

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Nezih DAĞDEVİREN

**EDİRNE İLİ KENTSEL ALANINDA YAŞAYAN
ERİŞKİNLERDE BESLENME DURUM
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ela EKER

EDİRNE - 2006

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımdan dolayı, anabilim dalı başkanı ve tez danışmanım Dr. Nezih Dağdeviren'e ve değerli katkılarını esirgemeyen Dr. Zekeriya Aktürk, Dr. E. Melih Şahin ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma, eğitimimde emeği geçen TÜTF diğer anabilim dallarındaki hocalarım ve asistan arkadaşlarıma ve bugünlere gelmemi sağlayan beni her zaman seven ve desteğini esirgemeyen sevgili anne ve babama sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
BESLENME	3
ERİŞKİN DÖNEMİNDE BESLENME PROBLEMLERİ	14
BESLENME VE AİLE HEKİMLİĞİ	21
GEREÇ VE YÖNTEMLER	23
BULGULAR	27
TARTIŞMA	104
SONUÇLAR	115
ÖZET	120
İNGİLİZCE ÖZET	122
KAYNAKLAR	124
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AF	: Aktivite Faktörü
BEBİS	: Beslenme Bilgi Sistemi
ÇDYA	: Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
DKK	: Deri Kıvrım Kalınlığı
FAO	: Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
GER	: Gastroesofagial Reflü
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek yoğunlukta lipoprotein)
İVA	: İdeal Vücut Ağırlığı
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük yoğunlukta lipoprotein)
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Servisi)
RDA	: Recommended Dietary Allowances (Önerilen Diyet Miktarları)
REE	: Resting Energy Expenditure (Dinlenme Halindeki Enerji Tüketimi)
SED	: Sosyoekonomik Durum
TDKK	: Triseps Deri Kıvrım Kalınlığı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	: Thyroid Stimulating Hormone
T3	: Triiodothyronine
T4	: Tyroxine
TÜTF	: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
USDA	: United States Department of Agriculture (ABD Tarım Dairesi)
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Yeterli ve dengeli beslenme, toplumu ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeylerinin artmasında, huzur ve güvence altında varlıklarını sürdürebilmesinde, temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (1).

Sağlıklı beslenme; bireyin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumu göz önünde bulundurularak ihtiyacı olan tüm besin öğelerinin yeterli miktarda karşılanmasıdır. Beslenme, büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için gereklidir (2).

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca, beslenme konusundaki bilgisizlik; hatalı gıda seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır (3). Bu açıdan bakıldığında beslenme konusunda halkın eğitilmesi ve onlara sağlıklı yaşam tarzının bir model olarak sunulması büyük önem taşımaktadır. Birçok kronik hastalığın önerilen yaşam tarzı değişiklikleri ve sağlıklı beslenme ile mortalite ve morbiditesi azaltılabilir. Kolay ve ulaşılabilir bir hizmet veren aile hekimlerine bu konuda büyük sorumluluklar düşmektedir. Bugün yetersiz beslenmenin birçok ölümlere neden olduğu dünyamızda aşırı beslenme ve sedanter bir yaşam

tarzının neden olduğu obezite önemli bir sağlık problemidir. Yetersiz ve dengesiz bir beslenme birçok sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir.

Sağlığı desteklemeye yönelik beslenme önerileri, hastaların aşırıya kaçmadan yeterli düzeyde besin alımına yardımcı olacak bilgilerin erişimine olanak sağlamaktadır. Optimal bir diyet programının etkin bir şekilde yaygınlaştırılabilmesi için aile hekimlerinin, sağlığın korunmasında beslenmenin oynadığı önemli rolü anlaması ve hastalara beslenme ile ilgili iletecekleri tavsiyelerde farklı diyet programlarını oluşturan diyet bileşenleri ile bunların hangi besin kaynaklarında bulduklarını önerebilecek düzeyde bilgiye sahip olmaları gerekmektedir (4).

Bu çalışmada Edirne ili kentsel alanda yaşayan erişkinlerin beslenme durumunun araştırılması hedeflenmiştir. Araştırma, farklı sosyoekonomik düzeydeki erişkin bireylerin besin tüketim durumlarının saptanması, toplumun bu konu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının ortaya konması, erişkinlerin sosyal, kültürel, ekonomik yapılarının yanında beslenme alışkanlıklarını da belirleyerek, eksikliklerin giderilmesi yönünde öneriler yapmamızı sağlayacak şekilde planlanıp yürütülmüştür.

GENEL BİLGİLER

BESLENME

Beslenme Tanımı

Beslenme, insan hayatının vazgeçilemez bir parçasıdır. İnsanlar yaşamlarını sürdürmek, sağlıklı yaşamak için yeterli ve dengeli beslenmek zorundadır. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı; insanın “fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” şeklinde tanımlar (5). Bu koşulların yerine getirilmesinde en etkili olacak faktör ise beslenmedir. İnsanlar iyi beslendikleri zaman bedenlen sağlıklı olurlar, daha iyi çalışırlar, iş yerindeki performansları artar ve sosyal olarak kendilerini iyi hissettikleri için de mutlu olarak yaşamlarını sürdürürler.

Yirminci yüzyılın başından beri sürdürülen bilimsel araştırmalarla, beslenme bir bilim dalı olarak gelişmiştir. Bu bilim dalı, beslenmede esas olan besin öğelerinin türleri, miktarları, özellikleri ve vücut çalışmasındaki işlevlerini, besinlerin bileşimi, fiziksel ve kimyasal özellikleri, üretimden tüketime kadar uygulanan işlemlerin besin kalitesine etkilerini, değişik yaş, cinsiyet, çalışma ve özel durumda olan bireyler ve gruplar için uygun beslenme planlarının yapılmasını inceler. Kısaca beslenme, besinlerin üretiminden hücrede kullanımına kadar geçen tüm evrelerde insan-besin ilişkisini inceleyen bir bilim dalıdır (6).

Beslenmenin Gerekliliği

Beslenme canlılık özelliğinin bir parçasıdır. Tüm canlılar beslenmek zorundadır. Eğer yeterli ve dengeli beslenemezsek sağlıklı bir yaşam sürdüremeyiz. Yetersiz ve dengesiz beslenme kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, dislipidemi, tip 2 diyabet, obezite, osteoporoz, konstipasyon, divertiküler hastalık, demir eksikliği anemisi, oral mukoza hastalıkları, malnütrisyon ve bazı kanser türlerinin gelişmesine neden olmaktadır (7).

Görüldüğü gibi beslenme ihtiyaçtan da öte bir durumdur ve mutlak gerekliliktir. Yetersiz ve dengesiz beslenme doğrudan ya da dolaylı olarak bir çok hastalığa yol açmaktadır. İnsanlar iyi beslenemedikleri zaman büyümezler, sağlıklarını sürdüremezler, mutlu ve başarılı bir yaşama ulaşamazlar (8).

İngiliz Ulusal Sağlık Servisi (National Health Service, NHS) günümüzde fazlaca tartışılan ve çevremizde bizleri etkileyen sorunların etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi konusuna odaklanması gerektiğini vurgulamaktadır. Bunlardan da beslenme konusu en önemlilerindedir. Öyle ki; koroner kalp hastalığı, obezite, kanser ve diyetle mücadelenin geliştirilmesinde beslenmenin oynadığı rol ön plana çıkmaktadır. Ancak bunların yönetiminin maliyeti oldukça yüksektir. Örneğin, koroner kalp hastalıkları riski taşıyan kişilerin tedavisinde kullanılan ilaçların maliyetinin NHS'nin finansal kaynaklarının üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Yeni ilaçlar kullanılarak obezitenin ilaç ile tedavisinde bir kilo vermenin maliyeti 344,8 Sterlin olarak tahmin edilmiştir. Son 30 yıl içerisinde beslenme üzerine yapılan araştırmalar koroner kalp hastalıklarından korunmak için yapılması gereken optimum diyet konusuna odaklanmıştır. Popülasyon ölçeğinde yapılan araştırmaların bulgularına göre diyet aracılığıyla kan kolesterolünde gerçekleştirilen küçük azalmalar koroner kalp hastalıklarındaki mortalite ve morbidite oranlarında önemli azalmaların sağladığını desteklemektedir. Tuz, yağ, sebze ve meyvelerle birlikte lifli gıdaların alımındaki değişiklikler ve balığa dayalı et tüketimi sonrası, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet konularında etkin ve yararlı gelişmeler elde edilmiştir. Kilolu hastalarda az miktardaki kilo kaybı; kan basıncı, kan lipidi, glükoz kontrolü ve insülin düzeyinde faydalı gelişmeler sağlamıştır (9). Bu açıdan bakıldığında halkı beslenme konusunda bilgilendirmek ve eğitmek hem mortalite ve morbiditeyi azaltacak, hem de sağlık harcamalarında etkin bir politika izlenmesini sağlayacaktır.

Beslenme alışkanlıkları yüzyıllar içerisinde değişmiştir. İnsanlar, tarihsel süreç içerisinde ilk önceleri sadece açlıklarını gidermek için beslenirken, zaman içerisinde beslenme çok çeşitli faktörlerin etki alanına girmiştir. Örneğin, günümüzde çocuk ve

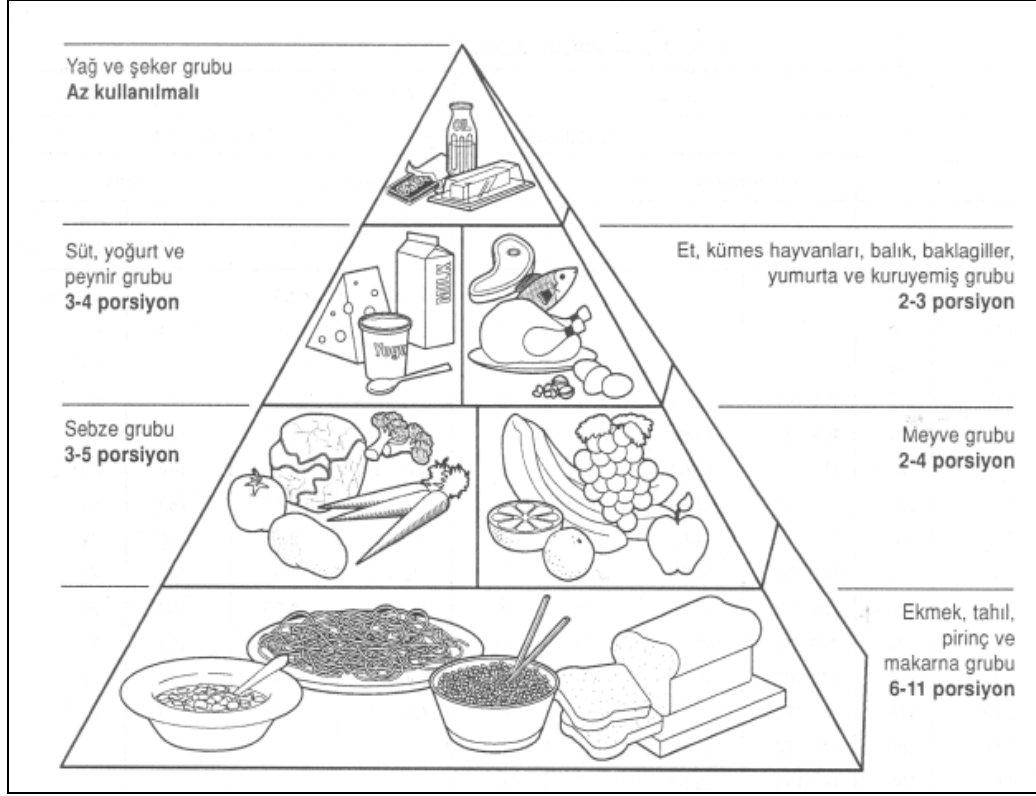
gençlerin yaygın olarak tükettikleri fast-food ürünleri yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olabilmekte ve buna bağlı olarak da obezite, kalp damar hastalıkları oluşma riski artmaktadır.

Beslenme, insan sağlığı ve gelişimini ilgilendirdiğinden, toplumların geçirdiği politik, sosyal, ekonomik, kültürel ve teknolojik olaylardan etkilenmiştir (10). Bu bağlamda beslenme alışkanlıkları da ülkeden ülkeye değişmekte, hatta aynı ülkede yöresel farklılıklar göstermektedir.

Besin Gereksinimleri

Besin gereksinimleri yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı ile metabolik ve fiziksel aktiviteye bağlıdır. Buna göre her toplum kendi bireylerine özgü enerji ve besin öğeleri standardı oluşturmalıdır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Bilimler Akademisi/Ulusal Araştırma Konseyi'nin Besin ve Beslenme Kurulu ve ABD Tarım Dairesi (United States Department of Agriculture, USDA) düzenli olarak 45 temel besin üzerine insan gereksinimlerine paralel bilimsel literatürleri değerlendirmektedir. Besin ve Beslenme Kurulu beş yılda bir yiyeceklerle alınması tavsiye edilen miktarları (Recommended Dietary Allowances, RDA) bildirerek bunları anlamlı bir güvenlik faktörü ile tüm sağlıklı kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere hesaplamaktadır (10).

Besin Piramidi, kişilerin her gün hangi yiyecek grubundan ne kadar tüketilmesi gerektiğini gösteren bir kılavuzdur. 1992'de USDA yeni bir beslenme piramidi hazırlamıştır. Buna göre piramitte tahıl grubu (6-11 porsiyon), sebze grubu (3-5 porsiyon), meyve grubu (2-4 porsiyon), süt ürünleri grubu (2-3 porsiyon), et ürünleri grubu (2-3 porsiyon) ve yağ ve şekerler grubu ("az" kullanılmak üzere) yer almıştır. Bireylerin gereksinimlerine göre piramitte yer alan her gruptan belli sayıda porsiyon tüketilerek kalori dengesi sağlanabilmektedir. Tavsiye edilen porsiyon sayısı, kişinin günde 1600 ile 2400 kalori arasında değişebilen enerji gereksinimine göre değişmektedir (11). Piramit en altta yer alan ve sıklıkla tüketilmesi gereken karbonhidratlarla başlamakta ve daha az tüketilmesi gereken gıdalara doğru gitmektedir. Besin Piramidi Şekil 1'de gösterilmiştir (11).



Şekil 1. Besin piramidi (11)

Besin Grupları

Beslenmemiz için gerekli protein, yağ, karbonhidrat, vitamin ve mineraller besinlerle sağlanır. Besinler, fizyolojik gereksinimleri gidermek yanında, psikolojik ve sosyal değerler de taşırlar. Bu konuda yapılan araştırmalar beslenme bilgilerinin, besinlerin seçimine ve kullanılmasına uygulanılarak, bireyin ve toplumun sağlığının korunabileceğini ve yaşam süresinin uzayabileceğini göstermektedir.

Bugün, özellikle gelişmiş ülkelerde, insanlar çok çeşitli besin bulma olanağına sahiptir. Bu besinler, içerdikleri protein, yağ, karbonhidrat, vitamin ve mineraller ile görünüş, şekil ve lezzet yönünden belirli gruplarda toplanmaktadır. Bunlar:

1. Grup et ve benzeri: Sığır, koyun, kümes hayvanları, balıklar, kuru baklagiller, fındık, fıstık, ceviz ve benzeri yiyeceklerle, yumurta bu grup altında toplanır. Dikkat edilirse bu gruptaki besinlerde diğerlerine oranla daha çok protein vardır. Demir ve çinko ile B vitaminlerinden de zengindirler.

2. Grup ve türevleri: Süt, yoğurt ve bunların karıştırılıp su miktarının azaltılması ile yapılan peynirler, süt tozu gibi besinler bu gruba girer. Bu gruptaki besinler, protein ve kalsiyumdan zengindir. Bu grup besinler yağ ve bazı vitaminler için de kaynaqlardır.

3. Grup tahıllar: Buğday, pirinç, mısır ve bunlardan yapılan un, ekmek, makarna, bulgur ve benzeri besinler bu gruba girmektedir. Bu gruptaki besinlerde birinci ve ikinci gruba oranla daha az protein vardır. Bu grup besinlerin önemli kısmı karbonhidratlardır.

4. Grup sebze ve meyveler: Her türlü sebze ve meyve bu grup altında toplanır. Sebze ve meyvelerin önemli bir kısmı sudur. Az miktarda, protein, karbonhidrat, vitamin ve mineraller, sebze ve meyveler katı öğelerini oluşturmaktadır. Bu grup özellikle C vitamini için önemlidir.

5. Grup yağ ve şeker: Bu grup besinler diğer gruplardaki besinlerden elde edilir. Bu bakımdan şekerler hemen hemen saf karbonhidrat, tereyağı dışındaki yağlarda saf yağ olarak yer alırlar. Tereyağında A vitamini, sıvı yağlarda ise E vitamini bulunmaktadır (12).

Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Beslenme durumunun değerlendirilmesi bireyin beslenme durumunu saptama sürecidir. Normalde olası beslenme problemlerini saptamak için her hasta taranmalıdır. Beslenme riski artmış insan grubu; büyüme çağındaki çocuklar veya travmalı hastalar gibi beslenme gereksinimleri olanları, fakir ve yatalak hastalar gibi beslenme gereksinimlerini karşılama yetisi azalmışları ve moda yiyecekleri seçen sıra dışı beslenme alışkanlıklarını edinen insanları içermektedir. Beslenme durumunun değerlendirilmesi kişiye veya kişinin bulunduğu yere göre yapılmalıdır. Uygulamada, sağlıklı bir yetişkinin beslenme durumunun değerlendirilmesi beş dakikadan daha az bir zaman alır. Hastanın tıbbi öyküsü ya herhangi bir hastalığı saptamak için ya da geçmişte kullandığı ilaçların beslenme durumunu azaltan veya beslenme gereksinimini arttıran ilaçları saptamak için önemlidir. Mevcut kan örnekleri ve hastanın klinik görüntüsü (örneğin hemoglobin düşüklüğü veya hastanın bitkin görüntüsü gibi) kötü beslenme durumunun göstergeleri olarak değerlendirilebilmektedir. Belirli bir zaman içerisindeki kilo sabitliği de bu değerlendirmeler arasındadır. Yaşam biçimi ve beslenme alışkanlığı beslenme araştırmalarında önemle değerlendirilmelidir. Sorular ekonomik güvence, fonksiyonel durum ve bağımlılıkla ilgili değişiklikler, iştah ve yeme zorlukları, öğünlerin düzenliliği, diyet kısıtlaması ve ek vitaminlerin kullanımını içermelidir. Beslenme riski açısından saptanmış hastalar veya daha fazla tıbbi problemlerle ortaya çıkan

hastalar daha fazla beslenme değerlendirmesi gerektirir. Bu değerlendirme, olası beslenme problemlerinin düzeyini ve kaynağını, varlığını karakterize eden ayrıntılı klinik, laboratuvar, psikosoyal ve diyet bilgilerini gerektiren bilgileri içerir. Daha ileri düzeydeki değerlendirme beslenme müdahale planını bireye uygun hale getirmek ve gerekli bilgiyi sağlamak için hastanın yaşam alışkanlıkları, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, yemek kültürü, yemek tercihi ve sağlık ihtiyaçlarına göre planlanır. Beslenme değerlendirmesi doktorun anamnez ve fizik muayene rutinine uygun olmalıdır. Normal kilonun altında olma gibi ölçülebilir faktörler kötü beslenme ile ilişkilidir. Bu faktörler belki de saptanabilir en kolay faktörlerdir. Eğer bu faktörler tanımlanmış düzeylerden önemli sapmalar gösteriyorlarsa beslenme müdahalesi düşüncesini gerekli kılarlar. Risk faktörleri ise, süreç içerisinde örneğin kötü beslenme, uygunsuz besin alımı veya bağımlılığı gibi özelliklerdir. Doktor bu belirgin risk faktörlerine karşı dikkat etmelidir (4).

Bireyin beslenme durumu, bireyin besin öğelerine olan fizyolojik gereksinmesinin karşılanma düzeyinin saptanmasıdır. Diğer bir deyişle bireyin besin öğesi alımı ile besin öğesi gereksinmesi arasındaki dengedir. Bu denge birçok etmen tarafından etkilenmektedir. Bireyin beslenme durumu bireyin sağlık durumunu, performansını, büyüme ve gelişmesini ve hastalıklara karşı direncini etkiler (13).

Beslenme Durumunun Saptanması Yöntemleri

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılan yöntemler (13)

- Diyet yks ve besin alımının saptanması
- Biyokimyasal testler
- Biyofizik yöntemler
- Fizik muayene
- Psikososyal verilerdir

Bu yöntemlerden birkaçı veya hepsi birlikte kullanılabileceği gibi, sıklıkla seçilecek yöntem ekonomik koşullara, zamana ve bu konuda eğitilmiş personele göre belirlenir (13).

A. Diyet yks ve besin alımının saptanması: Değerlendirmede temel alınan esas alanlar:

- 1-Besin gereksinimlerini arttıran,
- 2-Normal beslenme metabolizması, alım, sindirim ve absorpsiyon gibi hastanın yetilerini etkileyen,
- 3-Gizli beslenme alışkanlığı sinyali veren,

4-Tedaviye bağımlı diyet değişimini gerekli kılan koşulları içermektedir.

Operasyon, travma, ateş, ve sistemim enfeksiyon beslenme ihtiyacını arttırır. Bu koşulları ilgilendiren daha önceki hastane başvuruları; besin depolarının yetersizliği veya hastanın beslenme durumunun düzensizliği hakkında doktoru uyarır. Zihinsel sağlık problemleri olanlar, alkol ve ilaç bağımlıları, alışveriş ve yemek yapma gibi konularda başkalarına bağımlı olan veya toplumdan dışlanmış bireyler yetersiz ve doğru olmayan beslenme konusunda risk altındadır. Elde gelişen artritler de görünürde ilişkili olmayan koşullar hatanın yeterli beslenme elde etme yetisini fiziksel olarak güçleştirebilir. Aile içi huzursuzluk, anne ve babanın kötü davranışları gibi aile dinamikleri özellikle çocukların yeterli beslenmesini etkileyebilecek risk faktörleridir. Anoreksi, erken doyum, kusma, mide bulantısı ve kusma şikayetleri veya barsak alışkanlıkları değişiklikleri besin alımı ile ilgili olası sorunlar hakkında bizleri uyarır. Kronik kusma, ishal, pankreatit, ve kolit besin absorpsiyonunu etkileyerek beslenme durumunu değiştirir. Yine anormal kilo artışı ve çocuktaki hızlı gelişim de malnütrisyona benzer durumu arttırır. Birçok tedavi besin absorpsiyonunu metabolizmasını ve atılımını doğrudan veya dolaylı olarak besin sindirimini etkileyen değişikliklerle beslenme durumunu etkilemektedir. Yaşlılar, debil hastalar, çocuklar, hamileler veya emziren kadınlar, marjinal yeterli diyeteye bağımlı olan biri ve uzun süreli ilaç tedavisine bağımlı hastalar özellikle risk taşırlar. Bundan başka diyet alımı klinik olarak önemli durumlardaki ilaç etkileşimlerini etkileyebilir. Örneğin varfarinin antitrombotik etkisi K vitamini bakımından zengin olan yeşil yapraklı sebzelerin yüksek oranda alınması ile antagonize edilmektedir. Fonksiyonel depresyonu da kapsayan fiziksel ve bilişsel durumlardaki değişimler beslenme durumunun kötüye gittiğinin potansiyel göstergeleridir. Fiziksel veya zihinsel bozukluklar beslenme durumunu etkiler aynı zamanda beslenme durumundan etkilenir. Hasta görüşmesi sırasındaki elde edilen bilgiler diyet öyküsünü tamamlar (4). Genellikle besin öğesi alımı \pm %10 doğrulukla saptanabilmektedir (13). Bireylerin günlük tükettikleri yiyeceklerin saptanması esasına dayalı olarak yapılan gıda tüketim araştırmaları, toplumun beslenme durumunu ortaya koymaya yardımcı olmaktadır (14). Saptama için kullanılan yöntemler şunlardır:

1. 24 saatlik hatırlama (24 hour recall): Burke, McHenry, Kruse ve ark. tarafından gerçekleştirilen 24 saatlik hatırlama yöntemi en yaygın kullanılan diyet saptama metodudur (15). Görüşmeler diyet uzmanları veya eğitimli kişiler tarafından standardize edilmiş formlar ve görsel referanslar kullanılarak yapılmıştır. Yöntem kısmen çabuk gerçekleştirilebilmektedir. Eğitimli bireyler için yaklaşık 10-20 dakikalık bir zaman yeterli

olmaktadır. Adından da anlaşılacağı gibi, 24 saatlik hatırlama görüşmeden hemen önce belirlenmiş bir gün içinde yiyecek alımını tanımlama ve oranını saptama girişimidir. 24 saatlik hatırlamanın başarısı deneğin hafızasına, kooperasyonuna ve iletişim yetisi ile görüşmeyi yapan kişinin özel becerisine bağlıdır (15).

2. Besin kayıt yöntemi (food record): Bu kayıtlar genellikle 3 ile 7 gün arasında kaydedilen öğünlerde tüketilen yiyecek ve içecek çeşitleri ile bunların miktarlarını kapsamlı biçimde anlatan belgelerdir. Kayıt formu, günlük ve her günün yiyeceklerini kategorize eden bilgileri içerdiği gibi hiçbir bilginin yer almadığı boş form veya kitapçık şeklinde de olabilir (15). Her besinin sağladığı besin ögesi hesaplanır. Tüm günlerin toplamı gün sayısına bölünerek ortalama bir günlük besin türlerinin ve besin öğelerinin miktarı bulunur. Sıklıkla birbirini izleyen üç gün (iki hafta içi, bir gün hafta sonu) süre ile kayıt tutulur (13). Bu yöntemin kullanılması eğitilmiş ve motivasyonu yüksek bireylerin kullanılmasını gerekli kıldığından deneğin ayrı bir yeri vardır (15).

3. Besin tüketim sıklığı (food frequency): Besin tüketim sıklığı ile besin veya besin gruplarının tüketimi gün, hafta veya ayda sıklık olarak saptanır. Bu yöntem özellikle diyet değişiminin önerildiği bireylerde beslenme durumundaki değişiklikleri saptamak amacıyla kullanılır.

4. Diyet öyküsü (dietary history): 24 saatlik besin tüketiminin, besin tüketim sıklığının ve daha kapsamlı bilgilerin (örneğin besinlerin hazırlama ve saklama koşulları gibi) birlikte saptandığı bir yöntemdir. Beslenme alanında eğitim almış, diyetisyen gibi deneyimli birine ihtiyaç duyulur.

5. Besin alımının gözlenmesi: Bireyin tükettiği tüm besinler gözlemlenerek kaydedilir. En güvenilir yöntem olmasına karşın zaman alıcı, pahalı ve zordur. Hastane, huzurevi, kamp veya okul gibi ortamlarda uygulama daha kolaydır.

Bu yöntemlerin yanında besin alımının hızlı ve genel bir değerlendirmesi amacıyla 24 saat içinde dört temel besin grubundan tüketilen porsiyon sayısı sorulabilir. En doğru ve en güvenilir değerlendirme her tüketilen besinin, besin bileşim cetvelleri kullanılarak enerji ve besin öğelerinin mümkünse bilgisayar programları yardımı ile hesaplanarak yaşa ve cinsiyete göre önerilenlerle kıyaslanmasıdır.

B. Biyokimyasal testler: Beslenme durumunun saptanmasında en objektif yöntemlerdir. Beslenme durumunu değerlendirmede protein ve yağ metabolizması ile ilgili testler, ayrıca vitamin ve eser element düzeylerini belirleyen testler kullanılabilir. Serum total protein ve albümin, aminoasit düzeyleri, idrarda hidroksiprolin indeksi, idrarda üre-kreatinin

ve sülfür-kreatinin oranları, kreatinin-boy indeksi protein metabolizmasını ilgilendiren testlerdir. Serum kolesterol, trigliserit ve lipoprotein düzeylerinin saptanması ise lipid metabolizması ile ilgili testlerdir. Birden fazla biyokimyasal testin kullanılması durumu daha iyi yansıtır ancak bu testlerin çoğu pahalıdır ve yaygın kullanım için elverişli değildir. Tablo 1’de beslenme durumunu değerlendirmek için kullanılan laboratuvar testleri gösterilmiştir (11).

Tablo 1. Beslenme durumunu değerlendirmek için kullanılan laboratuvar testleri (11)

1.	Hematokrit, hemoglobin, eritrosit, eritrosit indeksleri, lökosit, lenfosit ve lökosit formülü dahil tam kan sayımı.
2.	Albümin, globülin, prealbümin, transferin, ve retinol bağlayıcı protein dahil plazma proteinleri
3.	Plazma azotu, kan azotu, kreatinin, ürik asit
4.	Total kolesterol, trigliseridler, LDL kolesterolü ve HDL kolesterolü dahil plazma lipidleri
5.	Plazma elektrolitleri: Na^+ , K^+ , Cl^- , HCO_3^{-3} , Mg^{+2} , Ca_2^+ , HPO_4^{-2}
6.	Vitaminler ve vitamene bağımlı maddeler: Plazmada vitamin A, vitamin E, 25(OH)D ₃ , vitamin K, vitamin C, folat ve vitamin B ₁₂ ; idrarda tiamin, riboflavin, N ve metilnikotinamid; eritrositlerde transketolaz ve glutation redüktaz
7.	Mineraller: plazmada demir, çinko, bakır ve manganez; idrarda sodyum, çinko, bakır, manganez ve fosfor
8.	İdrarda azot, üre, kreatinin, ürik asit, hidroksiprolin, 3-metilhistidin
9.	Antijenler için deri testleri (hücre sel bağışıklığı değerlendirmek için)

LDL: Low Density Lipoprotein, **HDL:** High Density Lipoprotein.

C. Biyofizik yöntemler: Bu yöntemlerle dokuların fonksiyonel yetenekleri veya yapısal bozuklukları saptanır. Beslenme yetersizliğinde fizyolojik fonksiyonlarda bozulma görülür. Karanlığa adaptasyon testi, tat duyusunun kaybının incelenmesi, kapiller frajilitenin

ölçülmesi, immünolojik fonksiyon testleri, kemik mineral yoğunluğunun saptanması gibi çok çeşitli yöntemleri içerir (13).

D. Fizik muayene: Beslenme durumunun saptanmasında fizik muayene ayrı bir öneme sahiptir.

1. Vücut Ağırlığı: Vücut ağırlığı beslenme durumunu yansıtmada birçok sınırlayıcı özelliğe sahip olmasına karşın kolay uygulanması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Vücut ağırlığı, vücuttaki yağ, protein, su ve kemik mineralinin toplamını gösterir. Vücut ağırlığında son altı ay içindeki %10 ile 20 kayıp çok önemlidir. Eğer bu kayıp %20'den fazla ise protein enerji malnütrisyonu (PEM) mevcuttur.

2. Boy: Boy uzunluğu yetişkinlerde ayaklar yan yana baş Frankfort düzlemindeyken ölçüm yapılır. Boy uzunluğu her başvuruda ölçülmelidir. Bu ölçüm metabolik kemik hastalığı ve hastalarda boy kaybını ortaya çıkarmak için önemlidir.

3. Vücut Kitle İndeksi (VKİ): Vücut kitle indeksinin saptanması hem PEM (Protein Enerji Malnütrisyonu), hem de obezitenin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. VKİ total vücut yağı ile de iyi bir korelasyon göstermektedir (16). VKİ aşağıda verilen denkleme göre hesaplanır ve Tablo 2'de gösterildiği şekilde değerlendirilir (17).

$$\text{VKİ (kg/m)} = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$$

Tablo 2. VKİ sınıflandırması (17)

Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)	
Normal altı (Zayıf)	<18,5
Normal	18,5 – 24,9
Aşırı kilolu (Pre-obez)	25,0 – 29,9
Obez	≥30,0
Sınıf 1	30,0 – 34,9
Sınıf 2	35,0 – 39,9
Sınıf 3 (morbid)	≥40

4. Ağırlık Boy İndeksi: Boy ve ağırlık ölçümlerini ideal değerleriyle karşılaştıran standart bir parametredir. İdeal vücut ağırlığı (İVA) da kullanılan standart tablolardan saptanan ve yüzde olarak değeri hesaplanan bir parametredir.

$$\% \text{ İVA} = \text{Ağırlık (kg)} \times 100 / \text{İVA}$$

Buna göre sonuç, İVA'nın %70-80'iye orta derecede, %70'in altındaysa ciddi derecede malnütrisyonu gösterir. Vücudun su tutup kaybetmesi ağırlığı değiştireceği için yalnız ağırlık kriter alınarak yapılan bu değerlendirme yanılgıya neden olabilir.

5. Antropometrik Ölçümler: Antropometrik ölçümler insan bedeninin fiziksel boyutlarını ve kompozisyonunu değerlendiren güvenli, kolay, fakat nispeten az duyarlı ölçümlerdir. Bu ölçümlerle vücut yağı, yağsız kitlesi, beden kitle indeksi gibi önemli nutrisyon değerleri hesaplanabilmektedir. Ek olarak enerji dengesinin değerlendirilmesi için sıklıkla kullanılan yöntemlerden birisi de vücut kompozisyonu tayinidir.

İnsan vücudu yağ, deri, iskelet, ekstrasellüler kitle, plazma proteinleri, viseral proteinler, iskelet kası ve sudan oluşur. Vücut kompozisyonu tayini ile özellikle yağ ve kas (protein veya nitrojen) kitlesinin miktarları belli edilebilir. Bu amaçla kullanılan bazı antropometrik ölçümler şunlardır:

a. Deri Kıvrım Kalınlığı (DKK): Açlıkta ilk kullanılan enerji deposu yağ dokusudur. Deri altı yağ dokusunun vücuttaki total yağ dokusu ve beslenme durumuyla olan yakın ilgisi nedeniyle sıklıkla kullanılan bir testtir. Vücudun biceps, subskapular, orta aksiller, paraumbilikal, suprailiak ve uyluk bölgelerinden deri kalınlığı ölçülebilse de en sık triseps deri kıvrım kalınlığı (TDKK) kullanılmaktadır. Olekranon ve akromiyon çıkıntıları arasındaki bölgede yapılacak 3 ölçümün ortalaması alınır ve bu değer standart yaş ve cins tablolarına göre değerlendirilir.

b. Üst Kol Çevresi: İskelet kas kitlesinin göstergesi olarak kullanılır. Travma ve strese kas dokusu vücudun en önemli amino asit kaynağı olarak kullanılır. DKK için kullanılan bölge bu ölçümde de kullanılır.

$$\text{Kol Çevresi} = \text{Kol çevresi (cm)} - [0.314 \times \text{TDKK (mm)}]$$

Bulunan değer standardize edilmiş tablodan değerlendirilir. Sonuç %80'in üzerindeyse normal, %60-80 arasındaysa orta derecede, % 60'dan az ise ciddi malnütrisyon olarak değerlendirilir. Uygulayıcıya ve kişiden kişiye farklı sonuçlar alınmasının yanı sıra vücuda fazla sıvı yüklenmesi gibi durumlarda sonuçları aldatıcıdır.

c. Orta Kol Kas Alanı: Nutrisyonel durumun değerlendirilmesinde çok kullanılan bir ölçümdür. Bu ölçüm ile aşağıdaki formülden yararlanılarak Orta Kol Kas Alanı hesaplanır. Bu alan vücut yapısının iyi bir göstergesidir. Bu değerlendirme özellikle yaşlılarda önemli bir problem olan protein malnütrisyonunun teşhisinde önemlidir (16).

$$\text{Orta Kol Kas Alanı (cm}^2\text{)} = [\text{üst orta kol çevresi} - (p \times \text{TDKK})] / 4p$$

ERİŞKİN DÖNEMİNDE BESLENME VE BESLENME PROBLEMLERİ

Obezite

Günümüzde beslenme biçimi ve yaşam tarzı toplumların dinamiğini belirlemede çok önemli iki başlık olarak devlet politikalarının belirlenmesinde dahi rol oynamaktadır. Sedanter bir yaşam tarzı ve ayakta beslenme tarzı şeklinde oluşan bir beslenme alışkanlığı obezite kavramı ile daha sık karşılaşılmaya neden olmuştur. Obezite, vücudun aşırı derecede yağlanması şeklinde ifade edilir (18).

Türkiye’de obezite önemli bir sorundur. Ülkemizde VKİ 25-29,9 arasında olanların oranı erkeklerde %37,9, kadınlarda %32,1; VKİ 30 üstünde ise erkeklerde %9,6, kadınlarda %23,6 olduğu tahmin edilmektedir (19). Kadınların %52,2’si kilolu (VKİ>28 kg / m²), %18,8’i ise obezdir (VKİ>30 kg/m²) (20). TNSA-2003’de kadınların (15-49 yaş) beslenme durumları Vücut Kitle İndeksi (VKİ) kullanılarak ölçülmüştür. Gebe olmayan annelerin ortalama VKİ’si 26,5’dir. Annelerin %2’sinden daha azının VKİ’si 18,5’in altındadır. Her beş annenin üçü fazla kilolu grubunda olup VKİ’si 25,0’in üzerindedir. Obezite anneler arasında bir sorun olup, annelerin %23’ünün VKİ değeri en az 30’dur (21). ABD’de de obezite çok büyük bir sağlık problemidir. ABD’de erişkinlerin %54,9’u kilolu, %22,3’ü ise obezdir. Çalışmalar obezitenin hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve belirli tipteki kanserlere (kolon, meme, safra kesesi, endometrium kanserleri) yakalanma risklerini arttırdığını göstermiştir (18).

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi VKİ’in 30 veya üzerindeki değerlerde olmasıyla tanımlamaktadır (22). Erişkinlerde VKİ’in 25’in üzerinde olması ve abdominal yağlanma kardiyovasküler ve obeziteye bağlı diğer hastalık riskleri ile yakından ilişkilidir. Bel ölçümü erkeklerde 102 cm, kadınlarda 82 cm’nin üzerinde olması komorbidite risklerini arttırmaktadır (23).

Obezite; kalp hastalığı, tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, inme, belirli tipte kanserler (endometrial, meme, prostat, kolon, vb), dislipidemi, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi ve diğer respiratuar problemler, osteoartrit gibi hastalıklar ile tüm sebeplere bağlı mortalitede artış, fertilitede azalma, duygusal gerginlik ve toplum tarafında damgalanma gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik komplikasyonlara yol açmaktadır. Doktorlar obeziteyi tedavi etmeden önce hastalara obeziteyle ilgili risk faktörlerinden söz etmelidir. Obeziteyle ilgili risk

faktörleri Tablo 3’de gösterilmiştir. Hastalar bu risk faktörlerinden iki ya da daha fazlasına sahipse yüksek düzeyde mortalite ve morbidite taşırlar (24).

Tablo 3. Obez kişilerde morbidite ve mortalite riskini arttıran faktörler (24)

Yüksek Risk Faktörleri	Diğer Risk Faktörleri
Koroner Arter Hastalığı	Erkeklerde 45 yaş üzeri
Tip 2 Diabetes Mellitus	Kadınlarda 55 yaş üzeri veya postmenapozal kadın
Uyku apnesi	Hipertansiyon
	LDL>160 mg/dl olması
	HDL<35 mg /dl olması
	Bozulmuş açlık kan şekeri (IFG)
	Ailesel erken koroner arter hastalık
	Osteoartrit
	Safra taşları
	Stres inkontinans
	Sigara içimi

Obez hastanın değerlendirilmesi

Fazla kilolu ve obez kişilerin tedavisine yönelik ilk kılavuzlar 1998 yılında yayınlanmıştır. Kılavuzların oluşturulmasına zemin hazırlayan bir panelde farklı tedavi stratejilerinin kilo verme üzerine etkileri ile kilo almayı engelleyici önlemlerin olası temel kronik hastalık risk faktörlerini nasıl etkileyeceği ortaya konmuştur. Panel sonucunda geliştirilen öneriler, “yetişkinlerde kilo vermenin faydalarının olumsuz etkilerle kıyaslandığında daha baskın olduğu ve kilo vermeye yönelik girişimlerin uzun dönemde insan sağlığını olumlu yönde etkileyeceği” varsayımına dayalı yapılmıştır.

Panel sonrası, obezite tedavisi ile ilgili iki temel adımın önemi vurgulanmıştır. Bunlar obezitenin değerlendirilmesi ve yönetimidir. Değerlendirme aşaması, normalin üzerindeki kilo ile ilgili üst kategorilerin derecelendirilerek, hastanın karşılaşılabileceği tüm risk faktörlerinin belirlenmesini gerektirir. Değerlendirmede toplam vücut yağı miktarı, abdominal vücut yağı miktarı ve bir takım hastalık risk faktörleriyle birlikte, obezite ile ilgili durumların (örneğin, obeziteye bağlı hastalıklarda ailenin geçmişi içeren bilgiler) göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) büyük ölçüde toplam vücut yağı

miktariyla ilişkili olup, bunun fazla kilolu ve obez hastaların kontrollerinde kullanılması ve hastalardaki kilo değişimlerinin VKİ'ne bağlı olarak izlenmesi önerilmektedir. Abdominal yağ miktarının da obezite tedavisi öncesi ve sırasında bel çevresinin ölçümüyle bilinmesi gerekir (23).

Tedavinin, VKİ'i 25,0 ila 29,9 kg/m² olanlardan iki ya da daha fazla risk faktörüne sahip hastalarda uygulanması uygun görülmektedir. Diğer risk faktörleri hangi sayıda olursa olsun, VKİ'i 30 kg/m² ve daha yukarı olan hastalarda da tedavi uygulanmalıdır. Risk faktörleri görülmeyen fazla kilolu hastalar daha fazla kilo almamaları yönünde cesaretlendirilmelidir. Tedavinin seçimi sırasında olası komorbiditeler ve ayrıca hastanın kilo kaybetmesini motive edici konular göz önünde bulundurulmalıdır. Yetişkinlerde hastalık risklerinin belirlenmesinde hesaba katılması gereken faktörler Tablo 4'de gösterilmiştir (23).

Tablo 4. Yetişkinlerde hastalık risklerinin belirlenmesinde hesaba katılması gereken faktörler (23)

<ul style="list-style-type: none">▪ BMİ'ye dayalı aşırı kilonun derecesinin belirlenmesi▪ Bel çevresi ölçümüne dayalı abdominal obezitenin değerlendirilmesi▪ Hastada obezite dışındaki hastalıkların değerlendirilmesi<ul style="list-style-type: none">-Koroner kalp hastalığı-Aterosklerotik hastalıklar-Tip 2 Diyabet-Uyku apnesi-Jinekolojik bozukluklar-Osteoartrit-Stres inkontinans-Safra taşı ve komplikasyonları▪ Hastada kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi<ul style="list-style-type: none">-Sigara içimi-Hipertansiyon-HDL kolesterol-LDL kolesterol-Bozulmuş açlık kan şekeri (IFG)-Ailede erken koroner kalp hastalığı öyküsü-Yaş (Erkeklerde 45 yaş ve üzeri, kadınlarda 55 yaş üzeri veya postmenopozal)▪ Diğer risk faktörlerinin değerlendirilmesi<ul style="list-style-type: none">-Fiziksel inaktivite-Serum trigliserid düzeyinin yükselmesi

BMİ: Body mass index, vücut kitle indeksi.

Tedavi

Obezite tedavisindeki amaç, ya enerji girdisini azaltmak veya enerji çıktısını arttırmak ya da her ikisini uygulayarak sistemin enerji dengesini düzeltmek olmalıdır (24).

Tedavide genel amaçlar; vücut ağırlığının azaltılması, uzun dönemde vücut ağırlığının daha aşağı düzeyde tutulması, daha fazla kilo alınmasının önüne geçilmesi ve kilo alınmasıyla ortaya çıkabilecek diğer hastalık risk faktörlerinin kontrolüdür. Hastanın tedavisine yönelik etkin tıbbi yaklaşımlar; diyet düzenlemesi, fiziksel aktivitelerin artırılması, davranışçı tedavi, farmakoterapi ile bunların kombine şekilde uygulanması ve son çare olarak ta cerrahi tedaviyi içine alır. Düşük kalorili diyet, fiziksel aktivitelerin artırılması ve davranış terapisini içeren kombine bir tedavi, kilo düşme ve kilonun korunmasına yönelik en etkin yöntemdir.

Öncelikle vücudun %10 ağırlığı kadar kilo verilmesi için çalışılır. Eğer başarı sağlanırsa kilo verme işlemi altı aylık dönemlerde haftada 0,5–1 kilogram olacak şekilde uygulanır. 6 ayın sonunda hastanın o anki ağırlığı baz alınarak kilo verme hedeflerine yeniden karar verilir.

Obezite ve Diyet Tedavisi

Obez ve kilolu hastalar için düşük kalorili diyet uygulanır. Diyetteki kalori miktarını azaltmanın pratik yolu yağ miktarını azaltmaktır ancak toplam kalori miktarını azaltmaksızın sadece yağ miktarını azaltmak kilo vermek için tek başına yeterli değildir.

Diyet tedavisine geçmeden önce bireyin günlük kalori ihtiyacını hesaplamak gerekir. Tavsiye edilen bireyin günlük kalori ihtiyacı dinlenme halindeki vücut enerji tüketimi (REE Resting Energy Expenditure) hesaplanarak tahmin edilir.

