

**T.C.**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ**



**DÜZCE'DE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN POPÜLER**  
**DİYETLERİ ÖĞRENDİKLERİ KAYNAKLAR, POPÜLER**  
**DİYETLER HAKKINDAKİ BİLGİLERİ VE YANLIŞ**  
**UYGULAMALARI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**DYT. TUĞÇE KARADUMAN**

**ANKARA, 2015**

T.C.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ



**DÜZCE'DE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN POPÜLER  
DİYETLERİ ÖĞRENDİKLERİ KAYNAKLAR, POPÜLER  
DİYETLER HAKKINDAKİ BİLGİLERİ VE YANLIŞ  
UYGULAMALARI**

Yüksek Lisans Tezi

DYT. TUĞÇE KARADUMAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Muhittin Tayfur

Ankara, 2015

**T.C**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dyt. Tuğçe Karaduman tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/01/2015

Tez Konusu: “Düzce’de Yaşayan Yetişkin Bireylerin Popüler Diyetleri Öğrendikleri Kaynaklar, Popüler Diyetler Hakkındaki Bilgileri ve Yanlış Uygulamaları”

**TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Muhittin TAYFUR**

**TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ**

Doç. Dr. Eda Köksal	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Muhittin Tayfur	Başkent Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Perim Türker	Başkent Üniversitesi

**ONAY:** Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 25/01/2015 tarih ve .032 Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Rengin ERDAL  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Çalıőmam süresince tez danıőmanlıęımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde, çalıőmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayıőını benden esirgemeyen, değerli tez danıőmanım Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Muhittin Tayfur'a ve diğer bölüm hocalarıma,

Hayatımın her döneminde hep yanımda olan, maddi ve manevi her türlü desteği sonsuz sevgi ile veren canım annem ve tez süresince tüm desteğini benden esirgemeyen Op. Dr. Savaő Sarı ve Filiz Koruk'a...

Sonsuz teşekkür ederim...

## ÖZET

Bu araştırma Ekim 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında Düzce Özel Hayri Sivrikaya Hastanesinde çalışan personel arasından rastgele seçilen 17-66 yaşları arasında olan 118'i (%77.6) kadın, 34'ü (%22.4) erkek olmak üzere toplam 152 birey üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya katılan kişilerin ortalama yaşı  $32.25 \pm 10.44$ 'dür.

Bireylere, demografik özellikleri, genel sağlık bilgileri, temel beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümlere ilişkin bilgileri (boy uzunluğu (cm), vücut ağırlığı (kg) ve popüler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popüler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamalarını sorgulayan 34 soruluk anket formu uygulanmıştır. Bireylerin beslenme alışkanlıklarını ve beslenme durumunu saptamak amacıyla, 95 besin çeşidini içeren besin tüketim sıklık formu uygulanmıştır

Düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünen %26.3 kadın; %29.4 erkek bulunmaktadır. Kadınların %37.3'ü, erkeklerin ise %41.2'si ekmek tüketmemenin doğru olduğunu düşünmektedir.

Kadınların %27.1'i, erkeklerin %35.3'ü popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünmektedir. Popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünenler ile popüler diyet uygulanması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Sağlıklı zayıflamada popüler diyeti güvenilir bulanların sıklığı %18.2 iken; güvenilir bulmayanların popüler diyet uygulamaya da olumlu bakmadıkları görülmektedir. Popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünenler ile diyetin öğrenildiği kaynak arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Popüler diyetin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünenler, diyetin öğrenildiği kaynağı yakın çevreden ve televizyon, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtirken; popüler diyeti sağlıklı bulmayanlar ise diyetisyen, televizyon, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak; kısa dönemde popüler diyetlerle sağlanan kilo kaybı uzun dönemde birçok sağlık problemlerine neden olmaktadır ve verilen kilolar uzun dönemde geri

alınmaktadır. Sağlıklı zayıflama, uzman desteği alınarak ve kişiye özel, haftalık yapılan vücut analiz ölçümü değerlendirilmesine göre yazılan beslenme programlarını içermelidir. Yaş, cinsiyet, yaşam tarzı ve kişinin davranış şekli en önemli noktaları oluşturmaktadır. Hangi tip hastaya hangi diyet uygulanması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Popüler diyetlerin olumsuz etkileri halka daha çok anlatılmalıdır ve halk bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler; Popüler diyetler, Düşük kalorili diyet, Düşük karbonhidratlı diyet, Yanlış beslenme, Hızlı zayıflama

## ABSTRACT

This study was conducted on 152 random individual between the ages of 17 and 66, comprising of 118 female (77.6%) and 34 (22.4%) male individuals working in Duzce Private Hayri Sivrikaya Hospital between October 2013 and February 2014.

Individuals were asked to fill a 34-question survey form that their demographic characteristics, general health, basic nutritional habits, knowledge on anthropometric measurements (height (cm), weight (kg), body-mass index ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )), the sources they learn popular diets from, their knowledge on popular diets and improper implementations. Food consumption frequency form covering 95 food types were applied to determine nutritional habits and the nutrition status of the individuals. Average age of participants was  $32.25 \pm 10.44$ .

Twenty six point three percent of female participants thought it was healthy to lose weight through low-calorie diets, while this figure was 29.4% for the male participants. Furthermore, 37.3% of the female participants thought the bread consumption to be healthy, while this figure was 41.2% for the male participants.

Twenty seven point one percent of female participants and 35.3% of the male participants provided positive answers to the question “Do you think popular diets are the appropriate way to lose weight healthy?” Statistically significant relationship was determined between the question “Do you think popular diets are the appropriate way to lose weight healthy?” and popular diet implementation ( $p < 0.05$ ). Eighteen point two percent of the participants indicated popular diets to be the correct way to lose weight healthily, while it was observed that those who do not approve popular diets felt negative about following popular diets. Statistically significant relationship was determined between deeming popular diets as the appropriate way of losing weight and the source of being informed about diets ( $p < 0.05$ ). Those who felt positive about popular diets as being the correct way to lose weight healthy stated

that they were informed about such diets from close friends, television, journals, and newspapers, while those who were negative about this idea stated that they were informed about it from dieticians, television, journals, and newspapers.

As a result, short-term weight lost through popular diets causes several health-related problems and the weight lost is achieved in the long term. Losing weight should include expert support, and tailor-made nutrition programs prepared based on weekly body analysis measurements, if it is to be healthy. Age, gender, lifestyle and personal behavior bear the greatest importance. The diet types to be applied for each patient should be considered. Moreover, public should be extensively informed about the negative effects of popular diets, and awareness should be raised.

Key Words: Popular diets, Low calories Diet, Low carbohydrate diet, Improper Nutrition, Rapid Weight loss



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	
ÖZET	iii
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ	1
2.DÜŞÜK KARBONHİDRATLI YÜKSEK PROTEİNLİ DİYETLER	3
2.1. Dukan Diyeti	5
2.2. Hollywood Diyeti	6
2.3. İsveç Diyeti	6
2.4. Karatay Diyeti	6
2.5. Düşük Karbonhidratlı Diyetin Avantajları ve Dezavantajları	7
2.5.1. Düşük karbonhidratlı diyet ve kardiyovasküler hastalıklar	7
2.5.2. Düşük karbonhidratlı diyet ve kan basıncı, kan lipitleri	8
2.5.3. Düşük karbonhidratlı diyet ve antioksidan durumu	9
2.5.4. Düşük karbonhidratlı diyet ve böbrek sağlığı	10
2.5.5. Düşük karbonhidratlı diyet ve kanser ilişkisi	11
2.5.6. Düşük karbonhidratlı diyet ve kemik sağlığı	12
2.5.7. Düşük karbonhidratlı diyet ve depresyon	12
2.5.8. Düşük karbonhidratlı diyet ve gastrointestinal problemler	13
2.6. Düşük Karbonhidratlı Diyetler, Beden Algısı ve Medya İlişkisi	13
3.DİĞER POPÜLER DİYETLER	14
3.1. Vejeteryan Diyeti	14
3.2. Akdeniz Diyeti	16
3.3. Kan Grubuna Göre Diyet	16
3.4. Alkali Diyet	18
4. GEREÇ VE YÖNTEM	19
4.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	19
4.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	19
4.2.1. Kişisel özellikler	19
4.2.2. Antropometrik Ölçümler	19

4.2.3. Besin tüketim sıklığı	20
4.2.4. İstatistiksel incelemeler	20
5.BULGULAR	21
6.TARTIŞMA	40
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
8. KAYNAKLAR	53
9.EKLER	
EK 1: Hasta Onam Formu	
EK 2: Başkent Üniversitesi Etik Kurul Onayı	
EK 3: Anket Formu	
EK 4: Besin Tüketim Sıklığı Formu	

## **KISALTMALAR**

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**TURDEP:** Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

**TBSA:** Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

**BKI:** Beden Kütle İndeksi

**DRI:** Dietary Reference Intakes (Diyetle Referans Alım Düzeyi)

**MRFIT:** Multiple Risk Factors Intervention Study (Müdahale Çalışmasının Birden Fazla Risk Faktörleri)

**CHO:** Karbonhidrat

**AHA:** Amerikan Kalp Birliği

**YPOK:** Yüksek Protein Düşük Karbonhidrat

**YPOK:** Yüksek Protein Orta Derecede Karbonhidrat

**LDL:** Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

**HDL:**Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

## TABLO

	Sayfa
5.1.1 Bireylerin cinsiyetlere göre tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	21
5.1.2 Bireylerin cinsiyetlere göre BKİ sınıflandırması	22
5.1.3 Bireylerin cinsiyetlere göre medeni durum, eğitim durumu ve sosyal güvenceye ilişkin dağılımları	23
5.1.4 Kadın bireylerin menopoza ilişkin dağılımları	24
5.1.5 Bireylerin ailelerindeki birey sayısı dağılımları	24
5.2.1.1 Bireylerin cinsiyetlere göre sigara ve alkol kullanımıyla ilgili dağılımları	25
5.2.1.2 Bireylerin cinsiyetlere göre fiziksel aktivite değişkenlerine ilişkin dağılımları	26
5.2.1.3 Bireylerin fiziksel aktivite yapma durumunun cinsiyetlere göre anlamlılık değerlendirmesi	26
5.2.2 Bireylerin cinsiyetlere göre hastalık durumu ve ilaç kullanımına ilişkin dağılımları	27
5.2.3.1 Bireylerin cinsiyetlere göre tüketilen ve atlanan öğün dağılımları	28
5.2.3.2 Bireylerin cinsiyetlere göre düzenli öğün tüketimi ve atlanan öğün durumları arasındaki anlamlılık değerlendirmesi	29
5.2.3.3 Bireylerin cinsiyetlere göre su tüketim durumu	29
5.2.3.4 Bireylerin cinsiyetlere göre su tüketimi arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri	30
5.2.3.5 Bireylerin cinsiyetlere göre ev dışı yemek yeme sıklığı dağılımı	30
5.2.3.6 Bireylerin cinsiyetlere göre meyve tüketim sıklığı ve meyvenin tüketildiği öğünlerin sıklığı	31
5.2.3.7 Bireylerin cinsiyetlere göre meyve tüketimi arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri	31
5.3.1 Bireylerin cinsiyetlere göre popüler diyetler hakkındaki genel düşüncelerinin dağılımları	32
5.3.2 Bireylerin cinsiyetlere göre popüler diyet uygulaması, popüler diyetler hakkındaki düşünceleri, popüler diyetlerin öğrenildiği kaynaklar	33

arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri	
5.3.3 Bireylerin popöler diyetleri sağlıklı bulması ile popöler diyet uygulaması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	34
5.3.4 Bireylerin popöler diyet uygulaması ile meyve tüketimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	35
5.3.5 Bireylerin popöler diyet uygulaması ile sağlıklı zayıflamada ekmek tüketmemenin doğru bulunması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	35
5.3.6 Bireylerin popöler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünmesi ile düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünmesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	36
5.3.7 Bireylerin popöler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünmesi ile diyetin öğrenildiği kaynak arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	36
5.4.1 Bireylerin cinsiyetlerine göre diyetle alınan enerji ve besin öğeleri değerlendirmeleri	37
5.4.2 Bireylerin cinsiyetlerine göre diyetle alınan mikrobesein öğelerinin değerlendirmeleri	38
5.4.3 Bireylerin popöler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilirliği hakkındaki düşünceleri ile diyetle alınan doymuş yağ asitleri miktarlarının değerlendirmeleri	39

## ŞEKİLLER

Şekil 1: Popöler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilir bulanların cinsiyetlere göre dağılımı	34
Şekil 2: Bireylerin cinsiyetlerine göre diyetle alınan protein ve yağ dağılımı	38



# **DÜZCEDE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN POPÜLER DİYETLERİ ÖĞRENDİKLERİ KAYNAKLAR, POPÜLER DİYETLER HAKKINDAKİ BİLGİLERİ VE YANLIŞ UYGULAMALARI**

## **1.GİRİŞ**

Şişmanlık; prevalansı artan, kronik zeminde gelişen, tekrar edebilen nörokimyasal bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), şişmanlığı endemik bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlamış, dünyadaki gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık prevalansındaki artışın Amerika Birleşik Devletlerindeki benzerlik gösterdiğini belirtmiştir (1).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçlarına göre Türkiye’de obezite sıklığı %32’dir. Erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak erişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3’ü kilolu veya obezdir (2). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010 (TBSA-2010) sonuçlarına göre tüm yetişkin bireylerde obezite görülme sıklığı % 30.3, hafif şişmanlık görülme sıklığı % 34.6, morbid obezite görülme sıklığı ise % 2.9’dur. Ülkemizde yetişkin bireylerin erkeklerde sadece % 38.7’si, kadınların ise % 26.6’sı normal beden kütle indeksi (BKİ) değerlerine sahiptir (2).

Fazla kiloluluk ve obezite birçok yaygın kronik hastalık için risk faktörüdür. İnsülin direnci, glukoz intoleransı, insüline bağımlı olmayan şeker hastalığı, hipertansiyon, dislipidemi, koroner kalp hastalığı, inme, kalp yetmezliği, safra kesesi hastalıkları, osteoartrit, uyku apnesi, solunum yolu problemleri ve birçok kanser çeşidi şişmanlık ile seyreden sağlık sorunları olarak sıralanmaktadır (3). TURDEP-II çalışmasına göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının % 13.7’ye ulaştığı görülmüştür (2).

İnsan vücudu yağlardan, kaslardan, kemiklerden ve sudan oluşur. Tek yönlü beslenmede, besin gruplarından yeterli ve dengeli alınmadığında daha çok su ve kas kaybı görülmekte bu da vücudumuzun direncinin düşmesine sebep olmaktadır. Yetersiz vitamin ve mineral alımı sonucunda da saçlar dökülmeye, tırnaklar sertliğini kaybederek kırılmaya, cilt kurumaya, gözlerin altında koyu halkalar görülmeye başlar ve metabolizma yavaşlar (4).

Popüler diyetlerde belli besinlere ağırlık verildiğinden yasaklanan besinlere karşı aşırı istek oluşmaktadır ve diyet sonrasında bu besinlere hücum edilince kilo alınmaktadır. Kısa zamanda zayıflatmayı vaat eden diyetler, insanları egzersizden uzaklaştırdığı için zaman içinde kilo almaya neden olmaktadır. Yeme bozukluklarına yol açabildiğinden dolayı uygulanmaması gereken yanlış diyetlerdir. Dünyada birçok kişi vücut ağırlığını azaltmak veya korumak için çeşitli diyetler yapmaktadır. Bu amaçla oluşturulan diyetlerin tokluğu artıran çeşitli mekanizmaları uyararak vücut ağırlığı kontrolü sağlayacağı ileri sürülmektedir. Bu diyetler arasında en popüler olanı karbonhidrat alımının azaltılmasıdır. Batılı toplumlarda görülen; genellikle yüksek yağlı diyetten kaçınmayı amaçlayan uygulamalar, yüksek protein alımına teşvik etmektedir (1). Popüler diyetlere Atkin's Diet, Protein Power, The Zone Diet'lerini örnek verebiliriz. En çok satan The Atkin's Diet adlı diyet kitabı yüksek yağ, düşük karbonhidratlı beslenme üzerine mesajlarını verirken bunu izleyen ikinci popüler diyet akımı The Zone Diet ise orta düzey yağ ve yüksek protein içermektedir (5).

Araştırmamızın amacı; Düzce'de yaşayan yetişkin bireylerin popüler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popüler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamalarını tespit edip, halkın bilinçlenmesini sağlamaktır.



## **2.DÜŞÜK KARBONHİDRATLI YÜKSEK PROTEİNLİ DİYETLER:**

Dikkate alınması gereken önemli bir faktör yüksek proteinli diyetin tanımlanmasıdır. Diyetin protein içeriğini belirlemenin farklı yöntemleri vardır. Diyetteki protein miktarı (g) belirlenir, proteinin toplam enerjiden gelen yüzdesi hesaplanır ya da vücut ağırlığının kilogramı başına alınan protein miktarı saptanabilir. Türkiye'ye özgü beslenme rehberinde önerilen enerjinin proteinden gelen oranı 1-3 yaş için %5-20, 4-18 yaş için %10-20, yetişkinler için ise yaklaşık olarak %10-15'dir (6). Diyetle Referans Alım Düzeyi'ne (DRI) göre ise 1-3 yaş çocuklar için enerji alımının %5-20'si, 4-18 yaş için %10-30'u, yetişkinler için ise yaklaşık olarak %10-35'i kadardır (7).

Amerikan Sağlık Bakanlığı ve Amerikan Tarım Bakanlığı tarafından 2010 yılında hazırlanan Amerikalılar İçin Beslenme Kılavuzu'na göre yetişkinler için besinlerden elde edilen toplam kaloringin %10-35'inin proteinlerden elde edilmesi tavsiye edilmiştir (8). Yüksek proteinli bir diyetin ne olduğuna dair genel bir fikir birliği yoktur; besin endüstrisinde, toplam enerjinin proteinden gelen oranı %20'den fazla olduğunda "protein bakımından zenginleştirilmiş" terimi kullanılmaktadır. Vücut ağırlığı kaybı çalışmalarındaki yüksek proteinli diyetler sıklıkla proteinden gelen enerjinin toplam enerjinin yaklaşık %30'unu oluşturmasını hedeflemektedir (9).

