007). Akdeniz diyeti, çağımızın popüler beslenme modellerinden birisidir (Bach-Faig ve ark., 2011). Akdeniz diyetine uygun beslenme diyeti, daha sağlıklı ve uzun yaşam ile ilişkilendirilmektedir (Romaguera ve ark., 2009; Schroder, Marrugat, Vila, Covas, & Elosua, 2004). Bu araştırma, Mudanya Belediyesi Uğur Böceği Evi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran, yetişkin bireylerin Mudanya'da Yaşayan Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları, Akdeniz Diyet Skoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin araştırılması amacıyla planlanmıştır. Eğitim düzeyi şişmanlığı etkileyen etmenlerden biridir. Genel olarak eğitim düzeyi ile şişmanlık arasında ters ilişki olduğunu gösteren çalışmaların sayısı fazladır (Altunkaynak, & Özbek, 2006; Arslan, & Ceviz, 2007).

Bu çalışmada, bireylerin %34,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. %26'sının lise mezunu, %13,3'ünün önlisans mezunu, %24,7'sinin lisans mezunu ve %1,3'ünün yüksek lisans/doktora mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim durumuna göre lise ve öncesi eğitim seviyesinde olan katılımcılar ile önlisans ve üstü eğitime sahip katılımcılar arasında hem KIDMED indeksi puanı hem de Akdeniz diyeti uyum ölçüğü puanı olarakanlamlı bir farklılık bulunmadı.

Yapılan farklı bir çalışmada, Akdeniz diyetine uyumlu bir şekilde beslenen kişilerin eğitim seviyelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Martínez-González ve ark., 2012).

Bu çalışmada meslek olarak bakıldığında işsiz bireylerin %40,3, işçi bireyler %22,9, emekli bireyler %10,4, memur bireyler %11,8, serbest meslek %8,3 ve diğer mesleklerin %6,3 olduğu görülmüştür. KIDMED indeksi puanının çalışanlar ve

çalışmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenirken işsiz ya da emekli olan katılımcıların (çalışmayan) KIDMED puanlarının çalışan gruba göre daha yüksek olduğu belirlendi. Buna karşılık, Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından çalışma durumuna göre belirlenen gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Memurların masa başında gün boyu çalışmaları da obezite prevalansını artırmaktadır (Akbulut, 2008).

Medeni durum da akdeniz diyeti uyum ölçeğini etkileyen etmenler arasında yer almaktadır. Bu çalışmada verilere bakıldığında evli olan bireylerin %73,6, bekar bireylerin %13,5, dul bireylerin %7,4, boşanmış bireylerin %5,4 olduğu belirlenmiştir. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde, evli olanlar ve olmayanlar arasında hem KIDMED indeksi puanının hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi.

Bu çalışmada ailede şişman birey %45, şişman olmayan bireylerin ise % 55 olduğu tespit edilmiştir. Birinci derece akrabalarda şişman birey durumuna bakıldığında en yüksek değere sahip olan kişi anne %37,9 olduğu ve ikinci en yüksek bireyin ise kardeş %15,2 olduğu görülmüştür. Ankete katılan kişilerin birinci derece akraba veya aile bireylerinde şişman kişilerin olduğu ya da olmadığı gruplar arasında hem KIDMED indeksi puanı hem de Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Bireylerin ailesinde şişmanların olduğu kişilerde şişmanlık sıklığının fazla olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Koruk, & Şahin, 2005; Nazlıcan, Demirhindi, & Akbaba, 2011).

## **5.2. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi**

Sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerle birlikte diyetle artan kalori alımı ve hareketsiz yaşam, şişmanlığın en önemli sebepleri arasındadır (Koruk, & Şahin, 2005; Şanlıer, 2005). Sugiyama ve ark., (2008) tarafından BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> üstünde olan kişilerle yapılan bir çalışmada, bu bireylerin düşük fiziksel aktivite durumuna sahip oldukları tespit edilmiştir (Sugiyama, Healy, Dunstan, Salmon, & Owen, 2008).

Bu çalışmada haftada 1-2 gün yürüyüş yapan kişiler %24,5, haftada 3-4 gün %25,2, her gün %17,9, hiç yapmam diyen bireylerin %32,5 olduğu görülmektedir. Katılımcıların haftada kaç gün yürüyüş yaptıklarına ilişkin soruya verdikleri yanıtlara göre oluşturulan gruplar arasında KIDMED indeksi puanının farklılık gösterdiği, hiç yürüyüş yapmayanların KIDMED puanının istatistiksel olarak diğer iki gruptan farklı ve daha düşük olduğu belirlenmiştir. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Egzersiz süresi haftada 10-30 dakika arasında yapan bireyler %15,4, haftada 30-60 dakika arasında olan bireyler %65,4 , haftada 60 dakikadan fazla yapanlar %19,2 olduğu görülmektedir.

### **5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada bireylerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili değerlendirmelere bakıldığında; gece yemek yeme alışkanlığı olan bireylerin oranı %37,3, gece yemek yeme alışkanlığı olmayan kişilerin oranı %62,7 olduğu görülmektedir. KIDMED indeksi puanının gece yemek yeme alışkanlığı olanlar ile olmayanlar arasında farklılık gösterdiği belirlenirken, Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Gece yemek yeme alışkanlığı olmayan kişilerin daha yüksek KIDMED puanı olduğu bulunmuştur

Bu çalışmada günlük tüketilen abur cubur paket sayısı haftada 3 kez tüketen bireylerin %0,7 olurken, hiç tüketmeyen bireylerin oranı %65,6 olduğu bilinmektedir. Günlük tüketilen abur cubur paket sayısı açısından incelendiğinde, KIDMED indeksi puanının hiç abur cubur tüketmeyenler ile en az bir paket tüketenler arasında farklılık gösterdiği belirlenirken, Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hiç abur cubur tüketmeyen kişilerin daha yüksek KIDMED puanına sahip olduğu belirlendi.