Erkekler için $REE = 10 \times \text{ağırlık (kg)} + 6,25 \times \text{boy (cm)} - 5 \times \text{yaş} + 5$

Kadınlar için $REE = 10 \times \text{ağırlık (kg)} + 6,25 \times \text{boy (cm)} - 5 \times \text{yaş} - 161$

Aynı kilonun korumasını sağlayacak gerekli günlük kalori miktarı ise REE ile Aktivite Faktörünün (AF) çarpımına eşittir. Verilen günlük aktivite çeşidi hafif egzersizi içeriyorsa AF erkekler için 1,6 kadınlarda 1.5 olarak alınır. Böylece günlük kalori ihtiyacı tahmin edilir. Eğer aktivite daha yoğunsa AF erkekte 1,7, kadınlarda 1,6 kabul edilir. Eğer haftada 0,5-1 kilogramlık kilo kaybını hedefleyen bir program söz konusu ise hastaya yaklaşık olarak günde alması gereken kalori miktarından 500-1000 kcal eksik diyet uygulanır (23).

Doktorlar ofis ziyaretlerinde hastalara kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği ve aralarda neler yediklerini yazmalarını istemelidirler. Hastaların günlük yiyecek alımı kaydedilmeli, daha sonraki ziyaretlerde başarıya ulaşıp ulaşılmadığı tespit edilmelidir.

Görüşmelerde hastalara alkol ve tatlılardan uzak durmaları, dengeli bir diyet almaları konusunda önerilerde bulunulmalıdır (25).

Yeme Bozuklukları

Günümüzde hem erkekler hem de kadınlar kilo vermek, formda olmak, topluma kendilerini kabul ettirmek amacıyla dış görünüşlerine çok önem vermektedirler. Bu ise bazı kişilerin bir takım yeme bozuklukları geliştirmesine ve bu bozukluklara bağlı olarak ciddi sağlık sorunları yaşamalarına neden olmaktadır.

Yeme bozuklukları; beslenme yetersizliği, aşırı beslenme, depresyon, madde bağımlılığı, anksiyete gibi ciddi sorunlara neden olabilen, yeme alışkanlıklarındaki sapmalardır (26).

Yeme bozuklukları psikiyatrik problemler arasında çok yaygın olarak görülmektedir ve çoğunlukla genç kadınları etkilemektedir. Bu durum mortalite ve morbidite açısından yüksek riske sahiptir.

Aile hekimliği ofisleri yeme bozukluklarını tanımlamak ve tedaviyi zamanında başlatmak için ideal ortamlardır. Yeme bozuklukları adolesanlarda ve genç erişkinlerde oldukça yaygındır ve kadınlarda erkeklere oranla 10 kat daha fazla görülmektedir. Belli başlı yeme bozuklukları Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa'dır. Normal beslenme ve yeme bozukluğu arasındaki fark hastanın bozulmuş bir vücut imajı olup olmamasına bağlıdır (27).

Anoreksiya Nervosa için tanı kriterleri Tablo 5'te ve Bulimiya Nervosa için tanı kriterleri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 5. Anoreksiya Nervosa İçin Tanı Kriterleri (27)

A.	Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etme (örneğin beklenenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme sırasında, beklenenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirme).
B.	Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.
C.	Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.
D.	Bayanlarda menarş sonrası amenore, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması. (Sadece hormon verilmesi sonrası menstrasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülebilir).

Tablo 6. Bulimiya Nervoza İçin Tanı kriterleri (27)

A.	Yineleyen tıkanırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıkanırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir: (1) Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örneğin herhangi bir iki saatlik süre içinde) yeme. (2) Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örneğin yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini kontrol edememe duygusu).
B.	Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.
C.	Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkması.
D.	Kendini değerlendirirken anlamsız biçimde vücudun biçimi ve ağırlığı tarafından etkilenmesi.
E.	Bu bozukluk sadece anoreksiya nevroza epizodları sırasında ortaya çıkmaktadır.

Yeme bozukluğu olan hastalar geniş bir semptom aralığına sahiptir. Yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi gibi nonspesifik şikayetleri olabilmektedir. Hastalar çoğu zaman semptomlarını inkar etme yoluna başvurursa da aileleri tarafından bu semptomları açıkça anlatılmaktadır. Hastanın anamnezinde diyet öyküsü, laksatif veya diüretik kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır. Tablo 7’de Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza’nın özellikleri gösterilmektedir (27).

Tablo 7. Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervoza’nın özellikleri (27)

Özellikler	Anoreksiya Nervoza	Bulimiya Nervoza
Öykü ve Semptomlar	Amenore, konstipasyon, baş ağrısı, bayılma, baş dönmesi, yorgunluk, soğuğa karşı intolerans	Abdominal distansiyon, şişkinlik, letarji, GER, abdominal ağrı, boğaz ağrısı (kusmadan sonra)
Fiziksel Bulgular	Kaşeksi, akrosiyanoz, kuru cilt, saç dökülmesi, bradikardi, ortostatik hipotansiyon, hipotermi, subkutanöz yağ ve kas kitle kaybı, lanugo	Eklemlerde sertlik, dental erozyon, tükürük bezlerinde genişleme, kardiyomegali
Laboratuvar Anormallikleri	Hipoglisemi, lökopeni, karaciğer enzimlerinde yükselme, ötiroid hasta sendromu (TSH düşüklüğü, normal T ₃ , T ₄ düzeyleri)	Hipokloremik, hipokalemik veya metabolik alkaloz (kusmadan dolayı) hipokalemi (diüretik veya laksatiften dolayı), tükürüğe ait amilaz yüksekliği
EKG Bulguları	Düşük voltaj; QT intervalinin uzaması, bradikardi	Düşük voltaj; QT intervalinin uzaması, bradikardi

GER: gastroesofagial reflü; **TSH:** thyroid-stimulating hormone; **T₃:** triiodothyronine; **T₄:** thyroxine; **EKG:** elektrokardiogram.

Tedavinin yoğunluğu hastalığın şiddeti ile yakından ilişkilidir. Tedavide hedefler; sağlıklı ağırlık ölçüsünün elde edilmesi, fiziksel komplikasyonların yönetimi, komorbit psikiyatrik hastalıkların yönetimi ve replasmanların önlenmesini içerir. Hastayla işbirliği içine girilip, uygunsuz düşüncelerinin önlenmesine yönelik girişimler ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim verilmesi önemlidir.

Yeme bozukluklarının tedavisi multidisipliner bir takım çalışmasını gerektirir. Aile hekimi ise bu takımın ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır. Birinci basamak ofisleri hastaların izlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Bu açıdan bakıldığında aile hekimleri ilk başvuru noktasıdır ve diğer uzmanlarla da koordinasyonu sağlayarak hastanın bakımını en iyi şekilde yapmalıdır.

Malnütrisyon

Sağlıklı yaşamın temel kuralı besinlerin dengeli ve yeterli ölçüde alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır. Beslenmenin yetersizliği veya çeşitli sebeplerle bozulmasıyla organizma, hastalıklara duyarlı hale gelmekte ve bu durum pek çok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir (28).

Besin alımı ile besin gereksinimleri arasındaki bir dengesizlik, zamanla metabolizma, organ fonksiyonları ve vücut niteliğinde değişimlere ve dolayısıyla malnütrisyonu neden olabilmektedir (29). Malnütrisyon; protein, vitamin ve eser elementlerde eksikliğin söz konusu olduğu beslenme yetersizliği olarak bilinmektedir. Diğer bir deyişle vücutta organizmanın minimal ihtiyacından daha az enerji, protein ve mikrobisünlerin girmesiyle oluşan patolojik bir durumdur. Protein ve enerjinin yetersiz alınması veya herhangi bir sebeple kullanılamaması hem vücut kitlesi hem de yağ dokusunda ciddi kayıplara neden olur ve protein-enerji malnütrisyonu (PEM) olarak adlandırılan tablo oluşur. PEM vücutta yetersiz besin alımı sonucunda primer olarak ya da hastalıkların sonucunda sekonder şekilde oluşabilir. Erişkinde yetersiz beslenmenin başlıca nedenleri; yetersiz yiyecek alımı, inatçı kusma, anoreksi, malabsorbsiyon, tirotoksikoz, uzamış enfeksiyon, diabetes mellitustur. Gelişmekte olan ülkelerde PEM'nun nedeni genellikle primerdir, çocukları erişkinlerden daha fazla etkiler ve bu ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkar. Gelişmiş ve sanayileşmesini tamamlamış ülkelerde ise daha çok hastalıklara ikincil olarak oluşur ve çocukların yanı sıra diğer yaş gruplarında özellikle de geriatric yaş grubu ve hastanede yatan hastaları etkiler. Çeşitli sebeplerle hastanelerde dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak izlenen hastalarda PEM sıklığı %50'lere varan oranlarda bildirilmiştir (28).

Yetişkinlerdeki protein enerji malnütrisyonu çocuklarla kıyaslandığında farklıdır. Bu yetişkinlerde boyca uzamanın artık durmuş olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle besin eksikliği yetişkinlerde büyümenin duraklaması değil de zayıflamaya neden olmaktadır. Bu hastanın VKİ'i ölçülerek ortaya çıkarılmaktadır. Yetişkinlerde protein enerji malnütrisyonu sınıflandırması Tablo 8'de verilmektedir (29).

Tablo 8. Yetişkinlerde protein enerji malnütrisyonu (29)

VKİ (kg/m²)	Beslenme durumu
18,5	Normal
17,0-18,4	Hafif malnütrisyon
16,0-16,9	Orta malnütrisyon
<16	Şiddetli malnütrisyon

Tedavide hafif ve orta dereceli PEM'in olaya sebep olan ve tetikleyici tüm faktörler saptanıp ortadan kaldırılmaya çalışılmasının yanı sıra, ideal kiloya göre hesaplanmış protein ve enerji desteğine başlanmalıdır. Beslenme eğitimi, psikososyal destek ve rehabilitasyona önem verilmeli ve bu da oluşturulan bir beslenme ekibiyle gerçekleştirilmelidir (28).

BESLENME VE AİLE HEKİMLİĞİ

Aile Hekimliği kişi ve aileye sürekli ve tümünden sağlık bakımı sağlayan tıbbi uzmanlıktır. Bu uzmanlık biyolojik, klinik ve davranışsal bilimlerini birleştirecek genişliktedir. Aile hekimliğinin faaliyet alanı tüm yaşları, her iki cinsi, her organ sistemini ve bütün hastalıkları içerir. Aile hekimliği uzmanlığı genel tıp pratiğinin genişlemiş ve geliştirilmiş halidir. Bu disiplin içerisinde yetişen aile hekimleri ailelerin cins veya yaş bakımından tüm üyelerinin, kaynağı biyolojik, davranışsal veya sosyal tüm problemlerinde sürekli ve tümünden tıbbi bakım, sağlığın idamesi ve koruyucu hizmetler vermesini sağlayan kendine özgü davranış, bilgi ve becerileri kullanır (30).

Aile hekimliği ofisleri birinci basamak hizmetinin en iyi şekilde sunulduğu yerler olmalıdır. Hastayı ilk karşılayan hekim olma ve onun bütün problemleriyle bütüncül bir şekilde ilgilenme sorumluluğundaki aile hekimleri beslenme konusunda da gerekli donanıma sahip olmalıdır. Çünkü beslenme insan sağlığının temel taşıdır.

Beslenme durumu en az kan basıncı ve nabız kadar önemlidir. Koruyucu sağlıkta beslenmenin rolü sadece diyet ve hastalıkları önlemeyi kapsamaz aynı zamanda normal büyüme ve yaşama ilgili değişiklikleri de kapsar. Tedavi ile diyet değişikliği eşit önemlidir (4). Aile Hekimleri yalnız koruyucu bakım değil aynı zamanda akut hastalıkların tedavisi ve kronik hastalıklarda karşılaşılan beslenme problemleriyle de baş edebilme yetisine sahip olmalıdır.

Beslenmeyi sağlığın temel taşı olarak düşündüğümüzde bu aşamada birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Bunların başında da kişilerin yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlamak amacıyla onları eğitmek gelir. Bu konuda insanlara eğitim vermek bir çok insanı hastalıklara yakalanmaktan koruyacak, morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Zaten bir aile hekiminin de temel özelliği kişilere ve onların ailelerine sürekli bir sorumluluk ilkesiyle bir bakım sunmaktır. Bu noktada aile hekimi diğer kurumlarla da örneğin Milli Eğitim, Köy İşleri, Tarım Bakanlıkları ile diğer kamu ve özel sektörle de koordine biçimde çalışarak gerçek bir ekip hizmeti vererek halkın eğitilmesine yardımcı olmalıdır. Bunun yanı sıra, aile hekimi aile hekimliği disiplinin sağladığı sorumlulukla bu kişileri olası hastalıklara karşı koruyarak birincil görevini yerine getirmiş olmanın hazzını yaşayacaktır.

Beslenme konusunda etkin tıbbi müdahalelerde bulunmak önemlidir. Bunun için beslenme eğitimi ile davranış odaklı önerilerin kombine uygulanması gereklidir. Hastaların beceri ve motivasyon kazanmasına, günlük yeme alışkanlıklarını değiştirerek desteklemeye ve yemek hazırlama uygulamalarında onlara yardımcı olmaya çalışılmalıdır. Davranışsal odaklı öneri müdahaleleri gerektirir. Bunlar; hastanın kendisini izlemesini öğretmeye yardımcı olmak, sağlıklı bir diyet programı seçerek sıkça karşılaşılan sorunların üstesinden gelmek, yemek yapımı ve alışveriş konularında hastalara rehberlik etmek, tedavi altında olan hastalara sosyal destek sağlamaktır (31).

Aile hekimliğinin özelliklerinden bir diğeri de sunduğu hizmeti bireyin gereksinimlerine göre şekillendirmesidir. Bu yönden bakıldığında bireye özgü beslenme rehberi hazırlamak kişiler için önemlidir. Bunun da bireyi biyopsikososyal yönden en iyi değerlendiren bir hekim tarafından yapılması akılcı bir yol olarak görülmektedir. Bu bağlamda aile hekimlerine büyük görevler düşmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne ili kentsel alanda yaşayan 20 yaş üzerindeki erişkinler arasında yapılmıştır. Araştırmamız gözlemsel tanımlayıcı ve analitik tipte bir prevalans çalışmasıdır.

Araştırmamız 01-03-2005 ile 31-05-05 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmamızın evreni %5 yanılma payı ve %80 güçle minimum 1037 birim olarak tespit edilmiştir. Değişken olarak tüketici ünite başına düşen günlük ortalama enerji ve besin öğeleri değerleri kullandık ve en yüksek çıkan değer (vitamin C) üzerinden birimi saptadık.

Edirne İl sağlık Müdürlüğü'nden elde edilen ev halkı tespit fişlerindeki nüfusun yaşa ve cinsiyete göre dağılımından küme örnekleme yapıldı. Anket 1211 kişiye adreslere gidilerek teklif edildi. Yapılan görüşmelerden sonra 1049 kişi araştırmaya katılmayı kabul etti. Bu kişilere anketin besin tüketimiyle ilgili kısmının doldurulması konusunda araştırmacı tarafından eğitim verildi ve anketin geriye kalan kısımları araştırmacı tarafından bizzat yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Edirne il merkezindeki 20 yaş üzeri erişkin bireylerin cinsiyete ve yaşa göre dağılımı ve örnekleme yer alan kişi sayısı (Ek-1)'de gösterilmiştir.

Araştırmacı tarafından bir anket formu hazırlandı. Anket, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, beslenme ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını, sosyoekonomik düzeylerini ve üç gün içinde tükettikleri tüm besinlerin kayıtlarını sorgulamaktadır. Anket formunun bir örneği (Ek-2) sunulmuştur.

Araştırma öncesinde, anket formunun uygulanması ve ölçümler konusunda standardizasyonun sağlanabilmesi amacıyla, araştırmacılara eğitim verilmiştir. Ayrıca anket formları ve ölçüm teknikleri, örneklemin dışında kalan 30 kişi üzerinde denenerek, uygun olup olmadığı değerlendirilmiş, saptanan hatalar düzeltilmiştir.

Antropometrik ölçümler için katılımcıların ayakkabısız ve ince tek kat giysi ile olmaları istenmiş, kalibre edilmiş bir baskül yardımıyla tartılıp, boyları açılıp kapanır metre ile ölçülerek, bilgisayar yardımıyla vücut kitle indeksleri (VKİ) kg/m^2 formülü ile hesaplanmıştır. VKİ sınıflandırması Tablo 9’da gösterilmiştir (17).

Tablo 9. VKİ sınıflandırması (17)

Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2)	
Normal altı (Zayıf)	<18,5
Normal	18,5 – 24,9
Aşırı kilolu (Pre-obez)	25,0 – 29,9
Obez	$\geq 30,0$
Sınıf 1	30,0 – 34,9
Sınıf 2	35,0 – 39,9
Sınıf 3 (morbid)	≥ 40

Sosyoekonomik durumun (SED) değerlendirilmesinde Neyzi ve ark. (32) tarafından geliştirilen SED ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek kişileri, eğitim durumu ve mesleklerine göre farklı sosyoekonomik gruplara ayırmaktadır. Bu ölçeğe göre sosyoekonomik düzeyler, çok iyi, iyi, orta ve kötü olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Puanlama yapılırken kişilerin kendi eğitim durumu ve mesleklerinin yanı sıra, evli olanlar için eş eğitim durumu ve mesleği, bekar olup da herhangi bir işte çalışmayanlar için ise de anne-baba eğitim durumu ve mesleği değerlendirmeye alınmıştır. SED ölçeği Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. SED ölçeği (32)

SED 1 (Çok iyi)	Anne: En az ortaokul mezunu. Baba: En az lise mezunu. Baba mesleği: Avukat, doktor, mühendis, iş adamı vb.
SED 2 (İyi)	Anne: En az ilkokul mezunu. Baba: En az ortaokul mezunu. Baba mesleği: Öğretmen, asker, memur, büyük işyeri sahibi vb.
SED 3 (Orta)	Anne: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba: En az ilkokul mezunu. Baba mesleği: Teknisyen, memur, küçük işyeri sahibi, vb.
SED 4 (Kötü)	Anne: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba: Eğitimli veya eğitimsiz. Baba mesleği: İşçi, şoför, diğer beceri gerektirmeyen işler.

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek-3). Araştırmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır. Bireylere çalışmanın başında şu ifade okunmuştur: 'Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak, Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerde beslenme durumunun değerlendirilmesi amacıyla hazırladığımız bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz. Bu ankete katılmak zorunda değilsiniz. Vermiř olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.'

Beslenme anket formunda katılımcılar tarafından üç gün içinde tüketilen tüm besinlerin kayıt edilebileceği boşluklar oluşturuldu. Form üç ayrı gün, üç ana öğün (sabah kahvaltısı, öğle yemeği ve akşam yemeği) ve üç ara öğünü (kuşluk, ikindi ve akşam yemeğinden sonra) kapsayacak şekilde düzenlendi. Kişilerin tükettikleri besinleri doğru yazabilmeleri için besin kayıt formuna örnek günlük besin tüketim listesi eklendi. Ayrıca kişilere sözel olarak da besin kayıt formunu doğru doldurmaları açısından 10 dakikalık bir eğitim verildi. Tükettikleri besinlerin miktarlarını porsiyon, tabak, kibrit kutusu, fincan, çay bardağı, su bardağı, şişe, tane, çay kaşığı, tatlı kaşığı ve yemek kaşığı gibi pratik ölçü birimleriyle kaydetmeleri istendi. Miktarı belirtilmeyen besinler ise bir porsiyon olarak kabul edildi. Birbirini izleyen iki hafta içi ve bir hafta sonu günü boyunca (Perşembe, Cuma, Cumartesi veya Pazar, Pazartesi, Salı) olmak üzere üç gün boyunca yenilen ve içilen tüm besinleri besin tüketim formuna kaydetmeleri istendi.

Besin tüketim formları ile elde edilen veriler Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) bilgisayar programına girildi (33). Bu program ölkemizde tüketilen tüm ticari ve ticari olmayan besinlerin içeriğini çözümlenmeye yönelik bir programdır. Bu programa üç günde tüketilen tüm besinler girilerek, günlük tüketilen enerji, protein, karbonhidrat, yağ, lif, çoklu doymamış yağ asidi, kolesterol, tiamin, riboflavin, niasin, pridoksin, folik asit, A vitamini, karoten, C vitamini, E vitamini, kalsiyum, fosfor, magnezyum, sodyum, potasyum, demir ve çinko miktarları belirlendi. Elde edilen değerler RDA' nın değerleri ile karşılaştırıldı. Ayrıca karbonhidrat, protein ve yağların günlük alınan enerjiye katılım oranları tespit edildi. Enerji ve besin öğeleri tüketimlerinde, RDA'ya göre 2/3'ün altındaki miktarlar "yetersiz alım" olarak değerlendirildi.

BEBİS Beslenme programının analizi sonucu elde edilen makro ve mikrobeyin alımlarının ortalama \pm standart sapma değerleri verildi. Araştırma sonucunda elde edilen veriler, Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı Bilgi İşlem Merkezi'ne ait,

WCP133100197 lisans numaralı Minitab paket istatistik yazılımı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare ve korelasyon testleri, t testi, ANOVA testleri ve lojistik regresyon analiz testleri kullanılmıştır. Araştırmanın değişkenleri Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Araştırmanın değişkenleri

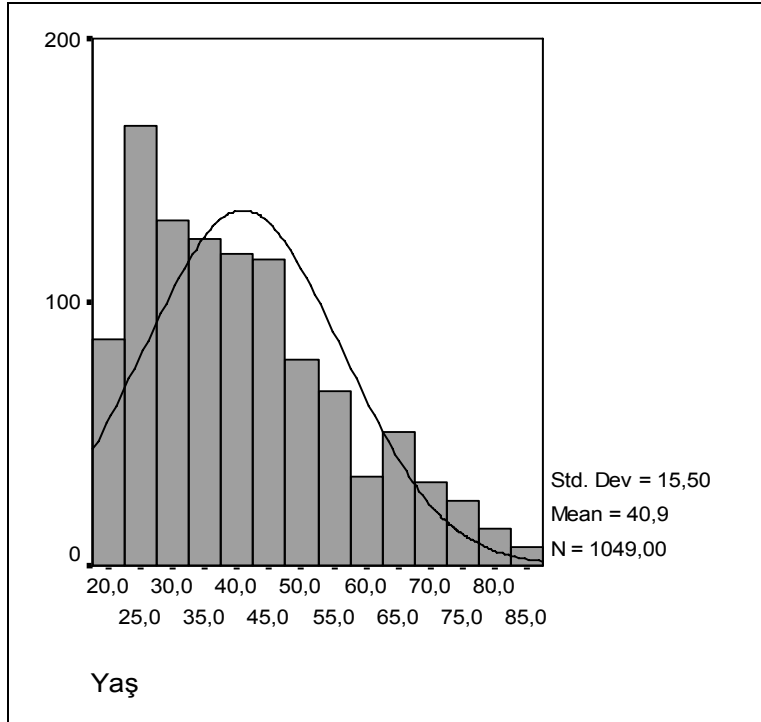
Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişkenler
1. Yaş	1. Günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu
2. Cinsiyet	2. Boy uzunluğu
3. Eğitim durumu	3. Vücut ağırlığı
4. Meslek	4. Vücut kitle indeksi
5. Medeni hal	5. RDA değerleri
6. Coğrafi köken	
7. Sosyoekonomik düzey	
8. Kronik bir hastalık varlığı	
9. Sigara içme alışkanlığı	
10. Alkol kullanma alışkanlığı	
11. Kilo memnuniyeti	
12. Vücut görünümü memnuniyeti	
13. Öğün alışkanlıkları	
14. Düzenli egzersiz yapma varlığı	

BULGULAR

Araştırma sonunda 1049 kişiye ait verilerin analizi yapıldı.

Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların yaş ortalaması $40,85 \pm 15,5$ 'dur. Erişkinlerin yaş dağılımı 20-87 yaş aralığındadır. Çalışmaya katılanların yaşa göre dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.



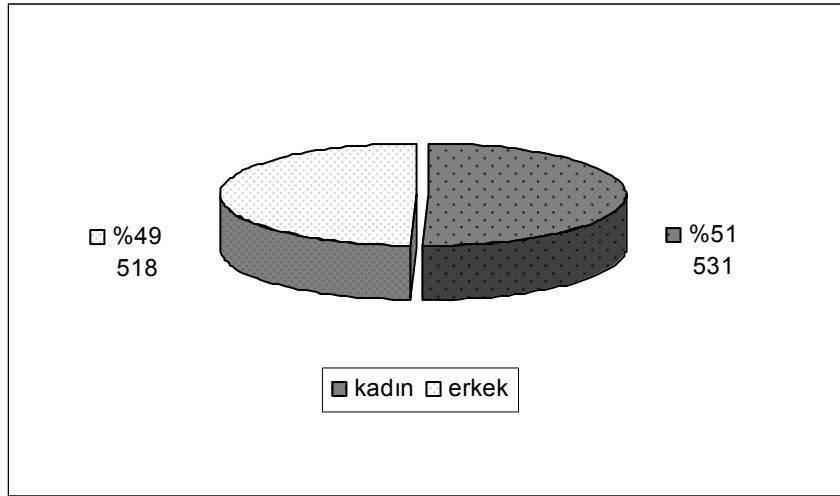
Şekil 2. Yaş değişkeninin histogram grafiği

Katılımcıların yaşlarının sınıflandırması Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12. Yaş sınıflandırması

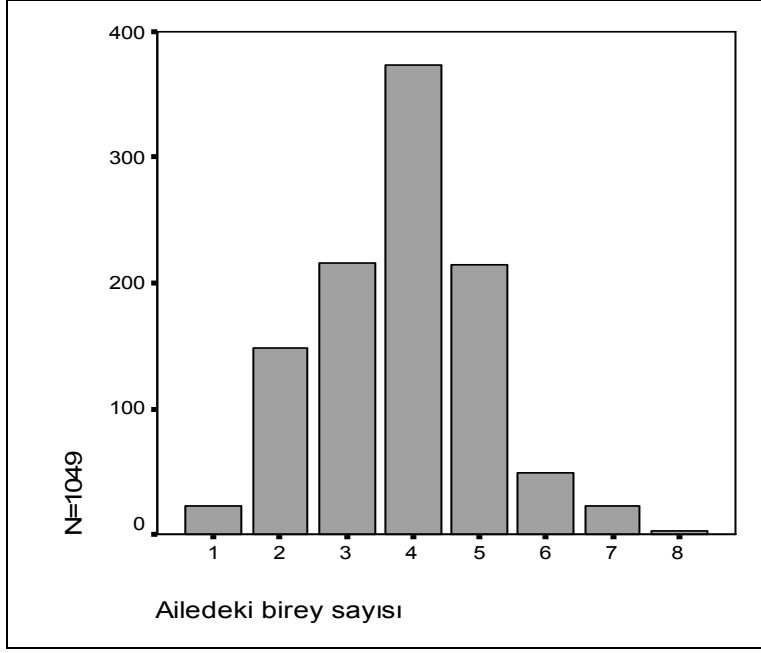
Yaş	N	%
20-30 yaş	337	32,1
31-50 yaş	453	43,2
51-65 yaş	155	14,8
65 yaş üzeri	104	9,9
Toplam	1049	100,0

Katılımcıların cinsiyet durumu incelendiğinde (n=1049) bunun %51’inin (n=531) kadın, %49’unun (n=518) erkek olduğu tespit edildi. Katılımcı cinsiyet dağılımı Şekil 3’de verilmektedir.



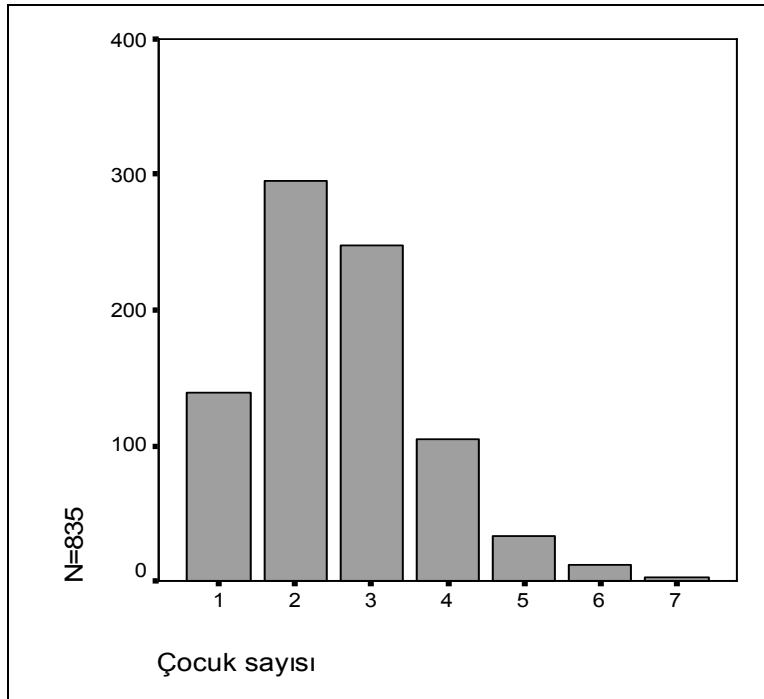
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyet durumları

Katılımcıların (n=1049) ailedeki birey sayısı ortalaması $3,82 \pm 1,24$ ’dur. Katılımcıların ailelerindeki birey sayısı Şekil 4’de gösterilmiştir.



Şekil 4. Katılımcıların ailelerindeki birey sayısı

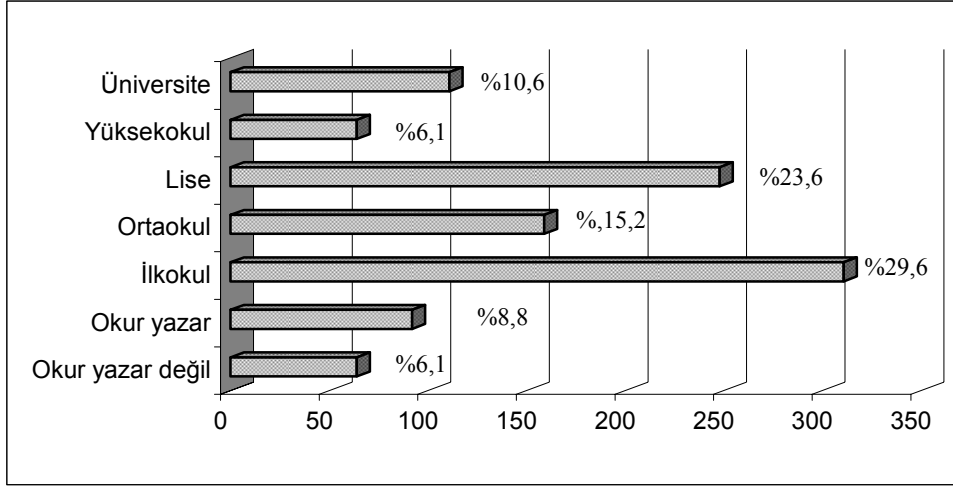
Katılımcıların (n=1049) çocuk sayısı ortalaması $2,58 \pm 1,14$ 'dür. Katılımcıların çocuk sayısı Şekil 5'de gösterilmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların çocuk sayısı

Eğitim durumlarına bakıldığında (n=1049), % 6,1'inin (n=92) hiç okuma yazma bilmediği, %8,8'inin (n=92) okuma yazma bildiği ancak ilkokulu bitirmediği belirlendi.

%29,6'sı (n=311) ilkököl, %15,2'si (159) ortaokul, %23,6'sı (n=248) lise, %6,1'i (n=64) yüksekokul, %10,6'sı (n=111) üniversite mezunu idi. Katılımcıların eğitim durumu Şekil 6'da gösterilmiştir.



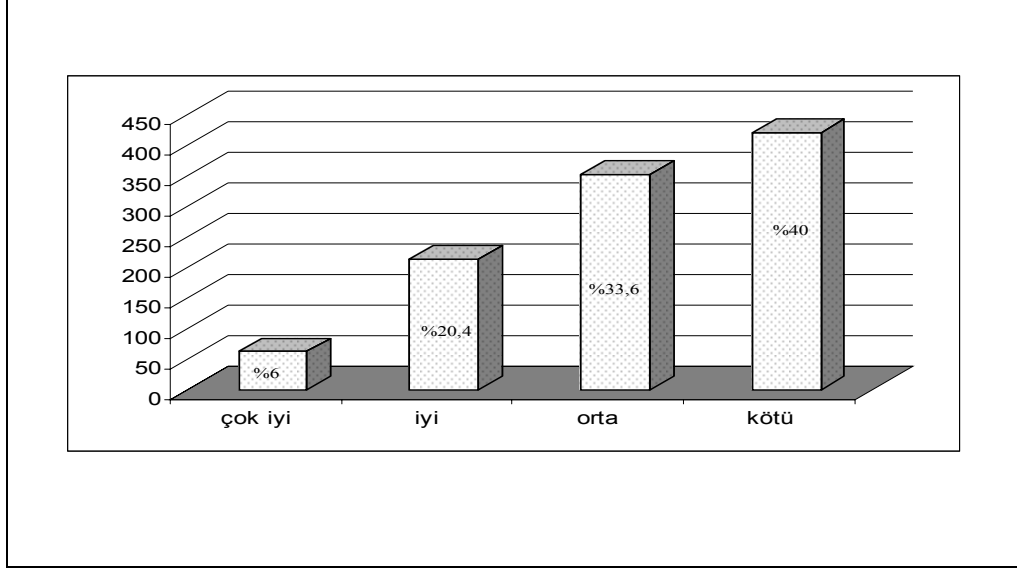
Şekil 6. Katılımcıların eğitim durumları

Katılımcıların meslek dağılımları incelendiğinde (n=1049) % 39,3'ü (n=412) işsiz, ev hanımı, öğrenci, %6'sı (n=63) kalifiye olmayan işçi, %4'ü (n=42) üretim işçileri, %5,8'i (n=61) hizmet işçileri, %12,2'si (n=128) satışla ilgili işler, % 20,4'ü büro, eğitim ve sağlık hizmetleri, %2,7'si (n=28) ordu mensubu, polis ve güvenlik elemanları, %7,2'si (n=82) kalifiye işçi, serbest meslek, %1,5'u (n=16) yüksekokul mezunu, %0,3'ü (n=3) yönetici, iş adamı olarak bulundu. Katılımcıların meslek dağılımı Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların meslek dağılımı

Meslek	N	%
İşsiz, ev hanımı, öğrenci	412	39,3
Kalifiye olmayan işçi	63	6,0
Üretim işçileri	42	4,0
Hizmet işçileri	61	5,8
Satışla ilgili işler	128	12,2
Büro, eğitim ve sağlık hizmetleri	214	20,4
Ordu mensubu, polis ve güvenlik elemanları	28	2,7
Kalifiye işçi, serbest meslek	82	7,8
Yüksekokul mezunu	16	1,5
Yönetici, iş adamı	3	0,3
Toplam	1049	100,0

Çalışmaya katılan kişilerin (n=1049) sosyoekonomik durumlarına bakıldığında %6'sının (n=63) çok iyi, %20,4'ünün (n=214) iyi durumda olduğu görüldü. % 33,6'sının (n=352) sosyoekonomik durumu orta düzeyde bulunurken, örneklemin %40'ı (n=420) SED ölçeğine göre kötü durumdaydı. Katılımcıların SED'e göre dağılımı Şekil 7'de gösterilmiştir.



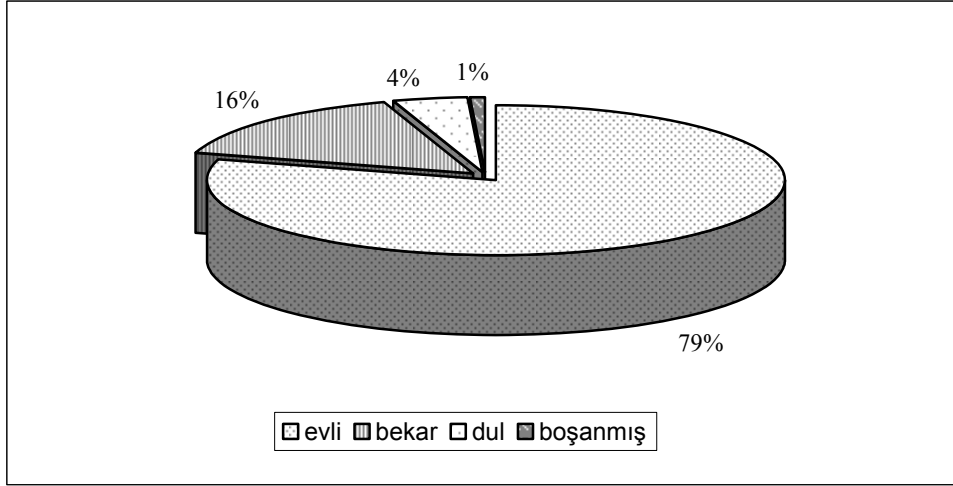
Şekil 7. Katılımcıların sosyoekonomik durumları

Katılımcılar arasında herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı % 94,6 (n=992) olarak bulundu. Kişilerin sosyal güvenlik durumları Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların sosyal güvenlik durumları

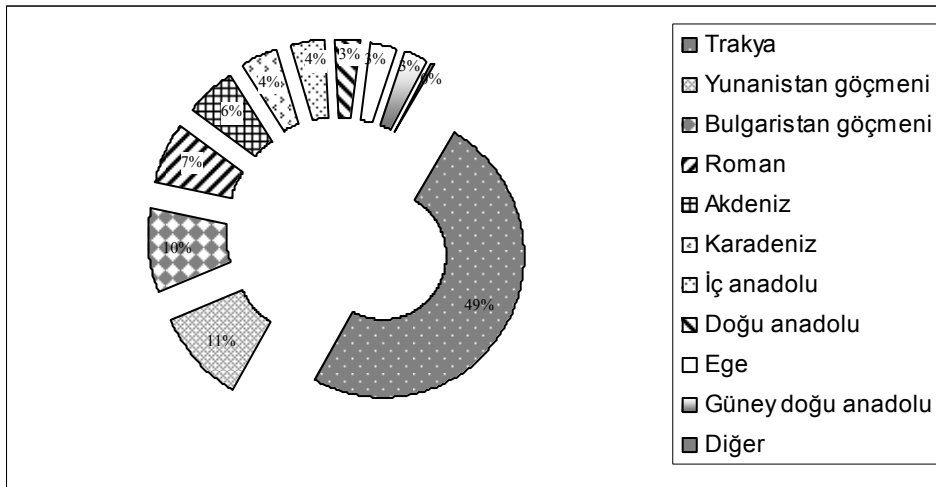
Sosyal güvence	N	%
Sosyal güvence yok	57	5,4
SSK	278	26,5
Bağkur	258	24,6
Yeşil kart	133	12,7
Özel sigorta	6	0,6
Emekli sandığı	294	28,0
Kurum	17	1,6
Diğer	6	0,6
Toplam	1049	100,0

Katılımcıların (n=1049) %79'u (n=833) evli, %16'sı (n=165) bekar, %4'ü (n=41) dul, %1'i (n=10) boşanmış olarak bulundu. Katılımcıların medeni durumları Şekil 8'de gösterilmiştir.



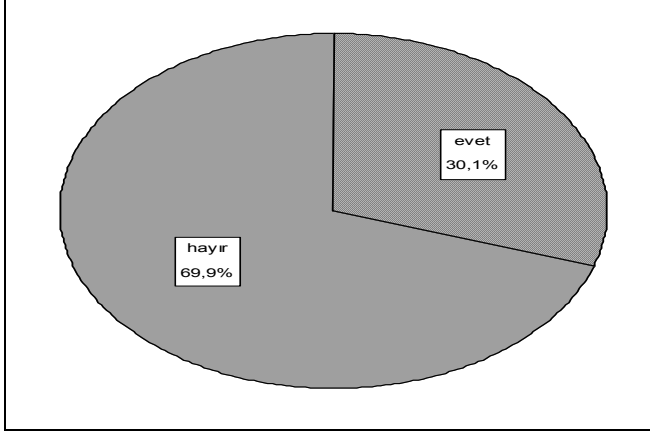
Şekil 8. Katılımcıların medeni durumları

Çalışmaya katılan kişilerin coğrafi kökenleri incelendiğinde %49,8'inin (n=522) Trakya, %10,6'sının (n=111) Yunanistan göçmeni, %9,6'sının (n=101) Bulgaristan göçmeni, %7'sinin (n=73) Roman, %5,8'inin (n=61) Akdeniz, %4,1'inin (n=43) Karadeniz, %3,9'inin (n=41) İç Anadolu, %3,1'inin (n=33) Doğu Anadolu, %3,1'inin (n=32) Ege, %2,8'inin (n=29) Güneydoğu Anadolu bölgesi olduğu bulundu. Katılımcıların coğrafi kökenleri Şekil 9'da verilmektedir.



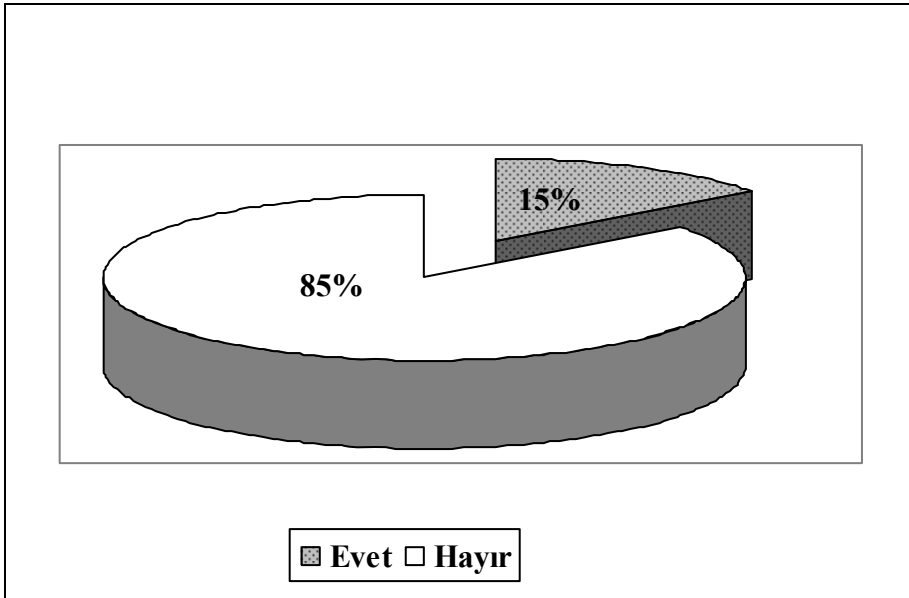
Şekil 9. Katılımcıların coğrafi kökeni

Katılımcılara (n=1049) ‘sürekli bir hatalık durumu incelendiğinde %30,1’inin (n=316) sürekli bir hastalığı olduğu, %69,9’unun (n=733) sürekli bir hastalığı olmadığı kendi ifadelerine göre tespit edilmiştir. Katılımcıların kronik hastalık durumu Şekil 10’da gösterilmiştir.



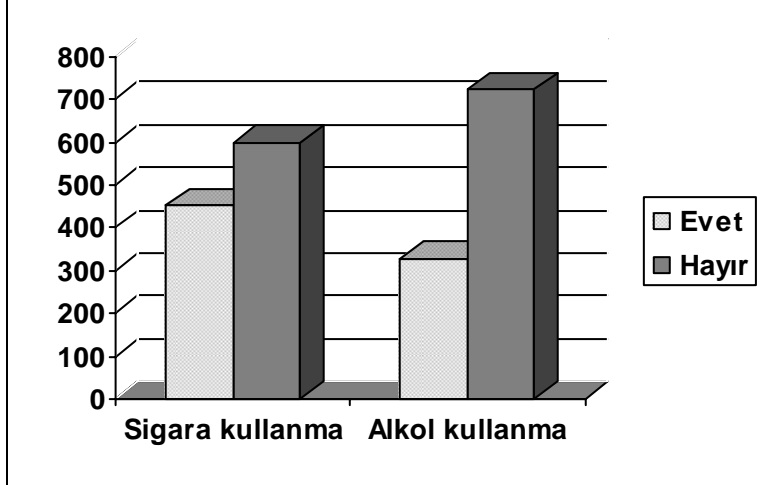
Şekil 10. Kronik hastalık varlığı

Çalışmaya katılan kişilerin (n=1049), %85,2’si (n=894) düzenli olarak egzersiz yapmazken, %14,8’i (n=155) düzenli egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumu Şekil 11’de gösterilmiştir.