Proteinler, eğer vücutta yeteri miktarda karbonhidrat ve yağ bulunuyorsa, vücut için önemli bir enerji kaynağı değildirler. Ayrıca, karbonhidrat ve yağdan farklı olarak proteinler depolanabilir bir enerji sağlamamaktadır. Ancak yeteri miktarda karbonhidrat ve yağ alınmadığı durumlarda proteinler vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için kullanılırlar. Proteinlerin enerji için kullanımı karaciğerin aminoasitleri glikoz ve glikojene çevirme kapasitesiyle sınırlıdır. Proteinler fazla alındıkları takdirde vücutta yağa dönüştürülebilirler. Proteinler de karbonhidratlar kadar enerji sağlamaktadır. Proteinler kullanılabilir enerjinin temel kaynağı olmasa da ATP'nin nitrojenli bazı olan adenin ve kreatinin fosfat gibi diğer nitrojenli bileşikler için gerekli olan elzem aminoasitleri sağlamaktadır (7).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde ise karbonhidrat miktarının az olduğu diyet alımı sonrasında proteinlerin büyük kısmının glikoza çevrildiği ve bu nedenle yetişkinler için öğünlerde proteinden elde edilecek enerjinin %10-15 arasında olması gerektiği belirtilmiştir (6).

Diyette protein miktarının artırılması ve azaltılmasının zayıflamaya etkisi konusunda araştırmalar yapılmaktadır. Bazılarında yüksek proteinli diyetle daha fazla ağırlık kaybı olduğu saptanmıştır (10,12,13). Ancak bazı çalışmalarda ise bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (11,15,16). Yüksek proteinli zayıflama diyetleri ve özellikle düşük karbonhidratlı diyet kombinasyonlarının etkisi ve güvenilirliği de sorgulanmaktadır. Düşük karbonhidratlı ya da çok düşük karbonhidratlı diyetler karbonhidrat alımı <20 g/gün düştüğünde ketojenik diyetler olarak tanımlanmakta ve keton cisimleri oluşmaktadır. Bu cisimler  $\beta$ -hidroksi bütirat ve asetoasetattır. Karaciğer tarafından beyin için alternatif bir enerji kaynağı olarak üretilirler. Bu tip diyetler açlık sırasında karbonhidratlar yerine yağların yakılması için vücudu uyarır ve keton cisimlerinin kanda artmasına, kanın ph'nın düşmesine ve ilerleyen süreçte ketoasidoza bağlı kan basıncında aşırı düşme, şok ve bilinç kaybı gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır. İştah kontrolü ya da metabolik avantajlar yönünden yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerin (ketojenik diyetler) yüksek protein-orta derecede karbonhidratlı diyetlere göre bir üstünlüğünün olmadığı belirtilmiştir (17).

## **2.1 Dukan Diyeti**

İlk aşama kısa, hızlı ve hemen sonuç alınan atak aşamasıdır. Bu aşamada diyet çok hızlı ağırlık kaybı sağlayan 72 çeşit yüksek proteinli besinden oluşmaktadır. Öğünlere bölersek kahvaltı için yumurta, öğle yemeğinde balık ve akşam yemeğinde biftek yenilmektedir. Diğer besinler ise yağsız derisiz tavuk, hindi eti, yağsız jambon, yengeç ve midye gibi deniz ürünleri, yağsız peynir ve yağsız süttür. Baharat, limon, sirke ve soya sosu kullanılabilir. Diyet katkısı sağlaması için her gün 2 çorba kaşığı yulaf ve günde en az 2 litre su, şekersiz çay, bitki çayları içilmektedir. Diyeti uygulama süresi; 10-20 kg arasında bir ağırlık kaybı hedefleyen kişiler için 5 gün, 10

kg'dan az hedefleyenler 3 gün ve 5 kg'dan az hedefleyenler için ise 1 gün yapmaları uygundur (18).

İkinci aşama seyir aşamasıdır. Bu aşama gerçek ağırlık kaybının yaşandığı aşamadır. Bu aşama sırasında diyetle saf protein seçenekleri bulunmaktadır. Bu protein seçeneklerinde ise 28 çeşit sebze önerilmiştir. Bazı günler sebze ve protein bazı günlerde ise sırf protein yenilmiştir. Sebze günlerinde sınırsız sebze tüketme hakkı vardır (18).

Üçüncü aşama konsolidasyon aşamasıdır. Her gün protein ve sebze yenilebilen aşamadır. Bunun yanında biraz meyve, 2 ince dilim tam buğday ekmeği ve yağsız peynir yenilmektedir. Bu aşamaya gelmenin bir ödülü olarak ise haftada 1-2 gün karbonhidrat tüketmek serbesttir. Haftada 2 öğün ise kutlama kapsamında istenilen herhangi bir şey tüketilmektedir (18).

Dördüncü aşama ise istikrar aşamasıdır. Haftanın belirlenen bir gününde sadece protein bazlı beslenilmektedir. Bunun dışındaki günlerde ise yağlı besin tüketimi haricinde istenilen besinler yenilebilmektedir (18).

## **2.2 Hollywood Diyeti**

Hollywood diyeti 3 ana ve 1 ara öğün önermektedir. Şekerli yiyecekler kesinlikle tüketilmemelidir. Saat 20:00' den itibaren kesinlikle bir şey yenilmemelidir. Yenilen besin sadece bir tabak tüketilmelidir. Hollywood diyetinde patates, pirinç, havuç, muz, ananas, işlenmiş şeker, işlenmiş tüm beyaz un ürünleri, alkol, bal ve dondurma yer almamaktadır (19).

## **2.3 İsveç Diyeti**

İsveç diyeti tamamıyla protein tüketmeye odaklanmış bir diyet türüdür. İsveç diyetinin hedefi özellikle yüksek protein tüketme ile metabolizmayı hızlandırma ve buna bağlı olarak ani kilo verme üzerinedir. Bu diyetle kesinlikle tüketilmemesi gereken besinler vardır. Bunların başında gazlı içecekler gelmektedir. İsveç diyetinin en önemli özelliği 6 günden az, 13 günden fazla uygulanmamasıdır. Bu diyetin önemli özelliği çok az kalori alınması ve buna bağlı olarak metabolizmayı

hızlandırıcı besinler içermesidir. Örnek vermek gerekirse çay yasaktır ama çayın yerine yağsız kahve içilebilir. Protein grubu dediğimiz et, tavuk ve balık grubuna ağırlık verilmiştir. Öğlen ya da akşam öğünlerinde yine güne göre değişmekle birlikte protein tüketimi olmaktadır (20).

#### **2.4 Karatay Diyeti**

Karatay diyetinde tüm şeker ve şekerli gıdalar, tatlandırıcılar, diyabetik ürünler, tahıl unu ve bunlar ile hazırlanmış besinler, ekmek, kavrulmuş kuruyemişler, pişmiş havuç, patates, pirinç, üzüm, kavun, karpuz, incir, hazır alınan tavuk, salam, sosis, sucuk ve yumurta, diyet ve light içecekler dahil her türlü meşrubat, neskafe, alkollü içecekler, meyve içerikli yoğurt, öğütülmüş tahıl, ayçiçek yağı, hazır katı yağlar, mısırözü yağı yasaktır. Bulgur, armut, elma, ayva, mandalina, çilek, erik, kiraz, portakal gibi glisemik indeksi düşük besinler tüketilmelidir. Doğal tavuk, işlenmemiş doğal ürünler, pastırma ve doğal yumurta tüketilmelidir. Evde mayalanmış yoğurt, ev yoğurdu ile hazırlanmış ayran, soda, türk kahvesi ve filtre kahve tüketilmelidir. Fındık yağı, zeytinyağı ve ev yapımı tereyağı tüketilmelidir. Öğünlerden doymadan kalkmak ve ara öğün yapmak yasaktır. Salata, sebze, bakliyat, et ve balık tüketilmelidir. Karatay diyetinde akşam 19:00 ve 20:00 'den sonra atıştırmak yasaktır. Bu saatlerden sonra yalnızca çay, bitki çayı, maden suyu ve ayran içilebilir. Günde en az 2 litre su içilmelidir. Günde en az 30-45 dakika yürüyüş yapılmalıdır (21).

#### **2.5 Düşük Karbonhidratlı Diyetin Avantajları ve Dezavantajları:**

Diyetlerde fazla protein alımının bazı olumsuz sonuçları olduğu bildirilse de; diyabet, obez kişilerde zayıflama tedavisi, bazı böbrek-karaciğer hastalıkları, yanık hastaları, gebe, emzikli, işçi ve yaşlı gruplarında olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (22).

Düşük CHO diyetlerde, düşük yağ içeren dengeli diyetlere göre iştah ve doyum konusunda fark olmadığı, ketosizin iştahı baskılamadığı belirtilmiştir (23). Düşük karbonhidratlı diyetlerde yağ kaybının artması gibi bir durum olmayacağını bunun enerji alımında azalma ve enerji harcamasındaki artışla oluşabileceği

bildirilmiştir. Düşük karbonhidratlı diyetlerdeki hızlı kilo kaybı vücut suyunun azalmasına bağlıdır, birkaç gün sonra ya da diyet bırakıldığında bu kilo geri alınır. Ya da verilen kilolar uzun dönemde kas kaybıdır. Fakat dengeli ve sağlıklı beslenmede asıl istenen yağdan kilo verilmesidir (24).

### **Düşük karbonhidratlı diyetin yan etkileri:**

Düşük karbonhidratlı diyetlerin; gastrointestinal problemler, kan şekeri düşmesi, baş dönmesi, baş ağrısı, uykusuzluk, bulantı, susama, güçsüzlük ve yorgunluk gibi yan etkileri olabilmektedir (23).

### **2.5.1 Düşük karbonhidratlı diyet ve kardiyovasküler hastalıklar:**

Düşük karbonhidrat-yüksek protein diyetlerinin ağırlık kontrolü üzerine kısa ve uzun dönemli etkileri olabilir. Özellikle kardiyovasküler sonuçlarla ilgili endişeler de bildirilmiştir. Uzun vadedeki kardiyovasküler zararların ağırlık kaybının kısa vadedeki faydalarından daha baskın geldiği belirtilmiştir (25).

Geçtiğimiz birkaç yıl boyunca, birçok kohort çalışma kardiyovasküler hastalıklar üzerinde durarak düşük karbonhidrat-yüksek protein diyetlerinin uzun dönem sağlık etkilerini araştırmış ve bu tarz diyetlerin kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır. Yüksek protein düşük karbonhidratlı diyetlerin kalp sağlığı üzerine uzun dönem sonuçlarının araştırıldığı prospektif kohort bir çalışmada, 15 yıl süreyle takip edilen 30-49 yaşları arasındaki 43.396 kadın incelenmiş ve günlük karbonhidrat alımının 20 g azalması ve protein alımının 5 g artmasıyla kardiyovasküler hastalık riskininin %5 oranında arttığı bulunmuştur. Karbonhidrat türü ya da protein kaynağı düşünülmeden düzenli bir temelde uygulanan yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetler artan kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkilendirilmiştir (25).

Bu çalışmayla aynı kohort üzerinde yapılmış başka bir araştırmada yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerle kardiyovasküler mortalite arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (26).

Bir başka çalışmada yüksek protein, düşük karbonhidratlı ya da her ikisini içeren diyetin kardiyovasküler riski olumlu etkileyebilecek kan lipidleri üzerine yararlı etkilerinden bahsedilmiştir fakat bu çalışmanın takip süresi 1 yıldan daha az olduğu için bu yararlı etkinin uzun dönemli olmadığı dikkate alınmalıdır (27).

### **2.5.2 Düşük karbonhidratlı diyet ve kan basıncı, kan lipidleri**

Yüksek protein alımının kan basıncını artırabileceği Amerikan Kalp Birliği tarafından bildirilmekte ancak bir çalışmada yüksek proteinli diyetlerin bu etkisine dair bilimsel kanıtların olmadığı sistolik ve diyastolik kan basıncıyla yüksek protein alımı arasında negatif bir korelasyon olduğundan bahsedilmiştir (28).

Yetişkin 11.342 erkek ile yapılan MRFIT (Müdahale Çalışmasının Birden Fazla Risk Faktörleri) çalışmasında total protein tüketim miktarı ve sistolik kan basıncı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalara paralel olarak, 9 kesitsel çalışmanın incelendiği bir meta analizde her iki cinsiyette de sistolik, diyastolik kan basınçları ve protein alımı arasında anlamlı ters bir ilişki gözlenmiştir (29). Bir meta analizde yüksek proteinli diyetle düşük proteinli diyetle oranla 3 aylık bir sürede sistolik kan basıncı (3.2 mmHg) ve diyastolik kan basıncındaki (1.75 mmHg) azalışın daha fazla olduğu görülmüştür. Bu azalış istatistiksel olarak anlamlıdır (27).

Morbid obez bireylerde düşük karbonhidrat-yüksek proteinli Atkins diyetiyle (%22 protein) düşük yağlı diyeti (%16 protein) karşılaştıran bir çalışmada yüksek proteinli grupta %20 düşük proteinli gruba (%4) oranla serum trigliserit düzeyindeki azalmanın daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p=0.001$ ) (13). Benzer şekilde yakın zamanda yapılan bir meta analizde incelenen 24 çalışmada düşük proteinli diyetlerle karşılaştırıldığında yüksek proteinli diyetlerde 3 ayda trigliseridlerdeki azalmanın daha fazla olduğu görülmüştür ve bu azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu farklılıkların yüksek proteinli grupta ağırlık kaybının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (30).

### **2.5.3 Düşük karbonhidratlı diyet ve antioksidan durumu:**

Düşük karbonhidrat-yüksek proteinli zayıflama diyetlerinde meyve ve sebze tüketimi azaltıldığı için antioksidan durumu üzerine olumsuz etkilerinin olabileceğine dair endişeler vardır. Yüksek proteinli diyetlerin plazma antioksidan durumu üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada, obez bireylerde 4 hafta içinde bu diyetlerin plazma antioksidan durumu ve kardiyovasküler belirteçler üzerine olumsuz etkilerinin olmadığı belirtilmiştir. Yüksek protein düşük karbonhidrat (YPDK) ve yüksek protein orta derecede karbonhidrat (YPOK) içeren diyetler karşılaştırılmıştır. Ağırlık kaybıyla ilişkili olarak sağlık göstergelerindeki iyileşmeler bu iki diyet türü için de benzer bulunmuştur. Bireylerin hiçbirinde vitamin yetersizliği görülmemiştir. Plazma C vitamini konsantrasyonları yüksek protein-düşük karbonhidrat (YPDK) diyet grubunda daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Bunun nedeni; uygulanan YPDK diyetinin, YPOK diyetine oranla 2 kat fazla sebze ve meyve içermesi ve diyetle portakal suyunun bulunmasının etkisi olarak açıklanmıştır ( $p < 0.05$ ) (30).

### **2.5.4 Düşük karbonhidratlı diyet ve böbrek sağlığı**

Yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerin böbrek sağlığı üzerine güvenilirliği konusunda uzun zamandır devam eden endişeler bulunmaktadır ancak bu tarz diyetlerin böbreklere olan etkileriyle ilgili bilinenler oldukça azdır. Bu tarz diyetlerin böbreklere etkisini inceleyen bazı çalışmalar herhangi bir olumsuz etki bildirmemiştir. Ancak bu çalışmaların örneklem büyüklüğü (65-68 kişi) ve etki süreleri de nispeten (6 ay-2 yıl) sınırlıdır. Yüksek protein-düşük karbonhidratlı diyetlerin 2 yıllık bir periyotta düşük yağlı diyetlere oranla böbrekle ilişkili parametreler üzerine etkilerini belirlemek amacıyla obez 307 bireyle yapılan bir çalışmada; sağlıklı obez bireylerde yüksek protein-düşük karbonhidratlı zayıflama diyetlerinin glomerüler filtrasyon hızı (GFR), albuminüri, sıvı ve elektrolit dengesi üzerine belirgin bir yan etkilerinin olmadığı belirlenmiştir (31).

Yapılan çalışmada genç (6 aylık) ve yaşlı (18 aylık) 32 adet Wistar albino erkek sıçanlar kullanıldı. Sıçanlar; (grup 1: genç normal diyet grubu n=8), (grup 2: genç yüksek protein grubu n=8), (grup 3: yaşlı normal diyet grubu n=8), (grup 4: yaşlı yüksek protein grubu n=8) olmak üzere 4 grup oluşturulmuştur. Normal diyet grubundaki sıçanlara %20'lik protein içeren diyet verilirken, yüksek protein gruplarına %47,5 protein içeren özel yem verilmiştir. Bir aylık sürenin sonunda genel anestezi altında denekler sakrifiye edildikten sonra böbrek ve karaciğer dokuları %2'lik gluteraldehid solüsyonunda tespit edilmiştir. Daha sonra alışılagelen elektron mikroskopik takip yöntemleri uygulanarak alınan kesitler ışık mikroskopta ve elektron mikroskopta değerlendirilmiştir. Çalışmamızın sonucunda yapılan değerlendirmede genç ve yaşlı kontrol gruplarında karaciğer ve böbrek dokuları doğal yapıları ile ayırt edilmiştir. Yüksek protein diyeti uygulanan sıçanların karaciğerlerinde sinozoidlerde genişleme, hepatositlerde vakuolizasyon ve yer yer hücrelerde lipit damlacıkları görülmüştür. Yaşlı gruplarda karaciğerde görülen yapısal hasarların daha belirgin olarak izlendiği ayırt edilmiştir. Böbrek dokularında yüksek protein uygulanan gruplarda glomerüllerde ve tübüllerde ışık mikroskopik düzeyde hücrelerde yapısal dejenerasyonla birlikte peritübüler alanda artış, böbreklerde membranöz depozit oluşumu ayrıca pedisellerde kaynaşma saptanmıştır (32).

Sonuç olarak kısa süreli yüksek protein diyeti uygulamasında karaciğer ve böbrek dokularında izlenen yapısal hasarların yaşla birlikte artarak devam ettiği görülmüştür. Bu bulgular ışığında karaciğer ve böbrekte yapısal düzeyde belirgin hasara neden olduğu görülen bu tarz diyetlerin uygulanmasının sağlık açısından oldukça sakıncalı olduğu kanısına varılmıştır (32).

### **2.5.5 Düşük karbonhidratlı diyet ve kanser ilişkisi**

Düşük karbonhidratlı diyetlerin meyve, sebze ve diyet lifi açısından önerilenlerden eksik kaldığı bununda uzun dönemde kanser riski şüphesini artırabileceği belirtilmiştir. Avrupa'da 10 ülkede 35-70 yaşları arasındaki 519.978 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen beslenme ve kanser araştırmasında edilen veriler incelendiğinde süt ürünlerinden sağlanan yüksek protein ve kalsiyumun prostat kanseri riskinin artışıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (34).



Yapılan bir çalışmada ise makrobesinler, yağ asitleri ve kolesterolün pankreas kanseri üzerine etkisi araştırılmış ve bu amaçla İtalya'daki bir hastanede 1991-2008 yılları arasında gerçekleştirilen vaka kontrol çalışmalarından elde edilen veriler analiz edilmiştir (24). 326 pankreas kanseri hastası ve 652 kontrol içeren çalışmada toplam protein alımı ile pankreas kanseri riski arasında bir bağlantı olmadığı, ancak hayvansal proteinlerce zengin bir diyetin pankreas kanseri riskini arttırdığı sonucuna varılmıştır (24).