Pandemide iştah değişikliği olan bireyler % 66,9 iken, iştah değişikliği olmayan bireyler % 33,1 olduğu bilinmektedir. İştah değişikliği olan bireylerin % 97,1' inde iştah artışı olduğu bilinmektedir. Hem KIDMED indeksi puanı hem de

Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından pandemi döneminde iştahlarında bir değişiklik olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Bu çalışmada öğün atlayan bireylerin oranı %49,7 olduğu saptanmıştır. En çok öğün atlanan zamanın ise öğle yemeği olduğu %71,1 ile olduğu görülmüştür. ğle yemeğinin atlanma sebebinin ise zaman yetersizliği %42,1 ile en yüksek değere sahip olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların ğn atlama ile ilgili soruya verdikleri yanıtla ra göre oluşturulan gruplar arasında KIDMED indeksi puanının bu gruplar arasında farklılık gösterdiği belirlenmiş, öğün atlayanların KIDMED puanının hiç atlamayanlara göre düşük olduğu tespit edilmiştir. Akdeniz diyeti uyum leği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırma sonuçları yetişkinlerin çoğunluğunun yetersiz kalsiyum aldıkları saptanmıştır. Kalsiyumun vücutta kemik ve diş sağlığı, kanın pıhtılaşması, hücre membran stabilizasyonunun sağlanması, sinir iletimi ve kalp atımının sağlanması gibi görevleri bulunmaktadır (Baysal, 2012). Kalsiyum, ana kaynağı süt vernleri olmakla birlikte tahıllar, sebze ve meyveler, kabuklu yemişler ve kurubaklagiller de kalsiyum alımına katkı sağlamaktadır. Kalsiyum gereksinmesinin sağlanmasında süt vernleri tüketimi önemli bir yere sahiptir. Ancak Akdeniz diyetinde süt vernleri tüketimi düşük seviyededir (Mesias, Seiquer, Navarro, Preedy, & Watson, 2015). Süt vernlerinin az tüketimi kalsiyum alımında yetersizliklere sebep olabilir.

Yapılan bir çalışmada, Akdeniz diyetine bağlılıkları / uyumları yüksek olan bireylerin diyabet ve sigara içme (halen sigara içenler arasında) prevalansının daha düşük, eğitim düzeylerinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca evli bireylerin bekarlara göre Akdeniz diyetine bağlılıkları da daha yüksek bulunmuştur (Martinez- Gonzlez ve ark., 2012).

123 katılımcı (64 erkek 59 kadın) ile gerçekleştirilmiş, Akdeniz diyetini teşviki ve uzun dönem etkisinin incelendiği bir çalışma sonucunda bel çevresi değerinde anlamlı bir azalma tespit edildiği görülmüştür (Leblanc V., ve ark., 2014).



Akdeniz diyet skoru ve bireylerin sigara içme oranları arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmalar Akdeniz skoru yüksek olan bireylerin daha düşük oranda sigara içme skoruna sahip olduğunu göstermektedir (Sanchez-Villegas ve ark., 2006).(Mateo-Gallego ve ark., 2017).

1650 yetişkin birey ile Akdeniz diyetine bağlılık ölçeği puanı ve enerji, makro besin alımı üzerine yapılmış bir çalışmada Akdeniz diyetine düşük yüksek uyum gösteren bireylerin düşük uyum gösteren bireylere nazaran daha az enerji aldıkları saptanmıştır. Ayrıca çalışmada yer alan Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren kadınların düşük uyum gösteren kadınlara kıyasla daha fazla posa ve daha az karbonhidrat tükettiği tespit edilmiştir. ( Inan, Çetin, Akyol, Ayaz, & Samur, 2018).

Alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH), tip 2 diyabet ve kardiyovasküler riskin daha da artmasıyla ilişkilendirilmiştir. NAFLD, metabolik sendromun hepatic tezahürü olarak kabul edilir. Şu anda, küresel NAYKH prevalansının %25 olduğu bildirilmektedir, en yüksek Orta Doğu (%32) ve Güney Amerika'da (%31), ardından Asya (%27), ABD (%24), Avrupa (%23) gelmektedir ve en düşük prevalansa sahip Afrika (%14).

MD, tip 2 diyabet ve/veya NAYKH olan hastalar için etkili bir beslenme tedavisi olarak önerilmiştir ve bu metabolik hastalıklar için birinci basamak tedaviyi temsil eder. Bu bağlamda, MD'nin NAFLD'nin biyokimyasal ve histolojik özelliklerini geliştirdiği gösterilmiştir . Bu nedenle tip 2 diyabetli hastalarda MD uygulanması karaciğer yapısını ve fonksiyonunu koruyabilir. İlgi çekici olarak, NAFLD'li hastalarda, karaciğer-dalak ekseni olarak adlandırılan, enflamasyonla ilişkili bağışıklık tepkisini düzenlemede merkezi organ olan dalağın genişlemesi bildirilmiştir . MD dahil olmak üzere sağlıklı beslenme modellerinin, hem NAFLD'yi azaltarak hem de dalak fonksiyonunu iyileştirerek bağışıklık ve inflamatuvar yanıtları iyileştirdiği bildirilmiştir. Genel olarak, MD'ye bağlılık, glikoz ve lipid metabolizması, obezite indeksleri ve NAYKH dahil olmak üzere kardiyometabolik risk faktörlerini iyileştirerek çeşitli sağlık yararları sağlar.

Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı çok önemlidir (Güleç, Yabancı,

Göçgeldi, & Bakır, 2008). Şişmanlık ve öğün atlama arasında ilişki bulunmaktadır (Berenson, 2001; Kılıç, & Şanlıer, & 2007; Nicklas, Baranowski, Cullen,). Öğün atlama ve düzensiz beslenme alışkanlığı öğün saatlerinde tüketilen besinlerin içeriğini ve porsiyonunu etkilemekte; aralarda açlık hissini bastırmak için yağ ve karbonhidrattan zengin besinlerin tercih edilmesine sebep olabilmektedir. Ankara’da 20 yaş üzeri 450 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, ana öğün atlayan bireylerde kilo fazlalığının daha sık görüldüğü saptanmıştır (Çayır, Atak, & Köse, 2011). Marin-Guerrero ve ark., (2008), 34974 yetişkin birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada, şişman bireylerin daha fazla öğün atladıklarını belirlemişlerdir (Marín-Guerrero, Gutiérrez-Fisac, Guallar-Castillón, Banegas, & Rodríguez-Artalejo, 2008). Sonuç olarak hafif şişman ve şişman bireylerde yapılan bu çalışmada, bireylerin % 50,4’ünün öğün atladığı bulunmuştur. En çok atlanan öğün öğle öğünüdür. Kişilerin çoğu (%53,3) geç kahvaltı yaptıkları için öğle öğününü atladığını söylemektedir. Öğle öğününün atlanması sonucu bir sonraki öğünde çok daha fazla besin tüketimiyle sonuçlanabilir. Akdeniz beslenme piramidinde haftada 2 porsiyon veya daha fazla balık tüketimi önerisi olduğu, bu çalışmada bireylerin balık tüketimlerinin çok az bulunduğu söylenebilir. Protein kalitesi en yüksek olan besin yumurtadır. Yumurta proteinleri %100 oranında vücut proteinlerine dönüştüğünden “örnek kalite protein” olarak değerlendirilmiştir. Yumurta yağının %33’ü doymuş, %16’sı çoklu doymamış, geri kalanı ise tekli doymamış yağ asitlerinden oluşur. Yumurta sarısında yüksek düzeyde kolesterol bulunmasına rağmen; doymamış yağ asitleri içeriği de yüksek olduğundan kolesterol yükseltici etkisi yağlı süt ve et ürünlerinden daha azdır. Her gün veya gün aşırı yumurta tüketimi kalp hastaları haricindeki bireylere tavsiye edilmektedir (Türkiye'ye özgü beslenme rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007)

#### 5.4. Sonuç

Mudanya’da yaşayan yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları, Akdeniz diyet skoruve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki başlığıyla yapılan çalışmanın özeti maddeler şeklinde aşağıda belirtilmiştir.

