



**YOKSUL VE YOKSUL OLMAYAN BİREYLERİN BESİN
TERCİHLERİ VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ**

Şirivan BURAK AYDEMİR

Yüksek Lisans Tezi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

İkinci Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi İzzet ÜLKER

2024

Her hakkı saklıdır.



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YOKSUL VE YOKSUL OLMAYAN BİREYLERİN BESİN TERCİHLERİ
VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ**

Şirivan BURAK AYDEMİR

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU
İkinci Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi İzzet ÜLKER**

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

Erzurum

2024

BEYANNAME

Bu tez çalışmasının Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçların akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak sunulduğunu; bu tezin özgün bir bilimsel araştırma olduğunu; tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını; tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13/09/2024

Şirivan BURAK AYDEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BEYANNAME	3
İÇİNDEKİLER.....	IV
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TABLOLAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yoksulluk	4
2.1.1 Yoksulluk çeşitleri	6
2.1.2 Yoksulluk nedenleri	8
2.2. Yoksulluk ve Sağlık	10
2.3. Beslenme.....	12
2.4. Sağlıklı ve Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları	14
2.5. Sosyoekonomik Statü ve Beslenme	18
2.5.1. Yoksulluk ve beslenme alışkanlıkları	18
2.5.2. Eğitim düzeyi ve beslenme alışkanlıkları	21
2.5.3. Çalışma durumu ve beslenme alışkanlıkları.....	22
2.5.4. Yaşam standartları ve beslenme alışkanlıkları.....	22
2.7. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Sağlıklı Beslenmede Rol ve Sorumlulukları.....	23
3. YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.4. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	28
3.8. Araştırmanın Güçlükleri	29

4. BULGULAR	30
5. TARTIşMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	63



TEŞEKKÜR

Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimi aldığım süre boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım başta danışman hocam Doç. Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU, eş danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İzzet ÜLKER olmak üzere enstitüdeki tüm kıymetli hocalarıma, tez sürecinin başından sonuna yanımda olan yardımını ve varlığını her daim yanımda hissettiğim sevgili eşim Furkan AYDEMİR'e, benden hiçbir zaman emeklerini ve sevgilerini esirgememiş, desteklerini her an yanımda hissettiğim, hayattaki tüm başarılarımın ilhamı ve mimarı, varlıkları ile bugüne gelmemi sağlamış olan, çok sevdiğim aileme ayrıca bu süreçte yanımda olmuş tüm sevdiklerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

13/09/2024

İmza

Şirvan BURAK AYDEMİR

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yoksul ve Yoksul Olmayan Bireylerin Besin Tercihleri ve Sağlık Üzerine Etkisi

Amaç: Yeterli ve dengeli beslenme insan hayatı ve özellikle kronik hastalıkların gelişmesini engellemek adına kritik bir öneme sahiptir. Yeterli ve dengeli beslenmenin önündeki en büyük engellerden biri de maddi sebeplerdir. Bu nedenle bu çalışmada yoksul ve yoksul olmayan bireylerin besin tercihleri ve sağlık üzerine etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma kapsamında Diyarbakır'da sosyoekonomik durumu yüksek olan Kayapınar bölgesinden bir aile sağlığı merkezi ve sosyoekonomik durumu düşük olan Bağlar bölgesinden bir aile sağlığı merkezi seçilmiştir. Kayapınar bölgesindeki Aile Sağlığı Merkezi'nden 125 birey ve Bağlar bölgesindeki Aile Sağlığı Merkezi'nden 125 birey olmak üzere 40-64 yaş grubu ve gerekli kriterleri sağlayan toplam 250 bireye ulaşılmıştır. Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Antropometrik Ölçüm ve Kronik Hastalık Bilgi Formu ve Besin Tüketim Sıklığı Formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşmeler yöntemiyle toplanmıştır.

Bulgular: Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde; yaş, eğitim, sosyal güvence ve aylık gelir açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Katılımcıların besin tüketim sıklıkları da çalışmada karşılaştırılmıştır. Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin tüm besin grupları açısından haftalık tüketim sıklıkları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Bireylerin eğitim seviyeleri gelir miktarını etkilemektedir. Gelir düzeyi de beslenme tercihleri üzerinde önemli rol oynamaktadır. Bireylerin sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe besinlere olan ulaşım imkânı artmakta ve daha dengeli ve sağlıklı beslenme sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Sağlık, Yoksulluk

ABSTRACT

MS. Thesis

Food Preferences and Health Effects of Poor and Non-Poor Individuals

Aim: Adequate and balanced nutrition is of critical importance for human life and especially for preventing the development of chronic diseases. One of the biggest obstacles to adequate and balanced nutrition is financial reasons. Therefore, this study aims to determine the food preferences and health effects of poor and non-poor individuals.