### **2.5.6 Düşük karbonhidratlı diyet ve kemik sağlığı**

Yüksek protein içerikli diyetin tartışmalı etkilerinden biri de kemik yapım ve yıkım hızı üzerinedir. Bir grup araştırmacı yüksek protein içerikli beslenmenin kemik yıkım hızını artırdığını ve kemik metabolizmasını olumsuz yönde etkilediğini vurgulanmıştır. 16 sağlıklı kadın üzerinde yürüttükleri araştırmalarında iki hafta süresince düşük, orta ve yüksek protein diyetleri uygulamışlardır. Yüksek protein verilen bireylerde deneyin 4. Gününde idrarda ve serumda kalsiyum, serumda Paratiroid hormon, D vitamini, osteokalsin, alkalen fosfataz, üriner N-telopeptide değerleri izlenmiştir. Çalışmalarının sonucunda idrarda atılan fazla kalsiyum miktarının kemik yıkım hızındaki artışla ilişkilendirilmiştir (35).

Fazla miktarda protein alımı ve kemik sağlığı ilişkisi hakkında farklı sonuçlar içeren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada 24-28 yaşları arasındaki 38 kadın incelendiğinde artan protein alımı ile kemik mineral yoğunluğu arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmaya göre fazla protein alımının kemik mineral kütlesi üzerinde yan etki oluşturabileceğinin kanıtı şeklinde yorumlanmıştır (36). Yüksek proteinli diyetin alınması durumunda fosforun da yüksek alınması kaçınılmazdır. Fosforun yüksek alınması ise idrarla kalsiyum kaybının artmasına neden olmaktadır. Eskimolar'da osteoporozisin daha sık görülmesinde diyetlerinin ete bağlı olmasının etkili olduğu bildirilmiştir. Etin fosfor içeriği kalsiyum içeriğinden 5-20 kat yüksektir. Aşırı protein alımı osteoporozis için risk faktörü sayılmaktadır. Protein içeriği yüksek diyetler, kemiklerden kalsiyumun çekilmesine ve hiperkalsüriye neden olmaktadır. Bu durum proteinli diyetle oluşan asit yükünün tamponlanması mekanizmasıyla ilgilidir (37).

### **2.5.7 Düşük karbonhidratlı diyet ve depresyon**

Yüksek miktarda protein içeren diyetlerin zihin üzerinde negatif bir etkisi olduğu ve ruhsal hastalıkları azalttığı veya arttırdığı şeklinde ikna edici kanıtlar olmamasına rağmen, küçük ölçekli klinik gözlemler sonucu bu tür diyetler ile ruh halinin kötüleşmesi, yorgunluğun, sersemlik hissinin, asabiyetin, baş ağrısının, kafa karışıklığının ve uyku problemlerinin artması arasında bağlantı kurulmuştur (24). Yapılan bir çalışmada protein içeriği yüksek diyet ile ciddi depresyon hali arasındaki ilişkiyi 10 yıllık bir takip ile incelemiştirlerdir. Yapılan çalışmaya 25-74 yaşları arasındaki 1947 erkek ve 2909 kadın katılmıştır. Çalışmanın sonucuna göre ciddi depresyon hali ile protein tüketimi arasındaki ilişki de cinsiyetin önemli derecede farklılık gösterdiği bulunmuştur (24). Artan protein alımının erkekleri ciddi depresyon haline karşı korurken, kadınlarda zararlı etkiler gösterdiği gözlenmiştir (24). Düşük karbonhidratlı diyetlerin ruh hali ve bilişsel fonksiyon üzerine uzun dönem etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada yüksek proteinli diyetle daha kötü, mutsuz bir ruh hali gözlenmiştir (38).

### **2.5.8 Düşük karbonhidratlı diyet ve gastrointestinal problemler**

Yapılan bir çalışmada yüksek proteinli diyetlerle gastrointestinal problemlerin önemli derecede arttığı rapor edilmiştir. Bu çalışmaya göre yüksek proteinli diyet tüketen grupta düşük proteinli gruba göre konstipasyon (sırasıyla %68, %35,  $p<0.001$ ), ağız kokusu (sırasıyla %38, %8,  $p<0.001$ ) ve diyare (sırasıyla %23, %7,  $p=0.02$ ) daha sık gözlenmiştir (16). Yorgunluk açısından gruplar arasında fark bulunmamasına rağmen genel güçsüzlük (sırasıyla %25, %8,  $p=0.01$ ), baş ağrısı (sırasıyla %60, %40,  $p=0.03$ ), kas krampları (sırasıyla %35, %7,  $p=0.001$ ) ve ürtiker (sırasıyla %13, %0,  $p=0.006$ ) yüksek proteinli diyet tüketen grupta anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (16).

## **2.6 Düşük Karbonhidratlı Diyetler, Beden Algısı ve Medya İlişkisi**

Beden imajı, kişinin bedeninin ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki tablosudur. Bireyin beden ile ilgili bilinçli veya bilinç dışı duygularını, düşüncelerini, algılarını içerir. Beden algısını kazanma sürecinde bireylerin çoğu, kültürün ideal

beden olarak sunduğu modelin etkisinde kalır. Beğenilen bir vücudun nasıl olması gerektiği hakkındaki kalıp yargılar ve kültürel kurallar bireyin kendi bedenini algılamasına önemli şekilde etki eder. Kültürün ve modanın etkisi ile ideal olarak kabul edilen beden yapısının etkisinde kalan birey, bir “ideal beden algısını” geliştirebilir (39). Medya adölesan dönemdeki kız çocuklarında, kendine özgü bir model yaratmakta ve bu modelle kendini özdeşirmekte yani bu model gibi düşünüp, bu model gibi yaşam tarzını sürdürmektedir. Kendisiyle özdeşirdiği bu modellere benzeme; düşük karbonhidratlı yanlış diyetlere eğilimi artırıp anoreksiya nervoza, bulimia nervoza gibi yeme bozukluğu hastalıklarına sebep olmaktadır (40).

### **3. DİĞER POPÜLER DİYETLER:**

#### **3.1 Vejeteryan Diyeti**

Veganlar hiçbir hayvansal kaynaklı besin tüketmeyip sadece bitkilerle beslenirler. Veganların bazıları arıdan sağlandığı için balı, kemiğin kaynatılmasıyla elde edilen jelatini, süt içerdiği için çikolatayı bile reddetmektedirler. Günümüzde vegan diyeti uygulayanların sayıları oldukça azdır. Veganlar, hayvansal besinleri yemedikleri gibi hayvandan elde edildiği için yün, ipek, deri gibi giysileri giymez, hayvansal yağ içeren sabunları kullanmazlar (41).

Lakto vejetaryen diyetinde bitkisel besinlerle birlikte hayvansal kaynaklı besinlerden süt ve süt ürünlerini tüketilir. Ova vejetaryen diyetinde bitkisel besinlerle birlikte yumurta da yer alır. Bunun yanında et ve süt tüketmezler. Lakto-ova vejetaryen diyetinde öldürülmüş hayvan ürünü yemeyip, hayvan canlı iken ürettiği süt ve yumurta tüketilir. Bu uygulama Budizmde ki yaşamın kutsal olduğu ve hayvan öldürmenin ahlaki değerlere aykırı olduğu inancına dayanır. Günümüzde sıklıkla uygulanan vejetaryen beslenme tipidir (41).

Bazı gruplar da etler arasında tercih yaparlar. Bitkisel besinler yanında hayvansal olarak yalnızca kümes hayvanlarını tüketenlere Polo vejetaryen, yalnızca su ürünlerini tüketenlere Pesko vejetaryenler denilmektedir. Semi-vejetaryenler ise kırmızı eti tüketmeyen, sınırlı miktarda tavuk ve balık tüketenlerdir. Semi-vejetaryenler yumurta, süt ve türevlerini serbestçe tüketirler (41).

Vejetaryen diyetler kalp-damar hastalık riskini azaltmaktadır. Hayvansal kaynaklı besinlerin toplam yağ, doymuş yağ ve kolesterol içeriği yüksektir. Koroner kalp hastalığının, et yiyenlerde yemeyenlere göre %30 daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Vejetaryen diyeti uygulayan bireylerin, karışık beslenenlere, özellikle eti çok tüketenlere göre kan basıncı ve hipertansiyon riski düşüktür. Bu olumlu etki vejetaryen diyetlerinin toplam yağ, doymuş yağ ve kolesterolü az içermesinin yanı sıra posa, sebze, meyve ve kurubaklagil gibi bitkisel besinleri fazla içermesinden dolayı kan basıncının düzenlenmesinde etkili olan potasyum, magnezyum ve kalsiyumun çok, tuzun (sodyumun) az alınmasından kaynaklanmaktadır (41).

Vejetaryen diyeti tüketen bireyler, et içeren diyetle beslenen bireylere oranla daha düşük sıklıkta kansere yakalanmaktadır. Vejetaryen diyeti kurubaklagil, ceviz, fındık gibi sert kabuklu meyveler, taze sebze ve meyveler ile saflaştırılmamış tahıl ürünlerinden zengindir. Bu besinler de kansere karşı koruyucu olarak bilinen antioksidan öğelerin (E vitamini, C vitamini, karotenoidler, bioflavonoid ve diğer biyoaktif bileşikler) alımını artırır (41).

Vejetaryen olmak her zaman sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürüldüğü anlamına gelmez. Vejetaryen bireyler besin çeşitliliklerini iyi ayarlayamazlarsa demir mineralini yetersiz alabilirler. Bunun sonucunda ise kansızlık (anemi) görülmesi kaçınılmazdır. Vejetaryen diyetlerinde özellikle veganlarda B12 vitamini yetersizliği de anemiye neden olur ve sinir sisteminde geri dönüşü olmayan zararlar verir. Vejetaryen yetişkinler, büyüme çağındaki çocuk ve gençler kalsiyumun iyi kaynakları olan süt ve ürünlerini yetersiz tükettiklerinde kemik sağlıkları riske girecektir. Besin çeşitliliği sağlanmadığı ve B12 vitamini gereksinimini karşılayacak kadar yumurta ve süt gibi hayvansal kaynaklı besinler tüketilmediğinde homosistein yükselir. Homosistein seviyesinin yükselmesi ise kalp damar hastalıkları için bir risk faktörüdür (41). Dikkatli uygulanmazsa protein, demir, B<sub>12</sub> vitamini, çinko, kalsiyum gibi çok önemli maddelerin eksiklik riski vardır. Tüm vejetaryan diyetleri geniş yiyecek çeşitleri ve vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için yeterli

kaloriyi içermek zorundadır. Zenginleştirilmiş tahıl ürünleri ve bakliyat ürünlerinin tümü tüketilebilmektedir. Süt ve süt ürünleri yağsız veya çok az yağlı tüketilmelidir (42).

### **3.2 Akdeniz Diyeti**

Akdeniz tipi beslenme genelde sebze ve meyve ağırlıklı bir beslenme şeklidir. Akdeniz diyetinin temelinde ise zeytinyağı, peynir, sebze ve meyveler, balık, tahıl ve fındık bulunmaktadır. Ceviz, badem, yoğurt ve tam tahıllar da bolca tüketilir. Akdeniz diyeti damak tadı açısından da zengindir. Çünkü bu beslenme şekli kırmızı ete daha az yer verirken sebze, meyve, tahıl ve balığa daha çok yer vermektedir. Akdeniz diyetinde zeytinyağı da önemli bir yere sahiptir. Yumurta haftada en fazla 4 kere verilmektedir. Bal temel tatlandırıcıdır (43).

### **3.3 Kan Grubuna Göre Diyet:**

#### **3.3.1 0 grubu:**

Tahıl ürünleri ekmek ve taneli sebzeleri mümkün olduğu kadar az kapsamaktadır. 0 kan grubundaki kişilerin metabolizmaları düşük hızda çalışıyor olabilir. Tiroid hormonu üretmeyi destekleyen iyodun yeterli miktarda olmaması, 0 grubundaki kişilerin yediklerini yakmalarını zorlaştırmaktadır. İşte bu nedenle 0 kan grubuna dahil olanların bol bol deniz ürünleri iyotlu tuz, karaciğer, kırmızı et, ıspanak ve brokoli ile beslenmeleri önerilmiştir. Süt ürünlerinden ve yumurtadan uzak durulmalıdır. Süt ve süt ürünlerinin de metabolizmalarını yavaşlattığı öne sürülmüştür (44).

#### **3.3.2 A grubu:**

Soya proteinleri, tahıl ürünleri ve sebzelere ağırlık verilmiştir. A kan grubuna sahip kişiler mümkün olduğunca doğal besinlerle beslenmelidir. Metabolizma açısından A grubu 0 grubunun tam tersidir. A grubundaki kişiler kırmızı et yedikleri zaman ağırlık hissederler, enerji kaybına uğrarlar. Ama proteinli besinler ve sebzeler bu kişilere enerji verip, daha canlı olmalarını sağlamaktadır. A grubundakilerin süt ve süt ürünlerini sindirmeleri de zor olur. Ayrıca sağlıklı bir şekilde kilo verebilmek

için A kan grubuna sahip kişiler mümkün olduğunca az et tüketmelidir. Et yerine haftada 2-3 kez balık veya tavuk eti yenilebilir. Et yenildiğinde mutlaka yağsız olmalıdır. Sebzelerin mümkün olduğunca doğal olmalarına özen gösterilmelidir. A grubundakilerin sebze ağırlıklı yemek listelerinde: biber, domates, patates ve lahana yer almamalıdır. Ayrıca havuç, balkabağı ve ıspanak bu kan grubu için çok yararlı besinler arasında gösterilebilir (44).

### **3.3.3 B grubu:**

B kan grubuna sahip kişiler kendileri için uygun olan beslenme düzenini eksiksiz uyguladıkları takdirde uzun ve sağlıklı bir ömür sürdürebilirler. B grubunun diyeti değişik türlerde yiyecekleri kapsamaktadır. Hayvansal gıdalarla sebzeler arasında tam bir denge söz konusudur. B grubu, A ile 0 grupları arasında denge kurar. Bu grubundakiler için mısır, buğday, mercimek, fındık ve susam kilo aldırıcı besinlerdir. Bu yiyecekler, kişilerde yorgunluk, vücudun su tutması ve kan şekerinde düşüklük gibi sorunlar yaratabilir. B kan grubuna sahip kişiler kolay kilo verirler. B grubuna dahil olanlar piliç etinden uzak durmalıdırlar. Tavuk eti yerine hindi eti tercih edilmeli çünkü piliç etinde bulunan bazı maddeler B grubuna zarar vermektedir. Derin denizlerde yaşayan balıklar da B grubu için yararlıdır. Fakat ıstakoz, karides, kalamar ve midye gibi deniz ürünlerinden uzak durulmalıdır. Kan grupları arasında süt ve süt ürünlerinden yarar sağlayan tek grup B dir. Süt ve süt ürünlerine tepki gösteriyorsanız soya ürünleriyle ihtiyacınızı giderebilirsiniz (44).

### **3.3.4 AB grubu**

A ve B gruplarının beslenme düzenlerini dikkatle incelemek gereklidir. A ve B gruplarına uygun olmayan yiyeceklerin çoğu AB grubu için de sakıncalıdır. Ancak diğer kan gruplarına tavsiye edilmeyen domates AB grubundakilere önerilmektedir. Kilo alma konusunda AB grubundakiler A ve B gruplarındaki genlerin özelliklerini taşıyabilirler. Bu da zaman zaman problem yaratır. Et yemekten kaçınılmalıdır. Et yerken de yanında mutlaka sebze bulundurulmalıdır. Ayrıca etin miktarının çok az olmasına dikkat edilmelidir. Deniz ürünleri, süt ürünleri ve taze sebze tüketilmelidir. Çok fazla hayvansal protein almaları sindirim sistemini zorlamaktadır (44).

### 3.4 Alkali Diyet

Alkali diyetin temelinde yatan teori Şu Şekilde açıklanmaktadır. Asit yiyecekleri daha fazla yersek vucudumuzun pH'ı asit tarafa kayar ve Şişmanlık, kanser, diyabet, hipertansiyon kas ve kemik erimesine kadar birçok hastalıŐa maruz kalırız. Tersine %80 alkali ve %20 asitli yiyecek tükettirsek bu hastalıklardan korunabiliriz (45). Bu diyetin savunucularına göre turnusol kağıdı kullanarak tükürüğümüz ya da idrarımızdaki asiditeyi (pH) ölçerek alkali mi ya da asidik mi beslendiğimizi kolayca anlayabiliriz. pH 1 ile 14 arasında deĐiŐir. pH'ın 7.0'ın altında olması asiditeyi, üstünde olması ise alkaliteyi gösterir (46).

Yiyeceklerin asit içeriğini belirleyen unsurların başında kükürtlü ve fosfatlı bileşikler gelir. Yiyeceklerin alkali içeriğini belirleyen baŐlıca unsurlar kalsiyum, magnezyum ve potasyumdur. Genel olarak söylesek hayvansal ürünler ve tahıllar asit, sebze ve meyveler ise alkali oluŐturan gıdalardır. Yağlar ve Őekerler protein, kükürt ve mineraller (kalsiyum, magnezyum ve potasyum) içermedikleri için nötrdürler. Asit yiyecekler aldığımız zaman idrarımızın asidik olması doğrudur ama böbreklerimiz düzgün çalıŐtıĐı sürece kanımızdaki asiditeyi (pH) göstermez. Çünkü böbreklerimiz bir taraftan asitleri atarken diğer taraftan bikarbonat üreterek asit yükünü nötralize edecek kapasiteye sahiptirler. Bu nedenle vucudumuz pH'ı 7.35 ile 7.45 arasındaki alkali sınırlar içinde tutar (46).

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma; Ekim 2013-Şubat 2014 tarihleri arasında Düzce Özel Hayri Sivrikaya Hastanesinde çalışan 200 personel arasından gönüllü seçilen 17-66 yaşları arasında olan 118'i kadın, 34'ü erkek olmak üzere toplam 152 birey üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce hasta grubuna 'Hasta Onam Formu' (Ek 1) okutulmuştur ve çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı isteyen bireyler dahil edilmiştir. Bu çalışma için Başkent Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ''Başkent Üniversitesi Etik Kurul Onayı''(Ek2) alınmıştır.

### 4.2 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

#### 4.2.1. Kişisel özellikler

Bireylere, demografik özellikleri, genel sağlık bilgileri, temel beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümlere ilişkin bilgileri (boy uzunluğu (cm), vücut ağırlığı (kg) ve popüler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popüler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamalarını sorgulayan 34 soruluk anket formu uygulanmıştır (Ek 3). Anket formu, bireylerle karşılıklı görüşme yoluyla uygulanmıştır.

#### 4.2.2 Antropometrik Ölçümler

**Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu:** Bireylerin vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları karşılıklı görüşme yoluyla kendilerine sorularak öğrenilmiştir.