1. Bireylerin %79,9’u kadın, %20,1’i ise erkektir.
2. Bireylerin %73,6’sı evli olduğu, %13,5’inin bekar olduğu,%7,4’ünün dul, %5,4’ünün ise boşanmış olduğu görülmektedir.
3. Bireylerin %34,7’si ilköğretim mezunu olduğu bilinirken, %13,3’ü’nün önlisans mezunu olduğu bilinmektedir.
4. Akdeniz diyetine uyum ölçeği değerlendirildiğinde gelir düzeyi ile arasındaki ilişkiye bakıldığında %48,8 ‘inin orta derecede gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir.
5. Bireylerin meslek durumlarına bakıldığında %40,3 işsiz bireylerin, %22,9 işçi bireylerin, %11,8 memur bireylerin, %8,3 serbest meslek bireylerin ve diğer meslek bireylerin %6,3 olduğu görülmektedir.
6. Kronik sağlık sorunu olmayan bireylerin daha yüksek oranda olduğu %51,3 görülmektedir.
7. En yüksek kronik hastalık durumuna bakıldığında hipertansiyon %15,1 olduğu belirlenmiştir.
8. Ailede şişman kişi akrabalık derecesine bakıldığında birinci dereceden annenin %37,9 daha fazla olduğu görülmektedir.
9. Yeterli ve dengeli beslenen bireylerin %47’sini oluştururken, yeterli ve dengeli beslenmeyen bireyler %53’ünü oluşturmaktadır.
10. Bu çalışmada genellikle sağlığını orta derece değerlendiren bireyler görülmektedir (%60,3).
11. Sağlığı etkileyen en önemli faktörlerin başında stresin geldiği %34,4 ile

izlenirken, bunun akabinde beslenme alışkanlığı geldiği %28,5 ile görülmektedir.

**12.** Diyet yapan bireyler %53,3 ile yüksek oranda izlenmektedir. Diyeti yapankişilerin, diyeti %93,5 oranda diyetisyenin önerildiği bilinmektedir.

**13.** Bireylerin %62,7'sinde gece yemek yeme alışkanlığı bulunmamaktadır.

**14.** Pandemi döneminde bireylerde iştahta değişiklik oldu diyen kişiler %66,9 olduğu bilinmektedir.

**15.** Pandeminin iştahı arttırdığı %90,1 olarak saptanmıştır.

**16.** Bireylerin öğün atladıkları %49,7 olarak görülmektedir. Sıklıkla öğle yemeği öğününü atladıkları %71,1 ile görülmektedir. Öğle öğününü atlama sebebinin ise zaman yetersizliği olduğu %42,1 olduğu tespit edilmiştir.

**17.** Sigara tüketmeyen bireyler %68,2'sini oluşturmaktadır.

**18.** Tv, radyo, promosyonlar ve sosyal medya ile yapılan reklamların beslenme üzerine etkisi olduğunu düşünenler ile düşünmeyenler arasında KIDMED indeksi puanı açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p=0,023$ ). Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,648$ ). Tv, radyo, promosyon ve medyanın beslenmelerini etkilemediğini belirten kişilerin daha yüksek KIDMED puanı olduğu bulunmuştur.

**19.** Bir yıl öncesine göre genel sağlık durumunun daha iyi olduğunu belirten katılımcılar ile daha kötü olduğunu belirtilen katılımcıların KIDMED puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Sağlık durumunun bir yıl öncesine göre çok/biraz daha iyi olan kişilerin daha yüksek KIDMED puanı olduğu bulunmuştur. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,910$ ).

**20.** Günlük su tüketimi açısından değerlendirildiğinde, yedi bardaktan az su tüketen katılımcılar ile yedi bardak ve daha fazla su tüketen katılımcıların KIDMED indeksi puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p=0,038$ ). Yedi bardak ve daha fazla su tüketen katılımcıların KIDMED puanları daha az su tüketen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı açısından bu gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,266$ ).

Bu sonuçların ışığında öneriler Şu Şekilde olmalıdır;

KiŐiye özgü beslenme özelliklerinin dikkate alınması doğrultusunda, hafif Şişman veya obez kişilerin Akdeniz beslenme tipine uygun beslenme planlanması ve bu doğrultuda stratejiler geliştirilmesi ile olumlu sonuçlanacaktır. Günümüzde yapılan çalışmalarda, farklı tipte akdeniz beslenmesine uyum ölçekleri kullanılarak standardizasyonun sağlanması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar akdeniz tipi beslenmenin sağlığı olumlu yönde etkilediğini desteklemekle birlikte daha çok klinik çalıŐmalara ihtiyaç olduğu göz ardı edilmemelidir.

## 6. KAYNAKLAR

- Abenavoli L., Boccuto L., Alassandro F., Dallio M., Loguercio C., Renzo L., & Lorenzo A. (2019). *Diet and non-alcoholic Fatty Liver Disease : The Mediterranean Way* ; 21;16(17):3011.doi:10.3390
- AHA-American Heart Association. Recommendations for Physical Activity Infographic Erişim: 16.03.2021. <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-infographic>
- Akbulut, G. (2008). *Yetişkin şişman kadınlarda vücut ağırlığı kaybının dinlenme metabolik hızı, vücut bileşimi ve bazı biyokimyasal parametreler üzerine etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Alphan, T.E. 2013., *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, S:3-10 ,
- Altunkaynak, B. Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seğenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
- Arslan, C., & Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve ęalıřan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 211-220.
- Babio, N., Toledo, E., Estruch, R., Ros, E., Martınez-González, M. A., Castañer, O., ... & Salas-Salvadó, J. (2014). Mediterranean diets and metabolic syndrome status in the PREDIMED randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 186(17), E649-E657.
- Bach-Faig, A., Berry, E. M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., ... & Serra-Majem, L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2274-2284.
- Barberger-Gateau, P., Raffaitin, C., Letenneur, L., Berr, C., Tzourio, C., Dartigues, J. F., & Alpérovitch, A. (2007). Dietary patterns and risk of dementia: the Three-City cohort study. *Neurology*, 69(20), 1921-1930.
- Baysal, A. (2010). *Genel Beslenme*. 13. Baskı, Ankara. Hatiboğlu Yayınevi,
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H. T., Bozkurt, N., Keğecioğlu, S., Mercanlıgil, S. M., ... & Yıldız, E. (2013). *Diyet El Kitabı*. (7. Bs.) Ankara Hatipoğlu Yayınları
- Bazzano, L. A.,(2005). *Dietary intake of fruit and vegetables and risk of diabetes mellitus and cardiovascular diseases [electronic resource]*. World Health Organization.
- Bell, I. R. (2005). Diet and nutrition in Alzheimer's disease and other dementias of late life. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 4(1), 299-301.
- Beunza, J. J., Toledo, E., Hu, F. B., Bes-Rastrollo, M., Serrano-Martınez, M., Sanchez-Villegas, A., ... & Martınez-González, M. A. (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(6), 1484-1493.