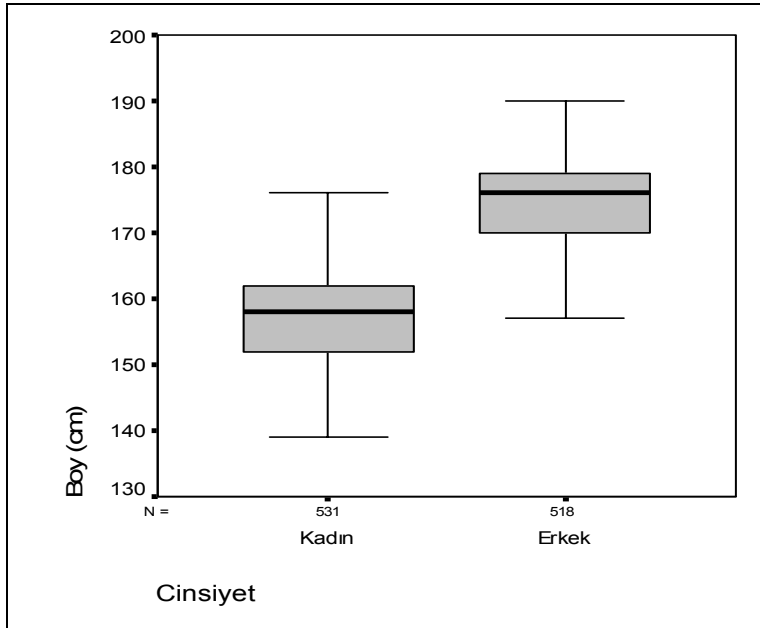
Şekil 11. Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumu

Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumu incelendiğinde %43,1'inin (n=452) sigara içtiği, %56,9'unun (n=597) sigara içmediği, %31,2'sinin (n=327) alkol kullandığı, %68,8'inin (n=722) alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların sigara ve alkol kullanımı Şekil 12'de verilmiştir.



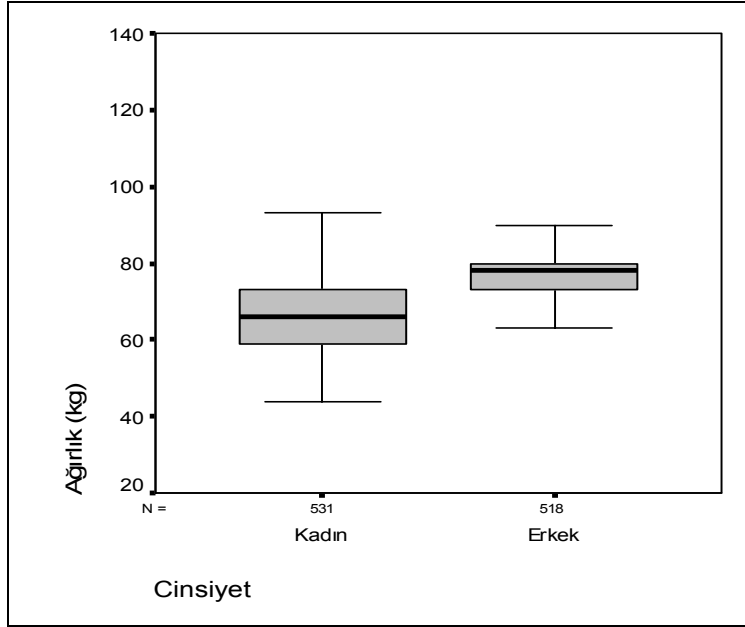
Şekil 12. Katılımcıların sigara ve alkol kullanma durumu

Kadın katılımcıların (n=531) boy ortalaması $157,64 \pm 6,88$ cm, erkek katılımcıların (n=518) boy ortalaması $175,08 \pm 5,31$ cm'dir. Katılımcıların (1049) cinsiyete göre boy ortalamaları Şekil 13'de gösterilmiştir.



Şekil 13. Katılımcıların boy ortalamaları

Kadın katılımcıların (n=531) kilo ortalaması $66,78 \pm 11,18$ kg, erkek katılımcıların (n=518) kilo ortalaması $77,41 \pm 7,41$ kg'dır. Katılımcıların (1049) cinsiyete göre kilo ortalamaları Şekil 14'de gösterilmiştir.



Şekil 14. Katılımcıların kilo ortalamaları

Katılımcıların VKİ'leri incelendiğinde (n=1049) kadınların %2,4'ü (n=13) zayıf, %35'i (n=186) normal, %33,1'i (n=176) kilolu, %29,4'ü obez; erkeklerin %0,6'sı (n=3) zayıf, %45,8'i (n=237) normal, %49,4'ü (n=256) kilolu, %4,2'si (n=22) obez olarak bulundu. Katılımcıların VKİ dağılımı Tablo 15'de gösterilmiştir.

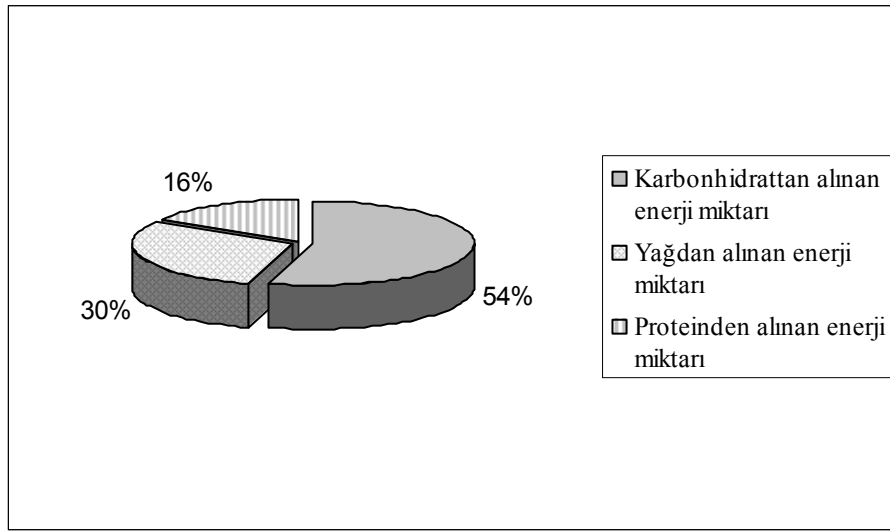
Tablo15. Katılımcıların VKİ dağılımı

Cinsiyet	VKİ Sınıflama				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Kadın	13 (%2,4)	186 (%35)	176 (%33,1)	156 (%29,4)	531 (%100)
Erkek	3 (%0,6)	237 (%45,8)	256(%49,4)	22 (%4,2)	518 (%100)
Toplam	16 (%1,5)	423 (%40,3)	432 (%41,2)	178 (%17,0)	1049 (%100)

Ki kare: 127,949, p<0,001.

Katılımcıların günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu incelendiğinde günlük ortalama enerji alımları $1445,9 \pm 474,0$ kcal, protein alımları $55,9 \pm 21,3$ gr, karbonhidrat alımları $190,6 \pm 64,0$ gr, yağ alımları $48,1 \pm 20,6$ gr, çoklu doymamış yağ asidi (ÇDYA) alımları $10,1 \pm 5,5$ mg, kolesterol alımları $160,8 \pm 99,7$ mg ve lif alımları ise $15,6 \pm 6,1$ gr, olarak tespit edildi.

Katılımcıların karbonhidratlardan sağlanan enerji miktarı ortalaması $54,24 \pm 8,27$, yağlardan sağlanan enerji miktarı ortalaması $29,50 \pm 6,72$, proteinlerden sağlanan enerji miktarı ortalaması $15,94 \pm 3,49$ 'du. Şekil 15'de katılımcıların ortalama enerjiyi sağladıkları besin öğeleri gösterilmektedir.



Şekil 15. Katılımcıların ortalama enerjiyi sağladıkları besin öğeleri

Katılımcıların günlük mineral alımları incelendiğinde ortalama günlük kalsiyum alımları $562,0 \pm 229,9$ mg, magnezyum alımları $184,0 \pm 75,0$ mg, fosfor alımları $855,9 \pm 312,1$ mg, demir alımları $8,0 \pm 3,1$ mg, çinko alımları $7,9 \pm 2,9$ mg, sodyum alımları 3076 ± 1134 mg, potasyum alımları ise 1520 ± 589 mg olarak bulundu.

Katılımcıların günlük vitamin alımları incelendiğinde günlük ortalama tiamin (B₁ vitamini) alımları $0,5 \pm 0,2$ mg, riboflavin (B₂ vitamini) alımları $1,0 \pm 0,4$ mg, pridoksin (B₆ vitamini) alımları $0,8 \pm 0,3$ mg, folik asit alımları $215,8 \pm 80,0$ µg, A vitamini alımları $734,2 \pm 674,7$ µg, karoten alımları $1,4 \pm 0,9$ µg, C vitamini alımları $55,7 \pm 40,1$ mg, siyanokobalamin alımları $3,1 \pm 4,7$ µg (B₁₂ vitamini) ve E vitamini alımları ise $7,5 \pm 4,7$ mg olarak tespit edildi. Çalışmamızı oluşturan erişkinlerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu Tablo 16'da verilmektedir.

Tablo 16. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin		20-30 Yaş		31-50 Yaş		51-65 Yaş		65 Yaş üzeri		Toplam		F; p
		Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	Kadın	1421,1	481,8	1384,8	397,1	1217,2	372,8	961,4	370,9	1333,2	446,6	18,728; <0,001
	Erkek	1649,2	485,5	1661,3	426,8	1389,5	408,2	1109,7	422,8	1561,5	473,8	28,689; <0,001
Protein (g)	Kadın	53,4	19,9	52,7	18,0	47,6	14,5	44,1	41,0	51,4	21,7	3,586; 0,014
	Erkek	64,3	21,1	63,4	19,1	54,9	16,1	45,6	17,6	60,5	19,9	16,536; <0,001
Yağ (g)	Kadın	49,2	22,4	46,0	19,3	41,7	15,7	32,8	13,9	45,3	20,2	10,396; <0,001
	Erkek	54,6	23,1	53,3	19,9	45,2	14,3	38,9	18,6	51,0	20,6	11,117; <0,001
Karbonhidrat (g)	Kadın	185,9	64,1	184,0	55,2	158,7	54,1	118,8	44,2	174,7	61,0	22,159; <0,001
	Erkek	217,1	59,8	222,1	56,3	184,3	60,5	140,6	51,8	206,9	62,8	34,740; <0,001
Lif (g)	Kadın	14,6	6,1	15,6	5,6	14,1	5,8	11,7	5,7	14,6	5,9	6,232; <0,001
	Erkek	17,2	6,4	17,5	5,8	15,4	5,8	12,9	6,5	16,6	6,2	9,986; <0,001
Ç.D.Y.A (g)	Kadın	10,6	5,6	9,2	4,5	7,4	4,2	5,3	2,9	9,1	5,0	19,920; <0,001
	Erkek	12,6	5,9	12,0	5,4	9,0	4,4	6,5	4,8	11,2	5,7	22,185; <0,001
Kolesterol (mg)	Kadın	166,9	107,2	155,1	92,9	152,8	93,2	121,8	97,1	156,0	99,5	2,875; 0,036
	Erkek	181,0	109,7	163,8	99,9	153,4	83,2	153,4	92,2	165,7	99,8	1,758; 0,154
Vitamin A (µg)	Kadın	746,7	700,1	744,5	653,4	699,1	581,3	581,3	412,1	723,0	643,1	1,027; 0,380
	Erkek	750,3	691,1	768,8	768,9	783,7	713,9	568,4	283,7	745,6	706,0	1,281; 0,280
Karoten (mg)	Kadın	1,49	0,95	1,47	0,93	1,39	0,90	1,37	1,03	1,45	0,94	0,360; 0,782
	Erkek	1,45	0,90	1,49	0,90	1,61	0,98	1,33	1,02	1,48	0,92	1,010; 0,388
Vitamin E (mg)	Kadın	7,48	4,14	6,92	4,02	5,63	3,76	4,32	2,57	6,69	4,03	11051; <0,001
	Erkek	9,30	5,71	9,02	5,21	6,64	4,31	5,14	4,03	8,34	5,29	12,786; <0,001
Vitamin B1 (mg)	Kadın	0,55	0,20	0,57	0,23	0,53	0,18	0,44	0,19	0,54	0,21	4,975; 0,002
	Erkek	0,63	0,22	0,65	0,23	0,60	0,19	0,50	0,17	0,62	0,22	7,416; <0,001
Vitamin B2 (mg)	Kadın	0,95	0,45	0,99	0,48	1,01	0,44	0,83	0,35	0,96	0,45	1,960; 0,119
	Erkek	1,08	0,48	1,15	0,55	1,12	0,38	0,97	0,31	1,11	0,49	2,167; 0,091
Vitamin B6 (mg)	Kadın	0,83	0,31	0,82	0,34	0,77	0,29	0,67	0,36	0,80	0,33	3,447; 0,017
	Erkek	0,93	0,30	0,93	0,32	0,86	0,26	0,74	0,30	0,90	0,31	6,884; <0,001
Vitamin B12 (µg)	Kadın	2,97	3,99	3,02	4,76	2,60	3,50	1,48	1,03	2,79	4,08	2,176; 0,090
	Erkek	3,83	5,37	3,86	5,89	2,88	4,83	1,84	1,12	3,50	5,32	2,650; 0,048
Folik asit (µg)	Kadın	201,9	77,9	216,4	74,0	69,2	7,8	165,9	71,3	203,9	75,7	6,361; <0,001
	Erkek	229,0	85,7	238,8	85,5	216,5	67,8	190,0	65,3	227,9	82,4	5,864; 0,001
Vitamin C (mg)	Kadın	61,4	41,2	59,4	42,2	53,8	39,6	55,8	50,0	59,0	42,2	0,712; 0,545
	Erkek	53,5	31,8	52,1	40,7	52,6	35,7	50,7	39,7	52,4	37,6	0,081; 0,970
İyot (µg)	Kadın	127,7	62,6	120,4	59,4	117,6	50,4	102,6	53,5	121,0	59,2	2,623; 0,050
	Erkek	149,5	58,8	144,6	57,9	132,3	45,3	126,0	64,6	142,2	57,5	3,074; 0,027
Sodyum (mg)	Kadın	2948	1163	2862	1045	2779	1059	2170	1000	2816	1108	7,109; <0,001
	Erkek	3407	1073	3532	1094	3061	945	2695	1093	3344	1098	11,083; <0,001
Potasyum (mg)	Kadın	1455	560,2	1464	611,0	1432	557,5	1307	725,7	1441	596,8	1,005; 0,390
	Erkek	1634	556,9	1638	600,0	1563	468,2	1395	560,6	1601	570,2	2,958; 0,032
Kalsiyum (mg)	Kadın	526,2	211,5	545,1	259,6	562,9	225,3	506,3	228,9	536,8	233,2	0,837; 0,474
	Erkek	558,1	221,3	593,6	233,0	624,9	1939	582,6	223,0	587,8	223,9	1,569; 0,196
Magnezyum (mg)	Kadın	177,8	76,8	180,2	80,7	163,5	62,9	144,7	68,4	173,5	76,3	3,653; 0,013
	Erkek	203,8	76,8	201,5	71,7	183,2	57,6	156,3	68,4	194,7	72,2	7,386; <0,001
Fosfor (mg)	Kadın	799,0	301,7	815,8	297,9	785,3	244,8	702,5	399,1	794,1	304,3	1,930; 0,124
	Erkek	938,1	326,7	952,3	315,7	879,5	238,1	771,2	263,1	919,2	307,7	5,812; 0,001
Demir (mg)	Kadın	7,81	3,45	7,65	2,66	7,05	2,63	5,68	2,48	7,43	3,02	7,795; <0,001
	Erkek	9,01	3,20	9,10	3,05	7,83	2,49	6,44	3,06	8,61	3,13	13,852; <0,001
Çinko (mg)	Kadın	7,59	3,07	7,64	2,77	7,27	2,34	5,91	2,22	7,40	2,82	5,716; 0,001
	Erkek	8,80	3,34	8,98	2,98	7,87	2,12	6,85	2,74	8,55	3,02	9,328; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

Tablo 17. Cinsiyet ve yaş gruplarına göre günlük 2/3 RDA değerini aşan katılımcı oranları

Besin		2/3 RDA Değerini Aşan Katılımcılar					Ki Kare; p
		20-30 Yaş	31-50 Yaş	51-65 Yaş	65 Yaş	Toplam	
Enerji (kcal)	Kadın	67 (%33,3)	67 (%33,3)	24 (%30,8)	6 (%11,8)	164 (%30,9)	9,864; 0,020
	Erkek	25 (%18,4)	64 (%25,4)	10 (%13,0)	3 (%5,7)	102 (%19,7)	14,121; 0,003
Protein (g)	Kadın	174 (%86,6)	182 (%90,5)	70 (%89,7)	33 (%64,7)	459 (%86,4)	24,176; <0,001
	Erkek	125 (%91,9)	234 (%92,9)	70 (%90,9)	33 (%62,3)	462 (%89,2)	44,647; <0,001
Karbonhidrat (g)	Kadın	190 (%94,5)	192 (%95,5)	70 (%89,7)	38 (%74,5)	490 (%92,3)	27,698; <0,001
	Erkek	135 (%99,3)	249 (%98,8)	73 (%94,8)	46 (%86,8)	503 (%97,1)	26,353; <0,001
Lif (g)	Kadın	56 (%27,9)	70 (%34,8)	28 (%35,9)	13 (%25,5)	167 (%31,5)	3,820; 0,282
	Erkek	15 (%11,0)	31 (%12,3)	14 (%18,2)	6 (%11,3)	66 (%12,7)	2,548; 0,467
Kolesterol (mg)	Kadın	67 (%33,3)	62 (%30,8)	20 (%25,6)	10 (%19,6)	159 (%29,9)	4,464; 0,215
	Erkek	52 (%38,2)	71 (%28,2)	18 (%23,4)	12 (%22,6)	153 (%29,5)	7,784; 0,051
Vitamin A (µg)	Kadın	118 (%58,7)	129 (%64,2)	46 (%59,0)	29 (%56,9)	322 (%60,6)	1,765; 0,623
	Erkek	61 (%44,9)	111 (%44,0)	44 (%57,1)	15 (%28,3)	231 (%44,6)	10,635; 0,014
Vitamin E (mg)	Kadın	53 (%26,4)	34 (%16,9)	11 (%14,1)	2 (%3,9)	100 (%18,8)	16,510; 0,001
	Erkek	50 (%36,8)	87 (%34,5)	16 (%20,8)	9 (%17,0)	162 (%31,3)	12,129; 0,007
Vitamin B1 (mg)	Kadın	33 (%16,4)	39 (%19,4)	13 (%16,7)	4 (%7,8)	89 (%16,8)	3,930; 0,269
	Erkek	23 (%16,9)	51 (%20,2)	10 (%13,0)	4 (%7,5)	88 (%17,0)	6,112; 0,106
Vitamin B2 (mg)	Kadın	130 (%64,7)	137 (%68,2)	59 (%75,6)	31 (%60,8)	357 (%67,2)	4,140; 0,247
	Erkek	90 (%66,2)	168 (%66,7)	65 (%84,4)	32 (%60,4)	355 (%68,5)	11,399; 0,010
Vitamin B6 (mg)	Kadın	78 (%38,8)	91 (%45,3)	19 (%24,4)	7 (%13,7)	195 (%36,7)	23,439; <0,001
	Erkek	75 (%55,1)	135 (%53,6)	17 (%22,1)	5 (%9,4)	232 (%44,8)	56,613; <0,001
Vitamin B12 (µg)	Kadın	123 (%61,2)	121 (%60,2)	46 (%59,0)	22 (%43,1)	312 (%58,8)	5,801; 0,122
	Erkek	98 (%72,1)	166 (%65,9)	48 (%62,3)	33 (%62,3)	345 (%66,6)	2,959; 0,398
Folik asit (µg)	Kadın	41 (%20,4)	53 (%26,4)	12 (%15,4)	3 (%5,9)	109 (%20,5)	12,175; 0,007
	Erkek	42 (%30,9)	79 (%31,3)	17 (%22,1)	7 (%13,2)	145 (%28,0)	9,056; 0,029
Vitamin C (mg)	Kadın	99 (%49,3)	94 (%46,8)	32 (%41,0)	17 (%33,3)	242 (%45,6)	4,944; 0,176
	Erkek	51 (%37,5)	74 (%29,4)	21 (%27,3)	13 (%24,5)	159 (%30,7)	4,541; 0,209
Kalsiyum (mg)	Kadın	47 (%23,4)	52 (%25,9)	10 (%12,8)	5 (%9,8)	114 (%21,5)	10,323; 0,016
	Erkek	36 (%26,5)	89 (%35,3)	12 (%15,6)	12 (%22,6)	149 (%28,8)	13,128; 0,004
Magnezyum (mg)	Kadın	49 (%24,4)	54 (%26,9)	17 (%21,8)	7 (%13,7)	127 (%23,9)	4,088; 0,252
	Erkek	22 (%16,2)	39 (%15,5)	7 (%9,1)	3 (%5,7)	71 (%13,7)	5,657; 0,130
Fosfor (mg)	Kadın	182 (%90,5)	183 (%91,0)	72 (%92,3)	38 (%74,5)	475 (%89,5)	13,540; 0,004
	Erkek	130 (%95,6)	246 (%97,6)	76 (%98,7)	51 (%96,2)	503 (%97,1)	2,193; 0,533
Demir (mg)	Kadın	24 (%11,9)	18 (%9,0)	54 (%69,2)	27 (%52,9)	123 (%23,2)	155,436; <0,001
	Erkek	122 (%89,7)	234 (%92,9)	67 (%87,0)	28 (%52,8)	451 (%87,1)	63,509; <0,001
Çinko (mg)	Kadın	156 (%77,6)	153 (%76,1)	58 (%74,4)	27 (%52,9)	394 (%74,2)	13,650; 0,003
	Erkek	94 (%69,1)	183 (%72,6)	45 (%58,4)	17 (%32,1)	339 (%65,4)	34,313; <0,001

Tablo 18. Cinsiyete göre günlük 2/3 RDA değerini aşan katılımcı oranları

	Kadın	Erkek	Ki Kare; p
Enerji (kcal)	164 (%30,9)	102 (%19,7)	17,359; <0,001
Protein (g)	459 (%86,4)	462 (%89,2)	1,849; 0,174
Karbonhidrat (g)	490 (%92,3)	503 (%97,1)	12,082; <0,001
Lif (g)	167 (%31,5)	66 (%12,7)	53,118; <0,001
Kolesterol (mg)	159 (%29,9)	153 (%29,5)	0,021; 0,885
Vitamin A (µg)	322 (%60,6)	231 (%44,6)	27,084; <0,001
Vitamin E (mg)	100 (%18,8)	162 (%31,3)	21,661; <0,001
Vitamin B1 (mg)	89 (%16,8)	88 (%17)	0,012; 0,922
Vitamin B2 (mg)	357 (%67,2)	355 (%68,5)	0,204; 0,652
Vitamin B6 (mg)	195 (%36,7)	232 (%44,8)	7,065; 0,008
Vitamin B12 (µg)	312 (%58,8)	345 (%66,6)	6,895; 0,009
Folik asit (µg)	109 (%20,5)	145 (%28,0)	7,963; 0,005
Vitamin C (mg)	242 (%45,6)	159 (%30,7)	24,584; <0,001
Kalsiyum (mg)	114 (%21,5)	149 (%28,8)	7,429; 0,006
Magnezyum (mg)	127 (%23,9)	71 (%13,7)	17,853; <0,001
Fosfor (mg)	475 (%89,5)	503 (%97,1)	24,320; <0,001
Demir (mg)	123 (%23,2)	451 (%87,1)	432,136; <0,001
Çinko (mg)	394 (%74,2)	339 (%65,4)	9,550; 0,002

Katılımcıların günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması ile önerilen miktarın 1/3'üne kadar alınalar, 1/3 ve 2/3'ü arası alanlar ve 2/3'ünden fazla miktarda alanlar şeklinde üç gruba ayrılarak yapıldı. Enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları Şekil 16'da, bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları Şekil 17'de, bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları Şekil 18'de gösterilmiştir.

Cinsiyet ve yaş gruplarına göre günlük 2/3 RDA değerini aşan katılımcı oranları Tablo 17'de, cinsiyete göre günlük 2/3 RDA değerini aşan katılımcı oranları Tablo 18'de gösterilmiştir.

Katılımcıların günlük enerji alımları ile RDA enerji değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az enerji alan 86 kişi (%8,2), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 697 (%66,4) ve 2/3'ünden fazla alan 266 kişi (%25,4) tespit edildi.

Katılımcıların günlük protein alımları ile RDA protein değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az protein alan 4 kişi (%0,4), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 124 (%11,8) ve 2/3'ünden fazla alan 921 kişi (%87,8) tespit edildi.

Katılımcıların günlük karbonhidrat alımları ile RDA karbonhidrat değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az karbonhidrat alan 0 kişi (%0), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 56 (%5,3) ve 2/3'ünden fazla alan 993 kişi (%94,7) tespit edildi.

Katılımcıların günlük kolesterol alımları ile RDA kolesterol değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az kolesterol alan 322 kişi (%30,7), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 415 (%39,6) ve 2/3'ünden fazla alan 312 kişi (%29,7) tespit edildi.

Katılımcıların günlük lif alımları ile RDA lif değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az lif alan 155 kişi (%14,8), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 661 (%63,0) ve 2/3'ünden fazla alan 233 kişi (%22,2) tespit edildi.

Katılımcıların günlük A vitamini alımları ile RDA A vitamini değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az A vitamini alan 112 kişi (%10,7), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 384 (%36,6) ve 2/3'ünden fazla alan 552 kişi (%52,7) tespit edildi.

Katılımcıların günlük E vitamini alımları ile RDA E vitamini değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az E vitamini alan 357 kişi (%34,0), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 430 (%41,0) ve 2/3'ünden fazla alan 262 kişi (%25,0) tespit edildi.

Katılımcıların günlük C vitamini alımları ile RDA C vitamini değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az C vitamini alan 251 kişi (%23,9), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 397 (%37,8) ve 2/3'ünden fazla alan 401 kişi (%38,2) tespit edildi.

Katılımcıların günlük tiamin alımları ile RDA tiamin değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az tiamin alan 162 kişi (%15,4), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 710 (%67,7) ve 2/3'ünden fazla alan 177 kişi (%16,9) tespit edildi.

Katılımcıların günlük riboflavin alımları ile RDA riboflavin değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az riboflavin alan 21 kişi (%2), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 316 (%30,1) ve 2/3'ünden fazla alan 712 kişi (%67,9) tespit edildi.

Katılımcıların günlük piridoksin alımları ile RDA piridoksin değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az piridoksin alan 89 kişi (%8,5), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 533 (%50,8) ve 2/3'ünden fazla alan 427 kişi (%40,7) tespit edildi.

Katılımcıların günlük folik asit alımları ile RDA folik asit değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az folik asit alan 128 kişi (%12,2), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 667 (%63,6) ve 2/3'ünden fazla alan 254 kişi (%24,2) tespit edildi.

Katılımcıların günlük siyanokobalamin alımları ile RDA siyanokobalamin değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az siyanokobalamin alan 167 kişi (%15,9), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 225 (%21,4) ve 2/3'ünden fazla alan 657 kişi (%62,6) tespit edildi.

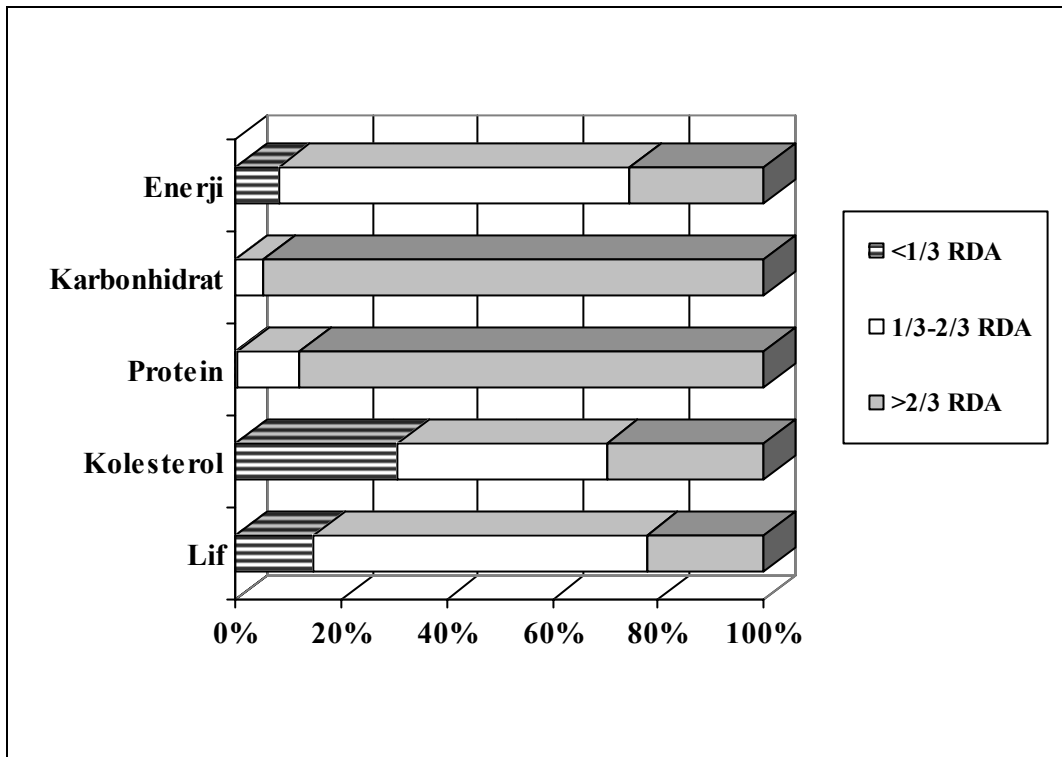
Katılımcıların günlük kalsiyum alımları ile RDA kalsiyum değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az kalsiyum alan 176 kişi (%16,8), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 610 (%58,2) ve 2/3'ünden fazla alan 263 kişi (%25,1) tespit edildi.

Katılımcıların günlük demir alımları ile RDA demir değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az demir alan 129 kişi (%12,3), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 346 (%33,0) ve 2/3'ünden fazla alan 574 kişi (%54,7) tespit edildi.

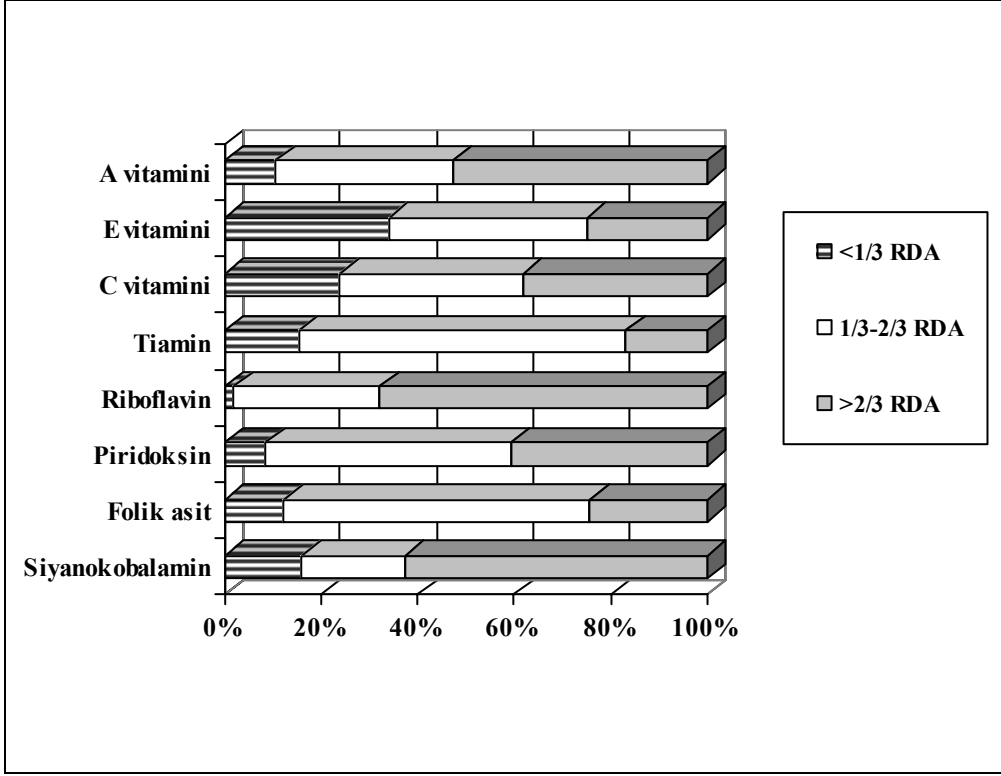
Katılımcıların günlük magnezyum alımları ile RDA magnezyum değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az magnezyum alan 172 kişi (%16,4), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 679 (%64,7) ve 2/3'ünden fazla alan 198 kişi (%18,9) tespit edildi.

Katılımcıların günlük fosfor alımları ile RDA fosfor değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az fosfor alan 2 kişi (%0,2), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 69 (%6,6) ve 2/3'ünden fazla alan 978 kişi (%93,2) tespit edildi.

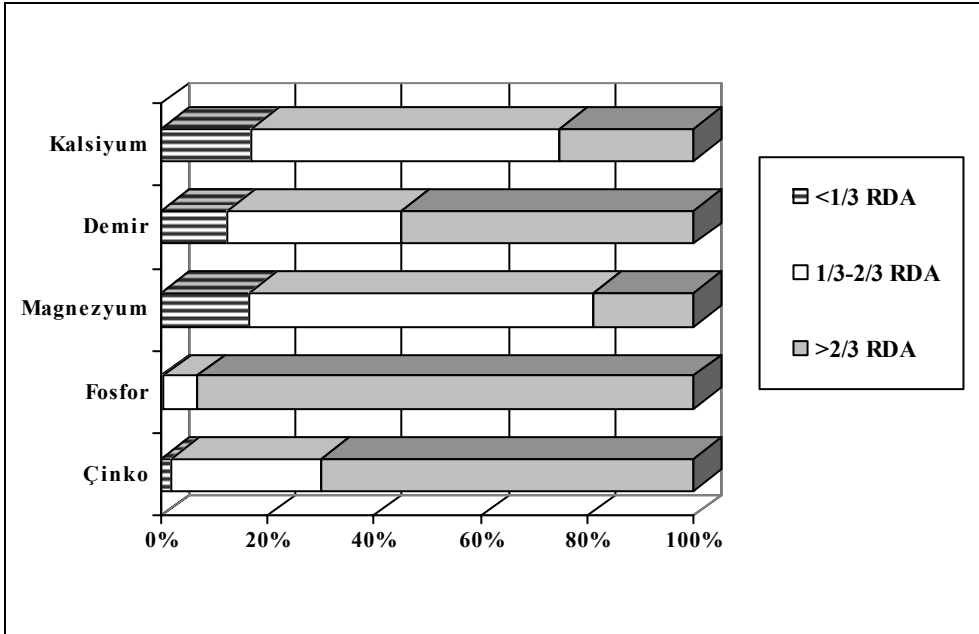
Katılımcıların günlük çinko alımları ile RDA çinko değerleri karşılaştırıldığında önerilenin 1/3'ünden daha az çinko alan 20 kişi (%1,9), 1/3'ü ile 2/3'ü arası alan 296 (%28,2) ve 2/3'ünden fazla alan 733 kişi (%69,9) tespit edildi.



Şekil 16. Enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları



Şekil 17. Bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları



Şekil 18. Bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

Çoklu Karşılaştırmalar

Eğitim Durumu İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Eğitim Durumuna Göre Günlük Enerji Ve Besin Öğeleri Tüketim Durumu

Katılımcıların eğitim durumuna göre besin tüketimi karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça protein, yağ ve enerji tüketiminin arttığı, karbonhidrat tüketiminin ise ortaokul düzeyinden sonra azalmaya başladığı dikkati çekmektedir. Eğitim durumu grupları arasında incelenen tüm besin öğeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların eğitim durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması, F ve p değerleri Tablo 19’da gösterilmiştir.

2. Katılımcıların eğitim durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması

Katılımcıların eğitim durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu enerji, protein, karbonhidrat ve kolesterol RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sırayla (Ki kare:40,855, $p<0,001$ Ki kare:49,480, $p<0,001$, Ki kare:13,888, $p: 0,031$, Ki kare:92,590, $p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça enerji, protein ve kolesterol 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı artmaktaydı. Karbonhidrat RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı ortaokul düzeyinde anlamlı olarak daha yüksekti. Katılımcıların eğitim durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 20’de gösterilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumu ile günlük vitamin ve mineral tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında tüm gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Eğitim düzeyi arttıkça günlük mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı artmaktaydı. Katılımcıların eğitim düzeyi ve günlük bazı vitamin ve minerallerin tüketimi RDA düzeyleri karşılaştırılması ve ki kare p değerleri Tablo 21 ve Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 19. Eğitim durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Okur yazar		Okur yazar değil		İlkokul		Ortaokul		Lise		Yüksekokul		Üniversite		Toplam		F; p
	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	
Enerji (kcal)	1204,6	347,7	1101,7	339,3	1373,1	429,0	1568,3	433,3	1560,5	507,9	1622,5	496,1	1514,7	509,0	1445,9	474,0	18,569; <0,001
Protein (g)	47,5	31,7	38,3	12,9	52,7	17,6	59,0	17,9	62,1	20,5	63,4	19,5	59,8	22,2	55,9	21,3	18,332; <0,001
Yağ (g)	36,4	14,7	31,0	13,4	43,6	16,7	50,1	16,8	54,2	21,8	61,7	22,2	56,0	24,6	48,1	20,6	30,342; <0,001
Karbonhidrat (g)	167,4	51,1	163,3	53,8	187,5	64,3	212,5	59,7	196,9	68,3	195,1	62,1	186,1	63,0	190,6	64,0	8,032; <0,001
Lif (g)	14,1	5,9	11,8	4,7	15,5	5,4	16,2	5,1	16,2	6,6	18,0	6,8	16,1	7,5	15,6	6,1	7,651; <0,001
Ç.D.Y.A.(g)	7,5	3,7	5,4	2,8	8,6	4,4	10,9	5,0	11,8	6,0	12,7	5,6	12,6	6,2	10,1	5,5	29,648; <0,001
Kolesterol (mg)	122,4	92,3	99,8	81,9	142,3	88,3	168,3	94,8	184,1	100,0	206,2	111,1	191,0	108,3	160,8	99,7	15,546; <0,001
Vitamin A (µg)	531,3	484,1	486,0	337,5	702,1	698,9	848,7	818,9	810,8	700,6	934,7	705,3	684,6	468,1	734,2	674,7	5,419; <0,001
Karoten (mg)	1,1	0,7	1,1	0,9	1,4	0,9	1,4	0,8	1,6	0,9	1,7	0,9	1,6	1,1	1,4	0,9	6,559; <0,001
Vitamin E (mg)	5,5	3,1	3,8	2,4	6,1	3,7	8,4	4,7	8,9	5,2	9,6	5,4	9,4	5,1	7,5	4,7	26,340; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,5	0,2	0,4	0,1	0,5	0,1	0,6	0,1	0,6	0,2	0,6	0,2	0,6	0,2	0,5	0,2	8,944; <0,001
Vitamin B2 (mg)	0,8	0,4	0,7	0,2	1,0	0,4	1,1	0,5	1,1	0,4	1,1	0,4	1,0	0,6	1,0	0,4	8,945; <0,001
Vitamin B6 (mg)	0,7	0,3	0,5	0,2	0,8	0,2	0,8	0,2	0,9	0,3	1,0	0,3	0,9	0,4	0,8	0,3	19,355; <0,001
Vitamin B12 (µg)	2,0	3,3	1,1	0,9	2,5	4,0	4,5	7,0	3,8	5,0	3,3	3,6	3,2	3,9	3,1	4,7	6,901; <0,001
Folik asit (µg)	195,8	70,8	167,5	57,6	215,8	71,1	225,9	70,0	221,8	87,1	236,3	85,7	220,3	100,9	215,8	80,0	6,439; <0,001
Vitamin C (mg)	45,8	35,6	36,7	42,3	47,9	34,2	52,7	34,7	65,0	41,0	78,6	47,7	67,4	45,3	55,7	40,1	13,615; <0,001
İyot (µg)	100,4	49,3	84,8	42,5	127,4	53,8	133,7	45,3	146,6	64,2	163,3	69,5	140,3	63,4	131,5	59,3	19,043; <0,001
Sodyum (mg)	2455,5	893,6	2185,1	981,0	3088,9	1136,1	3301,1	950,4	3268,7	1142,3	3389,9	945,4	3142,6	1290,3	3076,9	1134,2	15,478; <0,001
Potasyum (mg)	1320,8	674,3	1035,9	476,2	1469,1	512,3	1499,5	441,3	1663,3	599,6	1818,5	642,8	1647,9	665,9	1520,3	589,0	16,840; <0,001
Kalsiyum (mg)	483,1	253,8	423,7	199,4	566,1	218,0	568,4	173,1	588,0	232,7	637,8	239,0	584,8	273,1	562,0	229,8	7,866; <0,001
Magnezyum (mg)	156,2	71,0	123,8	51,4	175,0	59,2	179,4	55,5	201,5	79,4	227,4	90,6	209,0	96,7	184,0	75,0	19,556; <0,001
Fosfor (mg)	737,5	352,0	598,2	218,8	832,0	266,8	879,4	247,4	925,2	334,5	972,5	307,5	913,7	359,8	855,9	312,1	15,239; <0,001
Demir (mg)	6,6	2,5	5,9	2,1	7,6	2,5	8,3	2,6	8,7	3,5	9,3	3,4	8,6	3,8	8,0	3,1	15,370; <0,001
Çinko (mg)	6,7	2,3	5,7	2,0	7,6	2,5	8,4	2,5	8,6	3,3	8,8	2,8	8,7	3,7	7,9	2,9	13,901; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

Tablo 20. Eğitim durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

		Okur yazar	Okur yazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Üniversite	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	8 (%9,3)	8 (%9,3)	35 (%40,7)	6 (%7,0)	15 (%17,4)	6 (%57,0)	8 (%9,3)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	67 (%9,6)	49 (%7,0)	211 (%30,3)	119 (%17,1)	152 (%21,8)	33 (%4,7)	66 (%9,5)	697 (%100)
	>2/3 RDA	17 (%6,4)	7 (%2,6)	65 (%24,4)	34 (%12,8)	81 (%30,5)	25 (%9,4)	37 (13,9)	266 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	40,855; <0,001							
Protein	<1/3 RDA	0 (%0)	2 (%50,0)	2 (%50,0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	19 (%15,3)	17 (%13,7)	43 (%34,7)	11 (%8,9)	17 (%13,7)	4 (%3,2)	13 (%10,5)	124 (%100)
	>2/3 RDA	73 (%7,9)	45 (%4,9)	266 (%28,9)	148 (%16,1)	231 (%25,1)	60 (%6,5)	98 (%10,6)	921 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	49,480; <0,001							
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	6 (%10,7)	6 (%10,7)	24 (%42,9)	2 (%3,6)	10 (%17,9)	1 (%1,8)	7 (%12,5)	56 (%100)
	>2/3 RDA	86 (%8,7)	58 (%5,8)	287 (%28,9)	157 (%15,8)	238 (%24,0)	63 (%6,3)	104 (%10,5)	993 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,888; 0,031							
Lif	<1/3 RDA	12 (%7,7)	9 (%5,8)	35 (%22,6)	21 (%13,5)	43 (%27,7)	10 (%6,5)	25 (%16,1)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	59 (%8,9)	44 (%6,7)	209 (%31,6)	106 (%16,0)	153 (%23,1)	33 (%5,0)	57 (%8,6)	661 (%100)
	>2/3 RDA	21 (%9,0)	11 (%4,7)	67 (%28,8)	32 (%13,7)	52 (%22,3)	21 (%9,0)	29 (%12,4)	233 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (15,2%)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	19,371; 0,080							
Kolesterol	<1/3 RDA	48 (%14,9)	39 (%12,1)	112 (%34,8)	38 (%11,8)	52 (%16,1)	11 (%3,8)	22 (%6,8)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	26 (%6,3)	16 (%3,9)	132 (%31,8)	69 (%16,6)	104 (%25,1)	23 (%5,5)	45 (%10,8)	415 (%100)
	>2/3 RDA	18 (%5,8)	9 (%2,9)	67 (%21,5)	52 (%16,7)	92 (%29,5)	30 (%9,6)	44 (%14,1)	312 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	92,590; <0,001							