Methods: This study is a comparative descriptive research and focuses on two family health centers in Diyarbakır: one from the Kayapınar region, which has a high socioeconomic status, and another from the Bağlar region, which has a low socioeconomic status. A total of 250 individuals (aged 40-64) were selected, with 125 individuals from the family health center in the Kayapınar region and 125 individuals from the family health center in the Bağlar region. The data collection involved the use of a Socio-Demographic Characteristics Information Form, Anthropometric Measurement and Chronic Disease Information Form, and Food Consumption Frequency Form. The data were collected through face-to-face interviews.

Results: When examining the demographic characteristics of low-income and non-low-income individuals, a statistically significant difference was found between the groups regarding age, education, social security, and monthly income ($p<0.05$). The frequency of food consumption among the participants was also compared in the study. When comparing the weekly consumption frequencies of all food groups between low-income and non-low-income individuals, a statistically significant difference was identified between the groups ($p<0.05$).

Conclusion: The education level of individuals affects the amount of income. Income level also plays an essential role in nutritional preferences. As the socioeconomic level of individuals increases, their access to food increases, providing a more balanced and healthy diet.

Keywords: Nutrition, Health, Poverty

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert gelirine göre hesaplanan yoksulluk oranı (%) 2014-2023	6
Tablo 2.2. Yoksulluğun Sağlık Üzerine Etkileri.....	10
Tablo 2.3. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler	15
Tablo 3.1. Araştırma Süreç Takvimi	26
Tablo4.1. Katılımcıların Demografik ve Antropometrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.2. Yoksul ve Yoksul Olmayan Bireylerin Besin Tüketim Sıklıkları.....	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Ekonomik durum ve sağlık hastalık ilişkisi	11
---	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<u>Simgeler</u>	<u>Açıklama</u>
Kcal	Kilokalori
gr	Gram
kg	Kilogram
m	Metre
cm	Santimetre
%	Yüzde

<u>Kısaltmalar</u>	<u>Açıklama</u>
BKI	Beden Kitle İndeksi
WHO	World Health Organization
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
GOÜ	Gelişmekte Olan Ülke
GÜ	Gelişmiş Ülke
TL	Türk Lirası
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
IPL	Uluslararası Yoksulluk Sınırı
PPP	Kamu Özel Sektör Ortaklığı (Public Private Partnership)

1. GİRİŞ

Sosyal ve ekonomik olarak eşitsizliklerin artması, günümüzde toplumların yaşamlarını devam ettirebilmelerini ve temel gereksinimlerini karşılayabilmelerini giderek zorlaştırmaktadır. Özellikle gelişim sürecinde olan ülkelerde bu durumun sonucunda giderek artan yoksulluk oranları ortaya çıkmaktadır. Yoksulluk, yaş grubu fark etmeksizin tüm bireylerin ve ailelerin yaşamına ve sağlığına direk etki etmektedir (Ergül, 2010).

Bireylerin temel insani gereksinimlerini ya da asgari yaşam şartlarını karşılayamaması durumu yoksulluk olarak tanımlanır. Yoksulluk seviyesi birçok sosyoekonomik ölçek ve çeşitli veriler aracılığıyla ölçülmektedir. Yoksulluk, gelir miktarının belirli bir seviyenin altında kalması olarak tanımlanabileceği gibi; beslenme yetersizliği, kötü barınma şartları, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişimde güçlük ve sosyal dışlanma gibi birçok etken ile de ilişkilendirilir (Alpdoğan, 2023).

Yoksulluk, toplumda görülme sıklığı yüksek olan hastalıkların ortaya çıkma nedenlerinden biridir. Sağlık problemlerinin ortaya çıkması ve yaşam süresinin kısalması ile yoksulluk arasındaki ilişki bilinen bir gerçektir. Özellikle başta beslenme yetersizliği ve kötü barınma şartları olmak üzere yoksulluk birçok yönden sağlığı negatif olarak etkiler (Pala K., 2019). Ekonomik şartlar sağlığın devamı ve iyilik halinin sürdürülmesi açısından en temel belirleyicilerden biridir. Sosyoekonomik açıdan düzenli bir yapıya sahip olamayan yoksul bireyler ve ailelerin sağlıkları negatif yönde etkilenmektedir (Üstünsoy, 2023).