- Bos, M. B., De Vries, J. H. M., Feskens, E. J. M., Van Dijk, S. J., Hoelen, D. W. M., Siebelink, E., ... & De Groot, L. C. P. G. M. (2010). Effect of a high monounsaturated fatty acids diet and a Mediterranean diet on serum lipids and insulin sensitivity in adults with mild abdominal obesity. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 20(8), 591-598.
- Boskou D. (2009). *Olive Oil: Minor Constituents and Health*. New York. CRC
- Bravo L. (1998). Polyphenols: chemistry, dietary sources, metabolism, and nutritional significance. *Nutrition Reviews*, 56(11), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1998.tb01670.x>
- Carlos, S., De La Fuente-Arrillaga, C., Bes-Rastrollo, M., Razquin, C., Rico-Campa, A., Martínez-González, M. A., & Ruiz-Canela, M. (2018). Mediterranean Diet and Health Outcomes in the SUN Cohort. *Nutrients*, 10(4), 439. <https://doi.org/10.3390/nu10040439>
- Castro-Quezada, I., Román-Viñas, B., & Serra-Majem, L. (2014). The Mediterranean diet and nutritional adequacy: a review. *Nutrients*, 6(1), 231-248.
- Çakırcalı, E. (1998). *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar*, II. Baskı, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 149-154.
- Çayır, A. , Atak, N. & Köse, S. K. (2011). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi . *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* , 64 (1) , 13-19 .
- de Lorgeril, M., & Salen, P. (2014). Do statins increase and Mediterranean diet decrease the risk of breast cancer?. *BMC medicine*, 12(1), 1-8.
- Demetriou, C. A., Hadjisavvas, A., Loizidou, M. A., Loucaides, G., Neophytou, I., Sieri, S., ... & Kyriacou, K. (2012). The mediterranean dietary pattern and breast cancer risk in Greek-Cypriot women: a case-control study. *BMC cancer*, 12, 1-12.
- Devore, E. E., Grodstein, F., van Rooij, F. J., Hofman, A., Rosner, B., Stampfer, M. J., ... & Breteler, M. M. (2009). Dietary intake of fish and omega-3 fatty acids in relation to long-term dementia risk. *The American journal of clinical nutrition*, 90(1), 170-176.
- Devore, E. E., Stampfer, M. J., Breteler, M. M., Rosner, B., Hee Kang, J., Okereke, O., ... & Grodstein, F. (2009). Dietary fat intake and cognitive decline in women with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 32(4), 635-640.
- Dominguez, L. J., Bes-Rastrollo, M., De la Fuente-Arrillaga, C., Toledo, E., Beunza, J. J., Barbagallo, M., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2013). Similar prediction of total mortality, diabetes incidence and cardiovascular events using relative-and absolute-component Mediterranean diet score: the SUN cohort. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 23(5), 451-458.

- El Rhazi, K., Nejjari, C., Romaguera, D., Feart, C., Obtel, M., Zidouh, A., Bekkali, R., & Gateau, P. B. (2012). Adherence to a Mediterranean diet in Morocco and its correlates: cross-sectional analysis of a sample of the adult Moroccan population. *BMC public health*, *12*, 345. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-345>
- Esposito, K., & Giugliano, D. (2014). Mediterranean diet and type 2 diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, *30*(S1), 34-40.
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Bellastella, G., Chiodini, P., Panagiotakos, D., & Giugliano, D. (2015). A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses. *BMJ open*, *5*(8), e008222.
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Ceriello, A., & Giugliano, D. (2010). Prevention and control of type 2 diabetes by Mediterranean diet: a systematic review. *Diabetes research and clinical practice*, *89*(2), 97-102.
- Esposito, K., Maiorino, M. I., Di Palo, C., Giugliano, D., & Campanian Postprandial Hyperglycemia Study Group. (2009). Adherence to a Mediterranean diet and glycaemic control in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic medicine*, *26*(9), 900-907.
- Estruch, R., & Salas-Salvadó, J. (2013). Towards an even healthier Mediterranean diet. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *23*(12), 1163-1166.
- Frank, B., & Gupta, S. (2005). A review of antioxidants and Alzheimer's disease. *Annals of Clinical Psychiatry*, *17*(4), 269-286.
- Gerber, M.J., Scali, J.D., Michaud, A., Durand, M.D., Astre, C.M., Dallongeville, J., & Romon, M.M. 2000. Profiles of a healthful diet and its relationship to biomarkers in a population sample from Mediterranean Southern France. *Journal of the American Dietetic Association* *100*(10), 1164-1171.
- Giugliano, D., & Esposito, K. (2008). Mediterranean diet and metabolic diseases. *Current opinion in lipidology*, *19*(1), 63-68. <https://doi.org/10.1097/MOL.0b013e3282f2fa4d>
- Guasch-Ferré, M., Merino, J., Sun, Q., Fitó, M., & Salas-Salvadó, J. (2017). Dietary polyphenols, Mediterranean diet, prediabetes, and type 2 diabetes: a narrative review of the evidence. *Oxidative medicine and cellular longevity*, *2017*.
- Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E., & Bakır, B. (2008). Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, *50*(2), 102-109.
- Hodge, A. M., English, D. R., Itsiopoulos, C., O'dea, K., & Giles, G. G. (2011). Does a Mediterranean diet reduce the mortality risk associated with diabetes: evidence from the Melbourne Collaborative Cohort Study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *21*(9), 733-739.