Tablo 21. Eğitim durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

		Okur yazar	Okur yazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Üniversite	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	19 (%17,0)	20 (%17,9)	32 (%28,6)	5 (%4,5)	22 (%19,6)	3 (%2,7)	11 (%9,8)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	37 (%9,6)	16 (%4,2)	120 (%31,3)	66 (%17,2)	84 (%21,9)	19 (%4,9)	42 (%10,9)	(%100)
	>2/3 RDA	12 (%6,5)	28 (%5,1)	159 (%28,8)	87 (%15,8)	142 (%25,7)	42 (%7,6)	58 (%10,5)	(%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,7)	158 (%15,1)	248 (%23,7)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	(%100)
	Ki kare; p	58,333; <0,001							
E vitamini	<1/3 RDA	47 (%13,2)	45 (%12,6)	137 (%38,4)	39 (%10,9)	55 (%15,4)	11 (%3,1)	23 (%6,4)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	35 (%8,1)	17 (%4,0)	125 (%29,1)	72 (%16,7)	108 (%25,1)	32 (%7,4)	41 (%9,5)	430 (%100)
	>2/3 RDA	10 (%3,8)	2 (%0,8)	49 (%18,7)	48 (%18,3)	85 (%32,4)	21 (%8,0)	47 (%17,9)	262 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	129,124; <0,001							
C vitamini	<1/3 RDA	27 (%10,8)	34 (%13,5)	97 (%38,6)	33 (%13,1)	35 (%13,9)	8 (%3,2)	17 (%6,8)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	37 (%9,3)	18 (%4,5)	113 (%28,5)	77 (%19,4)	93 (%23,4)	22 (%5,5)	37 (%9,3)	397 (%100)
	>2/3 RDA	28 (%7,0)	12 (%3,0)	101 (%25,2)	49 (%12,2)	120 (%29,9)	34 (%8,5)	57 (%14,2)	401 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	84,010; <0,001							
Tiamin	<1/3 RDA	22 (%13,6)	24 (%14,8)	47 (%29,0)	12 (%7,4)	29 (%17,9)	6 (%3,7)	22 (%13,6)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	60 (%8,5)	36 (%5,1)	220 (%31,0)	125 (%17,6)	166 (%23,4)	40 (%5,6)	63 (%8,9)	710 (%100)
	>2/3 RDA	10 (%5,6)	4 (%2,3)	44 (%24,9)	22 (%12,4)	53 (%29,9)	18 (%10,2)	26 (%14,7)	177 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	61,907; <0,001							
Riboflavin	<1/3 RDA	0 (%0)	5 (%23,8)	4 (%19,0)	0(%0)	9 (%42,9)	2 (%9,5)	1 (%4,8)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	45 (%14,2)	32 (%10,1)	97 (%30,7)	42 (%13,3)	59 (%18,7)	9 (%2,8)	32 (%10,1)	316 (%100)
	>2/3 RDA	47 (%6,6)	27 (%3,8)	210 (%29,5)	117 (%16,4)	180 (%25,3)	53 (%7,4)	78 (%11,0)	712 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	63,651; <0,001							
Piridoksin	<1/3 RDA	14 (%15,7)	25 (%28,1)	25 (%28,1)	8 (%9,0)	8 (%9,0)	3 (%3,4)	6 (%6,7)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	59 (%11,1)	30 (%5,6)	176 (%33,0)	87 (%16,3)	109 (%20,5)	26 (%4,9)	46 (%8,6)	533 (%100)
	>2/3 RDA	19 (%4,4)	9 (%2,1)	110 (%25,8)	64 (%15,0)	131 (%30,7)	35 (%8,2)	59 (%13,8)	427 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	138,294; <0,001							
Folik asit	<1/3 RDA	14 (%10,9)	17 (%13,3)	31 (%24,2)	8 (%6,3)	28 (%21,9)	7 (%5,5)	23 (%18,0)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	65 (%9,7)	42 (%6,3)	207 (%31,0)	108 (%16,2)	154 (%23,1)	37 (%5,5)	54 (%8,1)	667 (%100)
	>2/3 RDA	13 (%5,1)	5 (%2,0)	73 (%28,7)	43 (%16,9)	66 (%26,0)	20 (%7,9)	34 (%13,4)	254 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	47,668; <0,001							
B12 vitamini	<1/3 RDA	31 (%18,6)	28 (%16,8)	58 (%34,7)	11 (%6,6)	24 (%14,4)	5 (%3,0)	10 (%6,0)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	22 (%9,8)	20 (%8,9)	82 (%36,4)	39 (%17,3)	31 (%13,8)	10 (%4,4)	21 (%9,3)	225 (%100)
	>2/3 RDA	39 (%5,9)	16 (%2,4)	171 (%26,0)	109 (%16,6)	193 (%29,4)	49 (%7,5)	80 (%12,2)	657 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	125,910; <0,001							

Tablo 22. Eğitim durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

	Okur yazar	Okur yazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Üniversite	Toplam	
Kalsiyum	<1/3 RDA	37 (%21,0)	31 (%17,6)	51 (%29,0)	10 (%5,7)	29 (%16,5)	3 (%1,7)	15 (%8,5)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	41 (%6,7)	30 (%4,9)	186 (%30,5)	110 (%18,0)	137 (%22,5)	38 (%6,2)	68 (%11,1)	610 (%100)
	>2/3 RDA	14 (%5,3)	3 (%1,1)	74 (%28,1)	39 (%14,8)	82 (%31,2)	23 (%8,7)	28 (%10,6)	263 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	120,996; <0,001							
Demir	<1/3 RDA	22 (%17,1)	17 (%13,2)	29 (%22,5)	10 (%7,8)	30 (%23,3)	2 (%1,6)	19(%14,7)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	33 (%9,5)	24 (%6,9)	107 (%30,9)	42 (%12,1)	77 (%22,3)	24 (%6,9)	39 (%11,3)	346 (%100)
	>2/3 RDA	37 (%6,4)	23 (%4,0)	175 (%30,5)	107 (%18,6)	141 (%24,6)	38 (%6,6)	53 (%9,2)	574 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111(%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	51,642; <0,001							
Magnez- yum	<1/3 RDA	21 (%12,2)	27 (%15,7)	55 (%32,0)	22 (%12,8)	27 (%15,7)	6 (%3,5)	14 (%8,1)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	57 (%8,4)	33 (%4,9)	218 (%32,1)	120 (%17,7)	159 (%23,4)	31 (%4,6)	61 (%9,0)	679 (%100)
	>2/3 RDA	14 (%7,1)	4 (%2,0)	38 (%19,2)	17 (%8,6)	62 (%31,3)	27 (%13,6)	36 (%18,2)	198 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	100,201; <0,001							
Fosfor	<1/3 RDA	0 (%0)	2 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	13 (%18,8)	17 (%24,6)	16 (%23,2)	1 (%1,4)	15 (%21,7)	2 (%2,9)	5 (%7,2)	69 (%100)
	>2/3 RDA	79 (%8,1)	45 (%4,6)	295 (%30,2)	158 (%16,2)	233 (%23,8)	62 (%6,3)	106 (%10,8)	978 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	94,1730; <0,001							
Çinko	<1/3 RDA	0 (%0)	2 (%10,0)	7 (%35,0)	0 (%0)	6 (%30,0)	1 (%5,0)	4 (%20,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	39 (%13,2)	31 (%10,5)	98 (%33,1)	40 (%13,5)	54 (%18,2)	9 (%3,0)	25 (%8,4)	296 (%100)
	>2/3 RDA	53 (%7,2)	31 (%4,2)	206 (%28,1)	119 (%16,2)	188 (%25,6)	54 (%7,4)	82 (%11,2)	733 (%100)
	Toplam	92 (%8,8)	64 (%6,1)	311 (%29,6)	159 (%15,2)	248 (%23,6)	64 (%6,1)	111 (%10,6)	1049 (%100)
	Ki kare; p	45,320; <0,001							

3. Eğitim durumu ile VKİ'nin karşılaştırılması

Katılımcıların eğitim durumu ile VKİ karşılaştırıldığında eğitim durumu ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak yüksek oranda anlamlı farklılık saptandı (Ki kare: 198,417 $p<0,001$). Eğitim durumu azaldıkça kilolu ve obez olanların da oranı artmaktaydı. Eğitim durumu ile VKİ karşılaştırılması Tablo 23'de gösterilmiştir.

Tablo 23. Eğitim durumu ile VKİ karşılaştırılması

Eğitim durumu	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	$\geq 30,0$	
Okur yazar	1 (%6,3)	17(%4,0)	34 (%7,9)	40 (%22,5)	92 (%8,8)
Okur yazar değil	0 (%0)	11 (%2,6)	21 (%4,9)	32 (%18,0)	64 (%6,1)
İlkokul	2 (%12,5)	98 (%23,2)	151 (%35,0)	60 (%33,7)	311(%29,6)
Ortaokul	0 (%0)	67 (%15,8)	80 (%18,5)	12 (%6,7)	159 (%15,2)
Lise	8 (%50,0)	118 (%27,8)	101 (%23,4)	21 (%11,8)	248(%23,6)
Yüksekokul	0 (%0)	43 (%10,2)	15 (%3,5)	6 (%3,4)	64 (%6,1)
Üniversite	5 (%31,3)	69 (%16,3)	30 (%6,9)	7 (%3,9)	111 (%10,6)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:198,417 $p<0,001$.

Medeni Durum İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Medeni duruma göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Katılımcıların medeni durumuna göre besin tüketimi karşılaştırıldığında bekarların diğer enerji, protein, yağ, karbonhidrat, lif, ÇDYA, kolesterol, vitamin E, tiamin, folik asit, demir, çinko tüketiminin diğer gruplara göre daha fazla olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların medeni durumu ile enerji, protein, yağ, karbonhidrat, lif, ÇDYA, kolesterol, vitamin E, tiamin, folik asit, demir ve çinko tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların eğitim durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması ve F ve p değerleri Tablo 24'de gösterilmiştir.

Tablo 24. Medeni duruma göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Evli		Bekar		Boşanmış		Dul		Toplam		F; p
	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	
Enerji (kcal)	1541,2	458,5	1516,8	524,7	1410,5	589,4	1059,3	362,2	1445,9	474,0	10,665; <0,001
Protein (g)	56,0	21,2	58,0	21,8	60,7	23,4	44,8	17,9	55,9	21,3	4,486; 0,004
Yağ (g)	47,6	19,5	53,7	24,5	48,5	30,3	36,6	14,4	48,1	20,6	8,602; <0,001
Karbonhidrat (g)	192,9	62,8	193,8	66,9	176,2	66,2	133,4	48,1	190,6	64,0	11,967; <0,001
Lif (g)	15,8	5,9	15,3	6,9	16,3	10,3	12,9	6,3	15,6	6,1	3,024; 0,029
Ç.D.Y.A.(g)	9,88	5,33	12,51	5,93	10,32	6,71	6,33	3,36	10,16	5,51	18,135; <0,001
Kolesterol (mg)	159,5	97,8	175,0	108,0	170,4	117,7	127,4	93,6	160,8	99,7	2,743; 0,042
Vitamin A (µg)	731,7	669,9	743,4	696,7	933,3	965,7	699,3	615,2	734,2	674,7	0,340; 0,796
Karoten (mg)	1,45	0,91	1,48	1,00	1,66	1,24	1,65	1,06	1,47	0,93	0,748; 0,523
Vitamin E (mg)	7,27	4,65	9,28	5,15	7,77	4,82	5,12	3,25	7,51	4,76	12,122; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,59	0,22	0,57	0,23	0,57	0,30	0,50	0,19	0,58	0,22	2,656; 0,047
Vitamin B2 (mg)	1,04	0,47	0,99	0,49	1,04	0,65	1,01	0,54	0,03	0,48	0,544; 0,652
Vitamin B6 (mg)	0,85	0,32	0,89	0,33	0,90	0,40	0,76	0,31	0,85	0,32	2,089; 0,100
Vitamin B12 (µg)	3,19	4,93	3,20	4,21	3,77	4,59	1,89	2,46	3,14	4,75	1,038; 0,375
Folik asit (µg)	219,6	76,9	202,5	88,1	222,4	116,4	188,8	88,7	215,8	80,0	3,767; 0,010
Vitamin C (mg)	54,11	39,33	61,59	40,03	68,25	53,30	63,14	51,12	55,77	40,18	2,422; 0,064
İyot (µg)	131,5	58,7	136,6	62,8	123,0	77,0	111,8	49,3	131,5	59,3	1,992; 0,114
Sodyum (mg)	3121,9	1110,1	2997,7	1163,8	2726,0	1468,3	2566,6	1291,1	3076,9	1134,2	3,821; 0,010
Potasyum (mg)	1514,7	585,4	1563,3	595,1	1598,7	856,9	1441,3	571,4	1520,3	589,0	0,622; 0,601
Kalsiyum (mg)	565,4	227,8	538,7	226,2	537,4	298,9	592,3	269,0	562,0	229,9	0,903; 0,439
Magnezyum (mg)	182,5	71,6	194,9	86,6	214,9	135,7	162,9	69,2	184,0	75,0	2,942; 0,032
Fosfor (mg)	858,7	304,8	864,0	342,8	859,7	430,6	765,7	296,5	855,9	312,1	1,202; 0,308
Demir (mg)	8,03	2,97	8,24	3,62	9,40	6,26	6,40	2,72	8,02	3,13	4,608; 0,003
Çinko (mg)	8,02	2,83	7,99	3,53	8,68	4,94	6,60	2,61	7,97	2,98	3,186; 0,023

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

2. Katılımcıların medeni durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA değerleri ile karşılaştırılması

Katılımcıların medeni durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu enerji, protein, karbonhidrat RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sırayla (Ki kare: 21,601; p: 0,001 Ki kare:13,256; p: 0,039, Ki kare: 21,626; p<0,001,). Bekarlar 2/3 RDA enerji düzeyini diğer gruplara göre daha fazla aşmaktaydı. Evliler ve bekarlar boşanmış ve dul olan kişilere göre 2/3 RDA karbonhidrat düzeyini daha fazla oranda aşmaktaydı. Evli ve boşanmış kişiler bekar ve dul kişilere göre günlük 2/3 RDA protein düzeyini daha fazla oranda aşmaktaydı. Katılımcıların medeni durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 25’de gösterilmiştir.

Katılımcıların medeni durumu ile günlük vitamin ve mineral tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında medeni durum ile E vitamini, tiamin, riboflavin, folik asit, C vitamini, demir ve çinko RDA grupları arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Katılımcıların medeni durumu ve günlük bazı vitamin ve mineral tüketimi RDA düzeyleri karşılaştırılması ve ki kare p değerleri Tablo 26 ve Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 25. Medeni durum ile enerji , karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

		Evli	Bekar	Boşanmış	Dul	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	59 (%68,6)	16 (%18,6)	1 (%1,2)	10 (%11,6)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	569 (%81,6)	97 (%13,9)	6 (%0,9)	25 (%3,6)	697 (%100)
	>2/3 RDA	205 (%77,1)	52 (%19,5)	3 (%1,1)	6 (%2,3)	266 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	21,601; 0,001				
Protein	<1/3 RDA	3 (%75,0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%25,0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	90 (%72,6)	23 (%18,5)	1 (%0,8)	10 (%8,1)	124 (%100)
	>2/3 RDA	740 (%80,3)	142 (%15,4)	9 (%1,0)	30 (%3,3)	921 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,256; 0,039				
Karbon- hidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	38 (%67,9)	8 (%14,3)	2 (%3,6)	8 (%14,3)	56 (%100)
	>2/3 RDA	795 (%80,1)	157 (%15,8)	8 (%0,8)	33 (%3,3)	993 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	21,626; <0,001				
Lif	<1/3 RDA	109 (%70,3)	34 (%21,9)	2 (%1,3)	10 (%6,5)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	536 (%81,1)	98 (%14,8)	5 (%0,8)	22 (%3,3)	661 (%100)
	>2/3 RDA	188 (%80,7)	33 (%14,2)	3 (%1,3)	9 (%3,9)	233 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	10,258; 0,114				
Kolesterol	<1/3 RDA	254 (%78,9)	45 (%14,0)	3 (%0,9)	20 (%6,2)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	337 (%81,2)	62 (%14,9)	4 (%1,0)	12 (%2,9)	415 (%100)
	>2/3 RDA	242 (%77,6)	58 (%18,6)	3 (%1,0)	9 (%2,9)	312 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	9,036; 0,172				

Tablo 26. Medeni durum ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

		Evli	Bekar	Boşanmış	Dul	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	83 (%74,1)	23 (%20,5)	1 (%0,9)	5 (%4,5)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	316 (%82,3)	55 (%14,3)	2 (%0,5)	11 (%2,9)	384 (%100)
	>2/3 RDA	434 (%78,5)	87 (%15,7)	7 (%1,3)	25 (%4,5)	553 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	6,000; 0,423				
E vitamini	<1/3 RDA	297 (%83,2)	33 (%9,2)	4 (%1,1)	23 (%6,4)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	343 (%79,8)	71 (%16,5)	2 (%0,5)	14 (%3,3)	430 (%100)
	>2/3 RDA	193 (%73,7)	61 (%23,3)	4 (%1,5)	4 (%1,5)	262 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	33,177; <0,001				
C vitamini	<1/3 RDA	217 (%86,5)	24 (%9,6)	2 (%0,8)	8 (%3,2)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	315 (%79,3)	63 (%15,9)	3 (%0,8)	16 (%4,0)	397 (%100)
	>2/3 RDA	301 (%75,1)	78 (%19,5)	5 (%1,2)	17 (%4,2)	401 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,181; 0,040				
Tiamin	<1/3 RDA	110 (%67,9)	36 (%22,2)	2 (%1,2)	14 (%8,6)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	581 (%81,8)	102 (%104,4)	5 (%0,7)	22 (%3,1)	710 (%100)
	>2/3 RDA	142 (%80,2)	27 (%15,3)	3 (%1,7)	5 (%2,8)	177 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	21,075; 0,002				
Riboflavin	<1/3 RDA	11 (%52,4)	8 (%38,1)	1 (%4,8)	1 (%4,8)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	250 (%79,1)	50 (%15,8)	4 (%1,3)	12 (%3,8)	316 (%100)
	>2/3 RDA	572 (%80,3)	107 (%15,0)	5 (%0,7)	28 (%3,9)	712 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	12,956; 0,044				
Piridoksin	<1/3 RDA	73 (%82,0)	8 (%9,0)	1 (%1,1)	7 (%7,9)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	429 (%80,5)	79 (%14,8)	3 (%0,6)	22 (%4,1)	533 (%100)
	>2/3 RDA	331 (%77,5)	78 (%18,3)	6 (%1,4)	12 (%2,8)	427 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	11,687; 0,069				
Folik asir	<1/3 RDA	76 (%59,4)	39 (%30,5)	2 (%1,6)	11 (%8,6)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	550 (%82,5)	90 (%13,5)	4 (%0,6)	23 (%3,4)	667 (%100)
	>2/3 RDA	207 (%81,5)	36 (%14,2)	4 (%1,6)	7 (%2,8)	254 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	38,397; <0,001				
B12 Vitamini	<1/3 RDA	127 (%76,0)	28 (%16,8)	1 (%0,6)	11 (%6,6)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	189 (%84,0)	25 (%11,1)	1 (%0,4)	10 (%4,4)	225 (%100)
	>2/3 RDA	517 (%78,7)	112 (%17,0)	8 (%1,2)	20 (%3,0)	657 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	10,567; 0,103				

Tablo 27. Medeni durum ile bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

		Evli	Bekar	Boşanmış	Dul	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	138 (%78,4)	26 (%14,8)	3 (%1,7)	9 (%5,1)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	485 (%79,5)	99 (%16,2)	4 (%0,7)	22 (%3,6)	610 (%100)
	>2/3 RDA	210 (%79,8)	40 (%15,2)	3 (%1,1)	10 (%3,8)	263 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,783; 0,836				
Demir	<1/3 RDA	92 (%71,3)	31 (%24,0)	2 (%1,6)	4 (%3,1)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	266 (%76,9)	61 (%17,6)	3 (%0,9)	16 (%4,6)	346 (%100)
	>2/3 RDA	475 (%82,8)	73 (%12,7)	5 (%0,9)	21 (%3,7)	574 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,218; 0,040				
Magnezyum	<1/3 RDA	140 (%81,4)	22 (%12,8)	2 (%1,2)	8 (%4,7)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	547 (%80,6)	102 (%15,0)	4 (%0,6)	26 (%3,8)	679 (%100)
	>2/3 RDA	146 (%73,7)	41 (%20,7)	4 (%2,0)	7 (%3,5)	198 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	8,992; 0,174				
Fosfor	<1/3 RDA	2 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	47 (%68,1)	14 (%20,3)	2 (%2,9)	6 (%8,7)	69 (%100)
	>2/3 RDA	784 (%80,2)	151 (%15,4)	8 (%0,8)	35 (%3,6)	978 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	9,906; 0,129				
Çinko	<1/3 RDA	11 (%55,0)	8 (%40,0)	0 (%0)	1 (%5,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	238 (%80,4)	38 (%12,8)	3 (%1,0)	17 (%5,7)	296 (%100)
	>2/3 RDA	584 (%79,7)	119 (%16,2)	7 (%1,0)	23 (%3,1)	733 (%100)
	Toplam	833 (%79,4)	165 (%15,7)	10 (%1,0)	41 (%3,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	14,653; 0,023				

3. Medeni durum ile VKİ'nin karşılaştırılması

Katılımcıların medeni durumu ile VKİ karşılaştırıldığında medeni durum ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak yüksek oranda anlamlı farklılık saptandı (Ki kare:52,625; $p<0,001$). Evli olanların obez ve kilolu olma oranı bekar olanlara göre daha fazlaydı. Medeni durum ile VKİ'nin karşılaştırılması Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Medeni durum ile VKİ'nin karşılaştırılması

Medeni durum	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Evli	6 (%37,5)	295 (%69,7)	370 (%85,6)	162 (%91,0)	833 (%79,4)
Bekar	9 (%56,3)	108 (%25,5)	45 (%10,4)	3 (%1,7)	165 (%15,7)
Boşanmış	0 (%0)	7 (%1,7)	1 (%0,1)	2 (%1,1)	10 (%1,0)
Dul	1 (%6,3)	13 (3,1)	16 (3,7)	11 (%6,2)	41 (%3,9)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178(%100)	1049 (%100)

Ki kare:52,625; $p<0,001$.

Sosyoekonomik Durum İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Sosyoekonomik duruma göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Katılımcıların SED'una göre besin tüketimi karşılaştırıldığında SED düzeyi arttıkça protein, yağ ve enerji tüketiminin arttığı, karbonhidrat tüketiminin ise orta ekonomik düzeyde diğer gruplara göre daha fazla tüketildiği dikkati çekmekteydi. Katılımcıların SED grupları arasında, incelenen tüm besin öğeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların SED'a göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması, F ve p değerleri Tablo 29'da verilmektedir.

Tablo 29. Sosyoekonomik duruma göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Çok iyi		İyi		Orta		Kötü		Toplam		F; p
	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	Orta-lama	SD	
Enerji (kcal)	1474,0	557,4	1548,6	445,5	1513,6	460,6	1332,5	463,7	1445,9	474,0	14,362; <0,001
Protein (g)	59,8	23,9	62,3	18,5	59,2	23,4	49,4	18,6	55,9	21,3	24,494; <0,001
Yağ (g)	57,2	27,0	53,6	19,7	49,6	18,3	42,7	20,3	48,1	20,6	20,472; <0,001
Karbonhidrat (g)	172,4	64,5	197,7	62,7	200,3	64,6	181,5	62,3	190,6	64,0	8,271; <0,001
Lif (g)	15,38	7,73	16,75	6,61	15,80	5,54	15,05	6,10	15,67	6,16	3,714; 0,011
Ç.D.Y.A.(g)	13,13	6,58	11,31	5,26	10,16	5,30	9,12	5,37	10,16	5,51	14,691; <0,001
Kolesterol (mg)	199,1	119,9	193,7	101,5	170,0	91,0	130,6	94,0	160,8	99,7	26,401; <0,001
Vitamin A (µg)	635,9	347,1	890,7	792,6	799,6	764,0	614,3	529,5	734,2	674,7	10,061; <0,001
Karoten (mg)	1,56	1,02	1,62	0,97	1,51	0,91	1,34	0,90	1,47	0,93	5,151; 0,002
Vitamin E (mg)	10,10	5,56	8,43	4,44	7,61	4,65	6,56	4,66	7,51	4,76	14,960; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,60	0,30	0,63	0,22	0,60	0,20	0,54	0,22	0,58	0,22	8,792; <0,001
Vitamin B2 (mg)	1,10	0,74	1,17	0,52	1,11	0,44	0,89	0,40	1,03	0,48	22,462; <0,001
Vitamin B6 (mg)	1,00	0,46	0,95	0,32	0,87	0,29	0,76	0,30	0,85	0,32	24,591; <0,001
Vitamin B12 (µg)	3,19	3,01	4,52	6,49	3,53	5,30	2,11	2,81	3,14	4,75	13,950; <0,001
Folik asit (µg)	210,0	107,7	231,8	81,4	223,6	78,7	201,9	73,2	215,8	80,0	8,484; <0,001
Vitamin C (mg)	74,8	43,0	65,7	42,4	53,5	36,1	49,7	40,0	55,7	40,1	13,036; <0,001
İyot (µg)	153,2	78,6	149,9	64,4	132,8	51,2	117,7	56,0	131,5	59,3	18,151; <0,001
Sodyum (mg)	3096,5	1498,7	3331,2	1065,7	3213,5	1064,8	2829,9	1117,3	3076,9	1134,2	12,321; <0,001
Potasyum (mg)	1721,0	738,6	1672,1	564,4	1560,3	528,5	1379,2	593,2	1520,3	589,0	16,444; <0,001
Kalsiyum (mg)	577,1	317,7	605,1	230,3	604,8	203,7	501,9	222,3	562,0	229,9	16,966; <0,001
Magnezyum (mg)	212,1	96,2	204,4	80,2	184,5	68,4	168,9	70,4	184,0	75,0	14,385; <0,001
Fosfor (mg)	901,8	374,7	936,3	296,6	901,9	300,1	769,4	299,7	855,9	312,1	19,446; <0,001
Demir (mg)	8,47	4,00	8,84	3,28	8,22	2,93	7,36	2,94	8,02	3,13	12,379; <0,001
Çinko (mg)	8,25	3,90	8,66	2,93	8,39	2,72	7,22	2,89	7,97	2,98	15,874; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

2. Katılımcıların sosyoekonomik durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA değerleri ile karşılaştırılması

Katılımcıların SED ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA değerleri karşılaştırılması sonucu tüm gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı. SED’u kötü olanlar enerji, protein, karbonhidrat, kolesterol, lif 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha az orandaydı. Karbonhidrat 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı orta ve iyi SED düzeyinde anlamlı olarak daha yüksekti. Katılımcıların SED’u ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 30’da gösterilmiştir.

Katılımcıların SED düzeyi ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında tüm gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. SED’u kötü olanlar günlük mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha az olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların SED düzeyi ve günlük bazı mineral, vitaminlerin tüketimi RDA düzeyleri karşılaştırılması ve ki kare p değerleri Tablo 31 ve Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 30. Sosyoekonomik durum ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	6 (%7,0)	13 (%15,1)	15 (%17,4)	52 (%60,5)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	36 (%5,2)	133 (%19,1)	233 (%33,4)	295 (%42,3)	697 (%100)
	>2/3 RDA	21(%7,9)	68 (%25,6)	104 (%39,1)	73 (%27,4)	266 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	37,287; <0,001				
Protein	<1/3 RDA	0(%0)	0 (%)	1 (%25,0)	3 (%75,0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	7 (%5,6)	12 (%9,7)	28 (%22,6)	77 (%62,1)	124 (%100)
	>2/3 RDA	56 (%6,1)	202 (%21,9)	323 (%35,1)	340 (%36,9)	921 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	32,841; <0,001				
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	6 (%10,7)	6 (%10,7)	11 (%19,6)	33 (%58,9)	56 (%100)
	>2/3 RDA	57 (%5,7)	208 (%20,9)	341 (%34,3)	387 (%39,0)	993 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,590; 0,004				
Lif	<1/3 RDA	15 (%9,7)	43 (%27,7)	38 (%24,5)	59 (%38,1)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	33 (%5,0)	116 (%17,5)	236 (%35,7)	276 (%41,8)	661 (%100)
	>2/3 RDA	15 (%6,4)	55 (%23,6)	78 (%33,5)	85 (%36,5)	233 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	18,642; 0,005				
Kolesterol	<1/3 RDA	14 (%4,3)	33 (%10,2)	84 (%26,1)	191 (%59,3)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	24 (%5,8)	93 (%22,4)	148 (%35,7)	150 (%36,1)	415 (%100)
	>2/3 RDA	25 (%8,0)	88 (%28,2)	120 (%38,5)	79 (%25,3)	312 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	86,486; <0,001				

Tablo 31. Sosyoekonomik durum ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	3 (%2,7)	16 (%14,3)	19 (%17,0)	74 (%66,1)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	26 (%6,8)	74 (%19,3)	121 (%31,5)	163 (%42,4)	384 (%100)
	>2/3 RDA	34 (%6,1)	124 (%22,4)	212 (%38,3)	183 (%33,1)	553 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	45,471; <0,001				
E vitamini	<1/3 RDA	12 (%3,4)	50 (%14,0)	123 (%34,5)	172 (%48,2)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	26 (%6,0)	100 (%23,3)	136 (%31,6)	168 (%39,1)	430 (%100)
	>2/3 RDA	25 (%9,5)	64 (%24,4)	93 (%35,5)	80 (%30,5)	262 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	33,348; <0,001				
C vitamini	<1/3 RDA	3 (%1,2)	32 (%12,7)	84 (%33,5)	132 (%52,6)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	20 (%5,0)	84 (%21,2)	140 (%35,3)	153 (%38,5)	397 (%100)
	>2/3 RDA	40 (%10,0)	98 (%24,4)	128 (%31,9)	135 (%33,7)	401 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	46,163; <0,001				
Tiamin	<1/3 RDA	13 (%8,0)	24 (%14,8)	38 (%23,5)	87 (%53,7)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	36 (%5,1)	140 (%19,7)	256 (%36,1)	278 (%39,2)	710 (%100)
	>2/3 RDA	14 (%7,9)	50 (%28,2)	58 (%32,8)	55 (%31,1)	177 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	28,712; <0,001				
Riboflavin	<1/3 RDA	1 (%4,8)	4 (%19,0)	2 (%9,5)	14 (%66,7)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	19 (%6,0)	43 (%13,6)	79 (%25,0)	175 (%55,4)	316 (%100)
	>2/3 RDA	43 (%6,0)	167 (%23,5)	271 (%38,1)	231 (%32,4)	712 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	57,846; <0,001				
Piridoksin	<1/3 RDA	2 (%2,2)	12 (%13,5)	18 (%20,2)	57 (%64,0)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	27 (%5,1)	84 (%15,8)	182 (%34,1)	240 (%45,0)	533 (%100)
	>2/3 RDA	34 (%8,0)	118 (%27,6)	152 (%35,6)	123 (%28,8)	427 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	59,149; <0,001				
Folik asir	<1/3 RDA	20 (%15,6)	15 (%11,7)	31 (%24,2)	62 (%48,4)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	26 (%3,9)	132 (%19,8)	229 (%34,3)	280 (%42,0)	667 (%100)
	>2/3 RDA	17 (%6,7)	67 (%26,4)	92 (%36,2)	78 (%30,7)	254 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	46,542; <0,001				
B12 Vitamini	<1/3 RDA	6 (%3,6)	18 (%10,8)	28 (%16,8)	115 (%68,9)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	11 (%4,9)	36 (%16,0)	78 (%34,7)	100 (%44,4)	225 (%100)
	>2/3 RDA	46 (%7,0)	160 (%24,4)	246 (%37,4)	205 (%31,2)	657 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	83,543; <0,001				

Tablo 32. Sosyoekonomik durum ile bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

		Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	11 (%6,3)	16 (%9,1)	30 (%17,0)	119 (%67,6)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	36 (%5,9)	130 (%21,3)	212 (%34,8)	232 (%38,0)	610 (%100)
	>2/3 RDA	16 (%6,1)	68 (%25,9)	110 (%41,8)	69 (%26,2)	263 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	81,621; <0,001				
Demir	<1/3 RDA	14 (%10,9)	17 (%13,2)	28 (%21,7)	70 (%54,3)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	22 (%6,4)	73 (%21,1)	102 (%29,5)	149 (%43,1)	346 (%100)
	>2/3 RDA	27 (%4,7)	124 (%21,6)	222 (%38,7)	201 (%35,0)	574 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	33,047; <0,001				
Magnezyum	<1/3 RDA	5 (%2,9)	26 (%15,1)	52 (%30,2)	89 (%51,7)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	40 (%5,9)	126 (%18,6)	250 (%36,8)	263 (%38,7)	679 (%100)
	>2/3 RDA	18 (%9,1)	62 (%31,3)	50 (%25,3)	68 (%34,3)	198 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	35,515; <0,001				
Fosfor	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	2 (%2,9)	7 (%10,1)	14 (%20,3)	46 (%66,7)	69 (%100)
	>2/3 RDA	61 (%6,2)	207 (%21,2)	338 (%34,6)	372 (%38,0)	978 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	25,141; <0,001				
Çinko	<1/3 RDA	3 (%15,0)	2 (%10,0)	5 (%25,0)	10 (%50,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	15 (%5,1)	47 (%15,9)	76 (%25,7)	158 (%53,4)	296 (%100)
	>2/3 RDA	54 (%6,1)	165 (%22,5)	271 (%37,0)	252 (%34,4)	733 (%100)
	Toplam	63 (%6,0)	214 (%20,4)	352 (%33,6)	420 (%40,0)	1049 (%100)
	Ki kare; p	36,754; <0,001				

3. Sosyoekonomik durum ile VKİ'nin karşılaştırması

Katılımcıların SED düzeyi ile VKİ karşılaştırıldığında SED ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak yüksek oranda anlamlı farklılık saptandı (Ki kare:39,787; $p<0,001$). SED kötü olanların obez ve kilolu olma durumu, SED'ü iyi ve çok iyi olanlara göre fazlaydı. SED ile VKİ karşılaştırması Tablo 33'de gösterilmektedir.

Tablo 33. SED ile VKİ karşılaştırması

SED	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Çok iyi	3 (%18,8)	39 (%9,2)	16 (%3,7)	5 (%2,8)	63 (%6,0)
İyi	4 (%25,0)	108 (%25,5)	77 (%17,8)	25 (%14,0)	214 (%20,4)
Orta	2 (%12,5)	120 (%28,4)	160 (%37,0)	70 (%39,3)	352 (%33,6)
Kötü	7 (%43,8)	156 (%36,9)	179 (%41,4)	78 (%43,8)	420 (%40,0)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:39,787; p<0,001.

Kronik Hastalık İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Kronik hastalık durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre besin tüketimi karşılaştırıldığında kronik hastalığı olmayanların enerji, protein, yağ, karbonhidrat, lif, ÇDYA, kolesterol, vitamin E, tiamin, folik asit, piridoksin, siyanokobalamin, sodyum, potasyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko tüketiminin diğer gruplara göre daha fazla olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların kronik hastalık durumu ile enerji, protein, yağ, karbonhidrat, lif, ÇDYA, kolesterol, vitamin E, tiamin, folik asit, piridoksin, siyanokobalamin, sodyum, potasyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırması ve F ve p değerleri Tablo 34’de verilmektedir.

2. Katılımcıların kronik hastalık durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırması

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu enerji, protein, karbonhidrat RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sırasıyla Ki kare: 35,754, p<0,001, Ki kare: 22,485, p<0,001, Ki kare: 32,557, p<0,001. Kronik hastalığı olmayanların 2/3 RDA enerji, protein, karbonhidrat düzeylerini kronik hastalığı olanlara göre daha fazla aştığı dikkati çekmekteydi. Katılımcıların kronik hastalık durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 35’de gösterilmiştir.

Tablo 34. Kronik hastalık durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Kronik hastalık varlığı						F; p
	Evet		Hayır		Toplam		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	1264,9	444,6	1524,2	465,0	1445,9	474,0	70,621; <0,001
Protein (g)	49,7	17,7	58,6	22,2	55,9	21,3	40193; <0,001
Yağ (g)	42,0	17,6	50,8	21,2	48,1	20,6	42,159; <0,001
Karbonhidrat (g)	166,6	53,3	201,0	60,5	190,6	64,0	68,164; <0,001
Lif (g)	14,57	5,78	16,14	6,26	15,67	6,16	14,624; <0,001
Ç.D.Y.A.(g)	8,02	4,41	11,08	5,68	10,16	5,51	72,698; <0,001
Kolesterol (mg)	143,8	92,3	168,2	102,0	160,8	99,7	13,352; <0,001
Vitamin A (µg)	685,2	609,3	755,4	700,4	734,2	674,7	2,392; 0122
Karoten (mg)	1,40	0,95	1,49	0,92	1,47	0,93	2,072; 0,150
Vitamin E (mg)	6,04	3,92	8,14	4,95	7,51	4,76	44,638; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,54	0,20	0,60	0,22	0,58	0,22	13,961; <0,001
Vitamin B2 (mg)	1,00	0,46	1,05	0,48	1,03	0,42	1,969; 0,161
Vitamin B6 (mg)	0,79	0,33	0,88	0,32	0,85	0,32	14,756; <0,001
Vitamin B12 (µg)	2,68	4,28	3,34	4,92	3,14	4,75	4,399; 0,036
Folik asit (µg)	206,6	76,9	219,7	81,0	215,8	80,0	6,005; 0,014
Vitamin C (mg)	55,63	43,51	55,83	38,68	55,77	40,18	0,006; 0,940
İyot (µg)	121,9	53,9	135,6	61,0	131,5	59,3	11,991; 0,001
Sodyum (mg)	2841,2	1113,3	3179,0	1128,7	3076,9	1134,2	19,966; <0,001
Potasyum (mg)	1435,2	562,2	1557,1	596,8	1520,3	589,0	9,543; 0,02
Kalsiyum (mg)	559,9	243,7	562,9	223,9	562,0	229,9	0,039; 0,844
Magnezyum (mg)	170,0	67,3	190,0	77,4	184,0	75,0	15,926; <0,001
Fosfor (mg)	798,0	276,1	880,9	323,5	855,9	312,1	15,827; <0,001
Demir (mg)	7,18	2,67	8,38	3,24	8,02	3,13	33,273; <0,001
Çinko (mg)	7,29	2,52	8,26	3,11	7,97	2,98	23,670; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

Katılımcıların kronik hastalık durumu ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında kronik hastalık durumu ile E vitamini, tiamin, piridoksin, siyanokobalamin, kalsiyum, magnezyum, fosfor ve çinko RDA grupları arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Kronik hastalığı olmayanların 2/3 RDA E vitamini, tiamin, piridoksin, siyanokobalamin, kalsiyum, magnezyum, fosfor ve çinko düzeylerini kronik hastalığı olanlara göre daha fazla aştığı dikkati çekmekteydi. Katılımcıların kronik hastalık durum ve günlük bazı mineral, vitaminlerin tüketimi RDA düzeyleri karşılaştırılması ve ki kare p değerleri Tablo 36 ve Tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 35. Kronik hastalık durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

	RDA	Kr. hastalığı olanlar	Kr. hastalığı olmayanlar	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	50 (%58,1)	36 (%41,9)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	200 (%28,7)	497 (%71,3)	697 (%100)
	>2/3 RDA	67 (%25,2)	199 (%74,8)	266 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	35,754; <0,001		
Protein	<1/3 RDA	3 (%75,0)	1 (%25,0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	58 (%46,8)	66 (%53,2)	124 (%100)
	>2/3 RDA	256 (%27,8)	665 (%72,2)	921 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	22,485; <0,001		
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0(%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	36 (%64,3)	20 (%35,7)	56 (%100)
	>2/3 RDA	281 (%28,3)	712 (%71,7)	993 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	32,557; <0,001		
Lif	<1/3 RDA	48 (%31,0)	107 (%69,0)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	190 (%28,7)	471 (%71,3)	661 (%100)
	>2/3 RDA	79 (%33,9)	154 (%66,1)	233 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,225; 0,329		
Kolesterol	<1/3 RDA	119 (%37,0)	203 (%63,0)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	121 (%29,2)	294 (%70,8)	415 (%100)
	>2/3 RDA	77 (%24,7)	235 (%75,3)	312 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	11,694; 0,003		

Tablo 36. Kronik hastalık durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

	RDA	Kr. hastalığı olanlar	Kr. hastalığı olmayanlar	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	40 (%35,7)	72 (%64,3)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	117 (%30,5)	267 (%69,5)	384 (%100)
	>2/3 RDA	160 (%28,9)	393 (%71,1)	553 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,049; 0,359		
E vitamini	<1/3 RDA	149 (%41,7)	208 (%58,3)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	121 (%28,1)	309 (%71,9)	430 (%100)
	>2/3 RDA	47 (%17,9)	215 (%82,1)	262 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	42,077; <0,001		
C vitamini	<1/3 RDA	86 (%34,3)	165 (%65,7)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	119 (%30,0)	278 (%70,0)	397 (%100)
	>2/3 RDA	112 (%27,9)	289 (%72,1)	401 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,954; 0,228		
Tiamin	<1/3 RDA	67 (%41,4)	95 (%58,6)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	200 (%28,2)	510 (%71,8)	710 (%100)
	>2/3 RDA	50 (%28,2)	127 (%71,8)	177 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	11,273; 0,004		
Riboflavin	<1/3 RDA	9 (%42,9)	12 (%57,1)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	99 (%31,3)	217 (%68,7)	316 (%100)
	>2/3 RDA	209 (%29,4)	503 (%70,6)	712 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,028; 0,363		
Piridoksin	<1/3 RDA	51 (%57,3)	38 (%42,7)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	158 (%29,6)	375 (%70,4)	533 (%100)
	>2/3 RDA	108 (%25,3)	319 (%74,7)	427 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	35,958; <0,001		
Folik asit	<1/3 RDA	43 (%33,6)	85 (%66,4)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	208 (%31,2)	459 (%68,8)	667 (%100)
	>2/3 RDA	66 (%26,0)	188 (%74,0)	254 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	3,146; 0,207		
B 12 vitamini	<1/3 RDA	64 (%38,3)	103 (%61,7)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	75 (%33,3)	150 (%66,7)	225 (%100)
	>2/3 RDA	178 (%27,1)	479 (%72,9)	657 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	9,281; 0,010		

Tablo 37. Kronik hastalık durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

	RDA	Kr. hastalığı olanlar	Kr. hastalığı olmayanlar	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	71 (%40,3)	105 (%59,7)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	176 (%28,9)	434 (%71,1)	610 (%100)
	>2/3 RDA	70 (%26,6)	193 (%73,4)	263 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	10,710; 0,005		
Demir	<1/3 RDA	33 (%25,6)	96 (%74,4)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	118 (%34,1)	228 (%65,9)	346 (%100)
	>2/3 RDA	166 (%28,9)	408 (%71,1)	574 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	4,252; 0,119		
Magnezyum	<1/3 RDA	73 (%42,4)	99 (%57,6)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	189 (%27,8)	490 (%72,2)	679 (%100)
	>2/3 RDA	55 (%27,8)	143 (%72,2)	198 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	14,575; 0,001		
Fosfor	<1/3 RDA	2 (%100)	0 (%0)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	28 (%40,6)	41 (%59,4)	69 (%100)
	>2/3 RDA	287 (%29,3)	691 (%70,7)	978 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	8,485; 0,014		
Çinko	<1/3 RDA	5 (%25,0)	15 (%75,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	114 (%38,5)	182 (%61,5)	296 (%100)
	>2/3 RDA	198 (%27,0)	535 (%73,0)	733 (%100)
	Toplam	317 (%30,2)	732 (%69,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,490; 0,001		

3. Kronik hastalık ile VKİ'nin karşılaştırılması

Katılımcıların kronik hastalık durumu ile VKİ karşılaştırıldığında kronik hastalık durumu ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak yüksek oranda anlamlı farklılık saptandı. Kronik hastalığı olanların obez olma oranı diğer gruba göre daha yüksek saptandı. Kronik hastalık durumu ile VKİ, VKİ t testi tablosu Tablo 38 ve Tablo 39'da gösterilmiştir.

Tablo 38. Kronik hastalık ile VKİ karşılaştırılması

Kr. hastalık varlığı	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Evet	2 (%12,5)	87 (%20,6)	128 (%29,6)	100 (%56,2)	317 (%30,2)
Hayır	14 (%87,5)	336 (%79,4)	304 (%70,4)	78 (%43,8)	732 (%69,8)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:78,030; p<0,001.

Tablo 39. Kronik hastalık ile VKİ t testi analiz tablosu

Kr. Hastalık Varlığı		VKİ (kg/m ²)		t;p
	N	Ortalama	SD	
Evet	317	27,92	4,73	9,702; p<0,001
Hayır	732	25,38	3,46	

Egzersiz Yapma Durumu İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Egzersiz yapma durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre besin tüketimi karşılaştırıldığında egzersiz yapmayanların enerji, karbonhidrat, lif, karoten, tiamin, folik asit, riboflavin, C vitamini, iyot, fosfor, demir, çinko tüketiminin egzersiz yapanlara göre daha fazla olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile enerji, karbonhidrat, lif, karoten, tiamin, folik asit, riboflavin, C vitamini, iyot, fosfor, demir, çinko tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların egzersiz yapma durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması ve F ve p değerleri Tablo 40'da gösterilmiştir.