Bedensel ve zihinsel açıdan güçlü olan sağlıklı ve yetenekli insanların varlığı bir ülkenin sosyal ve ekonomik açıdan refah düzeyini yükseltmesindeki önemi yadsınamaz bir gerçektir. Bu durum teknolojik açıdan gelişimle beraber insan faktörünün de ne denli önemli olduğunu açıkça göstermektedir. Çünkü toplumun gelişmesi ve kalkınmasındaki en temel etken insan ve insan gücüdür. İşte bu durumda insanın gücünü ve sağlığını fiziksel ve zihinsel olarak üst düzeyde tutabilmek kişilerin beslenme şekli ile sıkı ilişki içindedir (Hasipek & Sürücüoğlu, 1994).

Bireylerin sağlıklı bir şekilde hayatlarını idame ettirebilmesi adına fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel gibi pek çok açıdan ihtiyaçlarını karşılamaları gereklidir. Bunlardan karşılanması en elzem olan ihtiyaçlardan biri ise hiç şüphesiz beslenmedir. Beslenme yaşamın devam ettirilebilmesi, sağlığın iyileştirilmesi ve korunması, büyüme ve gelişmenin sağlanması, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için gerekli olan bileşenleri sağlamak adına besinlerin tüketilmesi ve vücutta kullanılmasıdır (Eken, 2018).

Günümüzde üstünde durulması gereken önemli konulardan biri beslenmedir. Yaşamın devamı ve sağlığın sürekliliği için alınan besin bileşenlerinin vücutta kullanılması beslenme olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle yaşam kalitesinin sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi ve yükseltilmesi amacıyla vücudun gereksinimi olan besinlerin yeterli miktarda, dengeli bir şekilde ve uygun zamanda alınması esasına dayanan bir davranıştır (Arı & Arslan, 2020; Dilber & Dilber, 2020).

Beslenme açlığı bastırmak veya göze hoş gelen canın çektiği besinleri tüketmek değildir. Beslenme; bireyin büyüme ve gelişimini, yaşam idamesini ve sağlığın sürekliliğini sağlamak amacıyla besin maddelerinin tüketilmesidir. Beslenmenin temel amacı kişinin cinsiyeti, yaşı, günlük aktivitesi ve fizyolojisi gibi etkenlere göre gereksinim duyduğu enerji ve besin öğelerini doğru zamanlarda yeterli ve dengeli miktarlarda almasıdır. Besin öğelerinden herhangi biri aşırı alınması veya yeterince tüketilememesi durumunda büyüme ve gelişmenin kötü yönde etkilendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel araştırmalarla kanıtlanmıştır (Dilber & Dilber, 2020).

Yaşamın devamı için bireyin en büyük ihtiyaçlarından biri beslenmektir. Beslenmede sosyoekonomik düzey kritik bir öneme sahiptir. Maddi gelirin olmaması veya düşük olması besine ulaşmayı bu nedenle de yeterli ve dengeli beslenmeyi engeller. Yoksul bireylerin gerek ihtiyaç duyduğu makro ve mikro besin maddelerini yeteri kadar alamadığını gerekse besine ulaşamama durumunun psikolojik çöküntüye sebebiyet verdiği bildirilmiştir (Yüksel & Ersoy, 2022).

Yoksulluk sağlık için en belirleyici faktördür ve bireylerde beslenme bozukluğuna, hastalıkların daha fazla görülmesine, bireyin kazancının çoğunu tedaviye ayırmasına, çalışma gücünün azalmasına, gelir azalmasına bu da kısır döngü şeklinde yoksulluğa sebep olmaktadır. Maslow'un ihtiyaçlar piramidi içerisinde en alt basamakta fiziksel ihtiyaçlar yer almaktadır. Beslenme de su, hava, uyku, cinsellik ve boşaltım gibi bireylerin en temel gereksinimlerinden bir tanesidir (Çoban, 2021).