- Howes, M. J. R., & Houghton, P. J. (2003). Plants used in Chinese and Indian traditional medicine for improvement of memory and cognitive function. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 75(3), 513-527.
- Howes, M. J. R., Perry, N. S., & Houghton, P. J. (2003). Plants with traditional uses and activities, relevant to the management of Alzheimer's disease and other cognitive disorders. *Phytotherapy Research: An International Journal Devoted to Pharmacological and Toxicological Evaluation of Natural Product Derivatives*, 17(1), 1-18.
- IARC -International Agency for Research on Cancer. (2023) <http://www.iarc.fr/en/research-groups/NEP/index.php>
- Inan-Eroglu E, Çetin C, Akyol Mutlu A, Ayaz A, & Samur G. (2018). *Does adherence to mediterranean diet affect body mass index and dietary macronutrient intakes in adults?* Clinical Nutrition. ; 37 (Suppl 1): 112
- Kastorini, C. M., Milionis, H. J., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2010). Mediterranean diet and coronary heart disease: is obesity a link?—A systematic review. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 20(7), 536-551.
- Khalili-Moghadam, S., Mirmiran, P., Bahadoran, Z., & Azizi, F. (2019). The Mediterranean diet and risk of type 2 diabetes in Iranian population. *European journal of clinical nutrition*, 73(1), 72-78.
- Kılıç, E. & Şanlıer, N. (2007). Üç Kuşak Kadınının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması . *Kastamonu Eğitim Dergisi* , 15 (1) , 31-44 .
- Kim, S., Popkin, B. M., Siega-Riz, A. M., Haines, P. S., & Arab, L. (2004). A cross-national comparison of lifestyle between China and the United States, using a comprehensive cross-national measurement tool of the healthfulness of lifestyles: the Lifestyle Index. *Preventive medicine*, 38(2), 160-171.
- Koruk, İ., & Şahin, T. K. (2005). Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 147-155.
- Küçükgüçlü, Ö. (2003). Alzheimer hastalığı ve hemşirelik bakımı. *Demans Dergisi*, 3(3), 86-92.
- Leblanc, V., Bégin, C., Hudon, A. M., Royer, M. M., Corneau, L., Dodin, S., & Lemieux, S. (2014). *Gender differences in the long-term effects of a nutritional intervention program promoting the Mediterranean diet: changes in dietary intakes, eating behaviors, anthropometric and metabolic variables.* Nutrition journal, 13, 107. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-13-107>
- Marín-Guerrero, A. C., Gutiérrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2008). Eating behaviours and obesity in the adult population of Spain. *British journal of nutrition*, 100(5), 1142-1148.

- Martínez-González, M. A., García-Arellano, A., Toledo, E., Salas-Salvado, J., Buil-Cosiales, P., Corella, D., ... & PREDIMED Study Investigators. (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial.
- Martínez-González, M. A., García-Arellano, A., Toledo, E., Salas-Salvadó, J., Buil-Cosiales, P., Corella, D., ... Estruch, R. (2012). ... *PREDIMED Study Investigators. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial.* PloS one, 7(8), e43134. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043134>
- Mateo-Gallego R., Uzhova I., Moreno-Franco B., León-Latre M., Casasnovas JA., % Laclaustra M., (2017). *Adherence to a Mediterranean diet is associated with the presence and extension of atherosclerotic plaques in middle-aged asymptomatic adults: The Aragon Workers' Health Study.* J Clin Lipidol ;11(6):1372-82.
- Mesias, M., Seiquer I., Navarro M P., Preedy V R., Watson R R.,(2015). The Mediterranean Diet and Minerak Composition. The Mediterranean Diet an Evidence- Based Approach. (1. Bs.), 143-151. St. Louis. Elsevier
- Morris, M. C., Evans, D. A., Bienias, J. L., Tangney, C. C., Bennett, D. A., Wilson, R. S., ... & Schneider, J. (2003). Consumption of fish and n-3 fatty acids and risk of incident Alzheimer disease. *Archives of neurology*, 60(7), 940-946.
- Müdürlüğü, S. B. S. A. G. (2010). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması*, 574.
- Naja, F., Itani, L., Hamade, R., Chamieh, M. C., & Hwalla, N. (2019). Mediterranean diet and its environmental footprints amid nutrition transition: the case of Lebanon. *Sustainability*, 11(23), 6690.
- Nazlıcan, E. , Demirhindi, H. & Akbaba, M. (2011). Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi . *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , 1 (2) , 5-12 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/4837/66545>
- Nicklas, T. A., Baranowski, T., Cullen, K. W., & Berenson, G. (2001). Eating patterns, dietary quality and obesity. *Journal of the American college of nutrition*, 20(6), 599-608.
- Opie, R. S., Ralston, R. A., & Walker, K. Z. (2013). Adherence to a Mediterranean-style diet can slow the rate of cognitive decline and decrease the risk of dementia: a systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 70(3), 206-217.
- Panagiotakos, D. B., Chrysohoou, C., Pitsavos, C., & Stefanadis, C. (2006). Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study. *Nutrition*, 22(5), 449-456.
- 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.

- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Arvaniti, F., & Stefanadis, C. (2007). Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Preventive medicine*, 44(4), 335-340.
- Park, Y. M., Zhang, J., Steck, S. E., Fung, T. T., Hazlett, L. J., Han, K., ... & Merchant, A. T. (2017). Obesity mediates the association between Mediterranean diet consumption and insulin resistance and inflammation in US adults. *The Journal of nutrition*, 147(4), 563-571.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D. B., Tzima, N., Chrysohoou, C., Economou, M., Zampelas, A., & Stefanadis, C. (2005). Adherence to the Mediterranean diet is associated with total antioxidant capacity in healthy adults: the ATTICA study—. *The American journal of clinical nutrition*, 82(3), 694-699.
- Press. Brandt P A. (2011). The impact of a Mediterranean diet and healthy lifestyle on premature mortality in men and women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1-8.
- Romaguera, D., Norat, T., Mouw, T., May, A. M., Bamia, C., Slimani, N., ... & Peeters, P. H. (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower abdominal adiposity in European men and women. *The Journal of nutrition*, 139(9), 1728-1737.
- Sabban F. (2014). The Antioxidant Advantage of The Mediterranean Diet in Cardiovascular Disease. *Nutrition and Dietary supplements*, 6:35-40.
- Sanchez-Villegas A., Bes-Rastrollo M., Martinez-Gonzalez M., & Serra-Majem L., (2006). *Adherence to a Mediterranean dietary pattern and weight gain in a follow-up study: The SUN cohort*. *Int J Obes (Lond)* ;30(2):350-8
- Santos-Neto, L. L. D., de Vilhena Toledo, M. A., Medeiros-Souza, P., & de Souza, G. A. (2006). The use of herbal medicine in Alzheimer's disease—a systematic review. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 3(4), 441-445.
- Schroder, H., Marrugat, J., Vila, J., Covas, M. I., & Elosua, R. (2004). Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. *The Journal of nutrition*, 134(12), 3355-3361.
- Schröder, H. (2007). Protective mechanisms of the Mediterranean diet in obesity and type 2 diabetes. *The Journal of nutritional biochemistry*, 18(3), 149-160.
- Schwingshackl, L., & Hoffmann, G. (2014). Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International journal of cancer*, 135(8), 1884-1897.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R.M., García, A., Pérez-Rodrigo, C. and Javier, A. 2004. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain.

- Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition* 7(7): 931-935.
- Serra-Majem, L., Tomaino, L., Dernini, S., Berry, E. M., Lairon, D., Ngo de la Cruz, J., ... & Trichopoulou, A. (2020). Updating the mediterranean diet pyramid towards sustainability: Focus on environmental concerns. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8758.
- Slavin J. L. (2008). Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(10), 1716–1731.  
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.08.007>
- Sofi, F. (2009). The Mediterranean diet revisited: evidence of its effectiveness grows. *Current opinion in cardiology*, 24(5), 442-446.
- Steele, M., Stuchbury, G., & Münch, G. (2007). The molecular basis of the prevention of Alzheimer's disease through healthy nutrition. *Experimental gerontology*, 42(1-2), 28-36.
- Sugiyama, T., Healy, G. N., Dunstan, D. W., Salmon, J., & Owen, N. (2008). Joint associations of multiple leisure-time sedentary behaviours and physical activity with obesity in Australian adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 1-6.
- Şanlıer, N. (2005). Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi . Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi , 25 (3) , 47-73 .
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004).Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (Beşinci Baskı). Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013) Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. *Sağlık Bakanlığı Yayın*, (909), 69-107.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599-2608.
- TÜBER (2022). *Türkiye Beslenme Rehberi*, yayın no: 1031. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. ISBN: 78-975-590-867-0
- Van der Beek, E. M., & Kamphuis, P. J. (2008). The potential role of nutritional components in the management of Alzheimer's Disease. *European journal of pharmacology*, 585(1), 197-207.
- Von Arnim, C. A., Gola, U., & Biesalski, H. K. (2010). More than the sum of its parts? Nutrition in Alzheimer's disease. *Nutrition*, 26(7-8), 694-700.

- Yannakoulia, M., Kontogianni, M., & Scarmeas, N. (2015). Cognitive health and Mediterranean diet: just diet or lifestyle pattern?. *Ageing research reviews*, 20, 74-78.
- Yücecan S., (2012) *Optimal Beslenme*. T Bugan, C. Kesici, M Soylu, E Erkan & M. Tanrıkul (Ed.). T.C. Sağlık Bakanlığı Beslenme Bilgi Serisi A (s.7-20). Ankara: Klasmat Matbaacılık

## 7. SİMGELER VE KISALTMALAR

ACSM	Amerikan Spor Hekimliği Birliği- American College of Sports Medicine ADA Academy of Nutrition and Dietetic
AHA	Amerikan Kalp Birliği- American Heart Association
ATTICA	Attica (Yunanistan)'da Yürütölen Sağlık ve Beslenme Araştırması
BİA	Bioelektrik İmpedans Analiz
BKI	Beden Kütle İndeksi cm Santimetre
ÇDYA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
DRI	Besin Ögesi Alım Referansları (Dietary Reference Intakes)
DYA	Doymuş Yağ Asitleri
EPIC	Avrupa Kanser ve Beslenme Prospektif Çalışması - The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
EUTROM	Europen Atomic Energy Commissioning Gram
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein-High Density Lipoprotein
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Vakfı- International Agency for Research on Cancer
kg	Kilogram
KIDMED	Akdeniz Diyeti Kalite İndeksikkal Kilokalori- The Mediterranean Diet Quality Index
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein-Low Density Lipoprotein m2 Metrekare
MET	Metabolik Eşdeğeri -Metabolic Equivalent
Mg	Miligram
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TDYA	Tekli Doymamış Yağ Asitleri
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü-United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	Dünya Sağlık Örgütü- World Health Organization
µg	Mikrogram

## 8. EKLER

### Mudanya'da Yaşayan Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları, Akdeniz DiyetSkoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki

Etik Kurul Kararı

EK-1

#### ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Mudanya'da Yaşayan Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları, Akdeniz Diyet Skoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Mustafa Tayar
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi Gıda Hiyjeni ve Teknolojisi Bölümü
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Diyetisyen Gönül Tuba Tarıkahya Çiğerli (yüksek lisans öğrencisi)
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması/Antropometrik ölçümlere dayalı olarak yapılan araştırma/Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi ile ilgili araştırma
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Yüksek lisans tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	01.01.2022 / 6 ay
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	250
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	27.10.2021	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	27.10.2022	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih:27.10.2021
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih:25.10.2021
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih:27.10.2021
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/> Tarih:27.10.2021
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma ilk başvuru ön yazısı (Etik kuruluma iletildiği tarih:03.12.2021), ilgili kurum izin yazısı (08.11.2021), sorumlu araştırmacı özgeçmiş, tüm araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

## ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>		<b>Mudanya'da Yaşayan Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları, Akdeniz Diyet Skoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki</b>					
<b>Karar No: 2021-18/22</b>		<b>Tarih: 08 Aralık 2021</b>					
<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi.						
	1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
<b>ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>							
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
<b>BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI</b>		Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU					
<b>ÜYELER</b>							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Elib BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç.Dr.Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr.ve Metab.	BÜÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UÜ Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UÜ Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Telga MUHTAR Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

\* Toplantıda Bulunma



**VERİ TOPLAMA FORMU**  
**LÜTFEN BU DOKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN**  
**ZAMANAYIRINIZ**

Sizi, Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni ve Teknolojisi Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Gönül Tuba TARIKAHYA CİĞERLİ ve Danışmanı Prof. Dr. Mustafa TAYAR tarafından yürütülen “**Mudanya’da Yaşayan Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları, Akdeniz Diyet Skoru ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki**” başlıklı araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahiptir. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altındaolmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır

Anket no: .....(araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

TARİH

## GENEL BİLGİLER

<b>Yaş:</b>			<b>Medeni Durum</b>			
<b>Cinsiyet</b>	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Dul	<input type="checkbox"/> Boşanmış
<b>Eğitim Durumu</b>			<b>Gelir Durumu</b>			
<input type="checkbox"/> Okur-Yazar	<input type="checkbox"/> Önlisans	<input type="checkbox"/> İlk öğretim	<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Düşük	<input type="checkbox"/> Orta üstü	
<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans/Doktora	<input type="checkbox"/> Ortanın altı	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Yüksek		
<b>Meslek</b>			<b>Sosyal Güvence</b>			
<input type="checkbox"/> İşsiz	<input type="checkbox"/> Memur	<input type="checkbox"/> İşçi	<input type="checkbox"/> Serbest Meslek	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> SSK	
<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur	<input type="checkbox"/> Yeşil kart	<input type="checkbox"/> Diğer		
<b>Antropometrik Ölçümler</b>			<b>Yaşanılan Ortam</b>			
Vücut ağırlığı (kg)			<input type="checkbox"/> Tek başına			
Boy uzunluğu (cm)			<input type="checkbox"/> Anne ve /veya baba ile			
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )			<input type="checkbox"/> Eşi ile	<input type="checkbox"/> Eş ve çocuklar ile		
Vücut yağ oranı (%)			<input type="checkbox"/> Eş ve/veya çocuklar, aile büyükleri ile			
Bel çevresi (cm)			Diğer .....			
<b>Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi kronik sağlık sorununuz var mı?</b>			<input type="checkbox"/> Hayır			
			<input type="checkbox"/> Evet .....			
<b>1.derece akraba aile bireylerinizde (Eşi anne, baba, kardeş ve çocuk) size göre şişman olan kişi var mı? Varsa yakınlık derecesi nedir?</b>						
<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet Yakınlık derecesi .....					

## AKDENİZ DİYETİ KALİTE İNDEKSİ (KIDMED İNDEKSİ)

İFADELER		EVET	HAYIR
1	Her gün meyve veya taze sıkılmış meyve suyu tüketirim.		
2	Her gün ikinci bir meyve daha tüketirim.		
3	Düzenli olarak günde bir kez taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
4	Günde birden fazla taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
5	Düzenli olarak balık tüketirim (haftada en az 2-3 kez).		
6	Fast-food tarzı restoranlara (hamburger) haftada bir kereden fazla giderim.		
7	Baklagilleri severim ve haftada bir kereden fazla tüketirim.		
8	Makarna / pilavı hemen hemen her gün tüketirim (haftada 5 veya daha fazla).		
9	Kahvaltıda tahıl (ekmek) veya tahıl ürünleri (tahıl gevreği) tüketirim.		
10	Düzenli olarak kuruyemiş tüketirim (haftada en az 2-3 kez).		
11	Evde zeytinyağı kullanırım.		
12	Kahvaltı yapmam.		
13	Kahvaltıda süt ve süt ürünleri tüketirim. (süt, peynir, yoğurt)		
14	Kahvaltıda hazır fırın ürünleri veya hamur işleri tüketirim.		
15	Günlük olarak 2 bardak süt/yoğurt ve/veya 1 büyük dilim (40g) peynir tüketirim.		
16	Tatlı, şeker ve şekerlemeleri günde birkaç kez tüketirim.		

## AKDENİZ DİYETİ UYUM ÖLÇEĞİ

SORULAR	1 Puan Kriteri	
1) Yemeklerde temel yağ olarak zeytinyağı kullanıyor musunuz?	Haftada en az 2 kez salata, sebze, et veya balık yemeklerinde kullanıyorsa	
2) Günde ne kadar zeytinyağı tüketiyorsunuz? (Kızartmalarda, salatalarda, ev dışında yenilen yemeklerde kullanılanlarda vb.) (1 yemek kaşığı=13.5 g*)	Günde 48 g'dan fazla tüketiyorsa	
3) Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz? (1 porsiyon (pors) = 200 gr = 4 yemek kaşığı sebze yemeği; (garnitürler yarım porsiyon)	≥ 2 veya ≥ 1 pors çiğ veya salata olarak	
4) Günde kaç porsiyon meyve (taze sıkılmış meyve suları dahil) tüketirsiniz? (1 Pors = Elma, Armut vb.=1 orta boy; Muz, Nar=½ büyük boy; Kiraz, Çilek, Üzüm vb.=1 su bardağı; K. incir=1 adet; K. Erik / K. Kayısı=3 adet; K. üzüm=2 YK; Taze Meyve suyu = 1 çay bardağı)	Günde 3 porsiyon ve üzerindedir tüketiyorsa	
5) Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri (salam, sosis v.b) tüketirsiniz? (1 porsiyon 100-150 g = 4 köfte büyüklüğünde)	<1 porsiyon	
6) Günde kaç porsiyon tereyağı veya margarin tüketiyorsunuz? (1 yemek kaşığı=12 g)	Günde 1 porsiyonun altında tüketiyorsa	
7) Günde kaç adet şekerli veya gazlı içecek tüketirsiniz? (1 porsiyon = Soda için ; 1 şişe = Diğer içecekler için ; 1 kutu)	Günde 1 porsiyonun altında tüketiyorsa	
8) Haftada kaç kadeh şarap içersiniz? (1 Kadeh = 120 ml)	Haftada 7 kadeh ve fazlası ise	
9) Haftada kaç porsiyon bakliyat tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 150 g)	Haftada 3 porsiyon ve fazlası ise	
10) Haftada kaç porsiyon balık / deniz ürünü tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 100-150g balık veya 4-5 adet veya 200 g kabuklu deniz ürünü)	Haftada 3 porsiyon ve fazlası ise	
11) Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri (poğaç, börek vb.) tüketirsiniz?	Haftada 3'ten az ise	
12) Yer fıstığı dahil haftada kaç porsiyon yağlı tohum tüketirsiniz? (1 porsiyon = 30 gram = 3 adet ceviz = 20 adet fındık, badem = 25 adet yer fıstığı, antep fıstığı )	Haftada 3 porsiyon ve fazlası ise	
13) Kırmızı et yerine (Dana / koyun / kuzu eti, sucuk, sosis, köfte v.b.) beyaz et ( hindi /tavuk eti) tüketmeyi tercih eder misiniz?	Beyaz et tüketimi, kırmızı et tüketiminden fazla ise	
14) Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemekleri zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak sos ile tüketirsiniz?	Haftada 2 defa ve daha fazla	
<b>TOPLAM PUAN</b>		