Tablo 40. Egzersiz yapma durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Egzersiz yapma durumu						F; p
	Evet		Hayır		Toplam		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	1327,0	516,7	1466,5	463,4	1445,9	474,0	11,549; 0,001
Protein (g)	53,16	21,76	56,46	21,28	55,97	21,37	3,148; 0,076
Yağ (g)	48,27	20,40	48,15	20,65	48,17	20,61	0,004; 0,948
Karbonhidrat (g)	162,1	70,2	195,5	61,5	190,6	64,0	37,288; <0,001
Lif (g)	14,38	7,16	15,89	5,95	15,67	6,16	7,956; 0,005
Ç.D.Y.A.(g)	10,55	4,72	10,09	5,63	10,16	5,51	0,918; 0,338
Kolesterol (mg)	154,1	92,3	162,0	101,0	160,8	99,7	0,819; 0,366
Vitamin A (µg)	659,1	557,6	747,2	692,4	734,2	674,7	2,255; 0,133
Karoten (mg)	1,62	0,96	1,44	0,92	1,47	0,93	4,543; 0,033
Vitamin E (mg)	7,86	4,38	7,44	4,82	7,51	4,76	0,987; 0,321
Vitamin B1 (mg)	0,55	0,25	0,59	0,21	0,58	0,22	3,544; 0,060
Vitamin B2 (mg)	0,96	0,47	1,05	0,48	1,03	0,48	4,068; 0,044
Vitamin B6 (mg)	0,87	0,37	0,85	0,31	0,85	0,32	0,749; 0,387
Vitamin B12 (µg)	2,53	2,94	3,25	4,99	3,14	4,75	3,041; 0,081
Folik asit (µg)	199,4	96,1	218,6	76,5	215,8	80,0	7,657; 0,006
Vitamin C (mg)	66,9	36,9	53,8	40,4	55,7	40,1	14,304; <0,001
İyot (µg)	147,7	67,3	128,7	57,3	131,5	59,3	13,790; <0,001
Sodyum (mg)	3046,4	1274,4	3082,2	1108,8	3076,9	1134,2	0,131; 0,717
Potasyum (mg)	1593,5	655,7	1507,6	576,1	1520,3	589,0	2,815; 0,094
Kalsiyum (mg)	544,5	259,4	565,0	224,5	562,0	229,9	1,057; 0,304
Magnezyum (mg)	187,4	80,1	183,4	74,1	184,0	75,0	0,372; 0,542
Fosfor (mg)	810,5	319,7	863,7	310,3	855,9	312,1	3,852; 0,050
Demir (mg)	7,33	3,31	8,13	3,08	8,02	3,13	8,760; 0,003
Çinko (mg)	6,96	3,19	8,14	2,90	7,97	2,98	21,052; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

2. Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması

Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu enerji, protein, karbonhidrat, lif RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sırasıyla Ki kare: 27,025, $p < 0,001$, Ki kare:12,102, $p < 0,002$, Ki kare:14,169; $p < 0,001$, Ki kare: 44,460, $p < 0,001$. Egzersiz yapmayanların 2/3 RDA enerji, protein, karbonhidrat, lif düzeylerinin egzersiz yapanlara göre daha fazla aştığı dikkati çekmekteydi. Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 41’de gösterilmiştir.

Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında egzersiz yapma durumu ile, tiamin, riboflavin, siyanokobalamin, folik asit, C vitamini, demir ve çinko RDA grupları arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Egzersiz yapmayanların 2/3 RDA tiamin, riboflavin, siyanokobalamin, folik asit, demir ve çinko düzeylerinin egzersiz yapanlara göre daha fazla aştığı, C vitamini değerinin ise egzersiz yapanlarda 2/3 RDA değerini daha fazla aştığı dikkati çekmekteydi. Katılımcıların egzersiz yapma durumu ve günlük bazı mineral, vitaminlerin tüketimi RDA düzeyleri karşılaştırılması ve ki kare p değerleri Tablo 42 ve Tablo 43’de verilmektedir.

Tablo 41. Egzersiz yapma durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

	RDA	Egzersiz yapanlar	Egzersiz yapmayanlar	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	29 (%33,7)	57 (%66,3)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	94 (%13,5)	603 (%86,5)	697 (%100)
	>2/3 RDA	32 (%12,0)	234 (%88,0)	266 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	27,025; <0,001		
Protein	<1/3 RDA	1 (%25,0)	3 (%75,0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	31 (%25,0)	93 (%75,0)	124 (%100)
	>2/3 RDA	123 (%13,4)	798 (%86,6)	921 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	12,102; 0,002		
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	18 (%32,1)	38 (%67,9)	56 (%100)
	>2/3 RDA	137 (%13,8)	856 (%86,2)	993 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	14,169; <0,001		
Lif	<1/3 RDA	50 (%32,3)	105 (%67,7)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	75 (%11,3)	586 (%88,7)	661 (%100)
	>2/3 RDA	30 (%12,9)	203 (%87,1)	233 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	44,460; <0,001		
Kolesterol	<1/3 RDA	51 (%15,8)	271 (%84,2)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	63 (%15,2)	352 (%84,8)	415 (%100)
	>2/3 RDA	41 (%13,1)	271 (%86,9)	312 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	1,005; 0,605		

Tablo 42. Egzersiz yapma durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

	RDA	Egzersiz yapanlar	Egzersiz yapmayanlar	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	18 (%16,1)	94 (%83,9)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	65 (%16,9)	319 (%83,1)	384 (%100)
	>2/3 RDA	72 (%13,0)	481 (%87,0)	553 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,915; 0,233		
E vitamini	<1/3 RDA	46 (%12,9)	311 (%87,1)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	72 (%16,7)	358 (%83,3)	430 (%100)
	>2/3 RDA	37 (%14,1)	225 (%85,9)	262 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,425; 0,297		
C vitamini	<1/3 RDA	16 (%6,4)	235 (%93,6)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	58 (%14,6)	339 (%85,4)	397 (%100)
	>2/3 RDA	81 (%20,2)	320 (%79,8)	401 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	23,445; <0,001		
Tiamin	<1/3 RDA	40 (%24,7)	122 (%75,3)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	90 (%12,7)	620 (%87,3)	710 (%100)
	>2/3 RDA	25 (%14,1)	152 (%85,9)	177 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	15,194; 0,001		
Riboflavin	<1/3 RDA	8 (%38,1)	13 (%61,9)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	53 (%16,8)	263 (%83,2)	316 (%100)
	>2/3 RDA	94 (%13,2)	618 (%86,8)	712 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	11,469; 0,003		
Piridoksin	<1/3 RDA	10 (%11,2)	79 (%88,8)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	77 (%14,4)	456 (%85,6)	533 (%100)
	>2/3 RDA	68 (%15,9)	359 (%84,1)	427 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	1,379; 0,502		
Folik asit	<1/3 RDA	45 (%35,2)	83 (%64,8)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	70 (%10,5)	597 (%89,5)	667 (%100)
	>2/3 RDA	40 (%15,7)	214 (%84,3)	254 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	52,118; <0,001		
B 12 vitamini	<1/3 RDA	34 (%20,4)	133 (%79,6)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	26 (%11,6)	199 (%88,4)	225 (%100)
	>2/3 RDA	95 (%14,5)	562 (%85,5)	657 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	6,039; 0,049		

Tablo 43. Egzersiz yapma durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırması

	RDA	Egzersiz yapanlar	Egzersiz yapmayanlar	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	29 (%16,5)	147 (%83,5)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	88 (%14,4)	522 (%85,6)	610 (%100)
	>2/3 RDA	38 (%14,4)	225 (%65,6)	263 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	0,486; 0,784		
Demir	<1/3 RDA	37 (%28,7)	92 (%71,3)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	46 (%13,3)	300 (%86,7)	346 (%100)
	>2/3 RDA	72 (%12,5)	502 (%87,5)	574 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	22,685; <0,001		
Magnezyum	<1/3 RDA	26 (%15,1)	146 (%84,9)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	94 (%13,8)	585 (%86,2)	679 (%100)
	>2/3 RDA	35 (%17,7)	163 (%82,3)	198 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	1,807; 0,405		
Fosfor	<1/3 RDA	0 (%0)	2 (%100)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	21 (%30,4)	48 (%69,6)	69 (%100)
	>2/3 RDA	134 (%13,7)	844 (%86,3)	978 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	14,679; 0,001		
Çinko	<1/3 RDA	14 (%70,0)	6 (%30,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	56 (%18,9)	240 (%81,1)	296 (%100)
	>2/3 RDA	85 (%11,6)	648 (%88,4)	733 (%100)
	Toplam	155 (%14,8)	894 (%85,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	58,356; <0,001		

3. Egzersiz yapma durumu ile VKİ'nin karşılaştırılması

Katılımcıların egzersiz yapma durumu ile VKİ karşılaştırıldığında egzersiz yapma durumu ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Ki kare: 52,625, p<0,001).

Egzersiz yapmayanlar egzersiz yapanlara göre daha fazla oranda kilolu ve obezdi. Egzersiz yapma durumu ile VKİ, VKİ t testi tablosu Tablo 44 ve Tablo 45'de verilmektedir.

Tablo 44. Egzersiz yapma durumu ile VKİ karşılaştırılması

Egzersiz yapma durumu	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Evet	4 (%25,0)	88 (%20,8)	52 (%12,0)	11 (%6,2)	155 (%14,8)
Hayır	12 (%75,0)	335 (79,2)	380 (%88,0)	167 (%93,8)	894 (%85,2)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:52,625, p<0,001.

Tablo 45 Egzersiz yapma durumu ile VKİ t testi analiz tablosu

Egzersiz yapma durumu	VKİ (kg/m ²)		t;p
	N	Ortalama	
Evet	155	24,57	3,18
Hayır	894	26,42	4,13

-5,298; p<0,001

Şu Anki Kilo Memnuniyeti İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Şu anki kilo memnuniyeti durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumuna göre besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırıldığında şu anki kilolarından çok memnun olanlar diğer gruplara göre karbonhidrat ve siyanokobalamin hariç diğer besin öğelerini daha fazla oranda tüketmekteydi. Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumu ile karbonhidrat ve siyanokobalamin hariç diğer besin öğeleri tüketimi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması ve F ve p değerleri Tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46. Şu anki kilo memnuniyeti durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Kesinlikle memnun değilim		Memnun değilim		Farketmez		Memnunum		Çok memnunum		Toplam		F; p
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	1588,6	494,2	1459,6	548,6	1345,9	562,5	1432,8	430,2	1866,2	508,9	1445,9	474,0	5,460; <0,001
Protein (g)	63,3	21,4	57,6	23,1	52,2	23,7	54,9	20,2	75,7	19,3	55,9	21,3	6,470; <0,001
Yağ (g)	59,3	22,0	50,4	22,7	45,3	24,8	46,5	18,5	72,3	27,1	48,1	20,6	11,635; <0,001
Karbonhidrat (g)	193,2	67,4	186,7	73,8	176,4	67,6	192,3	60,0	220,0	67,3	190,6	64,0	2,143; 0,074
Lif (g)	17,40	7,08	16,70	6,78	14,39	7,58	15,23	5,61	21,72	8,22	15,67	6,16	8,490; <0,001
ÇDYA (g)	12,73	6,63	10,39	5,29	8,73	5,95	10,00	5,33	13,52	7,70	10,16	5,51	5,280; <0,001
Kolesterol (mg)	188,5	96,2	166,1	106,1	163,3	111,1	154,9	95,3	258,4	100,3	160,8	99,7	5,941; <0,001
Vitamin A (µg)	938,8	856,5	752,9	544,5	661,6	624,6	710,3	692,7	1281,3	850,7	734,2	674,7	4,374; 0,002
Karoten (mg)	1,77	1,10	1,66	1,02	1,35	0,89	1,38	0,86	2,39	1,24	1,47	0,93	9,610; <0,001
Vitamin E (mg)	10,11	6,34	7,51	4,15	6,77	5,26	7,39	4,73	9,30	5,39	7,51	4,76	4,120; 0,003
Vitamin B1 (mg)	0,66	0,31	0,61	0,25	0,54	0,23	0,57	0,20	0,83	0,26	0,58	0,22	8,922; <0,001
Vitamin B2 (mg)	1,10	0,47	1,05	0,55	1,02	0,56	1,02	0,44	1,41	0,46	1,03	0,48	3,307; 0,011
Vitamin B6 (mg)	1,00	0,38	0,92	0,38	0,79	0,35	0,82	0,28	1,18	0,38	0,85	0,32	11,149; <0,001
Vitamin B12 (µg)	4,03	4,43	2,98	4,16	2,67	3,89	3,17	5,04	3,93	2,49	3,14	4,75	0,704; 0,590
Folik asit (µg)	232,5	95,2	228,6	90,5	207,2	87,5	209,9	73,2	290,8	81,9	215,8	80,0	7,090; <0,001
Vitamin C (mg)	99,0	62,2	65,9	44,6	47,1	33,1	50,4	34,8	83,9	52,6	55,7	40,1	22,636; <0,001
İyot (µg)	158,9	69,9	134,5	67,8	118,5	57,7	129,0	54,7	181,9	57,7	131,5	59,3	6,751; <0,001
Sodyum (mg)	3430,9	1230,6	3104,1	1246,5	2796,8	1228,9	3054,8	1063,6	3927,5	1359,1	3076,9	1134,2	4,696; 0,001
Potasyum (mg)	1823,8	745,6	1610,2	661,3	1404,5	616,8	1470,6	532,6	2183,3	608,3	1520,3	589,0	12,001; <0,001
Kalsiyum (mg)	629,0	235,6	569,3	266,5	551,8	250,6	551,7	212,5	773,4	218,3	562,0	229,9	5,155; <0,001
Magnezyum (mg)	218,9	97,3	201,9	90,0	167,5	81,9	175,8	63,7	276,2	90,6	184,0	75,0	15,724; <0,001
Fosfor (mg)	955,4	329,6	884,8	349,9	818,8	358,0	836,4	287,9	1201,0	281,1	855,9	312,1	8,100; <0,001
Demir (mg)	9,21	3,88	8,35	3,53	7,39	3,47	7,82	2,81	11,50	3,81	8,02	3,13	9,287; <0,001
Çinko (mg)	8,93	3,23	8,19	3,44	7,59	3,36	7,80	2,70	11,02	3,10	7,97	2,98	7,033; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

2. Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması

Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu enerji, karbonhidrat, lif ve kolesterol RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sırasıyla; Ki kare: 50,410, $p < 0,001$ Ki kare: 18,204, $p: 0,001$, Ki kare: 50,985, $p < 0,001$, Ki kare: 32,844, $p < 0,001$. Şu anki kilolarından çok memnun olanların enerji, lif ve kolesterol 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara oranla daha fazlaydı. Şu anki kilolarından kesinlikle memnun olmayan karbonhidrat 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha fazlaydı. Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 47’de gösterilmiştir.

Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumu ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında A vitamini, tiamin, siyanokobalamin, folik asit, C vitamini, kalsiyum, magnezyum, fosfor ve demir RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Şu anki kilolarından çok memnun olanların A vitamini, tiamin, siyanokobalamin, folik asit, C vitamini, kalsiyum, magnezyum, fosfor ve demir 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha fazla olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti durumu ile günlük bazı mineral ve vitaminlerin tüketim durumu RDA düzeyleri karşılaştırılması, ki kare p değerleri Tablo 48 ve Tablo 49’da verilmektedir.

3. Şu anki kilo memnuniyeti ile VKİ karşılaştırılması

Katılımcıların şu anki kilo memnuniyeti ile VKİ karşılaştırıldığında, şu anki kilo memnuniyeti ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak yüksek oranda anlamlı farklılık saptandı (Ki kare:150,907 $p < 0,001$). Obez olanlar diğer gruplara göre yüksek oranda kilolarından memnun değildi. Şu anki kilo memnuniyeti ile VKİ karşılaştırılması Tablo 50’de gösterilmiştir.

Tablo 47. Şu anki kilo memnuniyeti durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

		Kesinlikle memnun değilim	Memnun değilim	Farketmez	Memnunum	Çok memnunum	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	1 (%1,2)	24 (%27,9)	6 (%7,0)	54 (%62,8)	1 (%1,2)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	21 (%3,0)	109 (%15,6)	49 (%7,0)	510 (%73,2)	8 (%1,1)	697 (%100)
	>2/3 RDA	17 (%6,4)	83 (%31,2)	14 (%5,3)	143 (%53,8)	9 (%3,4)	266 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	50,410; <0,001					
Protein	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	1 (%25,0)	3 (%75,0)	0(%0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	2 (%1,6)	27 (%21,8)	12 (%9,7)	82 (%66,1)	1 (%0,8)	124 (%100)
	>2/3 RDA	37 (%4,0)	189 (%20,5)	56 (%6,1)	622 (%67,5)	17 (%1,8)	921 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	7,804; 0,453					
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	1 (%108)	24 (%42,9)	3 (%5,4)	27 (%48,2)	1 (%1,8)	56 (%100)
	>2/3 RDA	38 (%3,8)	192 (%19,3)	66 (%6,6)	680 (%68,5)	17 (%1,7)	993 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	18,204; 0,001					
Lif	<1/3 RDA	3 (%1,9)	20 (%12,9)	9 (%5,8)	122 (%78,7)	1 (%0,6)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	19 (%2,9)	121 (%18,3)	46 (%7,0)	466 (%70,5)	9 (%1,4)	661 (%100)
	>2/3 RDA	17 (%7,3)	75 (%32,2)	14 (%6,0)	119 (%51,1)	8 (%3,4)	233 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	50,985; <0,001					
Kolesterol	<1/3 RDA	8 (%2,5)	71 (%22,0)	25 (%7,8)	217 (%67,4)	1 (%0,3)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	16 (%3,9)	75 (%18,1)	19 (%4,6)	302 (%72,8)	3 (%0,7)	415 (%100)
	>2/3 RDA	15 (%4,8)	70 (%22,4)	25 (%8,0)	188 (%60,3)	14 (%4,5)	312 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	32,844; <0,001					

Tablo 48. Şu anki kilo memnuniyeti durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

		Kesinlikle memnun değilim	Memnun değilim	Farketmez	Memnunum	Çok memnunum	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	3 (%2,7)	18 (%16,1)	7 (%6,3)	84 (%75,0)	0 (%0)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	6 (%1,6)	70 (%18,2)	23 (%6,0)	284 (%74,0)	1 (%0,3)	384 (%100)
	>2/3 RDA	30 (%5,4)	128 (%23,1)	39 (%7,1)	339 (%61,3)	17 (%3,1)	553 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	32,843; <0,001					
E vitamini	<1/3 RDA	8 (%2,2)	67 (%18,8)	29 (%8,1)	250 (%70,0)	3 (%0,8)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	15 (%3,5)	92 (%21,4)	29 (%6,7)	285 (%66,3)	9 (%2,1)	430 (%100)
	>2/3 RDA	16 (%6,1)	57 (%21,8)	11 (%4,2)	172 (%65,6)	6 (%2,3)	262 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,651; 0,091					
C vitamini	<1/3 RDA	4 (%1,6)	38 (%15,1)	22 (%8,8)	187 (%74,5)	0 (%0)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	7 (%1,8)	74 (%18,6)	25 (%6,3)	286 (%72,0)	5 (%1,3)	397 (%100)
	>2/3 RDA	28 (%7,0)	104 (%25,9)	22 (%5,5)	234 (%58,4)	13 (%3,2)	401 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	49,386; <0,001					
Tiamin	<1/3 RDA	4 (%2,5)	40 (%24,7)	16 (%9,9)	101 (%62,3)	1 (%0,6)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	25 (%3,5)	121 (%17,0)	42 (%5,9)	515 (%72,5)	7 (%1,0)	710 (%100)
	>2/3 RDA	10 (%5,6)	55 (%31,1)	11 (%6,2)	91 (%51,4)	10 (%5,6)	177 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	50,241; <0,001					
Riboflavin	<1/3 RDA	1 (%4,8)	6 (%28,6)	2 (%9,5)	12 (%57,1)	0 (%0)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	7 (%2,2)	61 (%19,3)	22 (%7,0)	225 (%71,2)	1 (%0,3)	316 (%100)
	>2/3 RDA	31 (%4,4)	149 (%20,9)	45 (%6,3)	470 (%66,0)	17 (%2,4)	712 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	11,167; 0,192					
Piridoksin	<1/3 RDA	3 (%3,4)	23 (%25,8)	10 (%11,2)	52 (%58,4)	1 (%1,1)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	11 (%2,1)	82 (%15,4)	38 (%7,1)	397 (%74,5)	5 (%0,9)	533 (%100)
	>2/3 RDA	25 (%5,9)	111 (%26,0)	21 (%4,9)	258 (%60,4)	12 (%2,8)	427 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	41,591; <0,001					
Folik asit	<1/3 RDA	5 (%3,9)	25 (%19,5)	13 (%10,2)	84 (%65,6)	1 (%0,8)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	23 (%3,4)	125 (%18,7)	45 (%6,7)	471 (%70,6)	3 (%0,4)	667 (%100)
	>2/3 RDA	11 (%4,3)	66 (%26,0)	11 (%4,3)	152 (%59,8)	14 (%5,5)	254 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	41,084; <0,001					
Siyanokobalamin	<1/3 RDA	2 (%1,2)	42 (%25,1)	18 (%10,8)	105 (%62,9)	0 (%0)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	4 (%1,8)	41 (%18,2)	15 (%6,7)	163 (%72,4)	2 (%0,9)	225 (%100)
	>2/3 RDA	33 (%5,0)	133 (%20,2)	36 (%5,5)	439 (%66,8)	16 (%2,4)	657 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	23,299; 0,003					

Tablo 49. Şu anki kilo memnuniyeti durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

		Kesinlikle memnun değilim	Memnun değilim	Farketmez	Memnunum	Çok memnunum	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	3 (%1,7)	39 (%22,2)	19 (%10,8)	114 (%64,8)	1 (%0,6)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	21 (%3,4)	123 (%20,2)	31 (%5,1)	431 (%70,7)	4 (%0,7)	610 (%100)
	>2/3 RDA	15 (%5,7)	54 (%20,5)	19 (%7,2)	162 (%61,6)	13 (%4,9)	263 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	35,860; <0,001					
Demir	<1/3 RDA	5 (%3,9)	41 (%31,8)	13 (%10,1)	70 (%54,3)	0 (%0)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	20 (%5,8)	76 (%22,0)	29 (%8,4)	220 (%63,6)	1 (%0,3)	346 (%100)
	>2/3 RDA	14 (%2,4)	99 (%17,2)	27 (%4,7)	417 (%72,6)	17 (%3,0)	574 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	42,858; <0,001					
Magnezyum	<1/3 RDA	3 (%1,7)	20 (%11,6)	16 (%9,3)	133 (%77,3)	0 (%0)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	17 (%2,5)	131 (%19,3)	41 (%6,0)	483 (%71,1)	7 (%1,0)	679 (%100)
	>2/3 RDA	19 (%9,6)	65 (%32,8)	12 (%6,1)	91 (%46,0)	11 (%5,6)	198 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	86,127; <0,001					
Fosfor	<1/3 RDA	0 (%0)	1 (%50,0)	1 (%50,0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	1 (%1,4)	17 (%24,6)	10 (%14,5)	41 (%59,4)	0 (%0)	69 (%100)
	>2/3 RDA	38 (%3,9)	198 (%20,2)	58 (%5,9)	666 (%68,1)	18 (%1,8)	978 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	18,854; 0,016					
Çinko	<1/3 RDA	0 (%0)	1 (%5,0)	3 (%15,0)	16 (%80,0)	0 (%0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	5 (%1,7)	60 (%20,3)	19 (%6,4)	210 (%70,9)	2 (%0,7)	296 (%100)
	>2/3 RDA	34 (%4,6)	155 (%21,1)	47 (%6,4)	481 (%65,6)	16 (%2,2)	733 (%100)
	Toplam	39 (%3,7)	216 (%20,6)	69 (%6,6)	707 (%67,4)	18 (%1,7)	1049 (%100)
	Ki kare; p	14,884; 0,061					

Tablo 50. Şu anki kilo memnuniyeti ile VKİ karşılaştırılması

Şu anki kilo memnuniyeti	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Kesinlikle memnun değilim	1(%6,3)	6 (%1,4)	16 (3,7)	16 (%9,0)	39 (%3,7)
Memnun değilim	5 (%31,3)	51 (%12,1)	86 (%19,9)	74 (%41,6)	216 (%20,6)
Farketmez	1 (%6,3)	15 (%3,5)	29 (%6,7)	24 (%13,5)	69 (%6,6)
Memnunum	7 (%43,8)	338 (%79,9)	298 (%69,0)	64 (%36,0)	707 (%67,4)
Çok memnunum	2 (%12,5)	13 (%3,1)	3 (%0,7)	0 (%0)	18 (%1,7)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:150,907; p<0,001.

Vücut Görünümü Memnuniyeti İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Vücut görünümü memnuniyeti durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Vücut görünümünden çok memnun olan katılımcıların günlük enerji ve besin öğelerini diğer gruplara göre daha fazla tükettiği dikkati çekmekteydi. Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti grupları ile incelenen tüm besin öğeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti ile günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması, F ve p değerleri Tablo 51’de gösterilmiştir.

2. Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması

Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu enerji, karbonhidrat, lif ve kolesterol RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sırayla; Ki kare: 43,066, $p < 0,001$, Ki kare: 19,099, $p: 0,001$, Ki kare: 55,006, $p < 0,001$, Ki kare: 37,905, $p < 0,001$. Vücut görünümünden çok memnun olanların enerji, karbonhidrat, lif ve kolesterol 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara oranla daha fazlaydı. Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 52’de verilmektedir.

Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti durumu ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında çinko hariç tüm mineral ve vitamin RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Vücut görünümünden çok memnun olanların çinko hariç tüm mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha fazla olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti durumu ile günlük bazı mineral ve vitaminlerin tüketim durumu RDA düzeyleri karşılaştırılması, ki kare p değerleri Tablo 53 ve Tablo 54’de gösterilmiştir.

Tablo 51. Vücut görünümü memnuniyeti durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Kesinlikle memnun değilim		Memnun değilim		Farketmez		Memnunum		Çok memnunum		Toplam		F; p
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	1525,0	480,3	1460,1	537,4	1298,6	458,8	1456,6	444,5	1920,7	530,7	1445,9	474,0	8,830; <0,001
Protein (g)	57,7	21,0	58,7	23,3	48,8	19,3	55,9	20,5	81,7	21,5	55,9	21,3	12,239; <0,001
Yağ (g)	53,1	21,4	51,4	22,0	40,8	19,7	47,8	19,3	73,4	26,7	48,1	20,6	13,919; <0,001
Karbonhidrat (g)	193,5	65,6	182,8	74,2	177,5	59,6	194,5	60,9	225,6	64,8	190,6	64,0	4,294; 0,002
Lif (g)	17,22	7,07	17,01	7,04	13,65	5,18	15,52	5,79	20,51	8,87	15,67	6,16	9,915; <0,001
Ç.D.Y.A.(g)	10,74	6,10	10,97	5,69	8,11	4,59	10,24	5,47	13,57	6,37	10,16	5,51	8,148; <0,001
Kolesterol (mg)	175,0	102,1	171,3	107,6	141,3	96,6	158,1	95,9	278,0	88,8	160,8	99,7	8,987; <0,001
Vitamin A (µg)	946,2	930,8	748,2	534,6	609,3	578,1	730,6	695,2	1344,7	1005,5	734,2	674,7	5,975; <0,001
Karoten (mg)	1,59	1,04	1,71	1,00	1,22	0,84	1,42	0,89	2,29	1,31	1,47	0,93	10,200; <0,001
Vitamin E (mg)	8,12	4,84	8,20	5,07	5,96	3,79	7,56	4,78	9,52	4,87	7,51	4,76	5,853; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,59	0,25	0,63	0,27	0,51	0,18	0,58	0,20	0,79	0,23	0,58	0,22	9,466; <0,001
Vitamin B2 (mg)	1,03	0,40	1,07	0,54	0,93	0,49	1,04	0,45	1,43	0,48	1,03	0,48	5,129; <0,001
Vitamin B6 (mg)	0,89	0,36	0,94	0,38	0,75	0,31	0,84	0,29	1,18	0,33	0,85	0,32	13,029; <0,001
Vitamin B12 (µg)	3,29	3,00	3,18	4,20	2,20	3,23	3,28	5,22	4,85	3,07	3,14	4,75	2,195; <0,001
Folik asit (µg)	228,0	94,8	230,6	91,0	196,4	73,7	213,1	75,0	288,9	94,6	215,8	80,0	8,267; <0,001
Vitamin C (mg)	87,1	62,8	71,4	47,1	43,7	31,9	51,9	36,3	70,0	34,0	55,7	40,1	19,294; <0,001
İyot (µg)	144,4	63,7	140,7	66,5	108,2	54,3	131,2	55,0	204,5	75,6	131,5	59,3	14,992; <0,001
Sodyum (mg)	3237,2	1170,7	3155,7	1211,9	2685,6	1137,4	3100,6	1073,2	4173,1	1360,0	3076,9	1134,2	9,464; <0,001
Potasyum (mg)	1660,6	761,2	1667,8	656,4	1307,6	552,2	1500,7	544,4	2138,5	592,9	1520,3	589,0	14,159; <0,001
Kalsiyum (mg)	596,5	224,0	578,0	262,9	508,8	241,4	561,5	212,7	770,0	256,3	562,0	229,9	6,332; <0,001
Magnezyum (mg)	201,0	96,1	207,3	87,9	154,6	69,8	180,6	66,4	268,1	98,2	184,0	75,0	17,828; <0,001
Fosfor (mg)	891,8	336,9	898,6	342,2	757,1	311,5	853,2	291,7	1217,2	333,7	859,3	312,1	13,396; <0,001
Demir (mg)	8,60	4,09	8,48	3,47	6,94	2,73	7,99	2,90	11,61	4,68	8,02	3,13	12,281; <0,001
Çinko (mg)	8,30	3,20	8,34	3,48	7,10	2,68	7,93	2,74	11,67	3,85	7,97	2,98	11,656; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

Tablo 52. Vücut görünümü memnuniyeti durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

		Kesinlikle memnun değilim	Memnun değilim	Farketmez	Memnunum	Çok memnunum	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	1 (%1,2)	21 (%24,4)	14 (%16,3)	50 (%58,1)	0 (%0)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	16 (%2,3)	96 (%13,8)	104 (%14,9)	472 (%67,7)	9 (%1,3)	697 (%100)
	>2/3 RDA	12 (%4,5)	72 (%27,1)	26 (%9,8)	146 (%54,9)	10 (%3,8)	266 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	43,066; <0,001					
Protein	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	1 (%25,0)	3 (%75,0)	0 (%0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	3 (%2,4)	19 (%15,3)	28 (%22,6)	73 (%58,9)	1 (%0,8)	124 (%100)
	>2/3 RDA	26 (%2,8)	170 (%18,5)	115 (%12,5)	592 (%64,3)	18 (%2,0)	921 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	11,429; 0,179					
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	1 (%1,8)	22 (%39,3)	8 (%14,3)	24 (%42,9)	1 (%1,8)	56 (%100)
	>2/3 RDA	28 (%2,8)	167 (%16,8)	136 (%13,7)	644 (%64,9)	18 (%1,8)	993 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	19,099; 0,001					
Lif	<1/3 RDA	2 (%1,3)	18 (%11,6)	19 (%12,3)	114 (%73,5)	2 (%1,3)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	14 (%2,1)	99 (%15,0)	100 (%15,1)	439 (%66,4)	9 (%1,4)	661 (%100)
	>2/3 RDA	13 (%5,6)	72 (%30,9)	25 (%10,7)	115 (%49,4)	8 (%3,4)	233 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	55,006; <0,001					
Kolesterol	<1/3 RDA	9 (%2,8)	56 (%17,4)	59 (%18,3)	197 (%61,2)	1 (%0,3)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	10 (%2,4)	71 (%17,1)	48 (%11,6)	284 (%68,4)	2 (%0,5)	415 (%100)
	>2/3 RDA	10 (%3,2)	62 (%19,9)	37 (%11,9)	187 (%59,9)	16 (%5,1)	312 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	37,905; <0,001					

Tablo 53. Vücut görünümü memnuniyeti durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

		Kesinlikle memnun değilim	Memnun değilim	Farketmez	Memnunum	Çok memnunum	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	3 (%2,7)	14 (%12,5)	25 (%22,3)	70 (%62,5)	0 (%)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	5 (%1,3)	63 (%16,4)	51 (%13,3)	262 (%68,2)	3 (%0,8)	384 (%100)
	>2/3 RDA	21 (%3,8)	112 (%20,3)	68 (%12,3)	336 (%60,8)	16 (%2,9)	553 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	25,860; 0,001					
E vitamini	<1/3 RDA	11 (%3,1)	49 (%13,7)	64 (%17,9)	230 (%64,4)	3 (%0,8)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	8 (%1,9)	83 (%19,3)	66 (%15,3)	264 (%61,4)	9 (%2,1)	430 (%100)
	>2/3 RDA	10 (%3,8)	57 (%21,8)	14 (%5,3)	174 (%66,4)	7 (%2,7)	262 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	31,161; <0,001					
C vitamini	<1/3 RDA	4 (%1,6)	26 (%10,4)	53 (%21,1)	168 (%66,9)	0 (%)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	7 (%1,8)	66 (%16,6)	48 (%12,1)	271 (%68,3)	5 (%1,3)	397 (%100)
	>2/3 RDA	18 (%4,5)	97 (%24,2)	43 (%10,7)	229 (%57,1)	14 (%3,5)	401 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	53,375; <0,001					
Tiamin	<1/3 RDA	4 (%2,5)	33 (%20,4)	34 (%21,0)	89 (%54,9)	2 (%1,2)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	20 (%2,8)	107 (%15,1)	93 (%13,1)	483 (%68,0)	7 (%1,0)	710 (%100)
	>2/3 RDA	5 (%2,8)	49 (%27,7)	17 (%9,6)	96 (%54,2)	10 (%5,6)	177 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	45,673; <0,001					
Riboflavin	<1/3 RDA	2 (%9,5)	4 (%19,0)	4 (%19,0)	11 (%52,4)	0 (%)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	4 (%1,3)	48 (%15,2)	58 (%18,4)	205 (%64,9)	1 (%0,3)	316 (%100)
	>2/3 RDA	23 (%3,2)	137 (%19,2)	82 (%11,5)	452 (%63,5)	18 (%2,5)	712 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	23,294; 0,003					
Piridoksin	<1/3 RDA	4 (%4,5)	17 (%19,1)	24 (%27,0)	44 (%49,4)	0 (%)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	9 (%1,7)	74 (%13,9)	80 (%15,0)	364 (%68,3)	6 (%1,1)	533 (%100)
	>2/3 RDA	16 (%3,7)	98 (%23,0)	40 (%9,4)	260 (%60,9)	13 (%3,0)	427 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	45,200; <0,001					
Folik asit	<1/3 RDA	5 (%3,9)	20 (%15,6)	26 (%20,3)	75 (%58,6)	2 (%1,6)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	14 (%2,1)	114 (%17,1)	97 (%14,5)	439 (%65,8)	3 (%0,4)	667 (%100)
	>2/3 RDA	10 (%3,9)	55 (%21,7)	21 (%8,3)	154 (%60,6)	14 (%5,5)	254 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	42,848; <0,001					
Siyanokobalamin	<1/3 RDA	2 (%1,2)	29 (%17,4)	39 (%23,4)	96 (%57,5)	1 (%0,6)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	4 (%1,8)	40 (%17,8)	32 (%14,2)	149 (%66,2)	0 (%)	225 (%100)
	>2/3 RDA	23 (%3,5)	120 (%18,3)	73 (%11,1)	423 (%64,4)	18 (%2,7)	657 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	28,065; <0,001					

Tablo 54. Şu anki kilo memnuniyeti durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

		Kesinlikle memnun değilim	Memnun değilim	Farketmez	Memnunum	Çok memnunum	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	3 (%1,7)	30 (%17,0)	45 (%25,6)	97 (%55,1)	1 (%0,6)	(%100)
	1/3-2/3 RDA	19 (%3,1)	109 (%17,9)	70 (%11,5)	407 (%66,7)	5 (%0,8)	(%100)
	>2/3 RDA	7 (%2,7)	50 (%19,0)	29 (%11,0)	164 (%62,4)	13 (%4,9)	(%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	44,907; <0,001					
Demir	<1/3 RDA	4 (%3,1)	30 (%23,3)	32 (%24,8)	63 (%48,8)	0 (%0)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	15 (%4,3)	74 (%21,4)	56 (%16,2)	200 (%57,8)	1 (%0,3)	346 (%100)
	>2/3 RDA	10 (%1,7)	85 (%14,8)	56 (%9,8)	405 (%70,6)	18 (%3,1)	574 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	55,315; <0,001					
Magnezyum	<1/3 RDA	3 (%1,7)	15 (%8,7)	41 (%23,8)	112 (%65,1)	1 (%0,6)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	17 (%2,5)	109 (%16,1)	86 (%12,7)	459 (%67,6)	8 (%1,2)	679 (%100)
	>2/3 RDA	9 (%4,5)	65 (%32,8)	17 (%8,6)	97 (%49,0)	10 (%5,1)	198 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	76,888; <0,001					
Fosfor	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	2 (%2,9)	13 (%18,8)	19 (%27,5)	34 (%49,3)	1 (%1,4)	69 (%100)
	>2/3 RDA	27 (%2,8)	176 (%18,0)	123 (%12,6)	634 (%64,8)	18 (%1,8)	978 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	25,633; 0,001					
Çinko	<1/3 RDA	0 (%0)	2 (%10,0)	4 (%20,0)	14 (%70,0)	0 (%0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	5 (%1,7)	49 (%16,6)	50 (%16,9)	190 (%64,2)	2 (%0,7)	296 (%100)
	>2/3 RDA	24 (%3,3)	138 (%18,8)	90 (%12,3)	464 (%63,3)	17 (%2,3)	733 (%100)
	Toplam	29 (%2,8)	189 (%18,0)	144 (%13,7)	668 (%63,7)	19 (%1,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	11,333; 0,184					

3. Vücut görünümü memnuniyeti ile VKİ karşılaştırılması

Katılımcıların vücut görünümü memnuniyeti ile VKİ karşılaştırıldığında, vücut görünümü memnuniyeti ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak yüksek oranda anlamlı farklılık saptandı (Ki kare:150,907; p<0,001). Obez olanlar diğer gruplara göre yüksek oranda vücut görünümünden memnun değildi. Vücut görünümü memnuniyeti ile VKİ karşılaştırılması Tablo 55’de gösterilmiştir.

Tablo 55. Vücut görünümü memnuniyeti ile VKİ karşılaştırılması

Vücut görünümü memnuniyeti	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Kesinlikle memnun değilim	1 (%6,3)	5 (%1,2)	7 (%1,6)	16 (%9,0)	29 (%2,8)
Memnun değilim	0 (%0)	51 (%12,1)	81 (%18,8)	57 (%32,0)	189 (%18)
Farketmez	2 (%12,5)	27 (%6,4)	61 (%14,1)	54 (%30,3)	144 (%13,7)
Memnunum	11 (%68,8)	326 (%77,1)	281 (%65)	50 (%28,1)	668 (%63,7)
Çok memnunum	2 (%12,5)	14 (%3,3)	2 (%0,5)	1 (%0,6)	19 (%1,8)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:150,907; p<0,001.

Günlük Öğün Atlama Durumu İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Günlük öğün atlama durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Günlük öğün atlamayan katılımcıların günlük enerji ve besin öğelerini günlük öğün atlayanlara göre daha fazla tükettiği dikkati çekmekteydi. Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile incelenen tüm besin öğeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması, F ve p değerleri Tablo 56’da gösterilmiştir.

2. Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması

Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu enerji, protein, lif ve kolesterol RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Bunlar sırasıyla Ki kare: 28,148, p<0,001, Ki kare:16,171, p<0,001, Ki kare: 43,451, p<0,001, Ki kare: 34,187 p<0,001’dir. Günlük öğün atlamayanların enerji, protein, lif ve kolesterol 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı günlük öğün atlayanlara oranla daha fazlaydı. Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 57’de gösterilmiştir.

Tablo 56. Günlük öğün atlama durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Günlük öğün atlama durumu						F; p
	Evet		Hayır		Toplam		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	1381,6	446,1	1533,8	496,8	1445,9	474,0	27,043; <0,001
Protein (g)	52,1	21,0	61,2	20,7	55,9	21,3	48,387; <0,001
Yağ (g)	44,1	18,9	53,6	21,5	48,1	20,6	57,741; <0,001
Karbonhidrat (g)	187,2	60,8	195,3	67,8	190,6	64,0	4,129; 0,042
Lif (g)	14,43	5,49	17,36	6,62	15,67	6,16	60,761; <0,001
Ç.D.Y.A.(g)	9,59	5,26	10,94	5,74	10,16	5,51	15,554; <0,001
Kolesterol (mg)	146,0	96,5	181,0	100,7	160,8	99,7	32,334; <0,001
Vitamin A (µg)	643,0	654,5	859,0	682,6	734,2	674,7	26,879; <0,001
Karoten (mg)	1,27	0,85	1,74	0,96	1,47	0,93	69,353; <0,001
Vitamin E (mg)	7,06	4,58	8,11	4,94	7,51	4,76	12,484; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,54	0,20	0,64	0,23	0,58	0,22	59,162; <0,001
Vitamin B2 (mg)	0,95	0,48	1,15	0,46	1,03	0,48	43,872; <0,001
Vitamin B6 (mg)	0,78	0,31	0,94	0,32	0,85	0,32	65,862; <0,001
Vitamin B12 (µg)	2,88	4,89	3,50	4,52	3,14	4,75	4,421; 0,036
Folik asit (µg)	197,7	74,2	240,5	81,0	215,8	80,0	78,292; <0,001
Vitamin C (mg)	47,55	35,31	67,02	43,60	55,77	40,18	63,640; <0,001
İyot (µg)	119,5	52,2	147,8	64,3	131,5	59,3	61,565; <0,001
Sodyum (mg)	2829,5	1050,7	3415,3	1157,7	3076,9	1134,2	72,947; <0,001
Potasyum (mg)	1385,5	548,0	1704,6	593,7	1520,3	589,0	80,851; <0,001
Kalsiyum (mg)	513,3	223,7	628,7	221,7	562,0	229,9	68,642; <0,001
Magnezyum (mg)	167,7	67,9	206,2	78,6	184,0	75,0	71,868; <0,001
Fosfor (mg)	784,1	293,5	954,1	310,4	855,9	312,1	81,770; <0,001
Demir (mg)	7,40	2,81	8,85	3,35	8,02	3,13	57,295; <0,001
Çinko (mg)	7,32	2,71	8,85	3,10	7,97	2,98	71,590; <0,001

SD: Standard Derivation (Standart Sapma).

Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında tüm mineral ve vitamin RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Günlük öğün atlamayanların tüm mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı günlük öğün atlayanlara göre daha fazla olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile günlük bazı mineral ve vitaminlerin tüketim

durumu RDA düzeyleri karşılaştırılması, ki kare p değerleri Tablo 58 ve Tablo 59’da gösterilmiştir.