Beslenme temelde sosyoekonomik durumla ilişkili bir faktördür. Bu nedenle literatürde yoksul bireylerin beslenme örüntüleri ile ilgili yapılmış çalışmalar; bu bireylerin daha az protein, doymuş yağ, kolesterol ve vitaminleri diyetleri ile birlikte aldıkları, yeterli ve dengeli beslenmedikleri, nörobilişsel fonksiyonlarının zayıf olduğu, anemi görülme oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Chong, Appannah, Sulaiman, 2019; Fischer,

Shamah-Levy, MundoRosas, Méndez- Gómez-Humarán, Pérez-Escamilla, 2014; Kankeu, Saksena, Xu, Evans, 2013; Mayen, Marques-Vidal, Paccaud, Bovet, Stringhini, 2014).

Yapılan araştırmalarda, yoksulların protein, doymuş yağ, kolesterol, A ve C vitamini bakımından fakir gıdaları daha az tüketmelerine karşılık, maddi değeri ve besleyiciliği düşük (hazır, şekerli paketli ürünler) gıdaları daha fazla tükettiği tespit edilmiştir (Kankeu vd., 2013; Mayen vd., 2014; Yüksel & Ersoy, 2006). Aynı zamanda yoksul insanların gerek ihtiyacı olan makro ve mikro besin maddelerini gerektiği kadar alamadığı gerekse besinlere ulaşım konusunda sıkıntılar yaşadığı belirtilmektedir (Arenas vd., 2019).

Öktem ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya göre sosyoekonomik durumu iyi olan katılımcılarda serum çinko, demir ve demir bağlama kapasitesi değerleri sosyoekonomik durumu kötü olan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Katılımcılar demir eksikliği açısından incelendiğinde sosyoekonomik durumu iyi olan hiçbir çocuk serum demir düzeyine göre anemi sınırında değilken, sosyoekonomik durumu kötü olan 19 çocukta demir eksikliği saptanmıştır. Sosyoekonomik durumu iyi olan katılımcıların ortalama hematokrit oranları (%39,5), kötü olan katılımcılardan (%38,3) farklı saptanmış. Sosyoekonomik durumu iyi olan katılımcılarda çinko düzeyi $108,3 \pm 79,6$, sosyoekonomik durumu kötü katılımcılarda ise $94,5 \pm 20,2$ olarak bulunmuştur. Çıkan sonuçlara göre çinko açısından da arada anlamlı fark tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, yoksul ve yoksul olmayan bireylerin besin tercihleri ve sağlık üzerine etkilerinin belirlenmesidir.

Araştırma Soruları;

1. Yoksul ve yoksul olmayan bireyler arasında kronik hastalık açısından fark var mıdır?
2. Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin antropometrik özellikleri arasında fark var mıdır?
3. Yoksul bireylerin besin tercihleri nasıldır?
4. Yoksul olmayan bireylerin besin tercihleri nasıldır?
5. Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin besin tercihleri arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoksulluk

Yoksulluk çoğunlukla az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkan bir problem olmasına rağmen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere de karşılaşılan ve geçmiş dönemlerin büyük kısmında olduğu gibi şu an da pek çok ülkenin karşı karşıya kaldığı en ciddi toplumsal problemlerin başında gelmektedir (Şener & Ocakçı, 2014). Yoksulluk, insanların hayatlarını idame ettirebilmesi için gerekli olan temel ihtiyaçlarını karşılayamadığı bir durum olarak ifade edilmektedir. Yoksulluk, bireylerin yalnızca maddi kazanç, tüketim gibi maddi öğelerden (gıda, barınma, giyim, vb) mahrum kalmalarını değil, aynı zamanda sağlık, eğitim, ulaştırma, sosyal güvence ve toplumsal faaliyetler alanlarında sunulan hizmetlerden de yararlanamamalarıdır (Taş & Özcan, 2012; Yıldırım, 2011).

Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelere yoksulluk probleminden etkilenenlerin başında özellikle yaşlılar, engelliler ve kadınlar gelmektedir ancak yoksulluktan en fazla etkilenen grup çocuklardır. Araştırmacıların bir kısmı çocukların herhangi bir geliri olmadığından dolayı “yoksul” olarak nitelendirilemeyeceğini ifade etseler de “çocuk yoksulluğu” kavramı günümüz dünyasının en önemli problemlerinden biridir (Durgun, 2011; Hatun vd., 2003).

Yoksulluk; bireylerin temel ihtiyaçlarından olan beslenme ve barınmanın dahi karşılanamamasıdır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’na göre yoksulluk dar ve geniş olmak üzere iki çeşittir. Dar anlamda yoksulluk, açlıktan dolayı yaşamını yitirme ve barınacak bir yer bulamama durumu, geniş anlamda yoksulluk ise gıda, giyim ve barınma gibi yaşamsal ihtiyaçları sürdürebilecek kapasiteye sahip olduğu halde toplumun ortalama seviyesinin gerisinde kalmaktır (Ensari, 2010).