**Beden kütle indeksi (BKİ) :** Hastaların vücut ağırlığı ve boy uzunlukları kullanılarak BKİ aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır:

$$BKİ = [ \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (m)}^2 ] .$$

BKİ sonuçları, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 4.1.)



**Tablo 4.1. BKİ'ye göre değerlendirme (47)**

<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Vücut Ağırlığının Durumu</b>
< 18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif Şişman
≥ 30	Şişman

#### **4.2.3. Besin Tüketim Sıklığı**

Bireylerin beslenme alışkanlıklarını ve beslenme durumunu saptamak amacıyla, 95 besin çeşidini içeren besin tüketim sıklık formu (Ek 4) uygulanmıştır. Günlük diyetle alınan enerji ve besin öğeleri, Türkiye için geliştirilen "Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBIS)" kullanılarak analiz edilmiştir.

#### **4.2.4 İstatistiksel İncelemeler**

Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanısıra normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t test; normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher's Exact test ve Fisher-Freeman Halton test kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir (48).

## 5.BULGULAR

### 5.1 Bireylerin Demografik Özellikleri

Bireylerin yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, boy, en düşük vücut ağırlığı, en yüksek vücut ağırlığı ve BKİ'lerine göre tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 5.1.1'de verilmiştir.

**Tablo 5.1.1: Bireylerin cinsiyetlere göre tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı**

		S	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma	95% CI	
							Lower	Upper
Yaş	Kadın	118	17.00	55.00	30.85	9.79	29.06	32.63
	Erkek	34	19.00	66.00	37.12	11.34	33.16	41.07
	Total	152	17.00	66.00	32.25	10.45	30.58	33.92
Ağırlık	Kadın	118	42.00	104.00	63.86	11.96	61.67	66.04
	Erkek	34	61.00	98.00	78.47	9.06	75.31	81.63
	Total	152	42.00	104.00	67.13	12.89	65.06	69.19
Boy	Kadın	118	148.00	180.00	163.05	5.48	162.05	164.05
	Erkek	34	165.00	188.00	173.18	6.89	170.77	175.58
	Total	152	148.00	188.00	165.32	7.18	164.16	166.47
En yüksek vücut ağırlığı	Kadın	118	45.00	118.00	69.66	13.68	67.17	72.16
	Erkek	34	60.00	98.00	82.35	9.07	79.19	85.52
	Total	152	45.00	118.00	72.50	13.83	70.28	74.72
En düşük vücut ağırlığı	Kadın	118	39.00	88.00	53.64	8.49	52.09	55.18
	Erkek	34	47.00	93.00	70.53	9.25	67.30	73.76
	Total	152	39.00	93.00	57.41	11.15	55.63	59.20
BKİ	Kadın	118	15.62	41.54	24.08	4.78	23.21	24.95
	Erkek	34	21.45	31.83	26.19	2.90	25.18	27.20
	Total	152	15.62	41.54	24.55	4.51	23.83	25.28

Araştırmaya 118 (%77.6) kadın; 34 (%22.4) erkek olmak üzere toplam 152 birey katılmıştır. Tablo 5.1.1'de bireylerin yaş ortalamasına bakıldığında;  $32.25 \pm 10.44$ 'dür. Kadınların vücut ağırlığı ortalaması  $63.86 \pm 11.96$  kg olarak saptanırken, erkeklerin vücut ağırlığı ortalaması  $78.47 \pm 9.06$  kg olarak saptanmıştır.

Kadınların boy uzunlukları ortalaması 163.05±5.48 cm olarak saptanırken, erkeklerin boy uzunlukları ortalaması 173.18±6.98 cm olarak saptanmıştır. Kadınların beden kütle indeks ölçümleri ortalaması 24.08±4.78 kg/m<sup>2</sup> olarak saptanırken, erkeklerin beden kütle indeks ölçümleri ortalaması 26.19±2.90 kg/m<sup>2</sup> olarak saptanmıştır.

Bireylerin cinsiyetlerine göre BKİ sınıflandırılması dağılımı Tablo 5.1.2’de verilmiştir.

**Tablo 5.1.2: Bireylerin cinsiyetlere göre BKİ sınıflandırması**

			Zayıf (BKİ< 18.5)	Normal (18.5-24.9)	Hafif şişman (25-29.9)	Şişman (BKİ≥ 30)	
<b>BKİ sınıflandırma ası</b>	<b>Kadın</b>	<b>S</b>	118	10	68	26	14
		<b>%</b>	77.6	8.5	57.6	22.0	11.9
	<b>Erkek</b>	<b>S</b>	34	-	14	17	3
		<b>%</b>	22.4	-	41.2	50.0	8,8
	<b>Total</b>	<b>S</b>	152	10	82	43	17
		<b>%</b>	100	6.6	53.9	28.3	11.2

Çalışmaya katılan kadınların %8.5’i zayıf, %57.6’sı normal, %22’si hafif şişman ve %11.9’u şişman; erkeklerin %41.2’si normal, %50’si hafif şişman ve %8.8’i şişman olarak saptanmıştır, zayıf erkek gözlenmemiştir.

Bireylerin cinsiyetlerine göre medeni durum, eğitim durumu, meslek ve sosyal güvenceye ilişkin dağılımı Tablo 5.1.3’de verilmiştir.

**Tablo 5.1.3: Bireylerin cinsiyetlere göre medeni durum, eğitim durumu ve sosyal güvenceye ilişkin dağılımları**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	63	53.4	25	73.5	88	57.9
	<b>Bekar</b>	52	44.1	9	26.5	61	40.1
	<b>Boşanmış</b>	2	1.7	-	-	2	1.3
	<b>Dul</b>	1	0.8	-	-	1	0.7
<b>Eğitim durumu</b>	<b>Okuryazar</b>	3	2.5	-	-	3	2.0
	<b>İlkokul</b>	7	5.9	2	5.9	9	5.9
	<b>Ortaokul ve Dengi</b>	9	7.6	11	32.4	20	13.2
	<b>Lise ve Dengi</b>	48	40.7	13	38.2	61	40.1
	<b>Üniversite</b>	51	43.2	8	23.5	59	38.8
<b>Sosyal güvence</b>	<b>SSK</b>	107	90.7	31	91.2	138	90.8
	<b>Bağkur</b>	2	1.7	-	-	2	1.3
	<b>Emekli Sandığı</b>	7	5.9	2	5.9	9	5.9
	<b>Özel Sigorta</b>	1	0.8	1	2.9	2	1.3
	<b>İsteğe Bağlı Sigorta</b>	1	0.8	-	-	1	0.7

Çalışmaya katılan kadınların medeni durumlarına bakıldığında; %53.4’ ünün evli olduğu görülmüştür. Erkeklerin de %73.5’inin evli olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun %43.2’sinin eğitim durumu üniversite, erkeklerin ise büyük çoğunluğunun %38.2’sinin lise ve dengi olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan kadınların %90.7’sinin sosyal güvencesi SSK, erkeklerin %91.2’sinin sosyal güvencesi SSK olarak görülmüştür.

.

.

Bireylerin menopoza ilişkin dağılımları Tablo 5.1.4’de verilmiştir.

**Tablo 5.1.4: Kadın bireylerin menopoza ilişkin dağılımları**

<b>S=118</b>		
<b>Menopoz</b>	<b>Var</b>	12 (10.2)
	<b>Yok</b>	106 (89.8)
<b>Menopoz yaşı</b>	<b>Min-max</b>	32-48
	<b>Ortalama</b>	45.25
	<b>Standart sapma</b>	4.31

Çalışmaya katılan kadınların %10.2’sinde menopoz gözlenirken, menopoz gözlenen kadınların yaş ortalaması 45.25±4.31 olarak saptanmıştır.

Bireylerin ailelerindeki birey sayısı dağılımı Tablo 5.1.5’de verilmiştir.

**Tablo 5.1.5: Bireylerin ailelerindeki birey sayısı dağılımları**

	<b>Kadın</b>		<b>Erkek</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>1 kişi</b>	4	3.4	1	2.9	5	3.3
<b>2 kişi</b>	21	17.8	2	5.9	23	15.1
<b>3 kişi</b>	29	24.6	6	17.6	35	23.0
<b>4 kişi</b>	37	31.4	11	32.4	48	31.6
<b>5 kişi</b>	16	13.6	8	23.5	24	15.8
<b>6 kişi</b>	9	7.6	4	11.8	13	8.6
<b>7 kişi</b>	2	1.7	1	2.9	3	2.0
<b>9 kişi</b>	-	-	1	2.9	1	0.7
<b>Min-Max</b>	1-7		1-9		1.9	
<b>Ortalama</b>	3.64		4.32		3.79	
<b>Standart sapma</b>	1.32		1.53		1.39	

Çalışmaya katılan kadınların ailelerindeki birey sayısı ortalama  $3.64 \pm 1.32$  kişi olarak saptanırken, erkeklerin ailelerindeki birey sayısı ortalama  $4.32 \pm 1.53$  kişi olarak saptanmıştır.

## 5.2. Bireylerin Kronik Hastalıkları, Genel Alışkanlıkları ve Beslenme Alışkanlıkları

### 5.2.1 Bireylerin genel alışkanlıkları

Bireylerin cinsiyetlerine göre sigara ve alkol kullanımıyla ilgili dağılımlar Tablo 5.2.1.1’de verilmiştir.

**Tablo 5.2.1.1: Bireylerin cinsiyetlere göre sigara ve alkol kullanımıyla ilgili dağılımları**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
	<b>Evet</b>	2	1.7	3	8.8	5	3.3
<b>Alkol tüketimi</b>	<b>Hayır</b>	116	98.3	31	91.2	147	96.7
	<b>Nadiren</b>	-	-	2	66.7	2	40.0
<b>Alkol tüketim sıklığı</b>	<b>Ayda Bir</b>	1	50.0	1	33.3	2	40.0
	<b>Haftada 1-2</b>	1	50.0	-	-	1	20.0
	<b>Evet</b>	31	26.3	18	52.9	49	32.2
<b>Sigara tüketimi</b>	<b>Hayır</b>	87	73.7	16	47.1	103	67.8
<b>Sigara sayısı</b>	<b>Min-Max</b>	1-20		2-20		1-20	
	<b>Ortalama</b>	9.97		14.06		11.47	
	<b>SD</b>	6.22		6.78		6.66	

Çalışmaya katılan kadınların %1.7’si alkol kullandığını belirtirken, erkeklerin %8.8’inin alkol kullandığı saptanmıştır. Aynı şekilde kadınların %26.3’ü sigara kullandığını belirtirken, erkeklerin %52.9’unun sigara kullandığı gözlenmiştir. Sigara kullanan kadınların tükettikleri sigara sayısı ortalama  $9.97 \pm 6.22$  olarak saptanırken, erkeklerin tükettikleri sigara sayısı ortalama  $14.06 \pm 6.78$  olarak saptanmıştır.

Bireylerin cinsiyetlerine göre fiziksel aktivite yapma durumu, aktivite çeşidi ve aktivite sıklığına ilişkin dağılımlar Tablo 5.2.1.2’de verilmiştir.

**Tablo 5.2.1.2: Bireylerin cinsiyetlere göre fiziksel aktivite değişkenlerine ilişkin dağılımları**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Fiziksel aktivite</b>	<b>Evet</b>	24	20.3	16	47.1	40	26.3
	<b>Hayır</b>	94	79.7	18	52.9	112	73.7
<b>Hangi aktivite</b>	<b>Futbol</b>	-	-	11	68.8	11	27.5
	<b>Yürüyüş</b>	21	87.5	3	18.8	24	60
	<b>Koşu</b>	2	8.3	2	12.5	4	10
	<b>Okçuluk</b>	1	4.2	-	-	1	2.5
<b>Aktivite sıklık</b>	<b>Her gün</b>	8	33.3	7	43.8	15	37.5
	<b>Haftada4-5kez</b>	1	4.2	1	6,3	2	5
	<b>Haftada1-3kez</b>	12	50.0	6	37.5	18	45
	<b>Ayda2-3kez</b>	3	12.5	2	12.5	5	12.5

Çalışmaya katılan kadınların %20.3’ü fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, erkeklerin %47.1’i fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınların büyük çoğunluğu %87.5’i fiziksel aktive olarak yürüyüş yaptığını belirtirken, erkeklerin büyük çoğunluğu %68.8’i futbol oynadığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınların büyük çoğunluğu %50’si haftada 1-3 kez aktivite yaptığını belirtirken, erkeklerin ise %43.8’inin her gün fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir.

Bireylerin cinsiyetlere göre fiziksel aktivite yapma durumu arasındaki anlamlılık değerlendirmesi Tablo 5.2.1.3’de verilmiştir.

**Tablo 5.2.1.3 Bireylerin fiziksel aktivite yapma durumunun cinsiyetlere göre anlamlılık değerlendirmesi**

	Kadın	Erkek	$\chi^2$	p
	S (%)	S (%)		
<b>Fiziksel aktivite</b>	24 (20.3)	16 (47.1)	9.718	0.002**

Fiziksel aktivite sıklığı erkek bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

## 5.2.2 Bireylerin kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçlar

Bireylerin cinsiyetlerine göre kronik hastalık durumu ve ilaç kullanımına ilişkin dağılımları Tablo 5.2.2' de verilmiştir.

**Tablo 5.2.2: Bireylerin cinsiyetlere göre hastalık durumu ve ilaç kullanımına ilişkin dağılımları**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Kronik hastalık</b>	<b>Evet</b>	24	20.4	6	17.6	30	19.7
	<b>Hayır</b>	94	79.6	28	82.4	122	80.3
<b>Kronik hastalık adı</b>	<b>Diyabet</b>	3	12.5	3	50.0	6	20.0
	<b>Kalp damar hastalıkları</b>	1	4.2	1	16.7	2	6.7
	<b>Hipertansiyon</b>	3	12.5	1	16.6	4	13.3
	<b>Hipotroidi</b>	5	20.8	-	-	5	16.7
	<b>Hipertroidi</b>	1	4.2	1	16.7	2	6.7
	<b>Haşimato</b>	1	4.2	-	-	1	3.3
	<b>Anemi</b>	2	8.3	-	-	2	6.7
	<b>Gastrit, Ülser</b>	3	12.5	-	-	3	10.0
	<b>Eklemler ve kemik</b>	3	12.5	-	-	3	10.0
	<b>Astım</b>	1	4.2	-	-	1	3.3
	<b>Hiperprolaktinemi</b>	1	4.2	-	-	1	3.3
<b>İlaç kullanım</b>	<b>Evet</b>	12	10.2	6	17.6	18	11.8
	<b>Hayır</b>	106	89.8	28	82.4	134	88.2
<b>İlaç adı</b>	<b>Tansiyon ilacı</b>	2	16.7	1	16.7	3	16.7
	<b>Diyabet ilacı</b>	1	8.3	3	50.0	4	22.2
	<b>Efexor</b>	-	-	1	16.7	1	5.6
	<b>Troid ilacı</b>	6	50.0	1	16.7	7	38.9
	<b>İnsülin</b>	1	8.3	-	-	1	5.6
	<b>Dostinex</b>	1	8.3	-	-	1	5.6
	<b>Levmont</b>	1	8.3	-	-	1	5.6



Çalışmaya katılan kadınların %20.4'ünde, erkeklerin ise %17.6'sında kronik hastalık bulunmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunda %20.8'inde hipotroidi, erkeklerin büyük çoğunluğunda %50'sinde diyabet gözlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %10.2'si ilaç kullanırken, erkeklerin %17.6'sının ilaç kullandığı gözlenmiştir. İlaç kullanan kadınların %50'si tiroid ilacı, erkeklerin %50'sinin diyabet ilacı kullandığı gözlenmiştir.

### 5.2.3 Bireylerin beslenme alışkanlıkları

Bireylerin cinsiyetlerine göre düzenli öğün tüketimi, atlanan öğün, tüketilen ana ve ara öğün sayısı Tablo 5.2.3.1'de verilmiştir.

**Tablo 5.2.3.1: Bireylerin cinsiyetlere göre tüketilen ve atlanan öğün dağılımları**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Düzenli öğün tüketimi</b>	<b>Evet</b>	76	64.4	23	67.6	99	65.1
	<b>Hayır</b>	42	35.6	11	32.4	53	34.9
<b>Atlanan öğün</b>	<b>Sabah</b>	27	64.3	7	63.6	34	64.2
	<b>Öğle</b>	6	14.3	1	9.1	7	13.2
	<b>Akşam</b>	9	21.4	3	27.3	12	22.6
<b>Ana öğün sayısı</b>	<b>1 Öğün</b>	11	9.4	-	-	11	7.5
	<b>2 Öğün</b>	31	26.5	8	26.7	39	26.5
	<b>3 Öğün</b>	75	64.1	22	73.3	97	66.0
<b>Ara öğün sayısı</b>	<b>1 Öğün</b>	42	47.7	9	50.0	51	48.1
	<b>2 Öğün</b>	24	27.3	5	27.8	29	27.4
	<b>3 Öğün</b>	16	18.2	3	16.7	19	17.9
	<b>4 Öğün</b>	5	5.7	1	5.6	6,0	5.7
	<b>5 Öğün</b>	1	1.1	-	-	1	0.9

Çalışmaya katılan kadınların %64.4'ü öğünlerinin düzenli olduğunu belirtirken, erkeklerin %67.6'sı öğünlerinin düzenli olduğunu belirtmiştir. Öğün atlayan kadınların büyük çoğunluğu %64.3'ü sabah öğününü, erkeklerin de büyük çoğunluğu %63.6'sı sabah öğününü atladığını bildirmiştir. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu %64.1'i 3 öğün yediğini belirtirken, erkeklerin de büyük

çoğunluğu %73.3'ü 3 öğün yediğini belirtmiştir. Aynı şekilde kadınların %47.7'si 1 ara öğün yediğini belirtirken, erkeklerin %50'si 1 ara öğün yediğini belirtmiştir.

Bireylerin cinsiyetlere göre düzenli öğün tüketimi ve atlanan öğün durumları arasındaki anlamlılık değerlendirmesi Tablo 5.2.3.2'de verilmiştir

**Tablo 5.2.3.2 Bireylerin cinsiyetlere göre düzenli öğün tüketimi ve atlanan öğün durumları arasındaki anlamlılık değerlendirmesi**

		<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	$\chi^2$	p
		<b>S (%)</b>	<b>S (%)</b>		
<b>Düzenli öğün</b>		76 (64.4)	23 (67.6)	0.122	0.727
<b>Atlanan öğün</b>	Sabah	27 (64.3)	7 (63.6)	0.390	0.890
	Öğle	6 (14.3)	1 (9.1)		
	Akşam	9 (21.4)	3 (27.3)		

Düzenli öğün yemek, atlanan öğün, meyve tüketim sıklığı, cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p<0.05$ ).

Bireylerin cinsiyetlerine göre su tüketim miktarları Tablo 5.2.3.2' da verilmiştir.