Tablo 57. Günlük öğün atlama durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

	RDA	Günlük öğün atlayanlar	Günlük öğün atlamayanlar	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	51 (%59,3)	35 (%40,7)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	438 (%62,8)	259 (%37,2)	697 (%100)
	>2/3 RDA	117 (%44,0)	149 (%56,0)	266 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	28,148; <0,001		
Protein	<1/3 RDA	3 (%75,0)	1 (%25,0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	92 (%74,2)	32 (%25,8)	124 (%100)
	>2/3 RDA	511 (%55,5)	410 (%44,5)	921 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	16,171; <0,001		
karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	27 (%48,2)	29 (%51,8)	56 (%100)
	>2/3 RDA	579 (%58,3)	414 (%41,7)	993 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,214; 0,137		
Lif	<1/3 RDA	111 (%71,6)	44 (%28,4)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	401 (%60,7)	260 (%39,3)	661 (%100)
	>2/3 RDA	94 (%40,3)	139 (%59,7)	233 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	43,451; <0,001		
Kolesterol	<1/3 RDA	225 (%69,9)	97 (%30,1)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	234 (%56,4)	181 (%43,6)	415 (%100)
	>2/3 RDA	147 (%47,1)	165 (%52,9)	312 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	34,187; <0,001		

Tablo 58. Günlük öğün atlama durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

	RDA	Günlük öğün atlayanlar	Günlük öğün atlamayanlar	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	94 (%83,9)	18 (%16,1)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	246 (%64,1)	138 (%35,9)	384 (%100)
	>2/3 RDA	266 (%48,1)	287 (%51,9)	553 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	58,837; <0,001		
E vitamini	<1/3 RDA	230 (%64,4)	127 (%35,6)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	244 (%56,7)	186 (%43,3)	430 (%100)
	>2/3 RDA	132 (%50,4)	130 (%49,6)	262 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	12,530; 0,002		
C vitamini	<1/3 RDA	191 (%76,1)	60 (%23,9)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	235 (%59,2)	162 (%40,8)	397 (%100)
	>2/3 RDA	180 (%44,9)	221 (%55,1)	401 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	62,159; <0,001		
Tiamin	<1/3 RDA	132 (%75,9)	39 (%24,1)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	412 (%58,0)	298 (%42,0)	710 (%100)
	>2/3 RDA	71 (%40,1)	106 (%59,9)	177 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	44,528; <0,001		
Riboflavin	<1/3 RDA	19 (%90,5)	2 (%9,5)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	231 (%73,1)	85 (%26,9)	316 (%100)
	>2/3 RDA	356 (%50,0)	356 (%50,0)	712 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	57,273; <0,001		
Piridoksin	<1/3 RDA	63 (%70,8)	26 (%29,2)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	343 (%64,4)	190 (%35,6)	533 (%100)
	>2/3 RDA	200 (%46,8)	227 (%53,2)	427 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	36,563; <0,001		
Folik asit	<1/3 RDA	98 (%76,6)	30 (%23,4)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	403 (%60,4)	264 (%39,6)	667 (%100)
	>2/3 RDA	105 (%41,3)	149 (%58,7)	254 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	48,559; <0,001		
B 12 vitamini	<1/3 RDA	129 (%77,2)	38 (%22,8)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	147 (%65,3)	78 (%34,7)	225 (%100)
	>2/3 RDA	330 (%50,2)	327 (%49,8)	657 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	46,557; <0,001		

Tablo 59. Egzersiz yapma durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırılması

	RDA	Günlük öğün atlayanlar	Günlük öğün atlamayanlar	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	139 (%79,0)	37 (%21,0)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	355 (%58,2)	255 (%41,8)	610 (%100)
	>2/3 RDA	112 (%42,6)	151 (%57,4)	263 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	57,347; <0,001		
Demir	<1/3 RDA	109 (%84,5)	20 (%15,5)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	206 (%59,5)	140 (%40,5)	346 (%100)
	>2/3 RDA	291 (%50,7)	283 (%49,3)	574 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	49,983; <0,001		
Magnezyum	<1/3 RDA	132 (%76,7)	40 (%23,3)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	390 (%57,4)	289 (%42,6)	679 (%100)
	>2/3 RDA	84 (%42,4)	114 (%57,6)	198 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	44,525; <0,001		
Fosfor	<1/3 RDA	2 (%100)	0 (%0)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	61 (%88,4)	8 (%11,6)	69 (%100)
	>2/3 RDA	543 (%55,5)	435 (%44,5)	978 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	30,034; <0,001		
Çinko	<1/3 RDA	19 (%95,0)	1 (%5,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	208 (%70,3)	88 (%29,7)	296 (%100)
	>2/3 RDA	379 (%51,7)	354 (%58,3)	733 (%100)
	Toplam	606 (%57,8)	443 (%42,2)	1049 (%100)
	Ki kare; p	41,372; <0,001		

3. Günlük öğün atlama durumu ile VKİ'nin karşılaştırılması

Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile VKİ karşılaştırıldığında günlük öğün atlama durumu ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Ki kare: 52,625, $p < 0,001$). Obez ve kilolular diğer gruplara göre daha fazla oranda günlük öğün atlıyordu. Günlük öğün atlama durumu ile VKİ karşılaştırılması Tablo 60'da gösterilmiştir.

Tablo 60. Günlük öğün atlama durumu ile VKİ karşılaştırılması

Öğün atlama durumu	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Evet	8 (%50)	241 (%57,0)	256 (%59,3)	101 (%56,7)	606 (%57,8)
Hayır	8 (%50)	182 (%43,0)	176 (%40,7)	77 (%43,3)	443 (%42,2)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:52,625, p<0,001

Sigara İçme Durumu İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Sigara içme durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Sigara içen katılımcıların günlük enerji, yağ, karbonhidrat, ÇDYA, E vitamini, ve iyot tüketimi sigara içmeyenlere oranla daha fazla iken, sigara içmeyen katılımcıların ise sigara içenlere göre daha fazla C vitamini tükettikleri dikkat çekmekteydi. Katılımcıların sigara içme durumu ile enerji, yağ, karbonhidrat, ÇDYA vitamin E, vitamin C ve iyot tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların sigara içme durumu ile günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması, F ve p değerleri Tablo 61’de gösterilmiştir.

Tablo 61. Sigara içme durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Sigara içme durumu						F; p
	Evet		Hayır		Toplam		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	1513,8	479,8	1394,4	463,3	1445,9	474,0	16,562; <0,001
Protein (g)	57,8	21,1	54,5	21,4	55,9	21,3	6,338;0,12
Yağ (g)	49,6	22,0	47,0	19,4	48,1	20,6	3,845;0,050
Karbonhidrat (g)	200,9	62,3	182,8	64,1	190,6	64,0	21,089<0,001
Lif (g)	15,7	6,0	15,6	6,2	15,6	6,1	0,111;0,739
Ç.D.Y.A.(g)	11,2	5,7	9,3	5,1	10,1	5,5	30,928; <0,001
Kolesterol (mg)	159,0	101,4	162,2	98,5	160,8	99,7	0,257;0,612
Vitamin A (µg)	734,0	728,8	734,3	631,2	734,2	674,7	0,000;0,994
Karoten (mg)	1,45	0,94	1,48	0,93	1,47	0,93	0,398;0,528
Vitamin E (mg)	8,35	5,26	6,86	4,24	7,51	4,76	25,646; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,59	0,24	0,58	0,20	0,58	0,22	0,534;0,465
Vitamin B2 (mg)	1,03	0,53	1,04	0,44	1,03	0,48	0,001; 0,971
Vitamin B6 (mg)	0,86	0,34	0,84	0,31	0,85	0,32	0,944;0,331
Vitamin B12 (µg)	3,34	5,15	3,00	4,41	3,14	4,75	1,314;0,252
Folik asit (µg)	217,2	84,8	214,7	76,2	215,8	80,0	0,268;0,605
Vitamin C (mg)	51,69	35,72	58,86	43,02	55,77	40,18	8,248;0,004
İyot (µg)	135,76	62,63	128,29	56,54	131,51	59,33	4,089;0,043
Sodyum (mg)	3155,3	1171,7	3017,6	1102,2	3076,6	1134,2	3,801;0,051
Potasyum (mg)	1518,7	607,9	1521,5	574,7	1520,3	589,3	0,006;0,939
Kalsiyum (mg)	574,4	241,9	573,0	220,1	562,0	229,9	3,201;0,074
Magnezyum (mg)	187,1	79,2	181,6	71,7	184,0	75,0	1,377; 0,241
Fosfor (mg)	862,9	331,9	850,5	296,5	855,9	312,1	0,406;0,524
Demir (mg)	8,20	3,28	7,87	2,99	8,02	3,13	2,916;0,88
Çinko (mg)	8,05	3,22	7,91	2,77	7,97	2,98	0,571;0,450

2. Katılımcıların sigara içme durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması

Katılımcıların sigara içme durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu karbonhidrat ve lif RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Bunlar sırasıyla Ki kare: 3,910; 0,048 Ki kare 19,496; <0,001'di. Sigara içenlerin, lif 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı sigara içmeyenlere oranla daha fazlayken, sigara içmeyenlerin karbonhidrat 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı sigara içenlere göre daha fazlaydı. Katılımcıların sigara içme durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare, p değerleri Tablo 62'de gösterilmiştir.

Katılımcıların günlük sigara içme durumu ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında A vitamini, E vitamini, Riboflavin, pridoksin, folik asit, kalsiyum, demir ve çinko RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sigara içenlerin, E vitamini, piridoksin, folik asit, kalsiyum 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı sigara içmeyenlere oranla daha fazlayken, sigara içmeyenlerin A vitamini, riboflavin, çinko 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı sigara içenlere göre daha fazlaydı. Katılımcıların sigara içme durumu ile günlük bazı mineral ve vitaminleri tüketim durumu RDA düzeyleri karşılaştırılması, ki kare p değerleri Tablo 63 ve Tablo 64'de gösterilmiştir.

Tablo 62 Sigara içme durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

	RDA	Sigara içenler	Sigara içmeyenler	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	35 (%40,7)	51 (%59,3)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	308 (%44,2)	389 (%55,8)	697 (%100)
	>2/3 RDA	109 (%41,0)	157 (%59,0)	266(%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	1,028; 0,598		
Protein	<1/3 RDA	2 (%50,0)	2 (%50,0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	52 (%41,0)	72 (%58,1)	124 (%100)
	>2/3 RDA	398 (%43,2)	523 (%56,8)	921 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	0,151; 0,927		
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	17 (%30,4)	39 (%69,6)	56 (%100)
	>2/3 RDA	435 (%43,8)	558 (%56,2)	993 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	3,910; 0,048		
Lif	<1/3 RDA	84 (%54,2)	71 (%45,8)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	293(%44,3)	368 (%55,7)	661 (%100)
	>2/3 RDA	75 (%32,2)	158 (%67,8)	233 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	19,496; <0,001		
Kolesterol	<1/3 RDA	145 (%45,0)	177 (%55,0)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	172 (%41,4)	243 (%58,6)	415 (%100)
	>2/3 RDA	135 (%43,3)	177 (%56,7)	312 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	0,956; 0,620		

Tablo 63. Sigara içme durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

	RDA	Sigara içenler	Sigara içmeyenler	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	64 (%57,1)	48 (%42,9)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	170 (%44,3)	214 (%55,7)	384 (%100)
	>2/3 RDA	218 (%39,4)	335 (%60,6)	553 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	12,273; 0,002		
E vitamini	<1/3 RDA	131 (%36,7)	226 (%63,3)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	183 (%42,6)	247 (%57,4)	430 (%100)
	>2/3 RDA	138 (%52,7)	124 (%47,3)	262 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	15,813; <0,001		
C vitamini	<1/3 RDA	121 (%48,2)	130 (%51,8)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	169 (%42,6)	228 (%57,4)	397 (%100)
	>2/3 RDA	162 (%40,4)	239 (%59,6)	401 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	3,908; 0,142		
Tiamin	<1/3 RDA	73 (%45,1)	89 (%54,9)	162(%100)
	1/3-2/3 RDA	306 (%43,1)	404 (%56,9)	710 (%100)
	>2/3 RDA	73 (%41,2)	104 (%58,8)	177 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	0,503; 0,778		
Riboflavin	<1/3 RDA	12 (%57,1)	9 (%42,9)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	159 (%50,3)	157 (%49,7)	316 (%100)
	>2/3 RDA	281 (%39,5)	431 (%60,5)	712 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	12,233; 0,002		
Pridoksin	<1/3 RDA	37 (%41,6)	52 (%58,4)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	210 (%39,4)	323 (%60,6)	533 (%100)
	>2/3 RDA	205 (%48,0)	222 (%52,0)	427 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	7,258; 0,027		
Folik asit	<1/3 RDA	63 (%49,2)	65 (%50,8)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	267 (%40,0)	400 (%60,0)	667 (%100)
	>2/3 RDA	122 (%48,0)	132 (%52,0)	254 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	7,037; 0,030		
B 12 vitamini	<1/3 RDA	83 (%49,7)	84 (%50,3)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	92 (%40,9)	133 (%59,1)	225 (%100)
	>2/3 RDA	277 (%42,2)	380 (%57,8)	657 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	3,908; 0,142		

Tablo 64. Sigara içme durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırmaları

	RDA	Sigara içenler	Sigara içmeyenler	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	85 (%48,3)	91 (%51,7)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	242 (%39,7)	368 (%60,3)	610 (%100)
	>2/3 RDA	125 (%47,5)	138 (%52,5)	263 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	6,964; 0,031		
Demir	<1/3 RDA	66 (%51,2)	63 (%48,8)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	121 (%35,0)	225 (%65,0)	346 (%100)
	>2/3 RDA	265 (%46,2)	309 (%53,8)	574 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	14,945; 0,001		
Magnezyum	<1/3 RDA	79 (%45,9)	93 (%54,1)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	299 (%44,0)	380 (%56,0)	679 (%100)
	>2/3 RDA	74 (%37,4)	124 (%62,6)	198 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	3,452;0,178		
Fosfor	<1/3 RDA	0(%0)	2 (%100)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	37 (%53,6)	32 (%46,4)	69 (%100)
	>2/3 RDA	415 (%42,4)	563 (%57,6)	978 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	4,808; 0,090		
Çinko	<1/3 RDA	16 (%80,0)	4 (%20,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	137 (%46,3)	159 (%53,7)	296 (%100)
	>2/3 RDA	299 (%40,8)	434 (%59,2)	733 (%100)
	Toplam	452 (%43,1)	597 (%56,9)	1049 (%100)
	Ki kare; p	13,922;0,001		

3. Sigara içme durumu ile VKİ'nin karşılaştırılması

Katılımcıların sigara içme durumu ile VKİ karşılaştırıldığında sigara içme durumu ile VKİ grupları arasında anlamlı farklılık saptandı (Ki kare:22,833 p<0,001). Yapılan T testi analizine göre sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre VKİ'yi anlamlı derecede yüksek buldu. Sigara içme durumu ile VKİ, VKİ t testi tablosu Tablo 65 ve Tablo 66'da gösterilmiştir.

Tablo 65. Sigara içme durumu ile VKİ'nin karşılaştırması

Sigara içme durumu	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Evet	8 (%50,0)	197 (%46,6)	199 (%46,1)	48 (%27,0)	452 (%43,1)
Hayır	8 (%50,0)	226 (%53,4)	233 (%53,9)	130 (%73,0)	597 (%56,9)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:22,833 p<0,001.

Tablo 66. Sigara içme durumu ile VKİ t testi analiz tablosu

Sigara içme durumu	N	VKİ (kg/m ²)		t;p
		Ortalama	SD	
Evet	452	25,69	3,31	-3,206; p:0.001
Hayır	597	26,50	4,51	

Alkol Kullanma Durumu İle Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması

1. Alkol kullanma durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Alkol kullanan katılımcıların günlük enerji ve besin öğelerini alkol kullanmayanlara göre daha fazla tükettiği dikkati çekmekteydi. Katılımcıların alkol kullanma durumu ile karaten ve C vitamini hariç incelenen tüm besin öğeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların günlük öğün atlama durumu ile günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu karşılaştırılması, F ve p değerleri Tablo 67’de gösterilmiştir.

2. Katılımcıların alkol kullanma durumu ile günlük tükettikleri besin maddelerinin RDA ile karşılaştırılması

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile günlük enerji, protein, karbonhidrat, lif, kolesterol RDA değerleri karşılaştırılması sonucu protein, karbonhidrat, lif ve kolesterol RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Sırasıyla (Ki kare: 7,396, p:0,025, Ki kare: 6,288, p: 0,012, Ki kare: 28,500, p<0,001, Ki kare: 6,455, p: 0,040). Alkol kullananların protein, karbonhidrat ve kolesterol 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı alkol kullanmayanlara oranla daha fazlayken, alkol kullanmayanların lif 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı alkol kullananlara göre daha fazlaydı. Katılımcıların alkol kullanma durumu ile günlük enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol, lif RDA karşılaştırmaları ve ki kare p değerleri Tablo 68’de gösterilmiştir.

Tablo 67. Alkol kullanma durumuna göre günlük enerji ve besin öğeleri tüketim durumu

Besin	Alkol kullanma durumu						F; p
	Evet		Hayır		Toplam		
	Ortalama	SD	Ortalama	SD	Ortalama	SD	
Enerji (kcal)	1606,3	477,5	1373,2	454,4	1445,9	477,0	57,351; <0,001
Protein (g)	61,4	20,0	53,5	21,5	55,9	21,3	31,630; <0,001
Yağ (g)	53,2	22,1	45,8	19,4	48,1	20,6	30,122; <0,001
Karbonhidrat (g)	210,0	61,2	181,8	63,3	190,6	64,0	45,412; <0,001
Lif (g)	16,5	5,7	15,2	6,2	15,6	6,1	9,289; 0,002
Ç.D.Y.A.(g)	12,2	5,8	9,2	5,0	10,1	5,5	72,027; <0,001
Kolesterol (mg)	172,0	102,8	155,8	98,0	160,8	99,7	5,954; 0,015
Vitamin A (µg)	855,7	852,7	679,1	568,5	734,2	674,7	15,637; <0,001
Karoten (mg)	1,55	0,98	1,43	0,91	1,47	0,93	3,806; 0,051
Vitamin E (mg)	9,19	5,44	6,74	4,21	7,51	4,76	63,056; <0,001
Vitamin B1 (mg)	0,63	0,23	0,56	0,21	0,58	0,22	19,072; <0,001
Vitamin B2 (mg)	1,14	0,56	0,99	0,43	1,03	0,48	22,953; <0,001
Vitamin B6 (mg)	0,93	0,34	0,82	0,31	0,85	0,32	30,474; <0,001
Vitamin B12 (µg)	4,19	6,26	2,67	3,78	3,14	4,75	23,693; <0,001
Folik asit (µg)	229,6	83,2	209,5	77,7	215,8	80,0	14,303; <0,001
Vitamin C (mg)	54,7	37,7	56,2	41,2	55,7	40,1	0,283; 0,595
İyot (µg)	145,7	57,4	125,0	59,0	131,5	59,3	27,875; <0,001
Sodyum (mg)	3361,1	1083,0	2948,2	1134,2	3076,9	1134,2	30,671; <0,001
Potasyum (mg)	1624,5	606,2	1473,1	575,2	1520,3	589,0	15,071; <0,001
Kalsiyum (mg)	582,5	241,1	552,6	224,3	562,0	229,9	3,884; 0,049
Magnezyum (mg)	197,8	75,0	177,7	74,2	184,0	75,0	16,397; <0,001
Fosfor (mg)	918,7	320,1	827,4	304,5	855,9	312,1	19,553; <0,001
Demir (mg)	8,74	3,07	7,69	3,10	8,02	3,13	25,715; <0,001
Çinko (mg)	8,55	3,11	7,70	2,88	7,97	2,98	18,331; <0,001

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile günlük mineral ve vitamin tüketimi RDA karşılaştırılması yapıldığında Vitamin E, tiamin, piridoksin, siyanokobalamin, folik asit, kalsiyum, fosfor ve demir RDA grupları arasında anlamlı farklılık saptandı. Alkol kullananların E vitamini, tiamin, piridoksin, siyanokobalamin, folik asit, kalsiyum, fosfor ve demir 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğu dikkati çekmekteydi. Katılımcıların alkol kullanma durumu ile günlük bazı mineral ve vitaminlerin tüketim durumu RDA düzeyleri karşılaştırılması, ki kare, p değerleri Tablo 69 ve Tablo 70’da gösterilmiştir.

Tablo 68. Alkol kullanma durumu ile enerji, karbonhidrat, protein, kolesterol ve lif RDA karşılaştırmaları

	RDA	Alkol kullananlar	Alkol kullanmayanlar	Toplam
Enerji	<1/3 RDA	21(%24,4)	65 (%75,6)	86 (%100)
	1/3-2/3 RDA	225 (%32,3)	472 (%67,7)	697 (%100)
	>2/3 RDA	81 (%30,5)	185 (%69,5)	266 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,292; 0,318		
Protein	<1/3 RDA	2 (%5,0)	2(%50,0)	4 (%100)
	1/3-2/3 RDA	26 (%21,0)	98 (%79,0)	124 (%100)
	>2/3 RDA	299 (%32,5)	622 (%67,5)	921 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	7,396; 0,025		
Karbonhidrat	<1/3 RDA	0 (%0)	0 (%0)	0 (%100)
	1/3-2/3 RDA	9 (%16,1)	47 (%83,9)	56 (%100)
	>2/3 RDA	318 (%32,0)	675 (%68,0)	993(%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	6,288; 0,012		
Lif	<1/3 RDA	60 (%38,7)	95 (%61,3)	155 (%100)
	1/3-2/3 RDA	227 (%34,3)	434 (%65,7)	661 (%100)
	>2/3 RDA	40 (%17,2)	193 (%82,8)	233 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	28,500; <0,001		
Kolesterol	<1/3 RDA	84 (%26,1)	238 (%73,9)	322 (%100)
	1/3-2/3 RDA	133 (%32,0)	282 (%68,0)	415 (%100)
	>2/3 RDA	110 (%35,3)	202 (%64,7)	312 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	6,455; 0,040		

Tablo 69. Alkol kullanma durumu ile bazı vitaminlerin RDA karşılaştırmaları

	RDA	Alkol kullananlar	Alkol kullanmayanlar	Toplam
A vitamini	<1/3 RDA	32 (%28,6)	80 (%71,4)	112 (%100)
	1/3-2/3 RDA	130 (%33,9)	254 (%66,1)	384 (%100)
	>2/3 RDA	165 (%29,8)	388 (%70,2)	553 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,100; 0,350		
E vitamini	<1/3 RDA	79 (%22,1)	278 (%77,9)	357 (%100)
	1/3-2/3 RDA	125 (%29,1)	305 (%70,9)	430 (%100)
	>2/3 RDA	123 (%46,9)	139 (%53,1)	262 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	44,880; <0,001		
C vitamini	<1/3 RDA	91 (%36,3)	160 (%63,7)	251 (%100)
	1/3-2/3 RDA	121 (%30,5)	276 (%69,5)	397 (%100)
	>2/3 RDA	115 (%28,7)	286 (%71,3)	401 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	4,274; 0,118		
Tiamin	<1/3 RDA	33 (%20,4)	129 (%79,6)	162 (%100)
	1/3-2/3 RDA	235 (%33,1)	475 (%66,9)	710 (%100)
	>2/3 RDA	59 (%33,3)	118 (%66,7)	177 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	10,423; 0,005		
Riboflavin	<1/3 RDA	7 (%33,3)	14 (%66,7)	21 (%100)
	1/3-2/3 RDA	92 (%29,1)	224 (%70,9)	316 (%100)
	>2/3 RDA	228 (%32,0)	484 (%68,0)	712 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	0,910; 0,635		
Piridoksin	<1/3 RDA	9 (%10,1)	80 (%89,9)	89 (%100)
	1/3-2/3 RDA	152 (%28,5)	381 (%71,5)	533 (%100)
	>2/3 RDA	166 (%38,9)	261 (%61,1)	427 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	31,959; <0,001		
Folik asit	<1/3 RDA	35 (%27,3)	93 (%72,7)	128 (%100)
	1/3-2/3 RDA	194 (%29,1)	473 (%70,9)	667 (%100)
	>2/3 RDA	98 (%38,6)	156 (%61,4)	254 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	8,729; 0,013		
B 12 vitamini	<1/3 RDA	38 (%22,8)	129 (%77,2)	167 (%100)
	1/3-2/3 RDA	63 (%28,0)	162 (%72,0)	225 (%100)
	>2/3 RDA	226 (%34,4)	431 (%65,6)	657 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	9,759; 0,008		

Tablo 70. Alkol kullanma durumu ile bazı minerallerin RDA karşılaştırılması

	RDA	Alkol Kullananlar	Alkol Kullanmayanlar	Toplam
Kalsiyum	<1/3 RDA	37 (%21,0)	139 (%79,0)	176 (%100)
	1/3-2/3 RDA	190 (%31,1)	420 (%68,9)	610 (%100)
	>2/3 RDA	100(%38,0)	163 (%62,0)	263 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	14,203; 0,001		
Demir	<1/3 RDA	15 (%11,6)	114 (%88,4)	129 (%100)
	1/3-2/3 RDA	49 (%14,2)	297 (%85,8)	346 (%100)
	>2/3 RDA	263 (%45,8)	311 (%54,2)	574 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	127,021; <0,001		
Magnezyum	<1/3 RDA	48 (%27,9)	124 (%72,1)	172 (%100)
	1/3-2/3 RDA	224 (%33,0)	455 (%67,0)	679 (%100)
	>2/3 RDA	55 (%27,8)	143 (%72,2)	198 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	2,963; 0,227		
Fosfor	<1/3 RDA	0 (%0)	2 (%100)	2 (%100)
	1/3-2/3 RDA	12 (%17,4)	57 (%82,6)	69 (%100)
	>2/3 RDA	315 (%32,2)	663 (%67,8)	978 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	7,503; 0,023		
Çinko	<1/3 RDA	9 (%45,0)	11 (%55,0)	20 (%100)
	1/3-2/3 RDA	89 (%30,1)	207 (%69,9)	296 (%100)
	>2/3 RDA	229 (%31,2)	504 (%68,8)	733 (%100)
	Toplam	327 (%31,2)	722 (%68,8)	1049 (%100)
	Ki kare; p	1,952; 0,377		

3. Alkol kullanma durumu ile VKİ'nin karşılaştırılması

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile VKİ karşılaştırıldığında alkol kullanma durumu ile VKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Ki kare: 52,625, $p < 0,001$). Yapılan T testi analizine göre alkol kullanmayanların alkol kullananlara göre VKİ'i anlamlı derecede yüksek bulundu. Alkol kullanma durumu ile VKİ, VKİ t testi tablosu Tablo 71 ve Tablo 72'de gösterilmiştir.

Tablo 71. Alkol kullanma durumu ile VKİ karşılaştırılması

Alkol kullanma durumu	VKİ sınıflaması				Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30,0	
Evet	4 (%25,0)	151 (%35,7)	157 (%36,3)	15 (%8,4)	327 (%31,2)
Hayır	12 (%75,0)	272 (%64,3)	275 (%63,7)	163 (%91,6)	722 (%68,8)
Toplam	16 (%100)	423 (%100)	432 (%100)	178 (%100)	1049 (%100)

Ki kare:52,625, p<0,001.

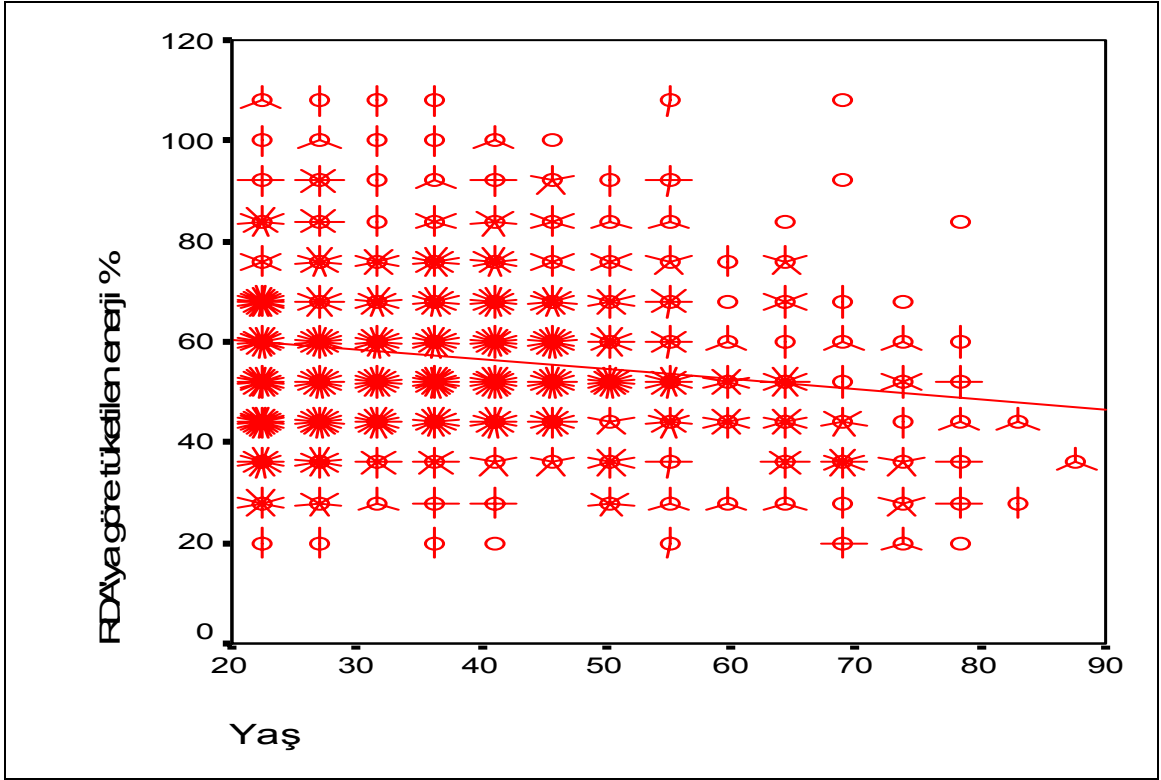
Tablo 72. Alkol kullanma durumu ile VKİ t testi analiz tablosu

Alkol kullanma durumu		VKİ (kg/m ²)		t;p
	N	Ortalama	SD	
Evet	327	25,17	2,59	-5,321; p<0.001
Hayır	722	26,59	4,50	

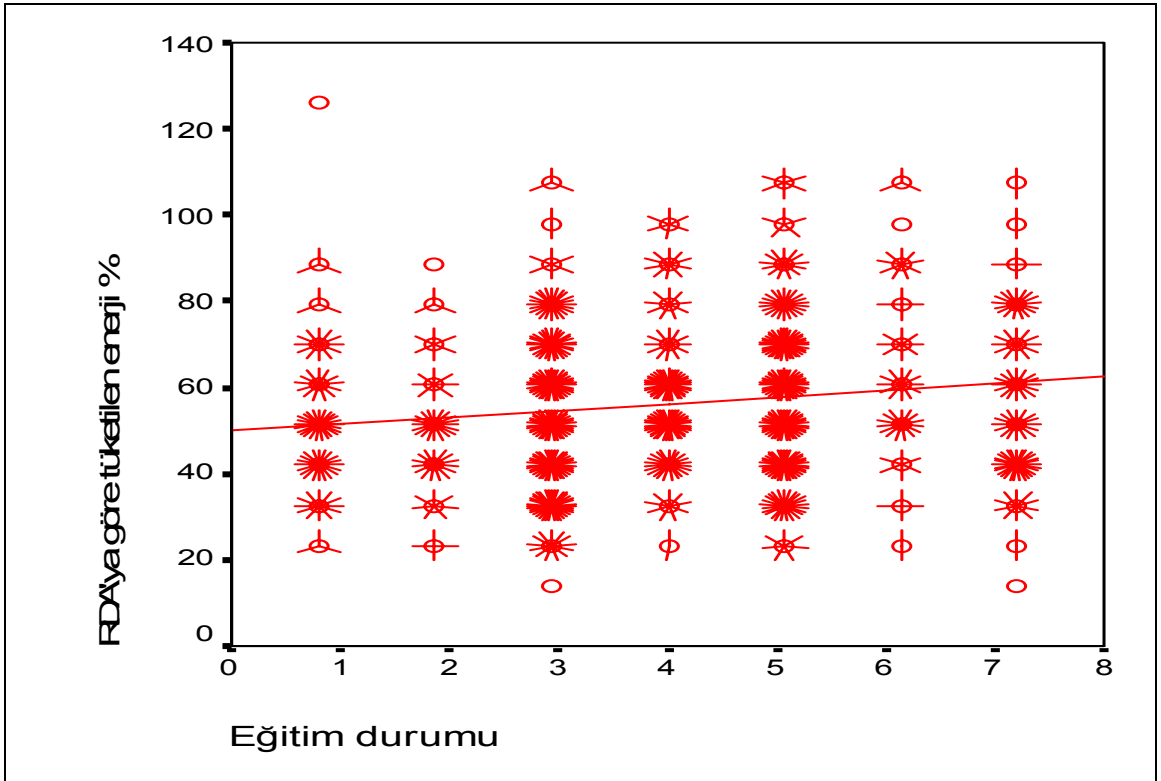
Korelasyon Analizleri

Tüketilen günlük enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen enerjinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasında anlamlı ve zayıf negatif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=-0,173$; $p<0,001$). Tüketilen enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki ilişki Şekil 19’da gösterilmiştir.

Tüketilen günlük enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen enerjinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasında anlamlı ve zayıf pozitif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=0,146$; $p<0,001$). Tüketilen enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki Şekil 20’de gösterilmiştir.



Şekil 19. Tüketilen enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki ilişki



1: Okur yazar, 2: Okur yazar değil, 3: İlkokul, 4: Ortaokul, 5: Lise, 6: Yüksekokul, 7: Üniversite.

Şekil 20. Tüketilen enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki

Tüketilen günlük enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile SED arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen enerjinin RDA yüzdesi ile SED arasında anlamlı ve zayıf negatif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=-0,124$; $p<0,001$). Tüketilen enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile SED arasındaki ilişki Şekil 21’de gösterilmiştir

Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen proteinin RDA yüzdesi ile yaş arasında anlamlı ve zayıf negatif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=-0,217$; $p<0,001$). Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki ilişki Şekil 22’de gösterilmiştir.

Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen proteinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasında anlamlı ve zayıf pozitif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=0,239$; $p<0,001$). Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki Şekil 23’de gösterilmiştir.

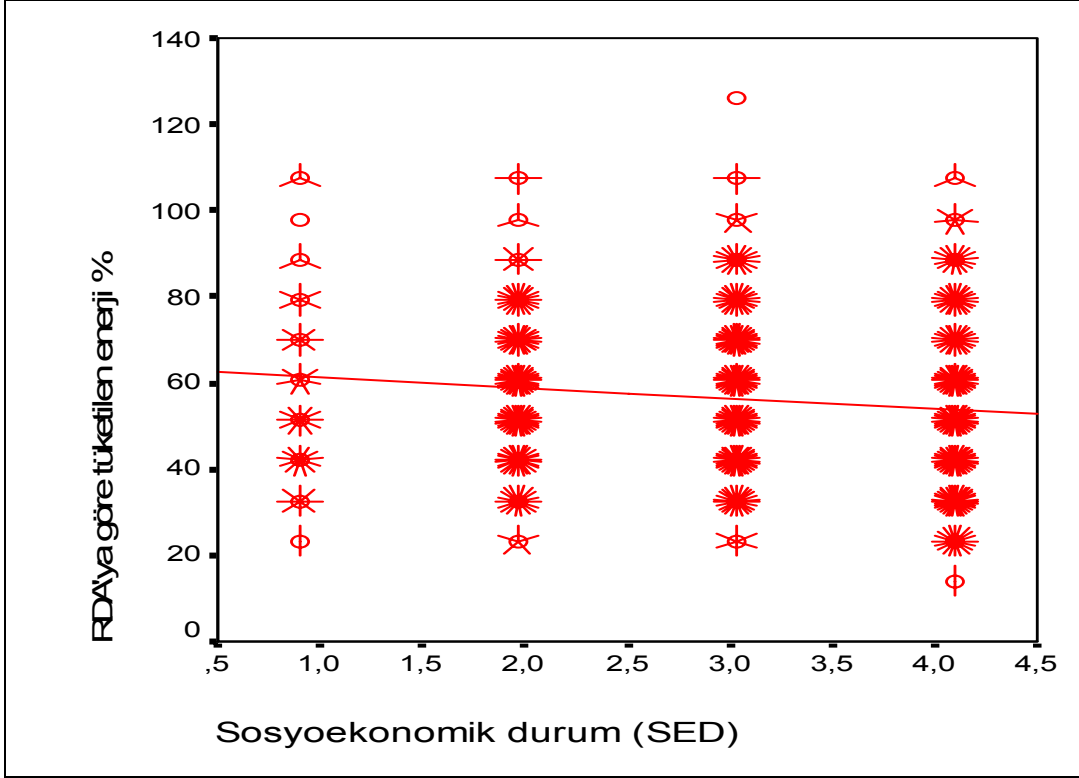
Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile SED arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen proteinin RDA yüzdesi ile SED arasında anlamlı ve zayıf negatif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=-0,197$; $p<0,001$). Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile SED arasındaki ilişki Şekil 24’de gösterilmiştir.

Tüketilen günlük karbonhidrat düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen karbonhidratın RDA yüzdesi ile yaş arasında anlamlı ve zayıf negatif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=-0,296$; $p<0,001$). Tüketilen günlük karbonhidrat düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki ilişki Şekil 25’de gösterilmiştir.

Tüketilen günlük karbonhidrat düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki doğrusal ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Tüketilen karbonhidratın RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasında anlamlı ve zayıf pozitif bir korelasyon olduğu saptandı (Pearson $r=0,106$; $p:0,001$). Tüketilen günlük karbonhidrat düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki Şekil 26’da gösterilmiştir.

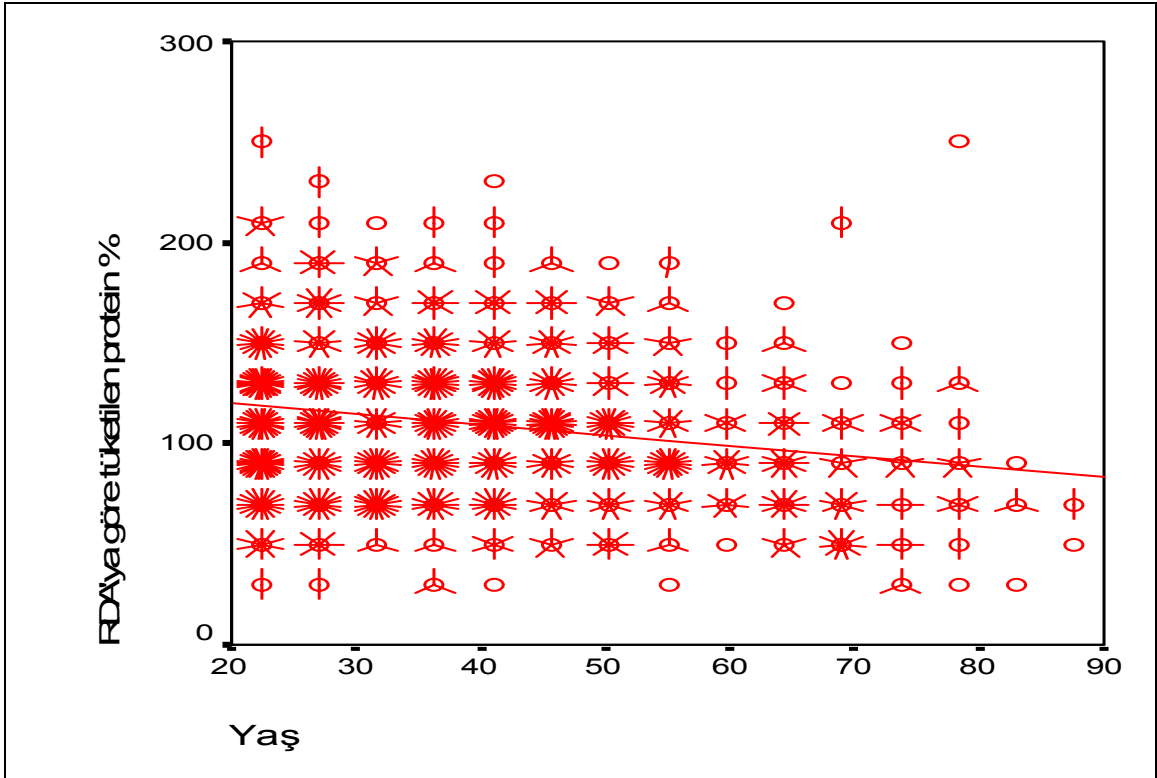
SED ile tüketilen günlük karbonhidrat düzeyinin RDA yüzdesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

Tüketilen günlük lifin RDA yüzdesi ile SED, eğitim durumu ve yaş arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

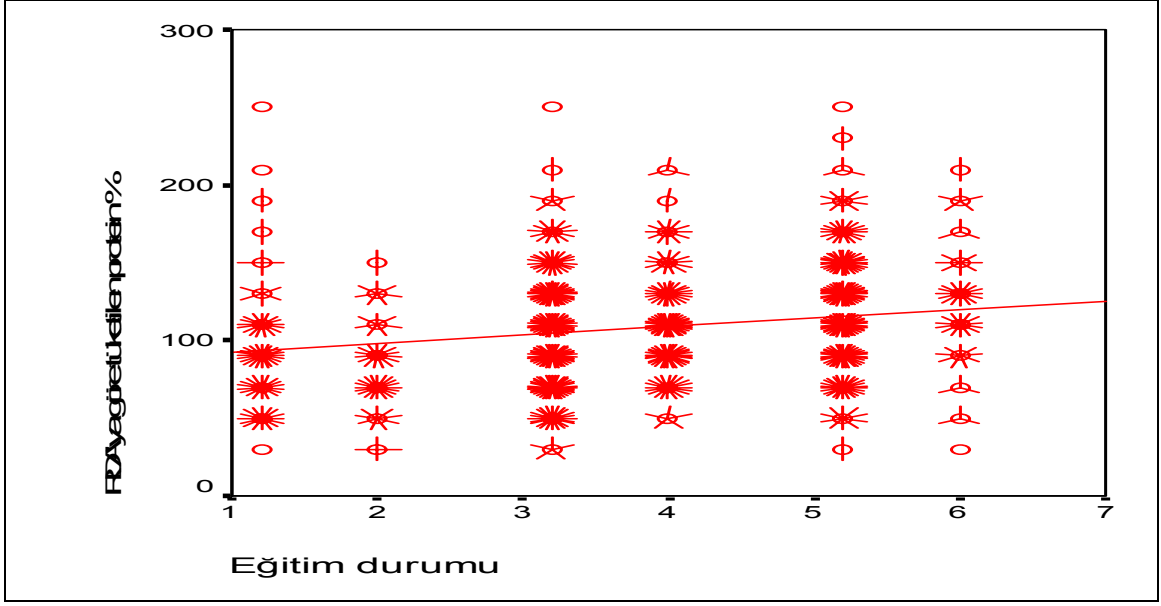


1: Çok iyi, 2: İyi, 3: Orta, 4: Kötü.

Şekil 21. Tüketilen enerji düzeyinin RDA yüzdesi ile SED arasındaki ilişki

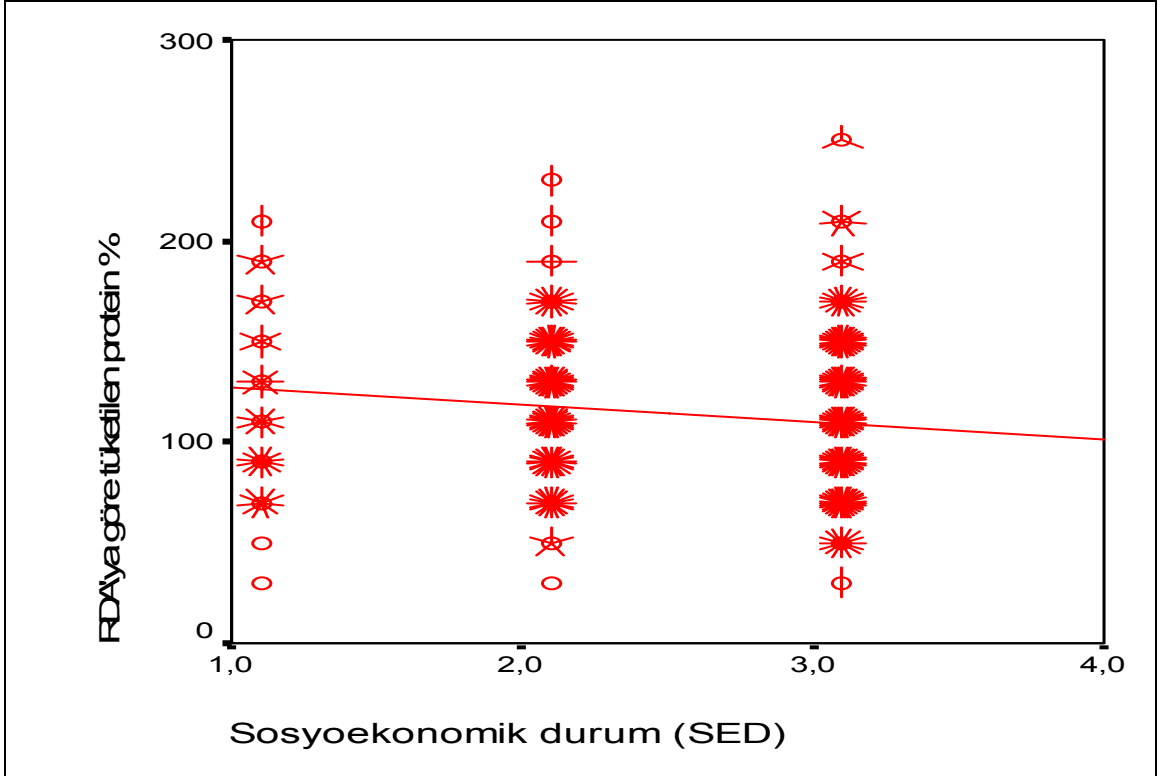


Şekil 22. Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki ilişki



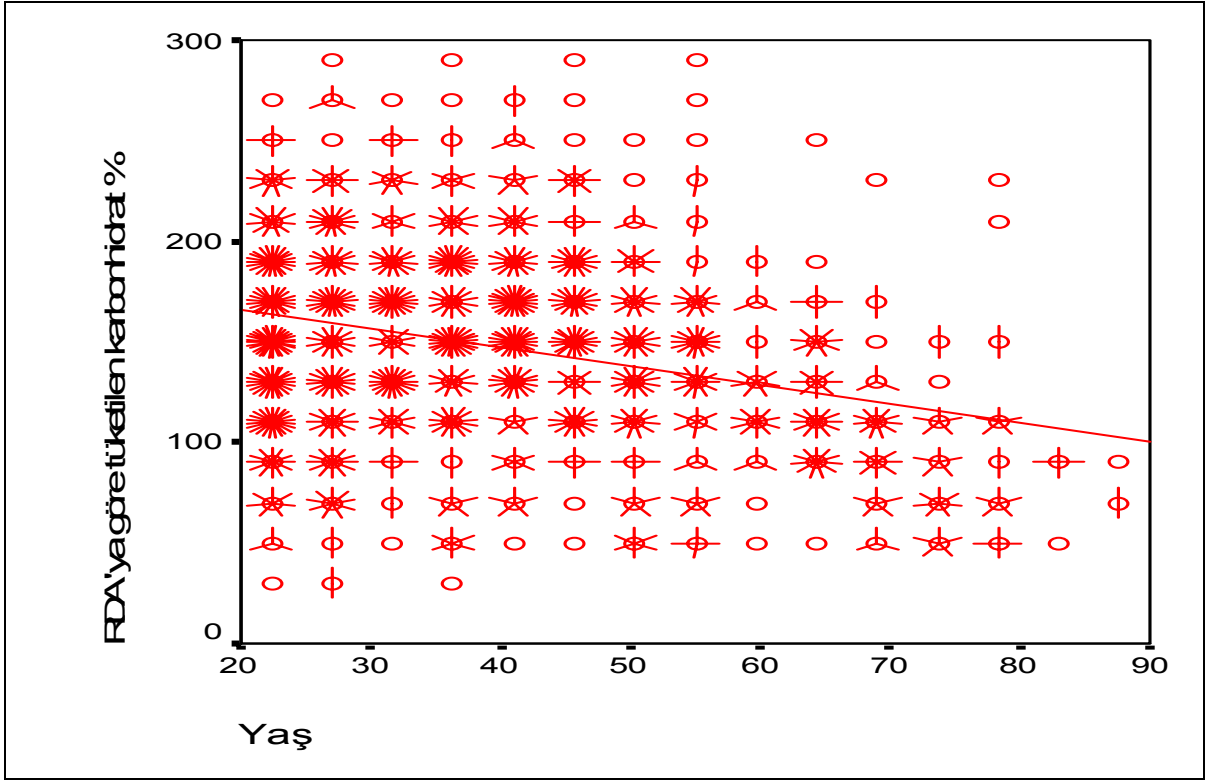
1: Okur yazar, 2: Okur yazar değil, 3: İlkokul, 4: Ortaokul, 5: Lise, 6: Yüksekokul, 7: Üniversite.