Yoksulluk insanoğlu için yeni ortaya çıkan bir problem değildir. Yoksulluk kavramının kullanıldığı ilk çalışmaların 17. yüzyılda yapıldığı ve bu çalışmalarda yoksulluğun sistematik şekilde aktarıldığı gözlemlenmiştir (Şenses, 2001). Yoksulluk genellikle temel bir gelirin olmaması anlamında; eğitim, sağlık, istihdam ve sosyal güvence başta olacak şekilde insanın yaşamı için gerekli olan temel insani ihtiyaçlarından yoksun oluşudur. İlk zamanlarda sadece hayatın idamesi amacıyla gereken gıda ihtiyacı ve harcaması göz önünde bulundurularak tanımlanan yoksulluk, sonraki çalışmalarda beslenmeye ek olarak eğitim, sağlık hizmetlerine erişim, giyinme ve barınma gibi diğer insani temel gereksinimlerin eksikliği şeklinde tanımlanmaya başlamıştır Yoksulluk adına

en kapsamlı tanım Amartya Sen tarafından açlık, sağlıksızlık, eğitimsizlik, kötü barınma şartları gibi kimsenin istemeyeceği durumlardan kaçınabilme yetisi olarak tanımlanan “yapabilirlik” (capabilities) kavramı ile yapılmıştır (Gözener & Zuhal, 2020).

Yoksulluk, içinde bulunulan zamana ve mekâna göre değişiklik gösterebilir. Örneğin, üst ve alt gelir grupları arasındaki gelir farkının üst gelir gruplarının gelirindeki azalma neticesinde düşmesi durumunda, bireylerin daha çoğu mutlak yoksulluk sınırının altında kalabilecek ve göreceli yoksulluk oranı düşerken mutlak yoksulluk oranı yükselebilecektir (Rolim vd., 2006).

Çoğu kişi tarafından yoksulluk maddi yetersizlik olarak düşünülmesine rağmen aslında kapsamı daha geniş bir kavram olarak ele alınmalıdır. Maddi gelir düzeyi ile birlikte hayat şartları, aile üyelerinin gereksinimleri, giderler, sağlık düzeyleri gibi etkenler de değerlendirme kapsamında olmalıdır. Gelir dağılımındaki eşitsizlik, ekonomik gerilik, politik hatalar ve işsizlik gibi olayların etkisi ile yoksulluk ortaya çıkarken yoksulluk nedeniyle de sağlıksız şartlarda yaşam, yeterli beslenememe ve bunların sonucunda sağlıkla ilgili sıkıntılar meydana gelebilmektedir (Yıldırım & Balbay, 2003).

Uluslararası değerlendirmelerde, yoksulluk göstergeleri açısından çok başarılı olamayan Türkiye, gelirin çok adaletsiz ve dengesiz bir şekilde dağıldığı ülkelerden biridir. Yoksulluk, gelişmekte olan bir ülke olarak Türkiye’nin en büyük problemlerinden birisidir. Gelir düzeyi ve tüketim giderleri göz önüne alınarak daha detaylı şekilde incelendiğinde önemli eşitsizliklerin olduğu ortaya çıkmaktadır. Bir taraftan gelir dağılımındaki adaletsizlikler, diğer yandan milli gelirin dağılımındaki azlık, son zamanlarda meydana gelen ekonomik krizler yoksulluğun boyutunu daha da arttırırken, yoksulluğu ivedilikle müdahale edilmesi gereken bir durum haline getirmiştir. Yoksulluk oranları göz önüne alındığında, nüfusun yaklaşık altıda biri ülke ölçeğine göre yoksulluk sınırının altında kalmaktadır. Kırsal nüfusa bakıldığında ise üçte birlik kısım bu sınırın altında yer almaktadır (Staff, 2011; Yıldırım, 2011).