**Tablo 5.2.3.3: Bireylerin cinsiyetlere göre su tüketim durumu**

		<b>Kadın</b>		<b>Erkek</b>		<b>Toplam</b>	
		<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
	<b>≤1500</b>	74	62.7	23	67.6	97	63.8
<b>Su tüketimi (ml/gün)</b>	<b>1500-2500</b>	34	28.8	9	26.5	43	28.3
	<b>≥2500</b>	10	8.5	2	5.9	12	7.9
	<b>Min-Max</b>	200-3000		400-4000		200-4000	
	<b>Ortalama</b>	1403.39		1332.35		1387.50	
	<b>SD</b>	694.91		798.76		717.27	

Kadınların günlük su tüketimi ortalaması 1403,39±694,91'dir. Erkeklerin ise günlük su tüketimi ortalaması 1332,35±798,76'dır. Kadınların büyük çoğunluğu

%62.7'si 1500 ml altında tüketirken , erkeklerinde %67.6'sı 1500 ml/gün altında tüketmiştir.

Bireylerin cinsiyetlere göre su tüketimi arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri Tablo 5.2.3.4'de verilmiştir.

**Tablo 5.2.3.4 Bireylerin cinsiyetlere göre su tüketimi arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri**

		Kadın (S=118)	Erkek (S=34)	$z^b$	p
<b>Su tüketimi</b> , medyan (min-max)		1200(200-3000)	1000(400-4000)	-0.879	0.380
		S (%)	S (%)	$\chi^2$	p
<b>Su tüketimi</b>	≤1500 ml/gün	74 (62.7)	23 (67.6)	0.377	0.828
	1500-2500 ml/gün	34 (28.8)	9 (26.5)		
	>2500 ml/gün	10 (8.5)	2 (5.9)		

Mann Whitney U test; medyan (minimum-maximum), test değeri z olarak verilmiştir. fh: Fisher Freeman Halton Test

Su tüketimi cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Su tüketim gruplarına göre de cinsiyet dağılımları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ )

Bireylerin cinsiyetlerine göre ev dışında yemek yeme sıklığı dağılımı Tablo 5.2.3.5'de verilmiştir.

**Tablo 5.2.3.5 : Bireylerin cinsiyetlere göre ev dışında yemek yeme sıklığı dağılımı**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Ev dışında yemek yeme sıklığı</b>	<b>Hiç</b>	10	8.5	4	11.8	14	9.2
	<b>Haftada 4-7 kez</b>	16	13.6	5	14.7	21	13.8
	<b>Haftada 1-3 kez</b>	40	33.9	13	38.2	53	34.9
	<b>Ayda 2-3 kez</b>	38	32.2	9	26.5	47	30.9
	<b>Ayda 1 kez</b>	14	11.9	3	8.8	17	11.2

Kadın katılımcılardan % 8.5'i ev dışında hiç yemek yemediğini belirtirken, erkek katılımcılardan ise % 11.8'i ev dışında hiç yemek yemediğini belirtmiştir. Kadın katılımcıların büyük çoğunluğu %33.9'u haftada 1-3 kez ev dışında yemek

yediğini belirtirken, erkek katılımcıların %38.2'si haftada 1-3 kez ev dışında yediğini belirtmiştir.

Bireylerin cinsiyetlerine göre meyve tüketim sıklığı ve meyveyi hangi öğünde tükettiklerinin dağılımı Tablo 5.2.3.6'de verilmiştir.

**Tablo 5.2.3.6 : Bireylerin cinsiyetlere göre meyve tüketim sıklığı ve meyvenin tüketildiği öğünlerin sıklığı**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Meyve tüketim sıklığı</b>	<b>Her gün</b>	38	32.2	11	32.4	49	32.2
	<b>Haftada 5-6 kez</b>	14	11.9	5	14.7	19	12.5
	<b>Haftada 3-4 kez</b>	34	28.8	7	20.6	41	27
	<b>Haftada 1-2 kez</b>	32	27.1	11	32.4	43	28.3
<b>Meyvenin tüketildiği öğün</b>	<b>Sabah</b>	1	0.8	1	2.9	2	1.3
	<b>Öğle</b>	6	5.1	1	2.9	7	4.6
	<b>Akşam</b>	84	71.2	29	85.3	113	74.3
	<b>Kuşluk</b>	1	0.8	-	-	1	0.7
	<b>İkindi</b>	17	14.4	1	2.9	18	11.8
	<b>Gece</b>	9	7.6	2	5.9	11	7.2

Kadın katılımcılardan % 32.3'ü her gün meyve tükettiğini söylerken , erkek katılımcılardan % 32,4'ü her gün meyve tükettiğini belirtmiştir.

Bireylerin cinsiyetlere göre meyve tüketimi arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri Tablo 5.2.3.7'de verilmiştir

**Tablo 5.2.3.7: Bireylerin cinsiyetlere göre meyve tüketimi arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri**

		Kadın	Erkek	$\chi^2$	p
		S (%)	S (%)		
<b>Meyve tüketimi</b>	Her gün	38 (32.2)	11 (32,4)	1.088	0.780
	Haftada 5-6 kez	14 (11.9)	5 (14.7)		
	Haftada 3-4 kez	34 (28.8)	7 (20.6)		
	Haftada 1-2 kez	32 (27.1)	11 (32.4)		

Meyve tüketim sıklığı, cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05)

### 5.3 Bireylerin Popüler Diyetler Hakkındaki Genel Düşünceleri ve Uygulamaları

Bireylerin cinsiyetlerine göre popüler diyetler hakkındaki genel düşünceleri, uygulamaları ve öğrendikleri kaynakların dağılımı Tablo 5.3.1’de verilmiştir.

**Tablo 5.3.1: Bireylerin cinsiyetlere göre popüler diyetler hakkındaki genel düşüncelerinin dağılımları**

		Kadın		Erkek		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Düşük kalorili diyet uygulanması</b>	<b>Evet</b>	31	26.3	10	29.4	41	27
	<b>Hayır</b>	87	73.7	24	70.6	111	73
<b>Ekmek tüketmemek doğru mu</b>	<b>Evet</b>	44	37.3	14	41.2	58	38.2
	<b>Hayır</b>	74	62.7	20	58.8	94	61.8
<b>Popüler diyet uygulanması</b>	<b>Evet</b>	11	9.3	2	5.9	13	8.6
	<b>Hayır</b>	107	90.7	32	94.1	139	91.4
<b>Popüler diyet adı</b>	<b>Dukan</b>	6	54.5	2	100	8	61.5
	<b>İsveç</b>	1	9.1	-	-	1	7.7
	<b>Karatay</b>	4	36.4	-	-	4	30.8
<b>Popüler diyetin öğrenildiği kaynak</b>	<b>Yakın çevrem</b>	27	22.9	8	23.5	35	23
	<b>Televizyon, dergi, gazete</b>	70	59.3	16	47.1	86	56.6
	<b>Diyetisyen</b>	20	16.9	8	23.5	28	18.4
	<b>Kitaplar</b>	1	0.8	2	5.9	3	2
<b>Popüler diyet sağlıklı mı</b>	<b>Evet</b>	32	27.1	12	35.3	44	28.9
	<b>Hayır</b>	86	72.9	22	64.7	108	71.1

Düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünen %26.3 kadın; %29.4 erkek bulunmaktadır. Kadınların %37.3’ü erkeklerin ise %41.2’si ekmek tüketmemenin doğru olduğunu düşünmektedir. Kadınların %9.3’ü, erkeklerin

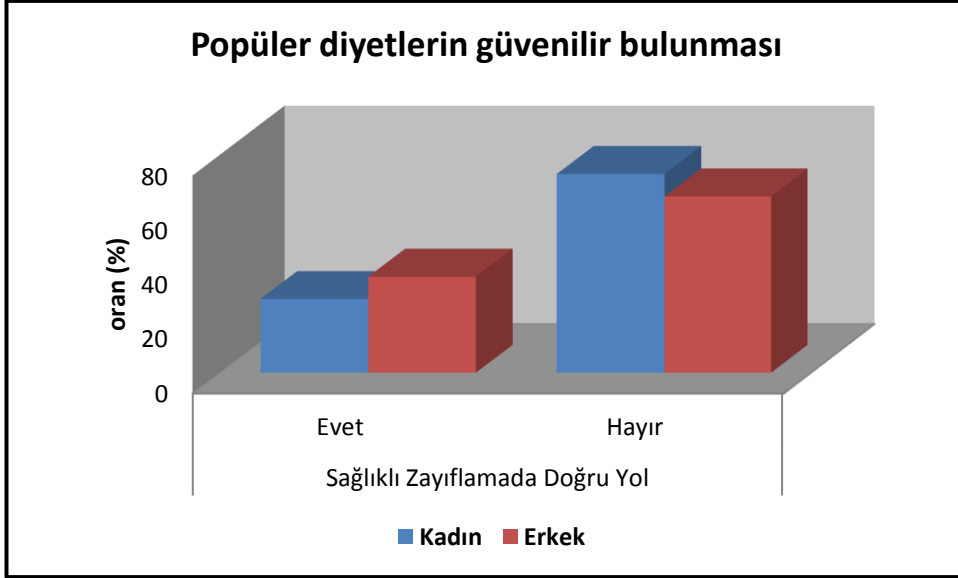
ise %5.9'u popüler diyet uygulaması yapmaktadır. En bilinen popüler diyet Dukan diyetidir. Popüler diyetin öğrenildiği en önemli kaynak ise televizyon, gazete ve dergidir. Kadınların %27.1'i popüler diyetleri sağlıklı zayıflamada güvenilir bulurken, erkeklerin %35.3'ü güvenilir olduğunu belirtmiştir.

Bireylerin cinsiyetlere göre popüler diyet uygulaması, popüler diyetler hakkındaki düşünceleri, popüler diyetlerin öğrenildiği kaynaklar arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri Tablo 5.3.2'de verilmiştir

**Tablo 5.3.2 Bireylerin cinsiyetlere göre popüler diyet uygulaması, popüler diyetler hakkındaki düşünceleri, popüler diyetlerin öğrenildiği kaynaklar arasındaki anlamlılık değerlendirmeleri**

		<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	$\chi^2$	P
		<b>S (%)</b>	<b>S (%)</b>		
<b>Düşük kalorili diyet uygulanması</b>		31 (26.3)	10 (29.4)	0.132	0.716
<b>Ekmek tüketmemek doğrumu</b>		44 (37.3)	14 (41.2)	0.169	0.681
<b>Popüler diyet uygulanması</b>		11 (9.3)	2 (5.9)	0.399	0.734
<b>Öğrenilen kaynak</b>	Yakın çevre	27 (22.9)	8 (23.5)	4.717	0.182
	TV/Dergi/gazete	70 (59.3)	16 (47.1)		
	Diyetisyen	20 (16.9)	8 (23.5)		
	Kitaplar	1 (0.8)	2 (5.9)		
<b>Popüler diyetlerin sağlıklı bulunması</b>		32 (27.1)	12 (35.3)	0.858	0.354

Düşük kalorili diyet uygulanmasının doğru bulunması ve diyetlerde ekmek tüketmemenin doğru bulunması cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $P>0.05$ ). Popüler diyet uygulanması, diyetin öğrenildiği kaynaklar ve popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilirliğinin sorgulaması da cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).



**Şekil 1: Popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilir bulunanların cinsiyetlere göre dağılımı**

Bireylerin popüler diyetler hakkında düşünceleri ile popüler diyet uygulamaları arasındaki ilişki Tablo 5.3.3’de verilmiştir.

**Tablo 5.3.3 : Bireylerin popüler diyetleri sağlıklı bulması ile popüler diyet uygulaması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

		Popüler Diyetlerin Sağlıklı Bulunması					
		Evet		Hayır		Total	
		S	%	S	%	S	%
<b>Popüler Diyet Uygulanması</b>	<b>Evet</b>	8	18.2	5	4.6	13	8.6
	<b>Hayır</b>	36	81.8	103	95.4	139	91.4
<b>Toplam</b>		44	100	108	100	152	100

Fisher exact test:0.011;  $p < 0.05$

Popüler diyetler sağlıklı zayıflamada güvenilir bulunması ile popüler diyet uygulanması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Popüler diyetin sağlıklı olduğunu düşünenlerin oranı %18.2 iken; sağlıklı bulmayanların popüler diyet uygulamaya da olumlu bakmadıkları görülmektedir.

Bireylerin popüler diyet uygulaması ile meyve tüketimi arasındaki ilişki Tablo 5.3.4’da verilmiştir.

**Tablo 5.3.4: Bireylerin popüler diyet uygulaması ile meyve tüketim sıklığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

		Popüler diyet (+)		Popüler diyet (-)		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Meyve tüketim sıklığı</b>	<b>Her gün</b>	4	30.8	45	32.4	49	32.2
	<b>Haftada 5-6 kez</b>	-	-	19	13.7	19	12.5
	<b>Haftada 3-4 kez</b>	7	53.8	34	24.5	41	27
	<b>Haftada 1-2 kez</b>	2	15.4	41	29.5	43	28.3

Fisher Freeman Halton test:0.122;  $p>0.05$

Popüler diyet uygulanması ile meyve tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Popüler diyet uygulayanlarda haftada 3-4 kez tüketme oranı yüksek iken popüler diyet uygulamayanlarda, her gün tüketmek daha yüksek oranda saptanmıştır.

Bireylerin popüler diyet uygulaması ile sağlıklı zayıflamada ekmek tüketmemenin doğru bulunma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.3.5’de verilmiştir.

**Tablo 5.3.5: Bireylerin popüler diyet uygulaması ile sağlıklı zayıflamada ekmek tüketmemenin doğru bulunması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

		Popüler diyet (+)		Popüler diyet (-)		Toplam	
		S	%	S	%	S	%
<b>Ekmek tüketmemek</b>	<b>Evet</b>	6	46.2	52	37.4	58	38.2
	<b>Hayır</b>	7	53.8	87	62.6	94	61.8

Fisher Excat test:0.561;  $p>0.05$

Popüler diyet uygulanması ile sağlıklı zayıflamada ekmek tüketmemenin doğru bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



Bireylerin popüler diyet uygulamasını sağlıklı bulması ile düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünmesi arasındaki ilişki Tablo 5.3.6'da verilmiştir.

**Tablo 5.3.6: Bireylerin popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünmesi ile düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünmesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

		Popüler diyet				Toplam	
		Sağlıklı bulunması (+)		Sağlıklı bulunması (-)			
		S	%	S	%	S	%
<b>Düşük kalori diyeti uygulaması sağlıklı mı</b>	<b>Evet</b>	21	47.7	20	18.5	41	27.0
	<b>Hayır</b>	23	52.3	88	81.5	111	73.0

Pearson Ki kare test:13.541; p:0.001; p<0.01

Popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünme ile düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05). Popüler diyetin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünenler, düşük kalorili diyet uygulamasını da sağlıklı bulmuştur. Popüler diyeti sağlıklı bulmayanlar yine düşük kalori diyeti de sağlıklı bulmamıştır.

Bireylerin popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünmesi ile diyetin öğrenildiği kaynak arasındaki ilişki Tablo 5.3.7'de verilmiştir.

**Tablo 5.3.7: Bireylerin popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünmesi ile diyetin öğrenildiği kaynak arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi**

		Popüler diyet				Toplam	
		Sağlıklı bulunması (+)		Sağlıklı bulunması (-)			
		S	%	S	%	S	%
<b>Diyetin öğrenildiği kaynak</b>	<b>Yakın çevrem</b>	14	31.8	21	19.4	35	23.0
	<b>Televizyon, dergi, gazete</b>	17	38.6	69	63.9	86	56.6
	<b>Diyetisyen</b>	12	27.3	16	14.8	28	18.4
	<b>Kitaplar</b>	1	2.3	2	1.9	3	2.0

Fisher Freeman Halton test:0.028; p<0.05

Popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünme ile diyetin öğrenildiği kaynak arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Popüler diyetin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünenler, diyetin öğrenildiği kaynağı yakın çevreden ve televizyon, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtirken; popüler diyeti sağlıklı bulmayanlar ise diyetisyen ve TV, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

#### 5.4 Bireylerin Aldıkları Enerji Ve Besin Öğelerine göre Değerlendirmeler

Bireylerin cinsiyetlerine göre diyetle alınan enerji ve besin öğeleri değerlendirmeleri Tablo 5.4.1’de verilmiştir.

**Tablo 5.4.1: Bireylerin cinsiyetlerine göre diyetle alınan enerji ve besin öğeleri değerlendirmeleri**

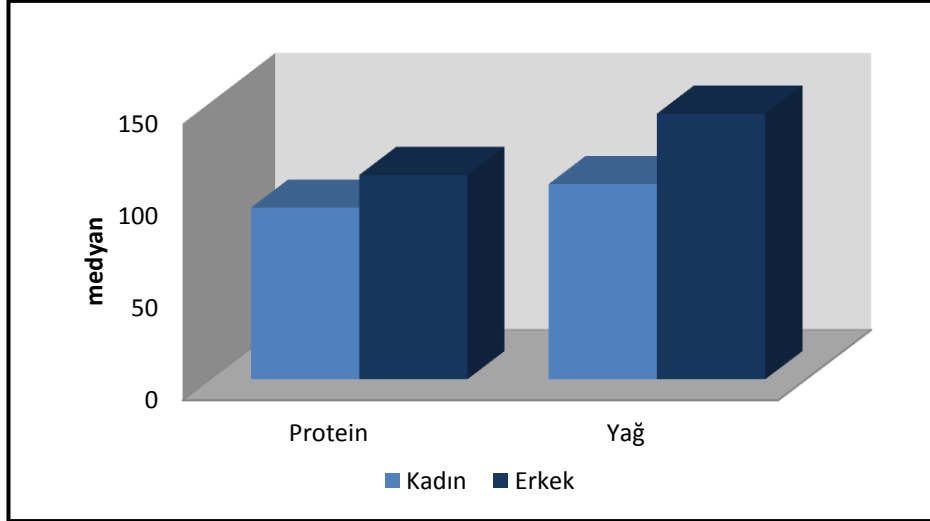
		Kadın (n=118)	Erkek (n=34)	$t^a/z^b$	p
		Ort±ss	Ort±ss		
<sup>†</sup> Enerji	(kcal)	2488.08±1006.36	3024.79±864.16	-2.823	<b>0.005**</b>
<sup>†</sup> Su	(gr)	1617.49±647.63	1815.95±654.81	-1.571	<b>0.118</b>
<sup>‡</sup> Protein	(gr)	93.03 (20.52-350.10)	110.75 (44.71-221.93)	-2.777	<b>0.005**</b>
	medyan (min-max)				
<sup>‡</sup> Yağ	(gr)	105.82 (26.49-283.58)	143.88 (74.19-270.93)	-3.663	<b>&lt;0,001**</b>
	medyan (min-max)				
<sup>‡</sup> Karbonhidrat	(gr)	242.29 (73.56-843.19)	280.27 (101.08-582.23)	-1.791	<b>0.073</b>
	medyan (min-max)				
<sup>‡</sup> Lif	(gr)	26.08 (5.39-71.14)	26.67 (10.51-77.62)	-0.011	<b>0.991</b>
	medyan (min-max)				
<sup>‡</sup> Doymuş y.a	(gr)	16.99 (3.06-69.89)	23.38 (9.02-70.30)	-3.338	<b>0.001**</b>
	medyan (min-max)				

<sup>†</sup>Mann Whitney U test; medyan (minimum-maximum), test değeri z olarak verilmiştir.

t: Student t Test

\*\* $p<0.01$

Diyetle alınan enerji miktarı erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Diyetle alınan besinlerden gelen su miktarı cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ); protein ise yine erkek bireylerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Diyetle alınan yağ düzeyleri de erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Diyetle alınan doymuş yağ asitleri erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ).