Şekil 23. Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki

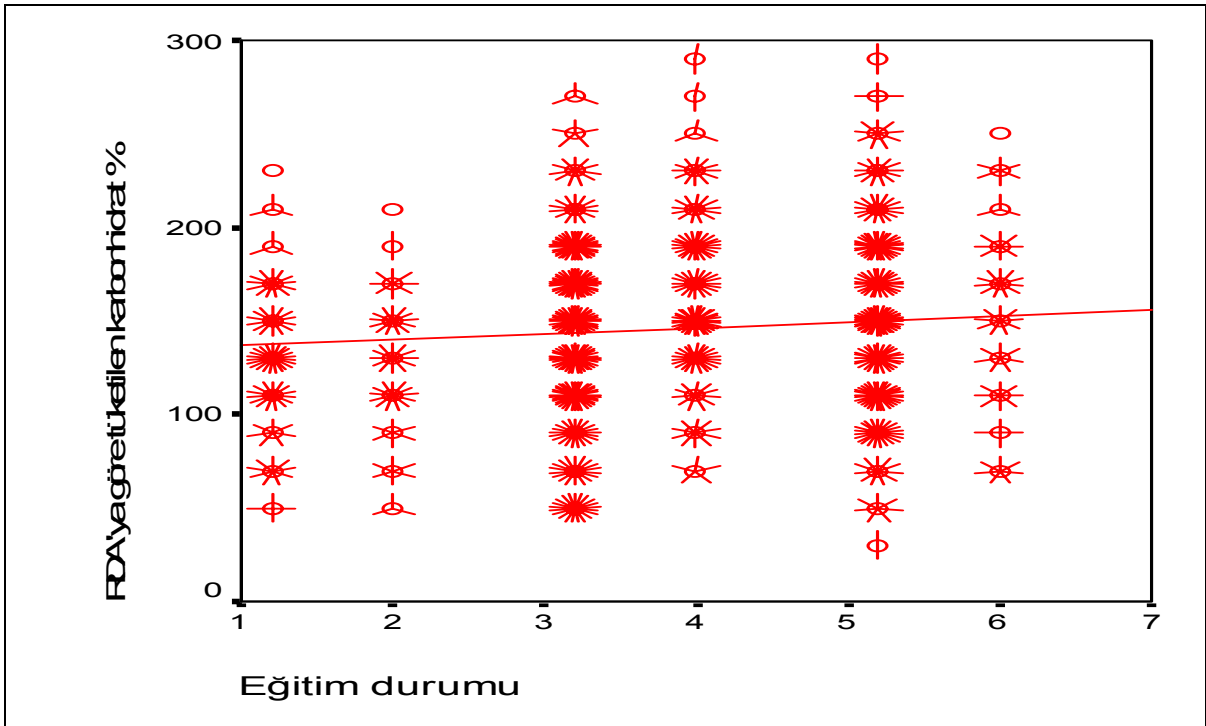


1: Çok iyi, 2: İyi, 3: Orta, 4: Kötü.

Şekil 24. Tüketilen günlük protein düzeyinin RDA yüzdesi ile SED arasındaki ilişki



Şekil 25. Tüketilen günlük karbonhidrat düzeyinin RDA yüzdesi ile yaş arasındaki ilişki



1: Okur yazar, 2: Okur yazar değil, 3: İlkokul, 4: Ortaokul, 5: Lise, 6: Yüksekokul, 7: Üniversite.

Şekil 26. Tüketilen günlük karbonhidrat düzeyinin RDA yüzdesi ile eğitim durumu arasındaki ilişki

Lojistik Regresyon Analizi

Ortalama günlük 2/3 RDA ve üzerinde enerji alınmasına etki eden faktörleri bir arada incelemek için bir lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Modele yaş, cinsiyet, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, SED, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri konuldu. Cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri kategorik olarak alındı. Enter yöntemi ile elde edilen lojistik regresyon analizi sonucu Tablo 73’de görülmektedir. Bu modelin 2/3 RDA ve üzeri enerji tüketimini %15 duyarlılık ve %96 özgüllükle gösterebildiği saptandı. Buna göre yaş, cinsiyet, SED, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenlerinin enerji tüketimine anlamlı bir şekilde etki ettikleri görüldü. Öğün atlamama ve egzersiz yapmanın RDA 2/3 ve üzerinde enerji alımı olasılığını 2 kat arttırdığı dikkati çekmektedir. 2/3 RDA ve üzerinde enerji tüketimine etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı Tablo 74’de gösterilmiştir.

Tablo 73. 2/3 RDA ve üzerinde enerji tüketimine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Yaş	-0,016	0,007	4,759	1	0,029	0,984
Cinsiyet(1)	-0,928	0,190	23,825	1	0,000	0,395
Ailedeki birey sayısı	-0,081	0,065	1,552	1	0,213	0,922
Eğitim durumu	0,107	0,066	2,673	1	0,102	1,113
SED	-0,244	0,100	5,899	1	0,015	0,783
Medeni durum			1,801	3	0,615	
Medeni durum (1)	-0,097	0,229	0,180	1	0,671	0,907
Medeni durum (2)	-0,474	0,746	0,403	1	0,526	0,623
Medeni durum (3)	-0,552	0,494	1,252	1	0,263	0,576
Kronik hastalık varlığı (1)	0,057	0,204	0,077	1	0,781	1,058
Sigara içme durumu (1)	0,014	0,174	0,007	1	0,935	1,014
Alkol kullanma durumu (1)	-0,313	0,206	2,303	1	0,129	0,731
Günlük öğün atlama (1)	0,887	0,156	32,246	1	0,000	2,428
Egzersiz yapma durumu (1)	0,751	0,240	9,808	1	0,002	2,120
Sabit	-0,321	0,747	0,185	1	0,667	0,725

Tablo 74. 2/3 RDA ve üzerinde enerji tüketimine etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı

	Tahmin Edilen		
	< 2/3 RDA	≥ 2/3 RDA	
Gözlenen	752	31	Özgüllük: %96,0
	226	40	Duyarlılık: %15,0

Ortalama günlük 2/3 RDA ve üzerinde protein alınmasına etki eden faktörleri bir arada incelemek için bir lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Modele yaş, cinsiyet, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, SED, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri konuldu. Cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri kategorik olarak alındı. Enter yöntemi ile elde edilen lojistik regresyon analizi sonucu Tablo 75’de görülmektedir. Bu modelin 2/3 RDA ve üzeri protein tüketimini %99,3 duyarlılık ve %4,7 özgüllükle gösterebildiği saptandı. Buna göre yaş, SED, günlük öğün atlama, medeni durum ve egzersiz yapma durumu değişkenlerinin protein tüketimine anlamlı bir şekilde etki ettikleri görüldü. Günlük öğün atlamama RDA 2/3 ve üzerinde protein alımı olasılığını 2 kat, egzersiz yapmama durumunun ise 4 kat arttırdığı dikkati çekmektedir. 2/3 RDA ve üzerinde protein tüketimine etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı Tablo 76’da gösterilmiştir.

Ortalama günlük 2/3 RDA ve üzerinde karbonhidrat alınmasına etki eden faktörleri bir arada incelemek için bir lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Modele yaş, cinsiyet, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, SED, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri konuldu. Cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri kategorik olarak alındı. Enter yöntemi ile elde edilen lojistik regresyon analizi sonucu Tablo 77’de görülmektedir. Bu modelin 2/3 RDA ve üzeri karbonhidrat tüketimini %99,9 duyarlılık ve %1,8 özgüllükle gösterebildiği saptandı. Buna göre yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı ve egzersiz yapma durumu değişkenlerinin karbonhidrat tüketimine anlamlı bir şekilde etki ettikleri görüldü. Erkek olmak RDA 2/3 ve üzerinde karbonhidrat alımı olasılığını kadınlara göre 2,5 kat, kronik hastalık olmama durumu 2,5 kat ve egzersiz yapmama durumunun ise 7,5 kat arttırdığı

dikkati çekmektedir. 2/3 RDA ve üzerinde karbonhidrat tüketimine etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı Tablo 78’de gösterilmiştir.

Tablo 75. 2/3 RDA ve üzerinde protein tüketimine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Yaş	-0,037	0,009	15,856	1	0,000	0,963
Cinsiyet(1)	-0,051	0,243	0,044	1	0,834	0,950
Ailedeki birey sayısı	-0,079	0,080	0,993	1	0,319	0,924
Eğitim durumu	0,098	0,090	1,183	1	0,277	1,103
SED	-0,454	0,149	9,334	1	0,002	0,635
Medeni durum			9,924	3	0,019	
Medeni durum (1)	-1,038	0,335	9,634	1	0,002	0,354
Medeni durum (2)	-0,541	1,113	0,237	1	0,626	0,582
Medeni durum (3)	-0,134	0,432	0,096	1	0,756	0,874
Kronik hastalık varlığı (1)	0,457	0,259	3,111	1	0,078	1,579
Sigara içme durumu (1)	0,189	0,249	0,576	1	0,448	1,208
Alkol kullanma durumu (1)	-0,399	0,295	1,832	1	0,176	0,671
Günlük öğün atlama (1)	1,030	0,235	19,231	1	0,000	2,800
Egzersiz yapma durumu (1)	1,514	0,282	28,725	1	0,000	4,544
Sabit	4,484	0,997	20,245	1	0,000	88,592

Tablo 76. 2/3 RDA ve üzerinde protein tüketimine etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı

	Tahmin Edilen		
	< 2/3 RDA	≥ 2/3 RDA	
Gözlenen	6	122	Özgüllük: %4,7
	6	915	Duyarlılık: %99,3

Tablo 77. 2/3 RDA ve üzerinde karbonhidrat tüketimine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Yaş	-0,055	0,014	16,073	1	0,000	0,947
Cinsiyet(1)	0,930	0,363	6,558	1	0,010	2,534
Ailedeki birey sayısı	-0,212	0,113	3,557	1	0,059	0,809
Eğitim durumu	-0,154	0,130	1,389	1	0,239	0,858
SED	-0,287	0,211	1,846	1	0,174	0,750
Medeni durum			4,875	3	0,181	
Medeni durum (1)	-0,921	0,515	3,202	1	0,074	0,398
Medeni durum (2)	-1,467	0,932	2,476	1	0,116	0,231
Medeni durum (3)	-0,048	0,494	0,009	1	0,923	0,953
Kronik hastalık varlığı (1)	0,919	0,390	5,540	1	0,019	2,507
Sigara içme durumu (1)	0,015	0,406	0,001	1	0,971	1,015
Alkol kullanma durumu (1)	-0,411	0,498	0,682	1	0,409	0,663
Günlük öğün atlama (1)	-0,147	0,306	0,230	1	0,631	0,863
Egzersiz yapma durumu (1)	2,016	0,402	25,126	1	0,000	7,507
Sabit	6,907	1,424	23,518	1	0,000	999,483

Tablo 78. 2/3 RDA ve üzerinde karbonhidrat tüketimine etki eden faktörlerin için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı

	Tahmin Edilen		
	< 2/3 RDA	≥ 2/3 RDA	
Gözlenen	1	55	Özgüllük: %1,8
	1	992	Duyarlılık: %99,9

Ortalama günlük 2/3 RDA ve üzerinde lif alınmasına etki eden faktörleri bir arada incelemek için bir lojistik regresyon modeli oluşturuldu. Modele yaş, cinsiyet, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu, SED, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri konuldu. Cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenleri kategorik olarak alındı. Enter yöntemi ile elde edilen lojistik regresyon analizi sonucu Tablo 79'da görülmektedir. Bu modelin 2/3 RDA ve üzeri lif tüketimini %15,0 duyarlılık ve %96,3 özgüllükle gösterebildiği saptandı. Buna göre cinsiyet, ailedeki birey sayısı, günlük öğün atlama durumu değişkenlerinin lif tüketimine anlamlı bir şekilde etki ettikleri görüldü. Öğün atlamamanın RDA 2/3 ve üzerinde enerji alımı olasılığını 2,5 kat arttırdığı dikkati çekmektedir. 2/3 RDA

ve üzerinde lif tüketimine etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı Tablo 80’de gösterilmiştir.

Tablo 79. 2/3 RDA ve üzerinde lif tüketimine etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Yaş	-0,002	0,007	0,081	1	0,776	0,998
Cinsiyet(1)	-1,191	0,201	35,065	1	0,000	0,304
Ailedeki birey sayısı	-0,143	0,067	4,523	1	0,033	,866
Eğitim durumu	0,115	0,069	2,809	1	0,094	1,122
SED	-0,065	0,106	0,369	1	0,544	0,937
Medeni durum			4,576	3	0,206	
Medeni durum (1)	-0,412	0,258	2,541	1	0,111	0,662
Medeni durum (2)	-0,300	0,768	0,152	1	0,696	0,741
Medeni durum (3)	-0,579	0,432	1,803	1	0,179	0,560
Kronik hastalık varlığı (1)	-0,059	0,209	0,078	1	0,779	0,943
Sigara içme durumu (1)	0,107	0,189	0,317	1	0,573	1,112
Alkol kullanma durumu (1)	0,387	0,236	2,691	1	0,101	1,472
Günlük öğün atlama (1)	0,976	0,165	34,819	1	0,000	2,653
Egzersiz yapma durumu (1)	0,223	0,248	0,805	1	0,370	1,249
Sabit	-1,399	0,777	3,238	1	0,072	0,247

Tablo 80. 2/3 RDA ve üzerinde lif tüketimine etki eden faktörlerin incelenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modelinin özgüllük ve duyarlılığı

	Tahmin Edilen		
	< 2/3 RDA	≥ 2/3 RDA	
Gözlenen	786	30	Özgüllük: %96,5
	198	35	Duyarlılık: %15,0

TARTIŞMA

Beslenme, insanın büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan öğeleri alıp vücudunda kullanmasıdır. Bugüne kadar yapılan bilimsel araştırmalar insanın yaşamı için 50'ye yakın türde besin ögesine gereksinmesi olduğunu ortaya koymuştur. Bilimsel araştırmalarla, insanın sağlıklı büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşaması için bu öğelerin her birinden günlük ne kadar alması gerektiği de belirlenmiştir. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, büyüme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur (34).

Beslenme konusunda Türkiye'ye baktığımızda bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların yetersiz düzeyde olduğu dikkati çekmektedir. Coğrafyasında sosyal ve kültürel olarak birçok farklılıklar gösteren ülkemizde her bölge için ayrı olarak beslenme araştırmaları yapmak gerekliliği vardır.

Araştırmamızın Edirne il merkezindeki erişkin nüfusun tamamını temsil edici nitelikte olmasına dikkat edilmiştir. Yaş ve cinsiyete göre tabakalandırma yaparak ve %80'in üzerinde bir güç oluşacak şekilde örneklem alınarak bu durum sağlanmıştır. Katılımcıların %70'den fazlasının 50 yaş ve altında olması Edirne'de nispeten genç bir nüfusun olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte Türkiye verileriyle karşılaştırıldığında %10 düzeyinde olan 65 yaş ve üzeri nüfusun genel ortalamadan fazla olduğu görülmektedir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) bulgularına göre nüfusun %7'si 65 yaş ve üzerindedir (21).

Katılımcıların çoğu 2 çocuklu, 4 bireyli ailelerden gelmektedir. Edirne ilinin sosyoekonomik kültüründen kaynaklanarak genel doğurganlık hızının düşük olabileceği düşünülmektedir. TNSA 2003'e göre Türkiye'nin toplam doğurganlık hızı 2,23 iken (21)

2000 yılında yapılan bir araştırmaya göre Edirne toplam doğurganlık hızında 1,66 ile en düşük ildir (35).

2000 yılında yapılan genel nüfus sayımına göre Edirne ilinde ilkokul mezunu olanların oranı erkeklerde %55,9, kadınlarda %54,2 olarak tespit edilmiştir (36). Araştırmamızda ise katılımcılarımızın %30'unun ilkokul mezunu olduğunu tespit ettik. Bunun nedeninin de aradan geçen 5 yıllık dönem içinde ilkokul sonrası eğitimin arttığı düşünülebilir. Çünkü katılımcılarımızın %45,5'i ortaokul ve üzeri eğitim almıştır.

SED; gelir, eğitim düzeyi, meslek ve toplum içerisindeki sosyal statü ile ilişkilidir (37). Katılımcıların eğitim durumları, eşlerin eğitim durumu ve erkeğin mesleğine göre hesaplanan sosyoekonomik düzeye göre katılımcıların büyük çoğunluğu orta-kötü SED seviyesindedir. Halbuki, gayri safi milli hasılaya göre Edirne Türkiye ortalamasının üzerinde olup ilk 20 il arasındadır (38). Neyzi ölçeğinin kullanımı nispeten kolay olmakla beraber ekonomik göstergelerden çok sosyal gelişmişliğe odaklandığından bu farkın olağan olduğu kanısına varılmıştır. Katılımcıların çok az bir kısmının sosyal güvencesinin olmayışı da ekonomik refahı destekleyici niteliktedir. Öner'in Edirne ilini evren olarak aldığı tez çalışmasında da aynı ölçek kullanılarak benzer sonuçlar elde edilmiştir (39).

Örneğimizdeki boşanmışlık oranlarının çok düşük oluşu Türk kültüründe evliliğin bozulmasının nadir olduğunu gösterse de evli kadınların oranının Türkiye ortalamasından (%95) (21) düşük oluşu Edirne'nin sosyokültürel açıdan Türkiye ortalamasından farklılaştığını düşündürmektedir.

Beslenmesine önem veren bireylerin egzersiz yapmaya daha yatkın oldukları saptanmıştır (40). ABD ve Kanada'da 1973-1980 yılları arasında yapılan 8 ayrı araştırmada kardiyovasküler yarar sağlayacak düzeyde egzersiz yapma durumunun toplumda en çok %20 oranında olduğu saptanmıştır (41). Söz konusu ülkelerde obezite yaygınlığı ülkemizdekinden daha fazladır. Örneğin; ABD'de erişkinlerin %54,9'u kilolu iken %22,3'ü obezdir (18). Bu bulgu egzersiz yapmamanın gelişmiş ülkelerde de ciddi bir sorun olduğunu göstermektedir. Örneğimizde VKİ ortalamasının yüksek oluşunun bir nedeni de egzersiz alışkanlığının az oluşudur.

Çalışmamızda erişkinlerimizin %43,1'inin sigara içtiğini tespit ettik. Bilir ve ark. 1988 yılında sundukları raporda sigara içme prevalansını 15 yaş ve üzerinde %43,6 olarak bildirilmişlerdir (42). Saltık ve ark. Edirne merkezinde çalışan öğretmenler üzerinde yaptıkları araştırmada genel sigara içme oranını %49 bulmuşlardır (43). Yine Öner'in Edirne ilini örneklediği tez çalışmasında erişkinlerin sigara oranı % 42,4 olarak tespit edilmiştir (39).

Görüldüğü gibi Edirne ili ile Türkiye’de yapılan çalışmalarda sigara içme oranı oldukça yüksek düzeydedir. ABD’de ise 2000 yılında 20 eyalette yapılan bir araştırma sonucuna göre sigara içme prevalansının %12,9 ile %30,5 arasındaki değerlerde yer aldığı saptanmıştır (44).

Çalışmamızda 20-30 yaş arasındaki gençlerde alkol kullanma oranı %32’dir. Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu 2001 yılındaki raporda ise genç nüfusta alkol kullanım yaygınlığı %42,6, düzenli alkol kullanımı ise %20,5 olarak bildirilmiştir (45). Tot ve ark. üniversite öğrencilerinde yaptıkları bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin %43’ünün alkol kullandığını belirtmiştir (46). Görüldüğü üzere gençlerde alkol kullanma oldukça yaygın bir alışkanlıktır. Yalçın’ın Edirne ilini örneklediği tezinde de erişkinlerin %19,9’unun düzenli alkol kullandığı tespit edilmiştir (47).

TNSA-2003 verilerine göre kadınların boy ortalaması 157 cm, kilo ortalaması ise 65 kg olarak tespit edilmiştir (21). Kadın katılımcılarımızın boy ve kilo ortalamaları TNSA-2003 verileri ile uyumluluk göstermektedir.

Örnekleminizdeki erkek katılımcıların boy ortalaması 175 cm, kilo ortalaması ise 77 kg olarak bulunmuştur. Yıldız ve ark. erişkin erkeklerde yaptığı araştırmalarında boy ortalamalarını 175 cm olarak bulmuştur (48). Uluçam’ın Edirne’de 20 yaşındaki erkek ve kadın bireyleri inceleyen tezinde erkek katılımcıların boy ortalaması bizim çalışmamızdaki erişkinlerle uyumlu olarak bulunurken erkek bireylerin kilo ortalamasını 67,5 kg olarak bulunmuştur. Bu farkın da Uluçam’ın örnekleminin genç bireylerden oluşması nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir (49).

Obezite halen dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık problemidir. Avrupa’da obezite prevalansı erkeklerde %6-20, kadınlarda %6-30 aralığındadır. ABD’de ise erkeklerin %20’si, kadınların %25’i obezdir (50). TNSA-2003 verilerine göre ise kadınların %23’ü obez, %34’ü kilolu bulunmuştur (21). Bu oran örnekleminizdeki obez ve kilolu kadınlar ile uyumlu olarak saptanmıştır. Örnekleminizdeki erkeklerin yarısı kilolu bulunmuştur. Öner’in Edirne ilini örneklediği tezinde ise kilolu erkeklerin oranı (%42,8) bizim araştırmamız ile benzerlik göstermektedir (39).

Çalışmamızda erişkinlerin %74,6’sının RDA değerlerine göre yetersiz düzeyde enerji tükettiği görülmektedir. Bu düşük enerji düzeyinin olası nedenlerini; evrenimizin %9,9’unun 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşması, çalışmaya katılan kişilerin %40’ının SED’nun kötü olması, düzenli egzersiz yapmama oranının %85,2 gibi yüksek bir değerde olması şeklinde sıralayabiliriz. Soyuer Ankara’da farklı sosyoekonomik düzeydeki yaşlıların beslenme durumunu incelediği tezinde deneklerin bir günlük ortalama enerji tüketimlerini 1445 ± 56

kcal olarak bulmuştur (51). Khongsdier ve ark. adolesanlarda yaptıkları bir araştırmada gelir düzeyi ile kronik enerji yetersizliği arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (52).

FAO (Food and Agriculture Organization, Gıda ve Tarım Örgütü)'nun yapmış olduğu araştırma bulgularına göre Türkiye'deki 1965-1997 döneminde kişi başına günlük enerji gereksinimi 2200 kcal'den 2258 kcal'a çıkmıştır. Bu durum kişi başına günlük enerji gereksiniminde fazla bir değişimin olmadığını göstermektedir. Genelde Türkiye'de yetişkin popülasyon içerisinde kronik enerji yetersizliğinin görülmediğini bildirmişlerdir (20).

Arslan'nın çalışan yetişkin kadınların enerji tüketim ve harcamaları ile ilgili bir araştırmasında günlük enerji tüketimlerini 1825 ± 469 kcal olarak saptamıştır. Araştırma kapsamına giren deneklerin %26'sının 1500 kcal'ın altında enerji tükettikleri belirlenmiştir. Bu miktar normal ağırlıktaki bireyin gereksinmesinin altında olmasına karşın, bu deneklerin %50'sinin normal ağırlıkta, %50'sinin de kilolu ve obez olduğu görülmüştür. Clough ve Durnin araştırmalarında çok az besin tüketiminin metabolizmayı yavaşlattığını, aktiviteyi azalttığını ve ağırlık kaybına neden olmadığını belirtmiştir. 'Vücut adaptasyon mekanizması ile en az düzeyde enerji tüketiminde dahi yaşamını sürdürebilmektedir' şeklinde açıklamıştır (53).

Karim beslenme konusu ile ilgili 19-25 yaşları arasındaki Çinli yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada günlük ortalama enerji alımı erkekler için 2105 ± 418 kcal, kadınlar için ise 1530 ± 373 kcal olarak ölçülmüştür. Bulgulara göre Çinli erkeklerin %86'sı ve kadınların %91'i Malezya RDA'sının altında enerji aldığını saptamıştır (54).

Yücecan ve ark. Diyarbakır, Kahramanmaraş, Adıyaman, Şanlıurfa yörelerinde yaptığı çalışma ailelerin enerji tüketiminin %42,5'unun yetersiz, %14,3'ünde sınır düzeyde, %20,2'sinin aşırı enerji tükettiğini göstermiştir (55).

Toksöz P'nin Diyarbakır yöresinde erişkin bireyler üzerinde yaptığı çalışmada il merkezinde bireylerin %33,6'sının, köylerde ise %33,9'unun yetersiz düzeyde enerji tükettikleri gösterilmiştir (56).

Yaycı ve ark. gençlerde yaptığı bir araştırmada erkeklerin günlük ortalama 1870 ± 670 kcal, kızların ise ortalama 1422 ± 558 kcal enerji tükettiği tespit edilmiştir (57).

Attila ve ark. yaşlıların beslenme durumlarını değerlendirdiği bir çalışmada yaşlıların günlük ortalama 1700 ± 41 kcal enerji tükettikleri bulunmuştur (58).

Çalışmamızda erişkinlerin %87,8'inin RDA değerlerine göre yeterli düzeyde protein aldığı görülmektedir. Türkiye'de toplam protein tüketiminin kişi başına yeterli düzeyde olduğu ancak proteinin çoğunun bitkisel kaynaklı olduğu bildirilmiştir (1). Araştırma

verilerimizin analizi bitkisel ve hayvansal protein kaynaklarını ayrı olarak irdelememektedir. Çalışmamızdaki erişkinlerimizin günlük ortalama protein alımları $55,9 \pm 21,3$ gr idi. ABD’de ise erkeklerde günlük ortalama protein alımı 95-100 gr iken bu değer kadınlarda 65 gr civarındadır (4). Çelik ve Aksoy Diyarbakır yöresinde yerli ve göçmen olarak yaşayan yetişkinlerin gıda tüketimi çalışmasında yerli deneklerin ortalama 86 ± 678 gr, göçmen deneklerin ise ortalama $68,9 \pm 20$ gr protein tükettiklerini bulmuşlardır (59). Çalışmamızdaki protein tüketim miktarı Diyarbakır yöresindeki araştırmadan daha az çıkmıştır. Bu farklılığın bölgesel sosyokültürel özelliklerden ve gıda analizlerindeki farklı yöntemlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Diyet ile alınan yağ, serum kolesterol düzeyi ve aterosklerotik lezyon oluşumunun patogeneğinde rol oynamaktadır. Bu nedenle günlük ortalama enerjinin %30’undan daha azının yağlardan sağlanması önerilmektedir (60). Örneğimizdeki erişkinlerin ise bu öneri ile uyumlu diyet aldıkları dikkati çekmektedir. Erişkinlerimiz günlük ortalama $48,1 \pm 20$ gr yağ alıyordu. Ersoy Ankara’nın Gölbaşı merkez ve köylerindeki aileler üzerindeki araştırmasında merkezde yaşayanların 54 gr, köyde yaşayanların ise 77,5 gr yağ tükettiklerini saptamıştır (61). Kocaoğlu ve ark. araştırmalarında gençlerde beslenme alışkanlıklarıyla kan lipid düzeyleri arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (62). Araştırmamızda özellikle genç yaştaki bireylerin daha fazla kolesterol aldıkları dikkati çekmektedir. Halbuki güncel pratiğimizde ateroskleroz ve hiperlipidemiye yönelik tarama ve danışmanlıklar daha çok yaşlılara yönelik yapılmaktadır. Aterosklerozun genç yaşlarda başladığı dikkate alınırsa koruyucu hekimlik uygulamalarında özellikle gençlere önem verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Tüm yaş gruplarına sürekli bir bakım sunmayı hedefleyen aile hekimlerine bu aşamada büyük görevler düşmektedir. Özellikle gençlere sağlıklı bir yaşam için yeterli ve dengeli beslenmenin önemi anlatılmalı, koroner arter hastalıkları açısından riskli davranışların önlenmesi konusunda gerekli eğitim verilmelidir.

Türkiye’de günlük enerjinin ortalama %50’si ekmek ve tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır (3). Çalışmamızda erişkinlerin %94,7’sinin RDA değerlerine göre yeterli düzeyde karbonhidrat tükettiği görülmektedir. Karbonhidrat alımının tansiyonu artırıcı etkisinin olduğu deneysel olarak gösterilmiştir (63). Karbonhidrattan zengin beslenmenin alınan karbonhidratın glisemik endeksine bağlı olarak obeziteyle de ilişkili olduğu iyi bilinen bir gerçektir (64). Araştırmamıza katılan bireylerin bu açıdan hipertansiyon riskleri olabilir. Beslenme danışmanlığı verilirken kalori kısıtlamasının ötesinde alınan besinlerin karbonhidrat içeriği (glisemik yükü) ve glisemik endeksi de dikkate alınmalıdır.

Sağlıklı beslenme çerçevesinde, enerjinin %55-75'inin karbonhidratlardan, %15-30'unun yağlardan ve %10-15'ini proteinlerden gelmesi önerilmektedir (65). Katılımcılarımız ise günlük ortalama enerjilerinin %54'ünü karbonhidratlardan, %30'unu yağlardan, %16'sını ise proteinlerden sağlamaktadır. Her ne kadar enerjinin yağdan elde edilen yüzdesi sınırdan bir düzeyde ise de yine de katılımcılarımız önerilen yüzdelerle uyumlu olarak enerjiyi sağlamaktaydı. Edirne'li erişkinlerin birçok makro ve mikro besin türünde RDA'ya göre yetersiz düzeyde beslenmelerine rağmen enerjinin sağlandığı besin öğeleri yüzdelerinin önerilen düzeylere yakındır. Bu açıdan Edirneliler'in yetersiz ama dengeli beslendiklerini söyleyebiliriz.

Kocabaş'ın tezinde Ankara'daki yetişkin erkek ve kadın bireylerin günlük aldıkları enerjinin proteinden gelen yüzdesi sırasıyla $13,6 \pm 3,15$ ve $14,4 \pm 4,74$, yağdan gelen yüzdesi $9,0 \pm 3,24$ ve $9,3 \pm 3,47$, karbonhidrattan gelen enerji yüzdesi ise $53,7 \pm 9,15$ ve $52,7 \pm 8,63$ olarak saptanmıştır (66). Beslenmede bölgesel farklılıkların olması zaten beklenen bir durumdur. Ankara'lularla karşılaştırıldığında Edirne'lilerin yağ tüketiminin daha fazla olmasının bu bölgede yağ üretiminin yaygın olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Örneklemindeki erişkinlerin %37'sinin RDA değerlerine göre yetersiz düzeyde lif aldığı görülmektedir. Amerikan Diyet Birliği erişkinler için günlük ortalama lifi 20-35 gr olarak önermektedir. Önerilen miktarlarda lif tüketimi kan kolesterol, glukoz ve insülin düzeylerini normale getirmeyi sağlarken, kardiyovasküler hastalık ve Tip 2 diyabet'in tedavi edici etkisine de yardımcı olmaktadır (67). Baş, kardiyovasküler risk faktörlerini araştırmak üzere yaptığı 300 adolesan üzerindeki çalışmada adolesanların lif alımını RDA değerlerine göre yeterli olarak tespit etmiştir (68).

Örneklemindeki erişkinlerimizin bazı vitamin ve mineral alımına baktığımızda yarım dozdan fazlasının A vitamini, riboflavin, piridoksin, siyanokobalamin, demir, fosfor ve çinko alımının 2/3 RDA değerlerini aştığını gördük. Katılımcılarımızın E vitamini, C vitamini, tiamin, kalsiyum, magnezyum alımı yönünden ise oldukça yetersiz düzeyde beslendiğini tespit ettik. Bu vitamin ve minerallerin eksikliği birçok doku ve organ hasarına neden olmaktadır. E vitamini; hücre içinde antioksidan, biyolojik membranlarda serbest radikal temizleyici olarak işlev görmektedir. Eksikliğinde ise; eritrosit hemolizi, nörolojik hasar, kreatinüri görülmektedir. Tiamin; karbonhidrat metabolizması, merkezi ve periferik sinir hücresi ve myokard üzerine etki etmekte eksikliğinde ise periferik nöropati, kalp yetersizliği, Wernicke-Korsakoff sendromu görülebilmektedir. Kalsiyum; kemik ve diş yapımı, kanın pıhtılaşması, nöromusküler irritabilite, kas kasılması ve myokard iletiminde rol oynamakta

eksikliğinde ise hipokalsemi ve tetani, nöromusküler hipereksitabilite görülmektedir. Magnezyum; kemik ve diş yapımı, sinir iletimi, kas kasılması ve enzim aktivasyonunda rol almakta, eksikliğinde ise hipomagnezemi ve nöromusküler irritabilite görülmektedir (11). Bu hastalıklar açısından ülkemizde bölgeler arası karşılaştırmaları yansıtan araştırmalar olmamakla birlikte Edirneliler'in belirli vitamin eksiklikleri açısından risk altında olduklarını söyleyebiliriz.

Araştırmamız gerek çeşitli yaş grupları, gerekse cinsiyetler açısından çeşitli besin öğelerinin kullanımında eşitsizliklerin olduğunu göstermektedir. Gençlerin (20-30 yaş) bütün öğelerde diğer yaş gruplarına göre alımlarının az olması bu yaş grubunun öz bakımına ve vücut görünümüne verdikleri önemden kaynaklanabilir (69). Obezite yaygınlığının gelişmiş toplulukların başlıca sağlık sorunu olması nedeniyle özellikle yağ tüketiminin kısıtlanması yönünde sağlık çalışanlarında bir hassasiyet söz konusudur. RDA 2/3 kolesterol değerlerinin hem yaş gruplarında, hem de cinsiyete göre ayrıldığında %20-30 arasında kalması halkta bu yönde bir eğilim oluştuğunu düşündürmektedir. Gençlere yönelik yapılacak olan beslenme danışmanlıklarında araştırmamızın bulguları da dikkate alınarak sadece yağ kısıtlaması yapılmayıp toplam besin tüketiminin analizi yapıldıktan sonra yönlendirmede bulunulmalıdır. Aksi takdirde gençlerin gerekli günlük enerji ihtiyaçlarını karşılayamama riski söz konusudur. Araştırmamızda erkeklerin sadece %18'inin, kızların ise %33'ünün önerilen günlük enerji ihtiyacının 2/3'ünü karşılayabildikleri üzerinde önemle durulması gereken bir bulgudur.

Çalışmamızda özellikle yaşlı erkeklerin protein tüketimi kadınlara göre daha az bulunmuştur. Atilla ve ark. Ankara'da yaşlıların beslenme durumunu incelediği çalışmasında bizim çalışmamıza benzer şekilde yaşlı erkeklerin protein tüketimini daha az bulmuştur (58).

Eğitim durumu, sosyoekonomik durumun temel bileşenlerinden biri olup, bireylerin ekonomik göstergesinin de belirlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Eğitim durumu düşük olan bireylerde, düşük kalorili, karbonhidrat temelli geleneksel beslenme tarzının baskın olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe artan kalori miktarları, karbonhidrattaki azalmaya karşılık olarak diyet içindeki protein ve yağ oranlarındaki artmadan kaynaklanmaktadır. Eğitim durumu yüksek bireylerde yaş ve kalori tüketimi artmaktadır. Edirne'nin Batı kültürü ve yaşam tarzıyla etkileşiminin fazla olması nedeniyle beslenme tarzının da Batıda yaygın olan, yağ ve kaloriden zengin hazır gıdayla beslenmeye eğilimli olduğu söylenebilir.

Literatürde evliliğin beslenme durumunu etkilediğini gösteren araştırmalar vardır (70,71). 80 yaş ve üzerinde her iki cinsiyette yalnız yaşayan yaşlıların evlilere göre daha iyi

beslendikleri gösterilmiştir (72). Araştırmamızda da bekarların birçok besin ögesini evlilere göre daha fazla almasının psikolojik, sosyal ve ekonomik nedenleri olabilir (73). Bekarların çeşitli besin öğelerini evlilere göre daha fazla tüketmelerine rağmen evlilere göre daha zayıf olmalarının nedeni daha aktif olmaları olabilir. Diğer taraftan stresin daha fazla olması, sosyal desteğin olmaması, hazır gıdaların daha fazla tüketilmesi ve ekonomik özgürlük gibi faktörlerin de etkisinin olduğunu düşünüyoruz. Türk kültüründe evli ailelerde nispeten düzenli bir yemek kültürünün olması da bekarların enerji ve karbonhidrat tüketimlerinin fazlalığını açıklayabilir.

Beslenme alışkanlığını en fazla etkileyen parametreler gelir düzeyi ve eğitim düzeyidir. Düşük gelirli aileler daha fazla ekmek tüketirlerken, yüksek gelirli aileler daha fazla et ve et ürünleri, taze sebze ve meyveler tüketmektedirler. Bu da yiyeceklerin olmamasından dolayı oluşan bir problemden ziyade toplumun sosyoekonomik düzeyinden kaynaklanmaktadır (20). Katılımcılarımızın SED düzeyi arttıkça protein, yağ ve enerji tüketiminin arttığı, karbonhidrat tüketiminin ise orta ekonomik düzeyde diğer gruplara göre daha fazla tüketildiği dikkati çekmekteydi.

Soyuer'in Ankara'da farklı sosyoekonomik düzeydeki yaşlıların beslenme durumunu incelediği tezinde yüksek sosyoekonomik düzeydeki yaşlıların orta ve düşük sosyoekonomik düzeydeki yaşlılara göre hayvansal proteini daha fazla tükettiğini saptamıştır (51).

Hollanda'da 6008 erkek, 6957 kadın üzerinde yapılan besin tüketim araştırmasına göre yüksek SED düzeyindeki katılımcılar diğer gruplara göre daha fazla protein, lif ve mikrobisineri almakta olduğunu saptamışlardır (74).

Jarusalem Lipid Araştırma Merkezi tarafından 1294 yetişkin birey üzerinde yapılan bir araştırmada; etnik grup, sosyal sınıf ve eğitim ile gıda alımı arasındaki ilişki incelenerek yüksek sosyal sınıflarda nişasta ve karbonhidrat alımının düşük sosyal sınıftakilerle kıyasla daha az olduğu bulunmuştur (75).

Friel ve ark. İrlanda'lı erişkin bireyler üzerinde yaptıkları bir araştırmada ise erişkinlerin ortalama enerjiyi sağladıkları besin öğelerinin en dengeli bir biçimde dağılım oranlarını yüksek sosyoekonomik düzeyi grupta bulmuşlardır (76).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınların düşük gruplara oranla daha fazla oranda C vitamini ve lif aldığını, daha az oranda ise yağ aldığını ortaya koymuştur (77).

Manios ve ark. İstanbul'da farklı SED çocukları incelediği araştırmasında orta ve yüksek SED çocukların düşük SED çocuklara göre daha fazla enerji aldıklarını saptamıştır (78).

Örneğimizdeki egzersiz yapmayan erişkinlerin enerji, protein, karbonhidrat, lif ve birçok mikrobeyinin 2/3 RDA değerini egzersiz yapanlara oranla daha fazla aştığı dikkati çekmekteydi. C vitamininin ise egzersiz yapanlarda yapmayanlara oranla 2/3 RDA değerini daha fazla aştığı görülmekteydi. Sağlıklı yaşam öğretileri içinde yer alan egzersiz yapma durumu ve bol sebze meyve tüketmek bu kişilerin egzersiz yapmalarını bol meyve tüketerek C vitamini almalarını sağlamış olabilir.

Alencar ve ark. adölanlardaki fiziksel aktivite ile diyet alımını inceleyen çalışmalarında diyet alımı ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir farklılık gösterilmemiştir (79).

Fiziksel aktivite arzu edilen vücut ağırlığına ulaşmaya ve vücut kompozisyonundaki değişime pozitif etki yaptığı kadar kilo kaybı, toplam vücut yağı ve vücut yağ dağılımı üzerine de pozitif etki eder (80). Çalışmamızda da bu yönde egzersiz yapan erişkinlerin VKİ'nin egzersiz yapmayanlara göre daha düşük olduğunu saptadık. Slattery ve arkadaşları da 5115 genç erişkin üzerinde yaptıkları bir araştırmada fiziksel aktivite ile VKİ arasında ters bir ilişki olduğunu saptamışlardır (81).

Katılımcıların önemli miktarının vücut görünümünden memnun veya çok memnun oldukları (%65,5) izlenmiştir. Memnuniyetsizlik genellikle VKİ yüksekliği ile birlikte artmaktadır. Vücut görünümünden memnun olanları genel anlamda daha fazla besin aldıkları ve bu eğilimin tüm besin öğelerinde devam ettiği görülmektedir. Tüm besin öğeleri için 2\3 RDA değerinden daha az tüketim yapanlar vücut görünümüne karşı memnuniyetsizlik belirenler arasında fazlalaşmaktadır. Tüm bu saptamalardaki ortak yön çağdaş toplumun daha iyi olarak önerdiği ince vücut görünümüne uyma çabasının kişilerin vücut görünümünü algılamalarını etkileyerek beslenme özelliklerini değiştirebildiğidir. Kişilerin vücut görünümünü değiştirebilmek için sağlıklı oranlarda daha az beslenmeyi göze alabildikleri görülmektedir.

Bireylerin sağlıklı beslenebilmesi için günlük besin alımlarının 3 ana öğüne bölünerek alınması önemlidir. Çalışmamızda katılımcılarımızın %57,8'i günlük öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Günlük öğün atlamayan katılımcılarımızın atlayanlara göre daha fazla oranda enerji ve besin öğelerini tüketmesi öğün atlamayan katılımcılarımızın daha sağlıklı beslendiklerini gösterebilir. Demir ve ark. erişkinler üzerinde yaptıkları bir araştırmada

deneklerin %65'inin düzenli 3 öğün yemek yeme alışkanlığı olduğunu tespit etmişlerdir (82). Toksöz ve ark. Diyarbakır Sanayi Bölgesinde çırakların beslenme durumunu incelediği çalışmada, %51,4'ünün günlük öğün atladıklarını tespit etmişlerdir (83). Görüldüğü gibi öğün atlama toplumumuzda oldukça yüksek oranda gerçekleşmektedir. Çalışmamızda obez ve kiloluların diğer gruplara göre daha fazla oranda günlük öğün atladığını tespit ettik. İnsan sağlığı açısından alınan yiyeceklerin 3 ana öğünde yenmesi önemlidir. Kişinin öğün atlayarak zayıflayacağını düşünmesi yanlış bir inanıştır. Çünkü diğer öğünde kişi daha çok acıkacak ve buna bağlı olarak da daha fazla yemek yeme isteği duyacaktır.