Eşdeğer hane halkı kullanılabilir aile bireyi medyan gelirinin %50’si göz önüne alınarak hesaplanan yoksulluk sınırına göre, yoksulluk oranı 2023 yılında 0,5 puan düşüşe uğrayarak %13,9 oldu. Medyan gelirin %60’ı göz önünde bulundurularak hesaplanan yoksulluk sınırına göre belirlenen yoksulluk oranı ise son yılda 0,1 puan yükseliş göstererek %21,7 olarak gerçekleşti. Eşdeğer hane halkı kullanılabilir birey medyan gelirinin %40’ı göz önüne alınarak hesaplanan yoksulluk sınırına göre, yoksulluk oranı bir önceki seneye kıyasla

0,2 puanlık düşüş ile %7,4 olarak gerçekleşti. Medyan gelirin %70'i göz önüne alınarak hesaplanan yoksulluk sınırına göre belirlenen yoksulluk oranı ise bir önceki seneye kıyasla 0,4 puanlık yükseliş ile %29,7 oldu (TÜİK, 2023).

Tablo 2.1. Eşdeğer Hanehalkı Kullanılabilir Fert Gelirine Göre Hesaplanan Yoksulluk Oranı (%) 2014-2023 (TÜİK, 2024)

Anket yılı	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Gelir referans yılı	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Medyan gelirin %40'ına göre	8,7	8,7	8,4	7,4	7,9	8,3	8,9	8,5	7,6	7,4
Medyan gelirin %50'sine göre	15,0	14,7	14,3	13,5	13,9	14,4	15,0	14,4	14,4	13,9
Medyan gelirin %60'ına göre	21,8	21,9	21,2	20,1	21,2	21,3	21,9	21,3	21,6	21,7
Medyan gelirin %70'ine göre	29,4	29,5	28,7	28,1	28,5	28,5	29,0	28,7	29,3	29,7

Her ülkenin kendi ekonomisi içinde güncel olarak hesaplamış olduğu yoksulluk sınırının yanında Dünya Bankası'nın da alt-orta ve üst-orta gelirli ülkeler için belirlediği genel bir yoksulluk sınırı mevcuttur. Eylül 2022 tarihinde Dünya Bankası, küresel mutlak asgari olan Uluslararası Yoksulluk Sınırını (IPL) günde 2,15 dolara (PPP türünden) ayrıca 2022 itibarıyla, düşük-orta gelirli ülkeler için PPP türünden günde 3,65 dolar ve yüksek-orta gelirli ülkeler için PPP türünden günde 6,85 dolar olarak düzenlendi (World Bank, 2022).

2.1.1 Yoksulluk çeşitleri

Yoksulluk genel olarak, mutlak, göreceli, objektif, subjektif, insani, gelir, kırsal ve kentsel yoksulluk gibi literatürde farklı başlıklar altında incelenmektedir (Topgöl, 2013).

Mutlak Yoksulluk ve Göreceli Yoksulluk

Mutlak yoksulluk, bir bireyin en düşük şartlarda hayatını idame ettirebilmesine diğer bir deyişle biyolojik açıdan kendini yenileyebilmesi ve üretebilmesi için gereksinim duyduğu besin ve kalori öğelerini sağlayamaması olarak tanımlanmaktadır. Buna göre bu temel ihtiyaçları karşılamak için mevcut gelirleri yetersiz olan bireyler mutlak yoksulluk sınırının altında kalmaktadır. Mutlak yoksulluk genel anlamda minimum yaşam şartlarını karşılayabilmek adına gerekli olan temel gereksinimlerin bireylerin mevcut gelirleri tarafından karşılanamaması olarak ifade edilmektedir (Öztürk, 2008).

Görelî yoksulluk, bireyin maddî gücünün gereksinimlerini karşılayabilme durumunun toplumdaki diğê bireylerin maddî güçleri ile karşılaştırılarak tanımlanmaktadır. Diğê bir deyişle kişinin yoksulluk durumunun yalnızca kendi gelir miktarına göre değıl toplumda yaşayan diğê bireylerin gelirlerine de bağılı olmasıdır. Görelî yoksulluk ile oluşturulan tanımlarda toplumdaki nüfusun düşük gelir miktarına sahip bir kısmı yoksul olarak ele alınmakta ya da toplumdaki bireylerin ortalama gelir miktarına göre bir sınır oluşturularak, bu belirlenen sınırın altında geliri olan bireyler yoksul olarak tanımlanmaktadır (Kariman, 2023).