Şekil 2. Bireylerin cinsiyetlerine göre diyetle alınan protein ve yağ dağılımı

Bireylerin cinsiyetlere göre mikrobesein öğelerinin değerlendirmeleri Tablo 5.4.2’de verilmiştir.

**Tablo 5.4.2: Bireylerin cinsiyetlerine göre diyetle alınan mikrobesein öğelerinin değerlendirmeleri**

		Kadın (S=118)	Erkek (S=34)	$t^a/z^b$	P
		Medyan (Min-Mak) $\pm$ IQR	Medyan (Min-Mak) $\pm$ IQR		
$\ddagger$ Kolesterol	(mg)	300.83 (78.12-804.11)	434.70 (142.60-768.94)	-3.568	<0.001**
$\ddagger$ Vitamin A	(mcg)	856.90 (147.74-10029.1)	1142.75 (363.60-3251.94)	-2.657	0.008**
$\ddagger$ Vitamin E	(mg)	15.37 (2.70-39.98)	20.17 (9.22-67.35)	-3.592	<0.001**
VitaminB <sub>1</sub> ;Ort $\pm$ ss	(mg)	1.12 $\pm$ 0.47	1.21 $\pm$ 0.42	-0.984	0.326
$\ddagger$ Vitamin B <sub>2</sub>	(mg)	1.75 (0.47-5.47)	2.11 (0.90-3.82)	-2.655	0.008**
$\ddagger$ Vitamin B <sub>6</sub>	(mg)	1.57 (0.31-5.27)	1.71 (0.91-3.93)	-1.815	0.070
Folikasit;Ort $\pm$ ss	(mcg)	411.12 $\pm$ 145.37	447.54 $\pm$ 135.80	-1.305	0.194
$\ddagger$ Vitamin C	(mg)	71.94 (1.20-242.87)	55.75 (15.03-208.95)	-0.871	0.384
$\ddagger$ Sodyum	(mg)	2875.74 (318.13-7644.27)	3485.09(1439.58-8916.46)	-1.397	0.162
Potasyum; Ort $\pm$ ss	(mg)	3079.50 $\pm$ 1301.52	3270.41 $\pm$ 1128.69	-0.775	0.440
$\ddagger$ Kalsiyum	(mg)	981.61 (248.71-2782.71)	1133.00 (266.04-2665.71)	-1.866	0.062
$\ddagger$ Magnezyum	(mg)	371.94 (81,07-1355.54)	387.23 (206.86-916.45)	-0.323	0.747
Fosfor;Ort $\pm$ ss	(mg)	1713.12 $\pm$ 754.69	1913.05 $\pm$ 581.82	-1.426	0.156
$\ddagger$ Demir	(mg)	13.30 (2.88-45.78)	14.16 (7.73-38.61)	-0.800	0.424
$\ddagger$ Çinko	(mg)	12.52 (2.77-43.07)	15.89 (5.79-29.60)	-2.631	0.009**

$\ddagger$ Mann Whitney U test; medyan (minimum-maximum), test değeri z olarak verilmiştir.

t: Student t Test

\*\*p<0.01

Diyetle alınan kolesterol düzeyleri erkek olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Diyetle alınan vitamin A, vitamin E ve vitamin B<sub>2</sub> düzeyleri de erkek olgularda anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.01$ ). Diyetle alınan vitamin B<sub>1</sub>, vitamin B<sub>6</sub>, folik asit, vitamin C, sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, fosfor ve demir düzeyleri cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Diyetle alınan çinko ise erkeklerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ).

Bireylerin diyetle alınan vitamin miktarları DRI değerlerine göre kıyaslandığında; A vitamini, B2 vitamini, B6 vitamini, folik asit, sodyum, potasyum, çinko önerilen alım düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Kalsiyum ve E vitamini tüketimi kadınlarda yeterli düzeyde erkeklerde ise yüksek bulunmuştur. B1 vitamini tüketimi yeterli düzeyde bulunmuştur. Bireylerin C vitamini tüketimi DRI değerlerine göre kıyaslandığında yetersiz bulunmuştur. Bireylerin magnezyum tüketimleri kadınlarda yüksek erkeklerde düşük bulunmuştur. Bireylerin demir tüketimi kadınlarda düşük erkeklerde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin popüler diyetler hakkındaki düşünceleri ve doymuş yağ asitleri tüketimlerinin karşılaştırılması Tablo 5.4.3'de verilmiştir.

**Tablo 5.4.3: Bireylerin popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilirliği hakkındaki düşünceleri ile diyetle alınan doymuş yağ asitleri miktarlarının değerlendirilmesi**

Popüler diyetlerin güvenilirliği	Doymuş yağ asitleri						p
	S	Minimum	Maximum	Ortalama	SD	Medyan	
<b>Evet</b>	44	3.06	70.30	22.17	15.66	18.32	0.585
<b>Hayır</b>	108	3.54	69.89	21.38	11.53	19.10	
<b>Total</b>	152	3.06	70.30	21.61	12.81	18.75	

*Mann Whitney U test*

Popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünme ile bireylerin diyetle alınan doymuş yağ asitleri tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 6.TARTIŞMA

Dünyada birçok kişi vücut ağırlığını azaltmak veya korumak için uğraşmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde şişmanlığın hızla artıyor olması zayıflama konusunu daha önemli bir hale getirmiştir (1). Obezitenin bu kadar yaygınlaşmasının nedenlerini incelediğimiz de dışarıda tüketilen yiyecekler, düzensiz öğün tüketimi, su tüketiminin yetersiz olması, fiziksel aktivite yetersizliği büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada kadın katılımcılardan % 8.5'i ev dışında hiç yemek yemediğini belirtirken, erkek katılımcılardan ise % 11.8'i ev dışında hiç yemek yemediğini belirtmiştir. Kadın katılımcıların büyük çoğunluğu %33.9'u haftada 1-3 kez ev dışında yemek yediğini belirtirken, erkek katılımcıların %38.2'si haftada 1-3 kez ev dışında yediğini belirtmiştir.

Bu çalışmada kadınların %64.4'ü öğünlerinin düzenli olduğunu belirtirken, erkeklerin %67.6'sı öğünlerinin düzenli olduğunu belirtmiştir. Öğün atlayan kadınların büyük çoğunluğu %64.3'ü sabah öğününü, erkeklerin de büyük çoğunluğu %63.6'sı sabah öğününü atladığını bildirmiştir.

Bu çalışmada kadınların günlük su tüketimi ortalaması 1403,39±694,91'dir. Erkeklerin ise günlük su tüketimi ortalaması 1332,35±798,76'dır.Kadınların büyük çoğunluğu %62.7'si 1500 ml altında tüketirken, erkeklerinde %67.6'sı 1500 ml/gün altında tüketmiştir.

Bu çalışmada kadınların %20.3'ü fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, erkeklerin %47.1'i fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınların büyük çoğunluğu %87.5'i fiziksel aktive olarak yürüyüş yaptığını belirtirken, erkeklerin büyük çoğunluğu %68.8'i futbol oynadığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınların büyük çoğunluğu %50'si haftada 1-3 kez aktivite yaptığını belirtirken , erkeklerin ise %43.8'inin her gün fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir.

The Institute of Medicine (IOM), bireyler zayıflarken başlangıç ağırlıklarından %5 kadar kaybettiklerinde ve bunu 1 yıl boyunca koruduklarında uzun süreli vücut ağırlığı kaybetme sürecinde anlamlı bir başarı sağladıklarını bildirmektedir. Ancak bilinen bir gerçekte bu kadar uzun süreli bir tedavi planının hastanın amacı ve beklentisi ile uyumlu olmadığı yönündedir. Bireyler daha hızlı zayıflamanın yolları ile daha yakından ilgilenmektedir. Hastaların zayıflarken beklentileri ve amaçları ile ilgili yapılan bir araştırmada; BKİ ortalaması  $36.3 \pm 4.3$  olan kadınlara hedefledikleri vücut ağırlıkları sorulmuştur. Kadınların çoğu şu anki vücut ağırlıklarından %32 kadar az bir vücut ağırlığına sahip olduklarında fiziksel olarak rahat olabileceklerini ifade etmişlerdir. Şişman bireylerin bu gerçekçi olmayan vücut ağırlığı beklentileri, bilimsel diyetler yerine daha hızlı zayıflama yöntemine dayalı diyetlere karşı bir ilgi oluşturacağı sonucuna dikkat çekmiştir (1). Toplumumuz da pek çok kişi birden kilo verip kurtulma gibi kısa süreç peşinde koşmaktadır. Bunun içinde dergilerde, çeşitli internet sitelerinde, gazete eklerinde yer alan hazır diyetler en az bir kez denenmektedir. Fakat kısa sürede verilen kilolar fazlasıyla geri alınmaktadır

Bu çalışmada da kadınların %9.3'ü, erkeklerin ise %5.9'u popüler diyet uygulaması yapmaktadır. En bilinen popüler diyet Dukan diyetidir. Kadınların %37.3'ü erkeklerin ise %41.2'si ekmek tüketmemenin doğru olduğunu düşünmektedir.

Popüler diyet uygulanması ile ekmek tüketmemenin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu ilişkinin sağlanamamasını popüler diyet uygulayan kişi sayısının çok az olmasına bağlayabiliriz. Bu konuyla ilgili ileride daha detaylı araştırmalar yapılmalıdır.

Bu çalışmada kadınların %27.1'i popüler diyetleri sağlıklı zayıflamada güvenilir bulurken, erkeklerin %35.3'ü güvenilir olduğunu belirtmiştir. Popüler diyetin öğrenildiği en önemli kaynak ise televizyon, gazete ve dergidir. Popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilir bulunması ile popüler diyet uygulanması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Popüler diyetin

sağlıklı olduğunu düşünenlerin oranı %18.2 iken; sağlıklı bulmayanların popüler diyet uygulamaya da olumlu bakmadıkları görülmektedir.

Günümüzde kitlesel medya her yere ulaşmaktadır. Hem erkek hem de kadınlar arasında giderek artan oranda bedeninden mutlu olmama durumuna neden olmaktadır. Ergenlik çağında kızlar erkeklere göre daha fazla rejim uygulamakta, obezite erken yaşta başlarsa stresle başa çıkma becerileri yeterince gelişmemiş olduğundan birey daha fazla etkilenmekte; obezite, psikolojik bozuklukları; bunların yol açtığı olumsuz duygular da yeme davranışını beslemektedir. Bu durum toplumumuzda genç yaşta sağlıklı beslenme konusunda eğitimlerin önemini ortaya koymaktadır. İnsanlarımızın bedensel algılarını en doğru olacak şekilde yönetmelerini sağlamamız gerekmektedir (49).

Bu çalışmada da popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünme ile diyetin öğrenildiği kaynak arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Popüler diyetin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünenler, diyetin öğrenildiği kaynağı yakın çevreden ve televizyon, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtirken; popüler diyeti sağlıklı bulmayanlar ise diyetisyen ve TV, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Diyette protein miktarının artırılması ve azaltılmasının zayıflamaya etkisi konusunda araştırmalar yapılmaktadır. Bazılarında yüksek proteinli diyetle daha fazla ağırlık kaybı olduğu saptanmıştır (10). Ancak bazı çalışmalarda ise bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir (11).

Randomize kontrollü 15 çalışmanın sonuçları bir arada incelendiğinde, beş çalışmada 6 ay ve daha uzun süre diyet enerjisinin proteinden gelen oranının artmasıyla vücut ağırlığı kaybının daha fazla olduğu gösterilmiştir (10). Başka bir çalışmada ise yüksek protein düşük karbonhidratlı diyet (%22 protein) ve düşük yağ yüksek karbonhidratlı diyet (%16 protein) tüketen toplam 132 obez hasta incelenmiştir. Yüksek protein düşük karbonhidratlı diyet tüketen grubun 6 aylık bir süre sonunda önemli bir şekilde daha fazla ağırlık kaybettiği görülmüştür (5.8 kg'a karşı 1.9 kg,  $p=0.002$ ) (12).

Fazla kilolu 60 erkek ve kadın üzerinde yapılan benzer bir başka çalışmada yüksek protein alan grup (enerjinin %25'i) düşük protein alan grupla (enerjinin %12'si) karşılaştırıldığında 6 aylık bir süre sonunda ağırlık kaybı (8.8 kg'a karşı 5.1 kg) ve yağ kaybının (7.6 kg'a karşı 4.3 kg) önemli bir şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada yüksek proteinli grubun ortalama enerji alımı 2239 kkal/gün iken düşük proteinli grubun ortalama enerji alımı 2726 kkal/gündür. İki grubun enerji alımlarındaki bu farkın toplam ağırlık kaybındaki önemli farklılığın olası bir sebebi olabileceği de düşünülmüştür (13). Birçok kanıta dayalı çalışma sonuçları ağırlık yönetiminde diyetin makro besin öğelerinin farklı dağılımının ağırlık kaybında bir farklılığın olmadığını bildirmiştir (15).

Bu çalışmada kadın katılımcılardan % 32.3'ü her gün meyve tükettiğini söylerken, erkek katılımcılardan % 32,4'ü her gün meyve tükettiğini belirtmiştir. Popüler diyet uygulanması ile meyve tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Popüler diyet uygulayanlarda haftada 3-4 kez tüketme oranı yüksek iken popüler diyet uygulamayanlarda, her gün tüketmek daha yüksek oranda saptanmıştır.

Yapılan çalışmada; karbonhidrat içeriği düşük diyet uygulayan kişilerin, kontrol diyeti alanlara kıyasla, ilk 3-6 ay içerisinde daha fazla kilo verdikleri saptanmıştır. Ancak; 1 yıl sonun da kişilerin tekrar kilo aldığı saptanmıştır. Kontrollü karbonhidrat diyetlerinin, artmış insülin duyarlılığı ve glisemik kontrol ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Karbonhidrat içeriği yüksek ve yağ içeriği düşük diyetlerin, total ve LDL kolesterol üzerindeki etkilerinin, bahsi geçen diğer diyetlerden daha iyi olduğu saptanmıştır. Yapılan kısa süreli çalışmalarda, karbonhidrat içeriği düşük diyetlerin ise, trigliserid seviyesini azalttığı ve HDL kolesterol düzeyini arttırdıkları saptanmıştır (16).

Bu çalışmada da popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünme ile bireylerin diyetle alınan doymuş yağ asitleri tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



Yapılan bir çalışmada aşırı kilolu 811 yetişkine 4 farklı diyet uygulanmıştır. Bu diyetlerde yağ, protein ve karbonhidratlardan elde edilen enerji tüketimleri sırasıyla %20, 15 ve 65; %20, 25 ve 55; %40, 15 ve 45; %40, 25 ve 35 şeklindedir. Diyetler kalp sağlığını etkilemeyecek şekilde benzer besinlerden oluşturulmuştur. 2 yıl süren çalışmanın sonucunda hangi makro besini vurguladığına bakılmaksızın bütün düşük kalorili diyetlerde klinik olarak anlamlı bir kilo kaybı kaydedilmiştir (15).

Bu çalışmada tüketilen enerji miktarlarına bakıldığında erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Yağ düzeyleri de erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Doymuş yağ asitleri erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ). Kolesterol düzeyleri erkek bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ).

Yüksek proteinli diyetlerin plazma antioksidan durumu üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada, yüksek protein düşük karbonhidrat (YPDK) ve yüksek protein orta derecede karbonhidrat (YPOK) içeren diyetler karşılaştırılmıştır. Bireylerde retinol  $\alpha$ -tokoferol, beta-kriptoksantin konsantrasyonları plazmada bir miktar azalmasına rağmen eksiklik göstergesi olarak belirtilen değerlerin üzerinde bulunmuştur ( $P<0.005$ ). Bu durum araştırma süresinin kısa olması ile açıklanmıştır (30). Bu çalışmada da bireylerin C vitamini tüketimi DRI değerlerine göre kıyaslandığında yetersiz bulunmuştur. Bireylerin demir tüketimi kadınlarda düşük erkeklerde yüksek bulunmuştur.

ABD Ulusal Bilim Akademisi İlaç Enstitüsü tarafından hazırlanan rapora göre yetişkinler için kabul edilebilir protein miktarı %10-35 enerji alımını karşılayacak şekilde belirtilmiş ve popüler diyetlerin protein içeriği nedeniyle güvenli olmadığı ileri sürülmüştür. Raporda ayrıca yüksek protein içeren diyetlerin osteoporoz, böbrek yetersizliği ve koroner arter hastalığı gibi kronik hastalıklarla bağlantılı olduğu hipotezlerini destekleyecek yeteri kadar veri olmadığı bildirilmiştir (8).

Yüksek proteinli diyetlerin uzun dönem etkinliğini araştıran 8 çalışmanın incelendiği yakın zamanlı bir meta analizde, yüksek proteinli diyet ile en yüksek kilo kaybı altı ay süren bir çalışmada 3.7 kg iken 17 ay süren bir çalışmada 1.2 kg olarak bulunmuştur (11). Yüksek protein diyetinde sekiz çalışmanın ortalama ağırlık kaybı 6.3 kg ve bu kayıp standart diyetle 5 kg'dır. Çalışmaların yarısı yüksek proteinli diyetle daha fazla ağırlık kaybı sağlamasına rağmen uzun süreli çalışmaların dörtte üçü ağırlık kaybında istatistiksel olarak bir fark göstermemiştir. Bu sistematik derlemede yüksek proteinli diyetlerin uzun dönem etkilerinin tutarlı ve net olmadığı gösterilmiştir (11). Bu konuda yapılan çalışmalar en uzun 12 aylık süreçte değerlendirilmiştir. Daha uzun dönemde vücut ağırlığı ve bileşimini değerlendiren kontrollü müdahale çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Araştırmalar doğrultusunda bu tür hızlı ağırlık kaybettiren ancak uzun dönem olası riskleri henüz net olarak açıklanamayan diyetler yerine, dengeli bir diyet programı ile ağırlık kaybı daha güvenilir görünmüştür (15).