Örneğimizdeki sigara içmeyen erişkinlerin sigara içenlere göre daha fazla C vitamini tüketmesi dikkat çekiciydi. Kanada'da 1997-1998 yılları arasında 1543 erişkin birey üzerinde yapılan bir araştırmada sigara içen erişkin bireylerin sigara içmeyenlere göre toplam doymuş yağ alımı yüksek, folat, C vitamini ve lifli besin oranları düşük çıkmıştır. Kalsiyum, çinko, A vitamini düzeylerinde kayda değer bir değişiklik görülmemiştir. Sigara içen katılımcıların sigara içmeyenlere göre daha az sebze ve meyve tükettikleri saptanmıştır (84). Avustralya'da 6204 sigara içen ve içmeyen kadın ve erkek yetişkin bireylerin diyet alımlarını inceleyen bir araştırmaya göre sigara içmeyen kadın ve erkeklerin sigara içenlere göre daha fazla miktarda lif, tiamin, C vitamini, kalsiyum ve magnezyum aldıkları gösterilmiştir. Bunun da sigara içmeyenlerin daha fazla miktarda sebze ve meyve tüketmelerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (85). Hampl ve ark. sigara içmeyen evli erişkinlerin sigara içen ve içmeyen erişkinlerle beslenme durumunu karşılaştıran bir çalışmada sigara içen evli kadın ve erkeklerin enerji alımlarını yağdan daha yüksek oranda sağladıkları lif ve A vitaminini ise daha az oranda tükettiklerini saptamıştır (86). Turan'nın Edirne'deki adolesanlardaki beslenme durumunu inceleyen tez çalışmada; sigara içen öğrencilerin C vitamini ve karoteni, sigara içmeyen yaşlılarına göre belirgin olarak düşük aldıkları tespit etmiştir (87). Nikotinin iştahı azaltıcı ve metabolizmayı hızlandırıcı etkisinin olması sigara içen kişilerin kilo almasını engellemektedir (88). Örneğimizdeki sigara içmeyen katılımcıların da VKİ sigara içenlere göre anlamlı olarak yüksekti. Avustralya'da yapılan bir araştırmada sigara içenlerin VKİ içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olarak saptanmıştır (85).

Çalışmamızda alkol kullanan katılımcıların günlük enerji ve besin öğelerini alkol kullanmayanlara göre daha fazla tükettiği dikkati çekmekteydi. Bergheim ve ark. alkol içen ve içmeyen erkeklerin besin alımı ve beslenme durumunu karşılaştırdıkları araştırmalarında alkol alanların ortalama günlük enerji alımları alkol almayanlara oranla daha fazla, Vitamin E

dışında mikrobesein alımında alkol alanlar ve almayanlar arasında farklılık olmadığını saptamışlar (89). Bergheim ve ark. alkol içen ve içmeyenler arasındaki enerji tüketimi bulguları bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

SONUÇLAR

Edirne ili kentsel alanındaki erişkin bireylerin besin tüketim durumlarının saptanması, toplumun bu konu ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının ortaya konması, erişkinlerin sosyal, kültürel, ekonomik yapılarının yanında beslenme alışkanlıklarını da belirleyerek, eksikliklerin giderilmesi yönünde öneriler yapmamızı sağlayacak şekilde planlanıp yürütülmüş olan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1- Kadın erişkinlerimizin boy ortalaması $157,64 \pm 6,88$, kilo ortalaması $66,78 \pm 11,18$, erkek erişkinlerimizin boy ortalaması $175,08 \pm 5,31$ kilo ortalaması $77,41 \pm 7,41$ 'dir. VKİ'lerine göre sınıflandığında %1,5'i zayıf, %40,3'ü normal, %41,2'si kilolu, %17,0'si obezdi. Kadınların VKİ'leri ($27,02 \pm 5,08$) erkeklere ($25,27 \pm 2,34$) kıyasla daha yüksekti ($p < 0,001$).

2- Erişkinlerimizin %43,1'i sigara içtiğini belirtirken, %68,8'i ise alkol kullanmadığını belirtti. Erişkinlerimizin %85,2'si düzenli olarak egzersiz yapmadıklarını belirtti.

3- Erişkinlerimizin ortalama günlük enerji alımları $1445,9 \pm 474,0$ kcal, %74,6'sının RDA değerlerine göre yetersiz düzeyde enerji tükettiği görülmektedir. Cinsiyete göre RDA enerji düzeylerine baktığımızda erkeklerin sadece %18'inin, kadınların ise %33'ünün önerilen günlük enerji ihtiyacının 2/3'ünü karşılayabildikleri görülmektedir. Yaşa göre tüketilen enerji RDA yüzde değerlerine bakıldığında yaş arttıkça tüketilen enerji RDA'sını karşılama yüzdesi azalıyordu. Eğitim durumuna göre tüketilen enerji RDA yüzde değerlerine bakıldığında eğitim durumu arttıkça tüketilen enerji RDA'sını karşılama yüzdesi artıyordu. SED'a göre tüketilen enerji RDA yüzde değerlerine bakıldığında SED

kötüleştikçe tüketilen enerji RDA'sını karşılama yüzdesi azalıyordu. Medeni duruma göre tüketilen enerji düzeyine bakıldığında bekarlar diğer gruplara göre daha fazla enerji tüketiyordu. Kronik hastalığa göre tüketilen enerji düzeyine bakıldığında kronik hastalığı olmayanlar kronik hastalığı olanlara göre daha fazla enerji tüketiyordu. Egzersiz yapmayan katılımcıların egzersiz yapan katılımcılara göre 2/3 RDA düzeyini daha fazla oranda aştığı görülmektedir. Vücut görünümünden memnun olanlar daha fazla oranda enerji tüketmekteydi. Günlük öğün atlamayan katılımcılar günlük öğün atlayan katılımcılara göre daha fazla oranda enerji tüketmekteydi. Sigara içen katılımcılar sigara içmeyen katılımcılara göre daha fazla enerji tüketmekteydi. Alkol kullanan katılımcılar ise kullanmayanlara göre daha fazla enerji tüketmekteydi.

4- Erişkinlerimizin ortalama günlük protein alımları $55,9 \pm 21,3$ gr. olup, %87,8'inin RDA değerlerine göre yeterli düzeyde protein tükettiği görülmektedir. Yaşa göre tüketilen protein RDA yüzde değerlerine bakıldığında yaş arttıkça tüketilen protein RDA'sını karşılama yüzdesi azalıyordu. Cinsiyete göre 2/3 RDA değerini aşan erkek ve kadın katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Eğitim durumuna göre tüketilen protein RDA yüzde değerlerine bakıldığında eğitim durumu arttıkça tüketilen protein RDA'sını karşılama yüzdesi artıyordu. SED'e göre tüketilen protein RDA yüzde değerlerine bakıldığında SED kötüleştikçe tüketilen protein RDA'sını karşılama yüzdesi azalıyordu. Medeni duruma bakıldığında evli ve boşanmış kişiler bekar ve dul kişilere göre günlük 2/3 RDA protein düzeyini daha fazla oranda aşmaktaydı. Kronik hastalığı olmayanların 2/3 RDA protein düzeyini kronik hastalığı olanlara göre daha fazla aşmaktaydı. Egzersiz yapmayanların 2/3 RDA protein düzeyini egzersiz yapanlara göre daha fazla aştığı görülmektedir. Günlük öğün atlamayan katılımcılar günlük öğün atlayan katılımcılara göre daha fazla oranda protein tüketmekteydi. Sigara içme durumu ile protein tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Alkol kullanan katılımcılar ise kullanmayanlara göre daha fazla protein tüketmekteydi.

5- Erişkinlerimizin ortalama günlük karbonhidrat alımları $190,6 \pm 64,0$ gr. olup, %94,7'sinin RDA değerlerine göre yeterli düzeyde karbonhidrat tükettiği görülmektedir. Yaşa göre tüketilen karbonhidrat RDA yüzde değerlerine bakıldığında yaş arttıkça tüketilen karbonhidrat RDA'sını karşılama yüzdesi azalıyordu. Erkek katılımcılarda 2/3 RDA karbonhidrat değerini aşma oranı kadınlara göre daha fazlaydı. Eğitim durumuna göre tüketilen karbonhidrat RDA yüzde değerlerine bakıldığında eğitim durumu arttıkça tüketilen karbonhidrat RDA'sını karşılama yüzdesi artıyordu. SED ile tüketilen günlük karbonhidrat

düzeşinin RDA yüzdesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Medeni duruma göre tüketilen karbonhidrat düzeyine bakıldığında bekarlar diğer gruplara göre daha fazla karbonhidrat tüketiyordu. Kronik hastalığı olmayanların 2/3 RDA karbonhidrat düzeyini kronik hastalığı olanlara göre daha fazla aşmaktaydı. Egzersiz yapmayanların 2/3 RDA karbonhidrat düzeyini egzersiz yapanlara göre daha fazla aştığı görölmekteydi. Şu anki kilolarından kesinlikle memnun olmayanların karbonhidrat 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha fazlaydı. Sigara içmeyenlerin karbonhidrat 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı sigara içenlere göre daha fazlaydı. Alkol kullanan katılımcıların karbonhidrat 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı alkol kullanmayanlara oranla daha fazlaydı.

6- Erişkinlerimizin ortalama günlük yağ alımları $48,1 \pm 20,6$ gr, çoklu doymamış yağ asidi (ÇDYA) alımları $10,1 \pm 5,5$ mg, kolesterol alımları $160,8 \pm 99,7$ mg 'dır. Genç yaşdaki bireylerin daha fazla kolesterol aldıkları görölmektedir. Eğitim durumu arttıkça yağ tüketimi de artıyordu. Medeni duruma bakıldığında bekarlar diğer gruplara göre daha fazla yağ tüketiyordu. SED'a göre ise SED arttıkça yağ tüketimi de artmaktaydı. Kronik hastalığı olmayanlar kronik hastalığı olanlara göre daha fazla yağ tüketiyordu. Vücut görünümünden ve Şu anki kilolarından çok memnun olan katılımcılar daha fazla yağ tüketiyordu. Alkol kullanan katılımcılar kullanmayanlara göre daha fazla yağ tüketmekteydi.

7- Katılımcılarımız günlük ortalama enerjinin %54'ünü karbonhidratlardan, %30'unu yağlardan. %16'sını ise proteinlerden sağlamaktadır.

8- Erişkinlerimizin ortalama lif alımları $15,6 \pm 6,1$ gr, %63'ü RDA değerlerine göre yeterli düzeyde lif tükettiği görölmektedir. Tüketilen günlük lifin RDA yüzdesi ile SED, eğitim durumu ve yaş arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Egzersiz yapmayanların 2/3 RDA lif düzeyini egzersiz yapanlara göre daha fazla aştığı görölmekteydi. Günlük öğün atlamayan katılımcılar günlük öğün atlayan katılımcılara göre daha fazla oranda lif tüketmekteydi. Sigara içenlerin, lif 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı sigara içmeyenlere oranla daha fazlaydı. Alkol kullanmayanların lif 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı alkol kullananlara göre daha fazlaydı.

9- Katılımcılarımız E vitamini, C vitamini, tiamin, kalsiyum, magnezyum alımı yönünden oldukça yetersiz düzeyde besleniyordu. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlar; A vitamini, C vitamini, magnezyum ve fosforu erkeklere göre daha fazla oranda erkekler ise E vitamini, piridoksin, folik asit, fosfor ve demiri kadınlara göre daha fazla tüketmekteydi. Eğitim düzeyi arttıkça günlük mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı

artmaktaydı. Bekarların, vitamin E, tiamin, folik asit, demir, çinko tüketimi diğer gruplara göre daha fazlaydı. SED’i kötü olan katılımcıların günlük mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha azdı. Egzersiz yapmayanların 2/3 RDA tiamin, riboflavin, siyanokobalamin, folik asit, demir ve çinko düzeylerini egzersiz yapanlara göre daha fazla aştığı, C vitamini değerinin ise egzersiz yapanlarda 2/3 RDA değerini daha fazla aştığı dikkati çekmekteydi. Kronik hastalığı olmayanların vitamin E, tiamin, folik asit, piridoksin, siyanokobalamin, sodyum, potasyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko tüketiminin diğer gruplara göre daha fazla olduğu görülmekteydi. Şu anki kilolarından çok memnun olanların A vitamini, tiamin, siyanokobalamin, folik asit, C vitamini, kalsiyum, magnezyum, fosfor ve demir 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha fazlaydı. Vücut görünümünden çok memnun olanların çinko hariç tüm mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı diğer gruplara göre daha fazlaydı. Günlük öğün atlamayanların tüm mineral ve vitamin 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı günlük öğün atlayanlara göre daha fazlaydı. Sigara içmeyen katılımcıların ise sigara içenlere göre daha fazla C vitamini tükettikleri görülmekteydi. Alkol kullananların E vitamini, tiamin, piridoksin, siyanokobalamin, folik asit, kalsiyum, fosfor ve demir 2/3 RDA düzeylerini aşan katılımcı oranı alkol kullanmayanlara göre daha fazlaydı.

10- Çalışmamızda eğitim durumu düşük olanların, evlilerin, SED kötü olanların, kronik hastalığı olanların, egzersiz yapmayanların, şu anki kilolarından ve vücut görünümülerinden memnun olmayanların, günlük öğün atlayanların ve sigara içmeyenlerin daha fazla oranda obez ve kilolu oldukları gözlemlenmiştir.

11- Beslenme insan hayatının vazgeçilmezidir. Sağlıklı bir birey olmanın temeli yeterli ve dengeli bir beslenmeden geçmektedir. Beslenme konusunda etkin müdahalelerde bulunma gerekliliği vardır. Bu amaçla da halkın beslenme konusunda eğitilmesi çok önemlidir. Günümüzde obezite önemli bir sağlık problemidir. İnsanların kilo vermek uğruna yaptıkları bilinçsiz diyet ve egzersiz programları sağlıklarını riske atmalarına neden olmaktadır. Çevre ve medya tarafından çoğunun hiçbir bilimsel dayanağı olmayan yüzlerce çeşit diyet programları kişilere sunulmaktadır. Bu diyet programları bireylerin sağlığını önemli ölçüde tehdit etmektedir. Bu konuda bireylere verilecek olan eğitimler halkın bilinçlenmesi ve daha sağlıklı olabilmesi adına çok önemlidir.

12- Araştırmamızda da görüldüğü gibi beslenme; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey, alışkanlıklar, medeni durum gibi bir çok faktörlerden etkilenmektedir. Ülke genelinde beslenmeyi etkileyen faktörlerin de irdelendiği beslenme

araştırmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sayede ülke genelinin beslenme portföyü belirlenmeli ve Türk halkına uygun beslenme rehberleri oluşturulmalıdır. şu an kullanılan beslenme rehberleri Türk halkının yapısına uygun değildir. Bireylere ve ailelerine kişisel, kesintisiz, bütüncül ve kapsamlı bir birinci basamak hizmeti veren aile hekimlerine ise bu bağlamda çok büyük görevler düşmektedir. Beslenme konusunda toplumu eğitmelidirler. Bireylere etkili müdahalelerde bulunarak birçok hastalığın yol açabileceği mortalite ve morbiditeyi azaltma yönünde gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdırlar. Aile hekimleri her hasta görüşmesi sırasında mutlaka beslenme konusuna değinmeli, sağlıklı bir yaşam için geliştirilecek davranışsal modeller kişilere yeterince aktarılmalıdır.

ÖZET

Beslenme insan sağlığı açısından çok önemlidir. Yetersiz ve dengesiz beslenme beraberinde birçok hastalığın oluşmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerin beslenme durumu araştırıldı. Araştırmamız gözlemsel tanımlayıcı ve analitik tipte bir prevalans çalışmasıdır.

Çalışma evrenimizi 531'i kadın, 511'i erkek olmak üzere 20-87 yaş aralığında toplam 1049 kişi oluşturmaktaydı. Katılımcılarımızı vücut kitle indekslerine göre sınıfladığımızda %1,5'i zayıf, %40,3'ü normal, % 41,2'si kilolu, % 17,0'si obezdi. Kadınların vücut kitle indeksleri ($27,02 \pm 5,08$) erkeklere ($25,27 \pm 2,34$) kıyasla daha yüksekti ($p<0,001$).

Erişkinlerimizin beslenme durumu incelendiğinde enerji, lif, E vitamini, C vitamini, tiamin, kalsiyum, magnezyum alımı yönünden oldukça yetersiz düzeyde beslenmekteydi. Ortalama günlük 2/3 RDA ve üzerinde enerji alınmasına etki eden faktörleri bir arada incelendiğimizde; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, günlük öğün atlama ve egzersiz yapma durumu değişkenlerinin enerji tüketimine anlamlı bir şekilde etki ettikleri görüldü. Ortalama günlük 2/3 RDA ve üzerinde protein alınmasına etki eden faktörleri bir arada incelendiğimizde; yaş, sosyoekonomik durum, günlük öğün atlama, medeni durum ve egzersiz yapma durumu değişkenlerinin protein tüketimine anlamlı bir şekilde etki ettikleri görüldü. Ortalama günlük 2/3 RDA ve üzerinde karbonhidrat alınmasına etki eden faktörleri bir arada incelediğimizde; yaş, cinsiyet, kronik hastalık varlığı ve egzersiz yapma durumu değişkenlerinin karbonhidrat tüketimine anlamlı bir şekilde etki ettikleri görüldü.

Sonuç olarak beslenme: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, medeni durum ve alışkanlıklardan etkilenmektedir. Ülke genelinde beslenme durumunu

değerlendirmek amacıyla kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır. Türk toplumuna uygun beslenme rehberleri oluşturma gerekliliği vardır.

Anahtar kelimeler: Erişkin, Edirne, Beslenme, Kentsel.

EVALUATION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF ADULTS IN EDIRNE

SUMMARY

Nutrition is very important for human health. Inadequate and unbalanced diet causes a variety of diseases. The nutritional status of adults in the urban area of Edirne was examined in this observational descriptive and analytical study. Prevalence of the consumption of different nutritional components were calculated.

The study included 1049 adults, of whom 531 were females and 511 males between the ages of 20 and 87. When the participants were classified according to their body mass index, 1.5% were underweight, 40.3% were normal, 41.2% were over-weight, and 17.0% obese. The body mass index of women (27.02 ± 5.08) was higher than that of men (25.27 ± 2.34) ($p < 0.001$).

When the nutritional status of adults was examined, it was found that the participants' energy, fibre, vitamine E, vitamine C, tiamine, calcium, and magnesium intake were poor. It was also observed that factors such as age, gender, socioeconomic status, skipping meals, and the amount of exercise had significant effects on the consumption of energy above the average daily 2/3 recommended dietary allowance levels. When the factors that affect the average percentage of the 2/3 recommended dietary allowance intake of protein were examined, it was found that age, socioeconomic status, daily skipped meals, marital status, and exercise had significant correlation with these factors. It was also noticed that factors such as age, gender, chronic diseases, and exercise had a major effect on the percentage of 2/3 recommended dietary allowance carbohydrate consumption.

As a result, nutrition is affected by age, gender, education, lifestyle habits, and socioeconomic and marital status. Further research is required in order to assess nutritional status at the national level. According to these findings, there is a need to develop appropriate nutritional guidelines for Turkish people.

Key Words: Adults, Edirne, Nutrition, Urban

KAYNAKLAR

1. Ulusal Gıda ve Stratejisi Çalışma Grubu Raporu. İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları [serial online]. 2001. <http://ekutup.dpt.gov.tr/gida/strateji.pdf>.
2. Persil Ö. Nutrisyonel gereksinimler. Oşar Z, Erkan T (Editörler). Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme'de. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:41. Kasım 2004; s.27-38
3. Pekcan G. Türkiye'de Beslenme Sorunları ve Boyutları: Besin ve Beslenme Politikaları ve Önemi. DSÖ Türkiye İrtibat Ofisi [serial online]. 2001. <http://www.un.org.tr/who/nutrition>.
4. Susan SJ, Eugene FA: Nutrition and family medicine. In: Rakel RE (Ed.).Textbook of family practice.5th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 1995. p.1139-119.
5. Executive Board Resolution EB 101.R2 on the amendments to the constitution. WHO, Geneva, 1998.
6. Baysal A. Beslenme ve sağlık. Beslenme'de. 9 Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2002. s.9-18
7. Dietary Guidelines for Americans 2005 U.S. Department of Health and Human Services U.S. Department of Agriculture. [serial online]. 2005. www.healthierus.gov/dietaryguidelines.
8. Kavas A. Sağlıklı yaşam için doğru beslenme. Ankara. Litaratür Yayıncılık; 2003.s.1-4.

9. Moore H, Adamson AJ, Gill T and Waine C. Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. Family Practice 2000;17:197-202.
10. Baysal A. Giriş - Genel Tanımlar. Diyet El Kitabı'nda. Ankara; Hatiboğlu Yayınevi, 2002. s.7-39.
11. Beers MH, Berkow R (Çeviri: Özenoğlu A, Artan Ş).Beslenme Bozuklukları. The Merck Manual Tanı Tedavi El Kitabı'nda.İstanbul:Yüce reklam/yayım/dağıtım aş; 2002:1-23.
12. Baysal A. Besinler. Beslenme'de. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; Ankara. 2002.s.249-50.
13. Pekcan G. Hastanın beslenme durumunun saptanması. Baysal A (Editör). Diyet El Kitabı'nda. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 2002. s.65-114.
14. Attila A. Toplumda beslenme sorunlarının saptanmasında yöntemler: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Derneği, Sağlık Sosyal Yardım Vakfı; 1996.Rapor No:3.
15. Witschi JC. Short-Term Dietary Recall and Recording Methods Nutritional Epidemiology. In;Willett W (Ed.). Nutritional Epidemiology. New York: Oxford University Press; 1990. p. 53-63.
16. Karavelioğlu D, Boyacıoğlu S. Beslenme Bozuklukları ve Hastalıkları. İliçin G, Biberöglü K, Süleymanlar G, Ünal S (Editörler). İç Hastalıkları'nda. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003. s.2523-24.
17. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper prepared in collaboration with the European Association for the Study of Obesity [serial online]. 2005 March http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf.
18. Anderson DA, Wadden TA. Treating the obese patient. Arch Fam Med 1999;8:156-67.
19. Baysal A. Beden Ağırlığının Denetimi. Diyet El Kitabı'nda. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2002. s.39-63.
20. Pekcan G, Marchesich R (ESNA-FAO). FAO Nutrition Country Profiles Turkey [serial online]. 2001. www.fao.org/es/ESN/ncp/turmap.pdf.
21. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003) Planlaması [serial online] 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/ozetrapor.pdf>.
22. Atkinson RL: A 33-year-old women with morbid obesity. JAMA 2000;283:3236-43.

23. Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM: Obesity: assessment and management in primary care. Am Fam Physician 2001;63:2185-95.
24. Berke EM, Morden NE. Medical management of obesity. Am Fam Physician 2000;62:419-26.
25. Eker E, Şahin EM. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. STED 2002;11(7):246-49.
26. Demirkol M, Hüner G. Yeme Bozuklukları [serial online]. s:331-43. 2005. <http://www.sabem.saglik.gov.tr>.
27. Pritts SD , Susman J: Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. Am Fam Physician 2003;67:297-304.
28. Karavelioğlu D, Boyacıoğlu S. Malnütrisyon. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S (Editörler). İç Hastalıkları'nda. Ankara.Güneş Kitabevi;2003. p:2519-22.
29. Klein S. Protein-Energy Malnutrition. In;Goldman L, Bennett JC, Cecil Textbook of Medicine.21st. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 2000; ch 226, 1149-52.
30. Rakel RE: The Family Physician. In: Rakel RE (Ed).Textbook of Family Practice.5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1995. p.3-19.
31. U.S Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet: Recommendations and Rationale [serial online]. November 2002. <http://www.aafp.org/afp/20030615/usx.pdf>. 2005.
32. Neyzi O, Alp H, Orhon A: Sex maturation in Turkish girls. Annals of Human Biology 1975;2:49-59.
33. Beslenme Bilgi Sistemi (BEBİS) 4. versiyon, İstanbul, 2004. Veri bankaları: Bundeslebensmittelschlüssel (BLS) 2.3 ve USDA12. www.bebis-tr.com.
34. Baysal A. Beslenmeye giriş. Genel Beslenme'de. Ankara: Hatiboğlu Kitabevi; 2002. s.1-8.
35. Özgür EM. Türkiye'de toplam doğurganlık hızının mekansal dağılışı. Coğrafi Bilimler Dergisi 2004;2(2):1-12.
36. 2000 Genel Nüfus Sayımı Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. Devlet İstatistik Enstitüsü; 2000. Rapor No: 2528.

37. U.S. Department Of Health And Human Services. Health, United States, 1998, With Socioeconomic Status and Health Chartbook; 1998. Report No: 98-1232.
38. Tuna Y, Yumuşak İG. Kalkınmışlık göstergesi olarak beşeri kalkınma indeksi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası [serial online] 2002; 52(1):1-27. http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=172.
39. Öner L. Edirne'de hiperkolesterolemi prevalansı ve kardiyovasküler risklerin değerlendirilmesi (tez). Edirne: TÜ Tıp Fak; 2002.
40. Bedford JL, Childs PJ, Hansen VN, Warrington AP, Mendes RL, Glees JP. In response to Dr. Khuntia et al. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2006; 64(4):1289-1290.
41. Stephens T, Jacobs DR, Jr., White CC. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity. Public Health Rep 1985; 100(2):147-158.
42. Bilir N, Doğan BG, Yıldız AN. Smoking Behavior and Attitudes. Hacettepe Public Health Foundation and International Development Research Center;1997. Rapor No: 94-0200/02882.
43. Saltık A, Yılmaz T, Yorulmaz F, Yücel V, Dindar İ. Edirne merkezinde orta dereceli 318 okul öğretmeninde sigara içme davranışı ve Spielberger testi ile ölçülen kaygı düzeyinin incelenmesi. Ege Tıp Derg 1991; 30(4):524-29.
44. State-Specific Prevalence of Current Cigarette Smoking Among Adults and Policies and Attitudes About Secondhand Smoke United States, 2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2001 Dec; 50(49):1101-28.
45. Sağlık Bakanlığı. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Ankara; 2001.
46. Tot Ş, Yazıcı AE, Erdem P, Bal N, Metin Ö, Çamdeviren H. Mersin Üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:227-231.
47. Yalçın BM. Edirne İlinde Hipertansiyon prevalansı Ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri (tez). Edirne: TÜ Tıp Fak; 2002.
48. Yıldız YZ, Kahraman G, Müftüoğlu A. Türk toplumundaki erkek bireylerin alt ekstremite ölçümlerinin birbirlerine ve diğer vücut ölçümlerine göre oranları. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Derg 1993; 24:213-8.

49. Uluçam E. Omurga hareketlerinin Rom değerlerinin üç boyutlu hareket analiz yöntemi ile ölçümü (tez). Edirne: TÜ Tıp Fak; 2003.
50. Björntorp P (Çeviri: Kahramanoğlu M). International Textbook of Obesity. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti; 2002:7-9.
51. Soyuer Ş. Ankara'da Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Yaşlıların Beslenme Durumları Ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler Üzerinde Bir Araştırma (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü; 1994.
52. Khongsdier R, Varte R, Mukherjee N. Excess male chronic energy deficiency among adolescents: a cross-sectional study in the context of patrilineal and matrilineal societies in Northeast India. *Eur J Clin Nutr* 2005;59(9):1007-1014.
53. Arslan P. Çalışan yetişkin kadınların beslenme alışkanlıkları, enerji tüketim ve harcamaları. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1983;12:67-82.
54. Karim N. Evaluation of nutritional status among a group of young Chinese adults in Kuala Lumpur, Malaysia. *Asia Pacific J Clin Nutr* 2000;9(2):82-86.
55. Yücecan S, Tayfur M, Taşcı N, Başoğlu S. Diyarbakır, Kahramanmaraş, Adıyaman, Şanlıurfa yörelerinin beslenme durumları üzerinde bir araştırma. *Türk hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 1987; 44:203-11.
56. Toksöz P. Diyarbakır yöresinde halkın beslenme durumu. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 1991;48:115-24.
57. Yayıcı M, Çivi S, Bediz C. Gençlerde Beslenme Alışkanlıkları. III. Halk Sağlığı Günleri. Kayseri, 1993:96.
58. Attila S, Egemen A. Yaşlıların Ev Koşullarında Beslenme Durumları. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1991;20:69-79.
59. Çelik F, Aksoy M: Diyarbakır yöresinde (yerli ve göçmen olarak yaşayan) yetişkinlerin gıda tüketim durumları ve karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi* 1993;20:136-148.
60. Sofi F, Innocenti G, Dini C, Masi L, Battistini NC, Brandi ML, Rotella CM, Gensini GF, Abbate R, Surrenti C, Casini A. Low adherence of a clinically healthy Italian population to nutritional recommendations for primary prevention of chronic diseases. *Nutr Metab Card Dis* 2005 (in press).
61. Ersoy G. Ankara'nın Gölbaşı İlçesi Ve Köylerinde Besin Tüketim Durumu. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1990;19:71-84.

62. Kocaoglu B, Moschonis G, Dimitriou M et al. Parental educational level and cardiovascular disease risk factors in schoolchildren in large urban areas of Turkey: directions for public health policy. *BMC Public Health* 2005;5:13.
63. Young JB, Landsberg L. Diet-induced changes in sympathetic nervous system activity: possible implications for obesity and hypertension. *J Chronic Dis* 1982;35(12):879-886.
64. Ma Y, Olendzki B, Chiriboga D et al. Association between dietary carbohydrates and body weight. *Am J Epidemiol* 2005;161(4):359-367.
65. Report of a WHO Study Group. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization Technical Report Series; 1990. Report No:797.
66. Kocabaş A. Farklı Sosyoekonomik Düzeyde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Diyet Örüntüleri Ve Diyet Kalite İndekslerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Çalışma (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2003.
67. Marlett JA, McBurney MI, Slavin JL. Position of the American Dietetic Association: Health implications of dietary fiber. *J Am Dietetic Association* 2002;102(7):993-00.
68. Bas M, Altan T, Dincer D, Aran E, Gulper KH, Yuksek O. Determination of dietary habits as a risk factor of cardiovascular heart disease in Turkish adolescents. *Eur J Nutr* 2005;44(3):174-182.
69. Straub SJ. Working with Adolescents in a High School Setting. *J Athl Train*. 1993 Spring;28(1):75-80.
70. Venkaiah K, Damayanti K, Nayak MU, Vijayaraghavan K. Diet and nutritional status of rural adolescents in India. *Eur J Clin Nutr* 2002;56(11):1119-1125.
71. Knekt P, Seppanen R, Aaran RK. Determinants of serum alpha-tocopherol in Finnish adults. *Prev Med* 1988;17(6):725-735.
72. Mahajan KH, Schafer E. Influence of selected psychosocial factors on dietary intake in the elderly. *J Nutr Elder* 1993;12(4):21-41.
73. Lipowicz A, Lopuszanska M. Marital differences in blood pressure and the risk of hypertension among Polish men. *Eur J Epidemiol* 2005;20(5):421-427.
74. Hulshof KF, Kruizinga AG, Telman J, Löwik MR. Socio-economic status, dietary intake and 10 y trends: Dutch National Food Consumption Survey. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57(1):128-37.

75. Kaufmann NA, Kark JD, Friedlander Y, Dennis BH, McClish D, Stein Y. Nutrient intake in Jerusalem--effects of origin, social class and education. *Isr J Med Sci.* 1982 Dec;18(12):1198-209.
76. Friel S, Kelleher CC, Nolan G, Harrington J. Social diversity of Irish adults nutritional intake. *Eur J Clin Nutr.* 2003 Jul;57(7):865-75.
77. Influence of gender and socio-economic status of dietary patterns and nutrient intakes in 18-year-old Australians. *Aust NZ J Pub Hlth.* 1998;22:485-93.
78. Manios Y, Dimitriou M, Moschonis G et al. Cardiovascular disease risk factors among children of different socioeconomic status in Istanbul, Turkey: directions for public health and nutrition policy. *Lipids Health Dis* 2004;3:11.
79. Alencar LE, Martinez A, Fernandez C, Garaulet M, Perez-Llamas F, Zamora S. Dietary intake in adolescents from south-east Spain and its relationship with physical activity. *Nutr Hosp* 2000;15(2):51-57.
80. Mcinnis KJ, Franklin BA, Rippe JM. Counseling for Physical Activity in Overweight and Obese Patients. *Am Fam Physician* 2003;67(6):1249-56.
81. Slattery ML, McDonald A, Bild DE et al. Associations of body fat and its distribution with dietary intake, physical activity, alcohol, and smoking in blacks and whites. *Am J Clin Nutr* 1992;55(5):943-949.
82. Demir L, Ercümen Nİ, Tümerdem Y, İnce N, Ayhan B. İstanbul kentinde törelerin günlük beslenme davranışına etkisinin araştırılması. III. Halk Sağlığı Günleri: 1993 5-7 Mayıs; Kayseri.s.261-64.
83. Toksöz P ve ark. Diyarbakır Sanayi Bölgesi Çıraqlarda Beslenme.III. Halk Sağlığı Günleri: 1993 5-7 Mayıs; Kayseri. s.124-133.
84. Palaniappan U, Jacobs Starkey L, O'Loughlin J, Gray-Donald K. Fruit and vegetable consumption is lower and saturated fat intake is higher among Canadians reporting smoking. *J Nutr.* 2001 Jul;131(7):1952-8.
85. English RM, Najman JM, Bennett SA. Dietary intake of Australian smokers and nonsmokers. *Aust N Z J Public Health* 1997;21(2):141-146.
86. Hampl JS, Taylor CA, Booth CL. Differences in dietary patterns of nonsmoking adults married to smokers vs. nonsmokers. *Am J Health Promot* 2001;16(1):1-6.

87. Turan . Edirne ili kentsel ve kırsal alanında yaşayan adolesan ekrelerde nutrisyonel durum değerlendirmesi (tez). Edirne: T Tıp Fak; 2005.
88. Genöz F, Soykan , Soykan A, Genöz T. Sigara Bağımlılığı ve Tedavisi. Ankara: ART Ofset Matbaacılık Sn ve Tic Ltd Şti; 2003. s.16.
89. Bergheim I, Parlesak A, Dierks C, Bode JC, Bode C. Nutritional deficiencies in German middle-class male alcohol consumers: relation to dietary intake and severity of liver disease. Eur J Clin Nutr 2003;57(3):431-438.

EKLER

EK-1. KÜMELER VE ÖRNEKLEMDE YER ALAN KİŞİ SAYISI

Küme Adı	20-24 yaş		25-29 yaş		30-34 yaş	
	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem
Ayşekadın Sağlık Ocağı	2250	25	2226	24	1894	20
Gazimihal Sağlık Ocağı	2017	22	2029	21	1872	19
Karaağaç Sağlık Ocağı	314	3	289	3	314	3
Yıldırım Sağlık Ocağı	767	9	673	7	632	7
Fatih Binevler Sağlık Ocağı	3195	35	2025	22	1720	21
Muradiye Sağlık Ocağı	1727	19	1334	15	1486	16
Yeniimaret Sağlık Ocağı	312	3	273	4	236	4
Kirişhane Sağlık Ocağı	1564	17	1253	13	1176	12
Kutlutaş Sağlık Ocağı	3227	36	2059	23	1848	20

Küme Adı	35-39yaş		40-44 yaş		45-49 yaş	
	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem
Ayşekadın Sağlık Ocağı	1769	19	1657	18	1414	16
Gazimihal Sağlık Ocağı	1708	19	1655	18	1520	17
Karaağaç Sağlık Ocağı	288	3	247	3	291	3
Yıldırım Sağlık Ocağı	677	7	653	7	595	7
Fatih Binevler Sağlık Ocağı	1854	21	1933	21	1820	20
Muradiye Sağlık Ocağı	1099	12	1296	14	922	10
Yeniimaret Sağlık Ocağı	266	4	264	4	264	4
Kirişhane Sağlık Ocağı	1147	12	1113	12	925	10
Kutlutaş Sağlık Ocağı	2021	22	1932	21	1914	21

Küme Adı	50-54 yaş		55-59 yaş		60-64 yaş	
	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem
Ayşekadın Sağlık Ocağı	1052	12	777	9	671	7
Gazimihal Sağlık Ocağı	1053	12	869	9	768	8
Karaağaç Sağlık Ocağı	256	3	162	2	142	2
Yıldırım Sağlık Ocağı	530	6	335	4	300	3
Fatih Binevler Sağlık Ocağı	13003	14	719	8	420	5
Muradiye Sağlık Ocağı	821	9	436	5	495	6
Yeniimaret Sağlık Ocağı	164	2	123	1	95	1
Kirişhane Sağlık Ocağı	792	8	512	5	430	5
Kutlutaş Sağlık Ocağı	1281	14	808	9	529	6

Küme Adı	65-69 yaş		70-74 yaş		75-79 yaş	
	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem
Ayşekadın Sağlık Ocağı	584	6	513	6	240	3
Gazimihal Sağlık Ocağı	762	8	644	7	368	5
Karaağaç Sağlık Ocağı	133	2	133	1	72	1
Yıldırım Sağlık Ocağı	305	3	255	3	157	2
Fatih Binevler Sağlık Ocağı	318	4	267	3	122	2
Muradiye Sağlık Ocağı	372	4	395	4	131	2
Yeniimaret Sağlık Ocağı	86	1	82	1	62	1
Kirişhane Sağlık Ocağı	415	4	352	4	165	8
Kutlutaş Sağlık Ocağı	466	5	321	4	198	2

Küme Adı	80-84 yaş		≥85 yaş		Toplam	
	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem	Kişi sayısı	Örneklem
Ayşekadın Sağlık Ocağı	97	2	48	1	15192	168
Gazimihal Sağlık Ocağı	156	2	64	1	15495	171
Karaağaç Sağlık Ocağı	43	1	11		2695	30
Yıldırım Sağlık Ocağı	60	1	33		5972	66
Fatih Binevler Sağlık Ocağı	45	1	27		15768	177
Muradiye Sağlık Ocağı	71	1	28		10613	117
Yeniimaret Sağlık Ocağı	23		12		2262	30
Kirişhane Sağlık Ocağı	83	1	24		9951	105
Kutlutaş Sağlık Ocağı	75	1	45	1	16724	185
Toplam					94672	1049

EK-2 ANKET FORMU

T:Ü. TIP FAKÜLTESİ BESLENME ARAŞTIRMASI

Tarih:

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: 1- Kadın 2- Erkek

3. Kilo:.....kg

4. Boy:.....cm

5. Kaç yıldır Edirne’de yaşıyor sunuz?

6. Ailedeki birey sayısı:.....

7. Eğitim durumunuz:

1- Okur yazar 2- Okur yazar değil 3- İlkokul 4- Ortaokul

5- Lise 6- Yüksekokul 7- Üniversite 8- Diğer

8. Mesleğiniz:.....

9. Sosyal güvenceniz:

1- Sosyal güvence yok 2- SSK 3- Bağkur 4- Yeşil Kart

5- Özel sigorta 6- Emekli Sandığı 7- Kurum 8- Diğer

10. Medeni durumunuz:

1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış 4- Dul

11. Coğrafi kökeniniz:

1- Trakya 2- Bulgaristan göçmeni 3- Yunanistan göçmeni

4- Roman 5- Doğu Anadolu 6- Güneydoğu Anadolu

7- Akdeniz 8- Karadeniz 9- İç Anadolu 10- Ege

11- Diğer

12. Çocuk sayınız:.....

13. Ev erkeğinin eğitim durumu:

1- Okur yazar 2- Okur yazar değil 3- İlkokul 4- Ortaokul

5- Lise 6- Yüksekokul 7- Üniversite 8- Diğer

14. Ev kadınının eğitim durumu:

1- Okur yazar 2- Okur yazar değil 3- İlkokul 4- Ortaokul
5- Lise 6- Yüksekokul 7- Üniversite 8- Diğer

15. Ev erkeğinin işi:.....

16. Sürekli bir hastalığınız var mı? (Şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, tiroid hastalığı gibi)

1- Evet

2- Hayır

2-Sigara içiyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

3-Alkol kullanıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

4-Şu anki kilonuzdan memnun musunuz?

1- Kesinlikle memnun değilim 2- Memnun değilim

3- Farketmez 4- Memnunum 5- Çok memnunum

5-Vücut görünümünüzden memnun musunuz?

1- Kesinlikle memnun değilim 2- Memnun değilim

3- Farketmez 4- Memnunum 5- Çok memnunum

6-Günlük öğün atlıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

7-Düzenli egzersiz (haftada 3 gün en az yarım saat) yapar mısınız?

1- Evet

2- Hayı

BESİN KAYIT FORMU

Lütfen üç gün içinde (iki gün hafta içi, bir gün de hafta sonu olmak üzere) yediğiniz ve içtiğiniz tüm gıdaları aşağıdaki tabloya kaydedin.

İçtiklerinizi bardak, şişe veya kutuyla, yediklerinizi ise tabak, kase, adet veya porsiyon gibi ölçülerle belirtiniz.Örneğin 1 bardak çay, 3 adet küp şeker, 1 dilim kepekli ekmek, 1 kibrit kutusu beyaz peynir, 1 küçük şişe rakı, 2 adet elma, 1 tabak etli patates yemeği, 2 adet biber dolması gibi.

ÖRNEK YEMEK LİSTEM

	NE YEDİNİZ ?	NE KADAR YEDİNİZ
KAHVALTI	Çay Şeker Peynir Zeytin Kepekli ekmek Reçel Tereyağ Su	2 bardak 3 tatlı kaşığı 1 kibrit kutusu 5 adet 2 ince dilim 1 tatlı kaşığı 1 çay kaşığı 1 su bardağı
KUŞLUK	Simit İncir Portakal suyu	1 adet 2 adet 1 bardak
ÖĞLE	Pilav Biber dolması Yoğurt Mevsim salatası	1 tabak 2 adet 1 kase 1 tabak
İKİNDİ	Çerez Kola Çikolata	1 avuç 2 kutu 1 paket
AKŞAM	Mercimek çorbası Kebap Beyaz ekmek Ayran	1 kase 1 porsiyon 2 dilim 2 bardak
GECE YATANA KADAR	Bira Süt Şeker Cips	1 kutu 1 su bardağı 2 tatlı kaşığı 2 avuç

1. GÜN

HAFTA İÇİ

	NE YEDİNİZ ?	NE KADAR YEDİNİZ ?
KAHVALTI		
KUŞLUK		
ÖĞLE		
İKİNDİ		
AKŞAM		
GECE YATANA KADAR		

2. GÜN

HAFTA İÇİ

	NE YEDİNİZ ?	NE KADAR YEDİNİZ ?
KAHVALTI		
KUŞLUK		
ÖĞLE		
İKİNDİ		
AKŞAM		
GECE YATANA KADAR		

3. GÜN

HAFTA SONU

	NE YEDİNİZ ?	NE KADAR YEDİNİZ ?
KAHVALTI		
KUŞLUK		
ÖĞLE		
İKİNDİ		
AKŞAM		
GECE YATANA KADAR		

EK-3. ETİK KURUL ONAYI



T.C
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

17 MART 2005
EDİRNE

SAYI : B.30.2.TRK.0.01.00.00/102-2783
KONU :

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA,

İlgi yazınızla etik kurul görüşü istenen aşağıda ismi belirtilen çalışma , Fakültemiz Etik Kurulunun 03.03. 2005 tarih ve 03 sayılı oturumunda görüşülmüş olup, alınan -16 - Nolu karar ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.A.Kemal KUTLU
Dekan

16-Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN'in yürütücüsü olduğu "Edirne ili kentsel alanda yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirilmesi" adlı Araş.Gör.Dr.Ela EKER'in tez çalışmasının incelenmesi

Eki : 1 sayfa

Joy -84



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARARLARI

Oturum Sayısı :

Karar Tarihi :

16-Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 03.03.2005 tarihinde "Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirilmesi" adlı TÜTFEK-2005/032 protokol nolu Araş.Gör.Dr.Ela EKER'in tez çalışmasını incelemek üzere toplandı. Toplantıya Yrd.Doç.Dr.Şemsi ALTANER izinli olması nedeniyle katılmadı, diğer üyelerin katılımı ile çalışmanın incelenmesine geçildi.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapılacağı sorumlusunun Yrd.Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN olduğu Araştırma protokolünün amaç, yaklaşım, gereç ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme metni dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; Helsinki Deklerasyonu Kararlarına, Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak hazırlandığına ve yapılabileceğine mevcudun oybirliği ile karar verildi.

Prof.Dr.Ahmet TUĞÖL
BAŞKAN
(Farmakolog)

Prof.Dr.Ahmet TEZEL
Klinisyen Üye
İç Hastalıkları Uzmanı

Yrd.Doç.Dr.Ümit N. BAŞARAN
Klinisyen Üye
Çocuk Cerrahisi Uzmanı

Yrd. Doç. Dr. Cengiz TUĞLU
Klinisyen Üye
Psikiyatri Uzmanı

Yrd. Doç. Dr. Şemsi ALTANER
Üye
Patalog
İzinli

Yrd.Doç.Dr.Sevgi ESKİOCAK
Biyokimya Uzmanı

Ecz.İmran OĞUZ
Üye
Eczacı

Posta Adresi :
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
Güllapoğlu Yerleşkesi
22030 EDİRNE

Tel (0-284) 235 76 41 (9 Hat) Fax: (0-284)2357652