Objektif ve Subjektif Yoksulluk

Objektif yaklaşım (refah yaklaşımı) yoksulluğun nedenleri ve yoksul bireylerin yoksulluğı ne şekilde atlatacakları hususunda önceden oluşturulan değıerlendirmeleri içermektedir. Objektif yoksulluk; bireylerin ve ailelerin maddî gelirlerinin temel gereksinimlerini karşılaması için yetersiz olması sebebiyle yoksulluk çizgisinin altında kalması olarak ifade edilmektedir. Subjektif yaklaşımdaysa yoksulluğun tanımı oluşturulurken bireylerin seçimleri (fayda yaklaşımı) daha öne çıkmaktadır. Subjektif yoksullukta bireylerin ve ailelerin gereksinimlerini karşılamak için gerekli olan gelir miktarıyla ilgili çeşitli sorular sorarak belirli çıkarımlarda bulunmaya çalışılmaktadır (Zdeněk & Lososová, 2019). Subjektif yaklaşımda, bireylerin elde ettiğı yararın hesaplanmasında çeşitli zorluklar yaşanmasından dolayı genellikle hesaplanması daha basit olan objektif yaklaşım kullanılmaktadır (Topgül, 2013).

İnsanî Yoksulluk ve Gelir Yoksulluğı

İnsani yoksulluk, Birleşmiş Milletler (BM) tarafından tanımlanan mutlak ve görelî yoksulluk çeşitlerine kıyasla daha geniş ölçeklidir ve yoksulluğun çok çeşitli özelliklerine değinmektedir. Buna göre insani yoksullukta, kişinin daha insancıl bir yaşam sürmesini engelleyecek eksiklikler göz önüne alınmaktadır. Ancak mutlak yoksulluk, temel gereksinimlere ulaşamamayı, görelî yoksullukta ise temel gereksinimler ile birlikte toplum içinde yaşamayı zorunlu yapan öğelere de ulaşamamayı ifade etmektedir (Açıkgöz & Yusufoglu, 2012).

Gelir yoksunluğu ise, kişinin hayatını devam ettirebilmesi ya da asgari yaşam standartlarını elde edebilmek için bireyin, temel gereksinimlerini karşılayabilmek adına yeterli ölçüde bir maddî gelirinin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Gelir yoksulluğı hesaplanırken, genel olarak minimum yaşam şartlarına ulaşmak adına gereksinim duyulan

gelir miktarı yoksulluk sınırı olarak kabul edilmektedir. Hesaplanan bu sınıra kıyasla gelir ve tüketim miktarları daha düşük kalan kişi ve aileler yoksul olarak değerlendirilmektedir (Aktan & Vural, 2002).

Kırsal ve Kentsel Yoksulluk

Kırsal yoksulluk gelişmekte olan ülkelerde daha çok tarım sektörünün küçülmesine ve mevcut olan gizli işsizliğin açık işsizlik halini almasına sebebiyet vermektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), kırsal yoksulluğun; kırsal kesimlerdeki açık veya gizli işsizlik ile ilgili olmadığını, gelir miktarının düşmesi sonucu kırsal kesimde ortaya çıkan bir yoksullaşma örüntüsü olduğunu belirtmektedir (Kariman, 2023).

Kırsal yoksullukla kıyaslandığında, kentsel yoksulluk daha kompleks ve çok boyutludur. Sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanamama, eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşmada problem yaşama, barınma gibi temel bir ihtiyacın karşılanmasında sorunlar yaşama, alt yapı hizmetlerinin yetersiz olması, düzenli bir maddi gelirin olmaması gibi nedenler kentsel yoksulluğu gelir ve tüketim yetersizliğinden daha büyük bir problem haline getirmektedir (Mathur, 2013).

2.1.2 Yoksulluk nedenleri

Yoksulluğa sebep olan durumların araştırılması ve sorgulanması yeni ortaya çıkan bir durum değildir. Zaman, mekân ve ekonomik yapı gibi değişkenlere bağlı olarak yoksulluğun nedenleri de zamanla çok çeşitli hale gelmektedir. Bundan dolayı, tarihin tüm dönemlerinde çeşitli bilim dalları yoksulluğun farklı yönlerini kullanarak yoksulluk nedenlerini açıklamaya çalışmışlardır (Şenses, 2001).