## 7. SONUÇLAR

Bu çalışmada Düzce’de yaşayan yetişkin bireylerin popüler diyetler hakkında bilgilerini ve yanlış uygulamalarını ölçmek için toplam 152 birey üzerinde yapılmıştır ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya katılan kişilerin yaşları 17 ile 66 arasında değişmekte olup ortalama yaş  $32.25 \pm 10.44$ ’dür. Çalışmaya 118 (%77.6) kadın; 34 (%22.4) erkek alınmıştır.
2. Kadınların ağırlık ölçümleri 42 ile 104 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $63.86 \pm 11.96$  kg olarak saptanırken, erkeklerin kilo ölçümleri 61 ile 98 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $78.47 \pm 9.06$  kg olarak saptanmıştır.
3. Kadınların boy uzunlukları 168 ile 180 cm arasında değişmekte olup, ortalama  $163.05 \pm 5.48$  cm olarak saptanırken, erkeklerin boy uzunlukları 165 ile 188 cm arasında değişmekte olup, ortalama  $173.18 \pm 6.98$  cm olarak saptanmıştır.
4. Kadınların en yüksek vücut ağırlığı 45 ile 118 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $69.66 \pm 13.68$  kg olarak saptanırken, erkeklerin en yüksek vücut ağırlığı 60 ile 98 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $82.35 \pm 9.07$  kg olarak saptanmıştır. Aynı şekilde kadınların en düşük vücut ağırlığı 39 ile 88 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $53.64 \pm 8.49$  kg olarak saptanırken, erkeklerin en düşük vücut ağırlığı 47 ile 93 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $70.53 \pm 9.25$  kg olarak saptanmıştır.
5. Kadınların beden kitle indeks ölçümleri 15.62 ile  $41.54 \text{ kg/m}^2$  arasında değişmekte olup, ortalama  $24.08 \pm 4.78 \text{ kg/m}^2$  olarak saptanırken, erkeklerin beden kitle indeks ölçümleri 21.45 ile  $31.83 \text{ kg/m}^2$  arasında değişmekte olup, ortalama  $26.19 \pm 2.90 \text{ kg/m}^2$  olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların %8.5’i (n=10) zayıf, %57.6’sı (n=68) normal, %22’si (n=26) hafif şişman ve %11.9’u (n=14) şişman olarak saptanırken, erkeklerin %41.2’si (n=14) normal, %50’si (n=17) hafif şişman ve %8.8’i (n=3) şişman olarak saptanırken, zayıf erkek gözlenmemiştir.

6. Çalışmaya katılan kadınların %53.4'ünün (n=63) medeni durumu evli olarak gözlenirken, %44.1'inin (n=52) bekar, %1.7'sinin (n=2) boşanmış ve %0.8'inin (n=1) medeni durumu dul olarak gözlenirken, erkeklerin %73.5'inin (n=25) medeni durumu evli ve %26.5'inin (n=9) medeni durumu bekar olarak saptanmıştır

7. Çalışmaya katılan kadınların %2.5'inin (n=3) eğitim durumu okuryazar olarak gözlenirken, %5.9'unun (n=7) ilkokul, %7.6'sının (n=9) ortaokul ve dengi, %40.7'sinin (n=48) lise ve dengi ve %43.2'sinin (n=51) eğitim durumu üniversite olarak saptanırken, erkeklerin %5.9'unun (n=2) eğitim durumu ilkokul, %32.4'ünün (n=11) ortaokul ve dengi, %38.2'sinin (n=13) lise ve dengi ve %23.5'inin (n=8) eğitim durumu üniversite olarak saptanmıştır.

8. Çalışmaya katılan kadınların %90.7'sinin (n=107) sosyal güvencesi SSK olarak gözlenirken, %1.7'sinin (n=2) bağkur, %5.9'unun (n=7) emekli sandığı, %0.8'inin (n=1) özel sigorta ve %0.8'inin (n=1) sosyal güvencesi isteğe bağlı sigorta olarak gözlenirken, erkeklerin %91.2'sinin (n=31) sosyal güvencesi SSK, %5.9'unun (n=2) emekli sandığı, %2.9'unun (n=1) sosyal güvencesi özel sigorta olarak saptanmıştır

9. Çalışmaya katılan kadınların %10.2'sinde menopoz gözlenirken, menopoz gözlenen kadınların yaşları 32 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalama  $45.25 \pm 4.31$  olarak saptanmıştır.

10. Çalışmaya katılan kadınların kendileriyle birlikte yaşadıkları kişi sayısı 1 ile 7 kişi arasında değişmekte olup, ortalama  $3.64 \pm 1.32$  kişi olarak saptanırken, erkeklerin kendileri ile birlikte yaşadıkları kişi sayısı 1 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama  $4.32 \pm 1.53$  kişi olarak saptanmıştır.

11. Çalışmaya katılan kadınların %1.7'si (n=2) alkol kullandığını belirtirken, erkeklerin %8.8'inin (n=3) alkol kullandığı saptanmıştır. Alkol kullanan kadınların %50'si (n=1) ayda bir alkol tüketirken, %50'si (n=1) haftada 1-2 defa alkol tükettiğini belirtmiştir, erkeklerin ise %66.7'si (n=2) nadiren alkol tükettiğini belirtirken, %33.3'ü (n=1) ayda bir alkol tükettiğini belirtmiştir.

12. Aynı şekilde kadınların %26.3'ü (n=31) sigara kullandığını belirtirken, erkeklerin %52.9'unun (n=18) sigara kullandığı gözlenmektedir. Sigara kullanan kadınların tükettikleri sigara sayısı 1 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama  $9.97 \pm 6.22$  olarak saptanırken, erkeklerin tükettikleri sigara miktarı 2 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama  $14.06 \pm 6.78$  olarak saptanmıştır.

13. Çalışmaya katılan kadınların %12.5'inde (n=3) kronik hastalık olarak diyabet gözlenirken, %4.2'sinde (n=1) kalp damar hastalıkları, %12.5'inde (n=3) hipertansiyon, %20.8'inde (n=5) hipotroidi, %4.2'sinde (n=1) hipertroidi, %4.2'sinde (n=1) haşimato, %8.3'ünde (n=2) anemi, %12.5'inde (n=3) gastrit, ülser, %12.5'inde (n=3) eklem ve kemik hastalıkları, %4.2'inde (n=1) astım ve %4,2'sinde (n=1) hiperprolaktinemi gözlenirken, erkeklerin %50'sinde (n=3) diyabet, %16.7'sinde (n=1) kalp damar hastalıkları, %16.6'sında (n=1) hipertansiyon ve %16.7'sinde (n=1) hipertroidi gözlenmektedir

14. Çalışmaya katılan kadınların %10.2'si (n=12) ilaç kullanırken, erkeklerin %17.6'sının (n=6) ilaç kullandığı gözlenmektedir. İlaç kullanan kadınların %16.7'si (n=2) tansiyon ilacı, %8.3'ü (n=1) diyabet ilacı, %50'si (n=6) troid ilacı, %8,3'ü (n=1) insülin, %8.3'ü (n=1) dostinex ve %8.3'ü (n=1) levmont kullanırken, erkeklerin %16.7'sinin (n=1) tansiyon ilacı, %50'sinin (n=3) diyabet ilacı, %16.7'sinin (n=1) efexor ve %16.7'sinin (n=1) troid ilacı kullandığı saptanmıştır.

15. Çalışmaya katılan kadınların %20.3'ü (n=24) fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, erkeklerin %47.1'i (n=16) fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınların %87.5'i (n=21) fiziksel aktive olarak yürüyüş yaptığını belirtirken, %8.3'ü (n=2) koşu yaptığını ve %4.2'si (n=1) okçuluk yatığını belirtirken, erkeklerin %68.8'i (n=11) futbol oynadığını, %18.8'i (n=3) yürüyüş ve %12.5'i (n=2) ise koşu yaptığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan kadınların %33.3'ü (n=8) her gün fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, %4.2'si (n=1) haftada 4-5 kez, %50'si (n=12) haftada 1-3 kez ve %12.5'i (n=3) ayda 2-3 kez yaptığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan erkeklerin %43.8'i (n=7) her gün fiziksel aktivite yaptığını belirtirken, %6.3'ü (n=1) haftada 4-5 kez, %37.5'i (n=6) haftada 1-3 kez ve %12,5'i (n=2) ayda 2-3 kez fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir.

16. Çalışmaya katılan kadınların %64.4'ü (n=76) öğünlerinin düzenli olduğunu belirtirken, erkeklerin %67.6'sı (n=23) öğünlerinin düzenli olduğunu belirtmiştir. Öğün atlayan kadınların %64.3'ü (n=27) sabah öğününü, %14.3'ü (n=6) öğle öğününü ve %21.4'ü (n=9) akşam öğününü atladığını belirtirken, erkeklerin %63.6'sı (n=7) sabah öğününü, %9.1'i (n=1) öğlen öğününü ve %27.3'ü (n=3) akşam öğününü atladığını belirtmiştir.

17. Çalışmaya katılan kadınların %9.4'ü (n=11) 1 öğün yediğini belirtirken, %26.5'i (n=31) 2 öğün ve %64.1'i (n=75) 3 öğün yediğini belirtirken, erkeklerin %26.7'si (n=8) 2 öğün ve %73.3'ü (n=22) 3 öğün yediğini belirtmiştir. Aynı şekilde kadınların %47.7'si (n=43) 1 ara öğün yediğini belirtirken, %27.3'ü (n=24) 2 ara öğün, %18.2'si (n=16) 3 ara öğün, %5.7'si (n=5) 4 ara öğün ve %1.1'i (n=1) 5 ara öğün yediğini belirtirken, erkeklerin %50'si (n=9) 1 ara öğün yediğini, %27.8'i (n=5) 2 ara öğün, %16.7'si (n=3) 3 ara öğün ve %5.6'sı (n=1) 4 ara öğün yediğini belirtmiştir.

18. Kadınların günlük su tüketim miktarı 200 ml ile 4000 ml arasında değişmekte olup ortalaması  $1403.39 \pm 694.91$ 'dir. 1500 ml altında tüketen %62.7, 1500-2500 ml arası tüketen %28.8 kişi ve 2500 ml üzeri tüketen ise %8.5 kadın bulunmaktadır. Erkeklerin ise günlük su tüketimi 400 ml ile 4000 ml arasında değişmekte olup ortalaması  $1332.35 \pm 798.76$ 'dır. 1500 ml altında tüketen %67.6, 1500-2500 ml arası tüketen %26.5 kişi ve 2500 ml üzeri tüketen ise %5.9erkek bulunmaktadır

19. Kadın bireylerin % 8.5'i ev dışında hiç yemek yemediğini belirtirken, %13.6'sı haftada 4-7 kez, %33.9'u haftada 1-3 kez, %32.2'si ayda 2-3 kez ve %11.9'u ayda 1 kez dışarıda yediğini belirtmiştir. Erkek katılımcılardan % 11.8'i ev dışında hiç yemek yemediğini belirtirken, %14.7'si haftada 4-7 kez, %38.2'si haftada 1-3 kez, %26.5'i ayda 2-3 kez ve %8.8'i ayda 1 kez dışarıda yediğini belirtmiştir

20. Kadın bireylerin % 32.3'si her gün meyve tükettiğini söylerken, %11.9'u haftada 5-6 kez, %28.8'i haftada 3-4 kez, %27.1'i ayda 1-2 kez meyve tükettiğini belirtmiştir. Erkek katılımcılardan % 32.4'ü her gün meyve tükettiğini söylerken, %14.7'si haftada 5-6 kez, %20.6'sı haftada 3-4 kez ve %32.4'ü ayda 1-2 kez meyve tükettiğini belirtmiştir.

21. Düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünen %26.3 kadın; %29.4 erkek bulunmaktadır. Kadınların %37.3'ü erkeklerin ise %41.2'si ekmek tüketmemenin doğru olduğunu düşünmektedir.

22. Kadınların %9.3'ü, erkeklerin ise %5.9'u popüler diyet uygulaması yapmaktadır. En bilinen popüler diyet Dukan diyetidir. Popüler diyetin öğrenildiği en önemli kaynak ise televizyon, gazete ve dergidir.

23. Popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada doğru yol olduğunu düşünüyor musunuz sorusuna ise kadınların %27.1'i evet derken, erkeklerin %35.3'ü doğru bulduğunu belirtmiştir.

24. Su tüketim miktarı cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Su tüketim gruplarına göre de cinsiyet dağılımları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

25. Fiziksel aktivite sıklığı erkek olgularda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

26. Düzenli öğün tüketilmesi, atlanan öğünler, meyve tüketim sıklığı, cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p<0.05$ ).

27. Düşük kalorili diyet uygulanmasının doğru bulunması ve diyetlerde ekmek tüketmemenin doğru bulunması cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $P<0.05$ ).

28. Popüler diyet uygulanması, popüler diyetin öğrenildiği kaynaklar ve popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada güvenilirliğinin sorgulaması da cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

29. Enerji miktarı erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ).

30. Su miktarı cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ); protein ise yine erkek bireylerde anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

31. Yağ düzeyleri de erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ).
32. Karbonhidrat ve lif açısından dağılımlar cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).
33. Doymuş yağ asitleri erkek bireylerde kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ).
34. Kolesterol düzeyleri erkek bireylerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Vitamin A, vitamin E ve Vit B2 düzeyleri de erkek olgularda anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.01$ ). Vit B1, Vit B6, folik asit, vitamin C, sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, fosfor ve demir düzeyleri cinsiyetlere göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).
35. Çinko ise erkeklerde anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0.01$ ).
36. Popüler diyetler sağlıklı zayıflamada güvenilir mi ile popüler diyet uygulanması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sağlıklı zayıflamada popüler diyetin doğru yol olduğunu söyleme oranı %18.2 iken; doğru yol olduğunu söylemeyenlerin popüler diyet uygulamaya da olumlu bakmadıkları görülmektedir.
37. Popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada doğru yol olup olmaması durumuna göre doymuş yağ asitleri tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).
38. Popüler diyet uygulanması ile sağlıklı zayıflamada ekmek tüketmemenin doğru bulunması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).
39. Popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada doğru yol olduğunu düşünme ile düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Popüler diyetin sağlıklı zayıflamada doğru yol olduğunu düşünenler, düşük kalorili diyet uygulamasını da sağlıklı bulmuştur. Popüler diyeti sağlıklı bulmayanlar yine düşük kalori diyeti de sağlıklı bulmamıştır.



40. Popüler diyet uygulamasının sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünme ile diyetin öğrenildiği kaynak arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Popüler diyetin sağlıklı zayıflamada güvenilir olduğunu düşünenler, diyetin öğrenildiği kaynağı yakın çevreden ve televizyon, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtirken; Popüler diyeti sağlıklı bulmayanlar ise diyetisyen ,televizyon, dergi ve gazeteden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

## ÖNERİLER

Yüksek protein içerikli diyeti, karaciğerde yağlanmayı, böbreklerde glomerüler filtrasyon hızını arttırdığı, uzun süreli bu tarz beslenmede insülin direncine neden olduğu, kalp hastalıklarını negatif etkilediği, kortizol salgılanmasını negatif etkilemesinin yanı sıra çok sayıda araştırmada kemik rezorbzisyonun tetiklediği, böbreklerde taş oluşumuna neden olduğu ayrıca oksidatif stresi de arttırdığı yapılan çalışmaların bulguları arasındadır.

-Kısa süreli yüksek protein diyeti uygulamasının karaciğer ve özellikle de böbrekte yapısal düzeyde belirgin yapısal hasara neden bu tür diyetlerden olabildiğince uzak durulmalıdır.

-Kısa süreli yüksek protein uygulanan diyetlerde fiziksel aktivite de göz ardı edilmektedir. Diyet uygulandığında yüzme, bisiklet gibi spor faaliyetlerine de yer verilmelidir.

-Sağlıklı zayıflama, uzman desteği alınarak ve kişiye özel, haftalık yapılan vücut analiz ölçümü değerlendirilmesine göre yazılan beslenme programlarını içermelidir.