## BESLENME/SAĞLIK

Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır	
	<input type="checkbox"/> Evet	
Genel olarak sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?	<input type="checkbox"/> Mükemmel <input type="checkbox"/> Çok iyi	<input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü
Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/> Bir yıl öncesine göre çok daha iyi <input type="checkbox"/> Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi <input type="checkbox"/> Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı <input type="checkbox"/> Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü <input type="checkbox"/> Bir yıl öncesinden çok daha kötü	
Sağlığınızı etkileyen en önemli faktör sizce hangisidir?	<input type="checkbox"/> Beslenme alışkanlığı	
	<input type="checkbox"/> Vücut ağırlığı	
	<input type="checkbox"/> Genetik yapı	
	<input type="checkbox"/> Stres	
	<input type="checkbox"/> Fiziksel aktivite durumu	
Diyet yapıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bazen	
Uyguladığınız diyeti kim önerdi ?	<input type="checkbox"/> Doktor	
	<input type="checkbox"/> Diyetisyen	
	<input type="checkbox"/> Medya/İnternet	
	<input type="checkbox"/> Arkadaş/Akraba	
	<input type="checkbox"/> Kimse önermedi kendim uyguluyorum	
Beslenme bilgilerini hangi kaynaktan alıyorsunuz?	Televizyon	<input type="checkbox"/>
	Gazete-Dergi	<input type="checkbox"/>
	İnternet	<input type="checkbox"/>
	Arkadaş/Akraba	<input type="checkbox"/>
	Sağlık Personeli	<input type="checkbox"/>
TV-Radyo, promosyonlar ve sosyal medya ile yapılan reklamların beslenmeniz üzerine etkisi oluyor mu?	Evet	<input type="checkbox"/>
	Hayır	<input type="checkbox"/>
	Bazen	<input type="checkbox"/>
Gece yemek yeme/atıştırma alışkanlığınız var mı?	Evet	<input type="checkbox"/>
	Hayır	<input type="checkbox"/>
Günlük kaç paket abur cubur (çips, bisküvi, çikolata, kraker) tüketiyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> 1-3
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 /üstü
Pandemi süresince iştahınızda bir değişim oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet
	<input type="checkbox"/> Evet	Arttı <input type="checkbox"/> Azaldı <input type="checkbox"/>

## YEME DAVRANIŞLARI/ALİŞKANLIKLAR

<b>Öğün atlar mısınız?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Bazen
<b>Cevabınız “evet” veya “bazen” ise genelde hangi öğünü atlıyorsunuz?</b>			
<input type="checkbox"/> Kahvaltı	<input type="checkbox"/> Öğle Yemeği	<input type="checkbox"/> Akşam Yemeği	
<b>Öğün atlama nedeniniz nedir?</b>			
<input type="checkbox"/> Zaman Yetersizliği	<input type="checkbox"/> Canı İstemiyor, İştahsız	<input type="checkbox"/> Zayıflama İsteği	
<input type="checkbox"/> Alışkanlığı Yok	<input type="checkbox"/> Hazır Yemek Olmadığı İçin	<input type="checkbox"/> Diğer .....	
<b>Gıda takviyesi kullanıyor musunuz?</b>	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Bazen
<b>Gıda takviyesi kullanım amacınız nedir?</b>			
<input type="checkbox"/> Bağışıklığımı güçlendirmek için	<input type="checkbox"/> Kanımda eksiklik var	<input type="checkbox"/> Hekim önerisi olduğu için	<input type="checkbox"/> Sağlıklı olduğumu düşünüyorum
<input type="checkbox"/> Diğer .....			
<b>Günde kaç bardak su içiyorsunuz?</b>	<input type="checkbox"/> 1-2 Bardak		
	<input type="checkbox"/> 3-4 Litre		
	<input type="checkbox"/> 5-6 bardak		
	<input type="checkbox"/> 7 bardak ve üzeri		
	<input type="checkbox"/> 1-2 Bardak		
<b>Günlük çay kahve tüketiminiz ne kadar?</b>	<input type="checkbox"/> 1 bardak/fincan		
	<input type="checkbox"/> 2-3 bardak/fincan		
	<input type="checkbox"/> 4 ve daha fazla		
<b>Sigara içiyor musunuz?</b>	<input type="checkbox"/> Hayır Evet <input type="checkbox"/> Evet, her gün en az bir tane veya daha fazla <input type="checkbox"/> Evet, her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim		
<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>	<input type="checkbox"/> Evet, her gün en az bir bardak/kadeh içiyorum <input type="checkbox"/> Evet, ayda birkaç kez <input type="checkbox"/> Evet, yılda birkaç kez <input type="checkbox"/> Bıraktım, artık hiç içmiyorum <input type="checkbox"/> Hayır hiç kullanmadım		
<b>Haftada kaç gün yürüyüş vb. egzersiz/aktivite yaparsınız?</b>	<input type="checkbox"/> Hiç yapmam <input type="checkbox"/> 1-2 gün/hafta <input type="checkbox"/> 3-4 gün hafta <input type="checkbox"/> Her gün		
<b>Eğer egzersiz/aktivite yaparsanız ne kadar süre harcarsınız?</b>	<input type="checkbox"/> 10-30dakika <input type="checkbox"/> 30-60 dakika <input type="checkbox"/> 60 dakikadan fazla		

## 9. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesi için gerekli izin belgelerini almamda yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Mudanya Belediye Başkanı Sayın Hayri TÜRKYILMAZ Başkanına, birim müdürüm Çetin USTA'ya,

Yüksek lisans eğitimime değerli katkılarından dolayı Bursa Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni ve Teknolojisi Ana Bilim Dalı öğretim üyelerine,

Çalışmanın yapılmasındaki katkılarından dolayı, tezimin oluşumunda beni özgür bırakarak eğitim sürecimin her noktasında beni motive eden, tez danışmanım hocam Sayın Prof. Dr. Mustafa TAYAR'a,

Çalışmamın biyoistatistik bölümünde desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi. Ender UZABACI hocama,

En büyük destekçim, bugünlere ulaşmamda emeği olan eşime, anneme, biricik kızım Nil İpek'e ve aileme sürecimdeki desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

## **10.ÖZGEÇMİŞ**

### **KİŞİSEL BİLGİLER**

**Adı Soyadı: Gönül Tuba Tarıkahya Ciğerli**

**Cinsiyet: Kadın**

**Doğum Yeri/Tarihi:**

**E- posta:**

### **EĞİTİM BİLGİLERİ**

**Yüksek Lisans: Uludağ Üniversitesi - Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni  
ve Teknolojisi ABD. 2020- Halen**

**Lisans: Yakın Doğu Üniversitesi - Beslenme ve Diyetetik 2012-2016**

**Önlisans: Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi- Gıda Teknolojisi 2009-2011**

**Lise: Bursa Cumhuriyet Lisesi 2004-2008**

### **İŞ DENEYİMİ**

**Mudanya Belediyesi , Eylül 2019 – Halen**

**Bursa Özel Medicana Hastanesi, Ocak 2018- Ağustos 2019**

**Bursa Ceylan Hastanesi, Ekim 2016- Kasım 2017**