-Yaş, cinsiyet, yaşam tarzı ve kişinin davranış şekli en önemli noktaları oluşturmaktadır. Hangi tip hastaya hangi diyet uygulanması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

-Popüler diyetlerin olumsuz etkileri halka daha çok anlatılmalıdır ve halk bilinçlendirilmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

- 1) Navruz S, Acar N. Yüksek proteinli diyet akımlarının vücut ağırlığının korunması ve sağlık üzerine kısa ve uzun dönem etkileri, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2014;3
- 2) Satman İ ve TURDEP çalışma grubu. TURDEP-II sonuçlarının özeti. İstanbul-Ekim 2010. ss: 3 (<http://www.itf.istanbul.edu.tr>, 2010)
- 3) Yancy Jr WS, Olsen MK, Guyton JR et al. A Low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-fat diet to treat obesity and hyperlipidemia: a randomised, controlled trial. Ann Intern Med 2004; 140
- 4)Irmak H, Torunoğlu M, Yardım N ve ark. Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı (2013-2017) Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 773, Ankara
- 5) Feedman MR, King J, Kennedy E. Popular diets: scientific review. Obesity research 2001; 9 (suppl1): 1-40
- 6)Merdol T. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi, 2004
- 7) Pi-Sunyer X. The medical risks of obesity. Postgrad Med 2009; 121 (6): 21- 33
- 8) Amerikalılar İçin Beslenme Kılavuzu, 2010.Dietary Guidelines for Americans.  
(<http://www.cnpp.usda.gov/Publications/DietaryGuidelines/2010/PolicyDoc/PolicyDoc.pdf> ).Erişim tarihi:11/11/2014.
- 9) Johnstone AM. Satellite Symposium: Industry and academic partnerships for developing health-improving products: safety and efficacy of high protein diets for weight loss. proceedings of the nutrition society 2012; 71 (2): 339-349.
- 10) Halton TL, Hu FB. The effects of high protein diets on thermogenesis, satiety and weight loss: A Critical Review. J Am Coll Nutr 2004; 23 (5): 373-385
- 11) Lepe M, Gascón MB, Cruz AJ. Long-term efficacy of high-protein diets: A Systematic Review. Nutr Hosp 2011; 26 (6): 1256-1259
- 12) Samaha FF, Iqbal N, Seshadri P, Chicano KL, Daily D, Mcgrory J. A low carbohydrate as compared with a low fat diet in severe obesity. N Eng J Med 2003; 348 (21): 2

- 13) Skov AR, Toubro S, Ronn B, Holm L, Astrup A. Randomized trial on protein vs carbohydrate in ad libitum fat reduced diet for the treatment of obesity. *Int J Obes* 1999; 23 (5): 528–536. 074–2081.
- 14) Lejeune MP, Kovacs EM, Westerterp-Plantenga MS. Additional protein intake limits weight regain after weight loss in humans. *Br J Nutr* 2005; 93 (2): 281-9.
- 15) Sacks et. Al. *The new england journal of medicine* 2009-360(9);859-873
- 16) Noble CA, Kushner RF. *Current Opinion in Gastroenterology*, 2006 Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois, USA
- 17) Astrup A, Larsen TM, Harper A. Atkins and other low-carbohydrate diets: hoax or an effective tool for weight loss? *Lancet* 2004; 364 (9437): 897–99
- 18) Dr. Dukan P. *Dukan Diyeti* , İstanbul, Pegasus Yayınları 2012 ( 1-320)
- 19) Douglas K , Pearlman C. *Hollywood Diyet Sırları*, İstanbul, Dinozor Yayınları 2008 ( 1-128)
- 20) Livaneli A. *Ayna Ayna Söyle Bana Mucize İsveç Diyeti*, İstanbul, Remzi Kitabevi 6.Basım
- 21) Prof. Dr. Karatay C. *Bilimsel Gerçeklerle Kilo Vermenin ABC'Sİ*, İstanbul, Hayy Kitap, 2012 ( 1-160)
- 22) Altay S. Beslenmede proteinin yeri ve protein ağırlıklı beslenme, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul , Türkiye klinikleri *J Pediatr Sci* 2014;10(3):18-22
- 23) Tallian K. Role of the ketogenic diet in children with intractable seizures, *Ann Pharmacother*,1998;32;349-61
- 24) Prof. Dr.Baysal A, Prof.Dr Hatemi H. Sağlık ve afiyet: Haziran 2012: Sayı:5
- 25) Lagiou P, Sandin S, Weiderpass E et al. Low carbohydrate-high protein diet and mortality in a cohort of swedish women. *J Intern Med* 2007; 261 (4): 366-74.
- 26) Noakes M, Keogh JB, Foster PR, Clifton PM. Effect of an energy-restricted high -protein, low-fat diet relative to a conventional high-carbohydrate, low-fat diet on weight loss, body composition, nutritional status, and markers of cardiovascular health in obese women. *Am J Clin Nutr* 2005; 81 (6): 1298-306.
- 27) Manninen AH. High-protein weight loss diets and purported adverse effects: Where is the evidence? *Sports Nutrition Review Journal* 2004; 1 (1): 45-51
- 28) Liu L, Ikeda K, Sullivan DH, Ling W, Yamori Y. Epidemiological evidence of the association between dietary protein intake and blood pressure: A Meta-Analysis Of Published Data. *Hypertens Res* 2002; 25 (5): 689–95

- 29) Santesso N, Akl EA, Bianchi M et al. Effects of higher- versus lower-protein diets on health outcomes: A Systematic Review And Meta-Analysis. *European Journal of Clinical Nutrition* 2012; 66 (7): 780–788
- 30) Johnstone AM, Lobley GE, Horgan GW et al. Effects of a high-protein, low-carbohydrate weight loss diet on antioxidant status, endothelial function and plasma indices of cardio-metabolic profile. *Br J Nutr* 2011; 106 (2): 282–291
- 31) Friedman AN, Ogden LG, Foster GD et al. Comparative effects of low-carbohydrate high-protein versus low-fat diets on the kidney. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7 (7): 1103-1111
- 32) Kılıç S, Ülgen P, Yıldırım F ve ark. Yüksek protein içerikli diyetin sıçan böbrek ve karaciğer dokularında yaşa bağlı olası etkilerinin değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2013
- 33) Zang SM. Intakes of fruits, vegetables and related nutrients and the risk of non-hodgkin's lymphoma among women, *Cancer Epidemial Biomarkers Prev.* 2000;9:477-85
- 34) Gonzalez CA and Riboli E. Diet and cancer prevention: Contributions from the european prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC) study. *European Journal of Cancer* 2010. 46, 2555-2562.
- 35) Kerstetter J.E, Mitnick M.E, Gundberg M. C et al. Changes in bone turnover in young women consuming different levels of dietary. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1999; Vol. 84, No. 3, 1052-1055
- 36) Bilsborough SA. Low carbohydrate diets;what are the potential short and long term health implications? *Asia Pacific J.Clin.Nutr.*2003;12(4):397-404
- 37) Şanlıer N. Menopoz Öncesi ve Sonrası Kadınların Beslenme Durumları, Kemik Mineral Dansiteleri, Antropometrik, Hormonal ve Biyokimyasal Parametreleri Arasındaki Etkileşim, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara,1995
- 38) Brinkworth GD, Buckley JD, Noakes M et al. Long-term effects of a very low-carbohydrate diet and a low-fat diet on mood and cognitive function. *Arch Intern Med* 2009; 169 (20): 1873–1880
- 39) Hamurcu P. Obez bireylerde benlik saygısı ve beden algısının değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Yüksek lisans Tezi 2014
- 40) Aktaş S. Medyanın kadın estetiği üzerine etkileri ve ebenin rolü, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17:3

- 41) Yrd. Doç. Dr.Karabudak E. Vejeteryan Beslenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Klasmat Matbaacılık, Şubat 2008, (7-10)
- 42) Kaçar G. Vegan Diyeti ,İstanbul, Parşömen Yayınları 2013 (1-178)
- 43) Op. Dr. Kuşhan M. Akdeniz Diyeti, İstanbul, Prizma Press Matbaacılık ( 1-167)
- 44) Adamo P. Kan Grubunuza Göre Beslenme Kitabı, İstanbul, Yakamoz Yayınları 2012
- 45) Pizzorno J, Frassetto LA, Katzinger J. Diet-induced acidosis: is it real and clinically relevant? Br J Nutr.2010 Apr;103(8):1185-94
- 46) Bonjour JP. Nutritional disturbance in acid-base balance and osteoporosis: a hypothesis that disregards the essential homeostatic role of the kidney.Br J Nutr. 2013 Oct;110(7):1168-77.
- 47) WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
- 48) Prof. Dr. Sümbüloğlu K ,Prof. Dr Sümbüloğlu V. Hatiboğlu Yayınları Biyoistatistik,ANKARA 2010
- 49) Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite, Ankara Med J, 2014, 14(3): 74 -84

## BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

### BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

#### 1. ARAŞTIRMANIN ADI

Düzce’de yaşayan yetişkin bireylerin popüler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popüler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamaları

#### 2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı Ocak 2014-Mart 2014 tarihleri arasında Düzce Özel Hayri Sivrikaya Hastanesinde çalışan ve diyet polikliniğine başvuran beklenen 200 kişidir.

#### 3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 30 gündür.

#### **4. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Düzce’de yaşayan yetişkin bireylerin popöler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popöler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamalarını tespit edip ,halkın bilinçlenmesini sağlamak.

#### **5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŐULLARI**

18 yaş üzeri yetişkin bireyler çalışmaya dahil edilecektir.

#### **6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Çalışma kapsamında size , popöler diyetler hakkındaki bilgi düzeyinizi ,öğrenilen kaynakları ve yanlış uygulamaları saptamak amacıyla bir anket formu ve besin tüketim sıklığı uygulanacaktır. Boy uzunluğu, vücut ağırlığı ölçümleriniz alınacaktır.

#### **7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI**

Katılımcıların çalışma boyunca herhangi bir sorumlulukları yoktur.

#### **8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR**

Bu araştırma yalnızca bilimsel amaçlıdır. Düzce’de yaşayan yetişkin bireylerin popöler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popöler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamalarını tespit edip ,katılımcıların bilinçlenmesini sağlamak.

#### **9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER**

Araştırmadan kaynaklanacak bir risk yoktur. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

#### **10.ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU**

Araştırmadan kaynaklanan herhangi bir zararlanma durumu yoktur.



## **11.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ**

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için aşağıda belirtilen ilgili diyetisyene ulaşabilirsiniz.

### **İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Diyetisyenin Adres ve Telefonları:**

Diyetisyen Tuğçe Karaduman

Memursen sitesi FB/2B Kat:2 No:3 Düzce

## **12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER**

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

## **13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM**

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

## **14. KATILIMCIYA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI**

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

## **15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ**

Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir.

## **16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŐULLARI**

Araştırma programını aksatmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız geliőebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle diyetisyeniniz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **17.ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİŐER TEDAVİLER**

Araştırma kapsamında uygulanacak bir tedavi yoktur.

## **18.ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Araştırmadan ekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

Sayın Dyt. Tuğçe Karaduman tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde "Düzce'de yaşayan yetişkin bireylerin popler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamaları" alıŐması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam diyetisyen ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen ve sayėı ile yaklaŐılacaėına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koŐuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

## ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

<b>ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ</b>		<b>İMZASI</b>
<b>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</b>		
<b>ADRES</b>		
<b>TELEFON</b>		
<b>TARİH</b>		



1993

**Başkent Üniversitesi**

*Tıp ve Sağlık Bilimleri  
Araştırma Kurulu*

Dr. Hakan Özkardeş  
Dr. A. Eftal Yücel  
Dr. Feride İ. Şahin  
Dr. Şule Bulut  
Dr. Fuat Büyüklü  
Dr. Emine Aksoydan  
Dr. Tolga R. Aydos  
Dr. Elif Durukan  
Dr. Şebnem İlhan

Başkent Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
16. Sokak No. 11  
Bahçelievler, 06490  
Ankara

Tel : 0312 212 90 65

Faks : 0312 221 37 59

arastirma@baskent.edu.tr

Sayı: 94603339 / 18-050.01.08.01-23  
Konu: Proje onayı

09/01/2014

Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı Başkanlığına.

Enstitünüz öğrencisi Tuğçe Karaduman tarafından yürütülecek olan KA13/295 nolu "Düzce'de yaşayan yetişkin bireylerin popüler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popüler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamaları" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08/01/2014 tarih ve 14/09 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ  
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma  
Kurulu Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanını eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

LT

09 01 2014  
026


İşlemlerinizi hızlandırmak için anabilim dalı üzerinden resmi yazışma ve imza gerektirmeyen her türlü bilgi alışverişinde [arastirma@baskent.edu.tr](mailto:arastirma@baskent.edu.tr) e-posta adresimizi kullanınız (Bağlantı- Araştırma Kurulu Sekreteri: Lilişer Taşbilek).

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

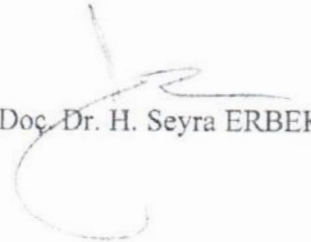
KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
08/01/2014	14/09	KA13/295

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğçe Karaduman tarafından yürütülecek olan KA13/295 nolu ve "Düzce'de yaşayan yetişkin bireylerin popüler diyetleri öğrendikleri kaynaklar, popüler diyetler hakkındaki bilgileri ve yanlış uygulamaları" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

  
• Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ


  
• Prof. Dr. Füsün ÖNER EYÜBOĞLU

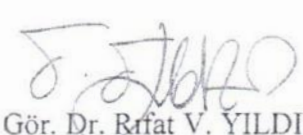
*Katılmadı.*  
• Prof. Dr. Murat DERBENT

  
• Doç. Dr. H. Seyra ERBEK

*Katılmadı.*  
• Prof. Dr. Araş PİRAT

*Katılmadı.*  
• Prof. Dr. Hulusi B. ZEYNELOĞLU

  
• Prof. Dr. Neslihan ARHUN

  
• Öğr. Gör. Dr. Rifat V. YILDIRIM

DÜZCEDE YAŞAYAN YETİŞKİN BİREYLERİN POPÜLER DİYETLERİ ÖĞRENDİKLERİ  
KAYNAKLAR, POPÜLER DİYETLER HAKKINDA BİLGİLERİ VE YANLIŞ  
UYGULAMALARI ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Genel Bilgiler :

1.Anket no:

2.Adı ve Soyadı:

3.Yaş:

4.Cinsiyet:

5.Menapoz: 1. Evet 2.Hayır Menapoz girmiş ise menopoz yaşı:.....

6.Kilo:.....

7.Boy:.....

8.Medeni durum: a. Evli b.Bekar c.Boşanmış d. Dul

9.Eğitim Durumu: a.Okuryazar c.Ortaokul ve dengi e.Üniversite

b.İlkokul d. Lise ve dengi f.Diğer(.....)

10.Mesleği.....

11. Sosyal güvenceniz nedir?

- a. SSK c. Emekli sandığı  
b. Bağ-kur d. Özel sigorta e. Diğer (Belirtiniz).....

12.Kendisi ile birlikte evde yaşayan toplam kişi sayısı.....

13.Sigara içiyor musunuz?

- a.Evet b.Hayır

Cevabınız evet ise miktarı ne kadardır? (.....)

14.Alkol tüketiyor musunuz?

- a.Evet (Cevabınız evet ise miktarı ne kadardır.....) b. Hayır

15.Kronik bir rahatsızlığınız var mı? Varsa işaretleyiniz ?

1. Diyabet
2. Kalp- damar hastalıkları
3. Hipertansiyon
4. Hipotroidi
5. Hipertroidi
6. Haşimato
7. Anemi
8. Gastrit, ülser
9. Eklem ve kemik hastalıkları
10. Konstipasyon
11. Diğer.....



16. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

a.Evet (.....) b.Hayır

17. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

a.Evet b.Hayır

18.Cevabınız evet ise en sık hangi aktiviteyi yaparsınız? (.....)

19.Bu aktiviteyi ne sıklıkla yaparsınız?

a.Haftada 1-3 kez b. Hergün c.Haftada 4-5 kez d.Ayda 2-3 kez

20. Yaşamınız süresince sahip olduğunuz en yüksek vücut ağırlığı nedir? ..... kg

21. Yaşamınız süresince sahip olduğunuz en düşük vücut ağırlığı nedir?.....kg

22. Düzenli olarak öğün tüketir misiniz?

a. Evet b. Hayır

23. Cevabınız hayır ise, genellikle hangi öğünü atlarsınız?

a. Sabah b. Öğle  
c. Akşam d.Ara

24.Genellikle günlük tükettiğiniz ana ve ara öğün sayısı nedir?

..... ana öğün .....ara öğün

25. Bir günde yaklaşık kaç su bardağı su tüketiyorsunuz? ..... su bardağı

26. Ev dışında hangi sıklıkla yemek yersiniz?

a. Hiç b. Haftada 4-7 kez c. Haftada 1-3 kez  
d.Ayda 2-3 kez e. Ayda 1 kez f.Diğer (Belirtiniz) .....

27.Meyveyi hangi sıklıkla tüketirsiniz?

a. Her gün c. Haftada 3-4 kez  
b. Haftada 5-6 kez d. Haftada 1-2 kez

28. Meyveyi çoğunlukla hangi öğününüzde tüketirsiniz?

a. Sabah b. Öğle c. Akşam  
d. Kuşluk e. İkinci f. Gece

29.1000 kalorinin altındaki düşük kalorili diyetlerle kilo vermenin sağlıklı olduğunu düşünüyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

30.Sizce diyetlerde ekmek tüketmemek doğru mudur?

a)Evet b)Hayır

31.Bugüne kadar hiç popüler diyet uyguladınız mı?

a)Evet            b)Hayır

32.Evet ise belirtiniz .....

33.Popüler diyetleri öğrendiğiniz kaynaklar nelerdir?

a)Yakın çevrem            b)Televizyon,dergi,gazete( medya)            c)Diyetisyen            d)Kitaplar

34.Popüler diyetlerin sağlıklı zayıflamada doğru yol olduğunu düşünüyor musunuz?

a)Evet            b)Hayır

**BESİN TÜKETİM SIKLIĞI KAYIT FORMU**

BESİNLER	KOD	TÜKETİR Mi?		TÜKETİM SIKLIĞI								MİKTAR		
		evet	hayır	Her öğün	Her gün	Haftada 1 kez	Haftada 2-3 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	Ayda 2-3 kez	Ayda 1 ve daha serekek	Ölçü	Ağırlık/ hacim	
<b>SÜT ve ÜRÜNLERİ</b>														
Süt -tam yağlı														
Süt-yarım yağlı														
Süt-yağsız														
Yoğurt-tam yağlı														
Yoğurt-yarım yağlı														
Beyaz Peynir (.....)														
Kaşar Peynir (.....)														
Peynir (.....)														
Ayran														
<b>ET ve ET ÜRÜNLERİ</b>														
Soya kuşbaşı														
Soya kıyma														
Tavuk-bütün														
Tavuk, derili														
Tavuk, derisiz														
Hindi, derili														
Hindi, derisiz														
Balık (.....)														
Deniz ürünleri (.....)														
Dana salam-sosis (.....)														
Tavuk salam-sosis (.....)														
Hindi salam-sosis (.....)														
Sucuk (...../.....)														
Sakatatlar (.....)														
<b>YUMURTA</b>														
Tavuk, bütün (.....)														
Tavuk (.....)														
Bıldırcın														

**KURUBAKLAGİLLER ve YAĞLITOHUMLAR**

Soya filizi																			
Soya fasulyesi																			
Ceviz																			
Fındık																			
Yerfıstığı																			
Şam fıstığı																			
Çekirdekler (.....)																			
Çerez (.....)																			
Mercimek																			
Nohut																			
Kuru fasulye																			
Barbunya																			

**EKMEK ve DİĞER TAHILLAR**

Ekmek,beyaz																			
Ekmek, esmer																			
Bazlama,beyaz un																			
Bazlama, esmer un																			
Kepekli ekmek																			
Çavdar ekmeği																			
Yulaf ekmeği																			
Makarna, erişte																			
Pirinç																			
Bulgur																			
Hamur işleri																			
Bisküvi (.....)																			
Pasta (.....)																			
Kek (.....)																			
Kurabiyeler																			

**SEBZE ve MEYVELER**

Yeşil yapraklı sebzeler																			
Sarı sebzeler																			
Patates																			
Domates																			
Diğer sebzeler (.....)																			
Turunçgiller																			
Yaz meyveleri (.....)																			
Kurutulmuş meyveler																			

**YAĞLAR**

Zeytinyağı																			
Ayçiçek yağı																			
Kanola yağı																			

Mısırozü yağı																		
Fındık yağı																		
Soya yağı																		
Diğer (.....)																		
Margarin, mutfaklık																		
Margarin, kahvaltılık																		
Tereyağı																		
İçyağı-kuyruk yağı																		
<b>ŞEKER ve TATLILAR</b>																		
Şeker, çay																		
Şeker, kahve																		
Şeker, tatlılar																		
Bal, reçel																		
Pekmez																		
Sütlü tatlılar																		
Meyveli tatlılar																		
Hamur tatlıları																		
<b>İÇECEKLER</b>																		
Zeytin																		
Çay																		
Türk kahvesi																		
Nescafe																		
Şarap																		
Bira																		
Rakı, cin vb.																		
Hazır meyve suları																		
Taze meyve suları																		
Kolalı içecekler																		
Şalgam suyu																		
Turşu, salamura																		
Çikolata																		
Gazoz																		
Soda																		
Diğer(.....)																		