Çevresel Nedenler; Yoksulluğun çevresel nedenleri genel olarak insanların sebep olduğu durumlar ve doğal süreçler neticesinde ortaya çıkan nedenler olmak üzere iki farklı türde ele alınmaktadır. Kentleşmenin artması, tarımda bilinçsiz yapılan faaliyetler, insan faaliyetleri ile ortaya çıkan sanayileşme, enerji santrallerinin yapımı, tarımsal faaliyetlere elverişli alanların yok olması veya kirlenmesi gibi sebepler insanlar tarafından ortaya çıkan durumlardır. Doğal süreçler ise, heyelan, aşırı sıcak havalara, çölleşme, tsunami, vb. durumlardır. Doğal süreçler konusunda insanların yapabilecekleri çok kısıtlıdır veya hiç yok denecek kadar azdır. Bu iki sebep, dolaylı yoldan veya direk olarak birbirlerine etki edebilecek biçimde meydana gelebilmektedir. Böyle bir olay meydana geldiğinde birinde ortaya çıkan bir gelişme veya değişim diğerine de etki ederek tahribat oluşmasına neden

olabilmektedir. Her iki nedenin bir arada meydana gelmesi durumunda, olayın ortaya çıktığı bölgede hayatın devamı daha sıkıntılı bir hal alabilmektedir (Kılıç, 2013).

Ekonomik Nedenler; Yoksulluğun ekonomik sebepleri içinde işgücü piyasalarından temel alan durumlar önemli rol oynamaktadır. Yoksulluk gerek az gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin işgücü piyasalarında meydana gelen değişimler ve bu piyasaların özellikleri nedeniyle ortaya çıkan durumlar ile bağdaştırılmaktadır (Şenses, 2001). Bununla ilişkili olarak, yoksulluğu meydana getiren temel sebeplerden biri de işsizliktir. Ekonomik açıdan göz önüne alındığında, yoksul bireylerin büyük kısmının işsiz olduğu görülmektedir. Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse işsizlik yoksulluğu oluşturan faktörlerden biridir. Bundan dolayı yoksulluk, üretim ve tüketimdeki dengeyi bozarak, yapılan yatırımların azalmasına ve bu nedenle de işsizliğin artmasına yol açmaktadır. Ayrıca yoksulluk oranındaki artış, yoksul kesimlerin eğitim hizmetlerinden yararlanamamasına sebep olarak bu bireylerin istihdam edilebilme şansını da azaltmaktadır (Kariman, 2023).

Siyasi Nedenler; Yolsuzluk, yoksulluğun başta gelen siyasi sebeplerinden biridir ve genellikle, haksız rekabet ve kayıt dışı ekonomiden, bireylerin aldatılmasına kadar çok farklı şekillerde yapılabilen illegal bir davranıştır. Yolsuzluk nedeni ile yoksulluğun meydana gelmesi sonucunda o toplumdaki refah, huzur, barış ve güven ortamı sağlanamayabilir. Toplumlardaki yoksulluk yolsuzlukların yapılmasına da neden olabilir. Yolsuzluğun başka bir etkisi de yerli veya yabancı yatırımcılara engel teşkil ederek istihdamı ve ekonomik büyümeyi negatif yönde etkilemesidir. Aynı zamanda, vergilerden elde edilen gelirlerin azalmasına, kamu harcamalarının etkisinin azalmasına ve kamu alt ya da üst yapı yatırımlarının kalitesizleşmesine sebep olur. Yolsuzluk sonucunda kamuya ait kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması engellenmiş olur. Bunun neticesinde yolsuzluğu yapan kesim daha fazla çıkar sağlayıp gelir dağılımında adaletsizliğe sebep olurken, aynı zamanda diğer bireylerinde yoksullaşmasına yol açmaktadır (Gültekin, 2015).

Toplumsal Nedenler; Yoksulluk üzerine etki eden birçok sosyal sebep vardır. Bu sebeplerden biri başta kırsal kesimlerden kentlere olmak üzere değişik yerleşim yerleri arasında meydana gelen göçlerdir. 20. yy. boyunca gelişmiş ülkelerde gerçekleşen yoksulluk oranındaki azalmada kentleşmenin rol oynadığı ileri sürülmektedir (Şenses, 2001). İlk sırada toprak olmak üzere doğal kaynaklara ulaşım hususunda bireylerin yaşadığı problemler refah seviyesini etkileyen öğelerden biridir. Nüfus artışının hızlı olmasına bağlı olarak gıdaya olan talebin ve gereksinimin artması, kaynakların kullanımı konusunda baskıya sebep olmaktadır. Buda, özellikle teknolojik olarak gelişmemiş ve ekonomisinin büyük kısmı tarıma bağlı olan

az gelişmiş ülkelerde çevrenin ve toprağın zarar görmesi ile sonuçlanmaktadır (Karayılmazlar & Güler, 2015).

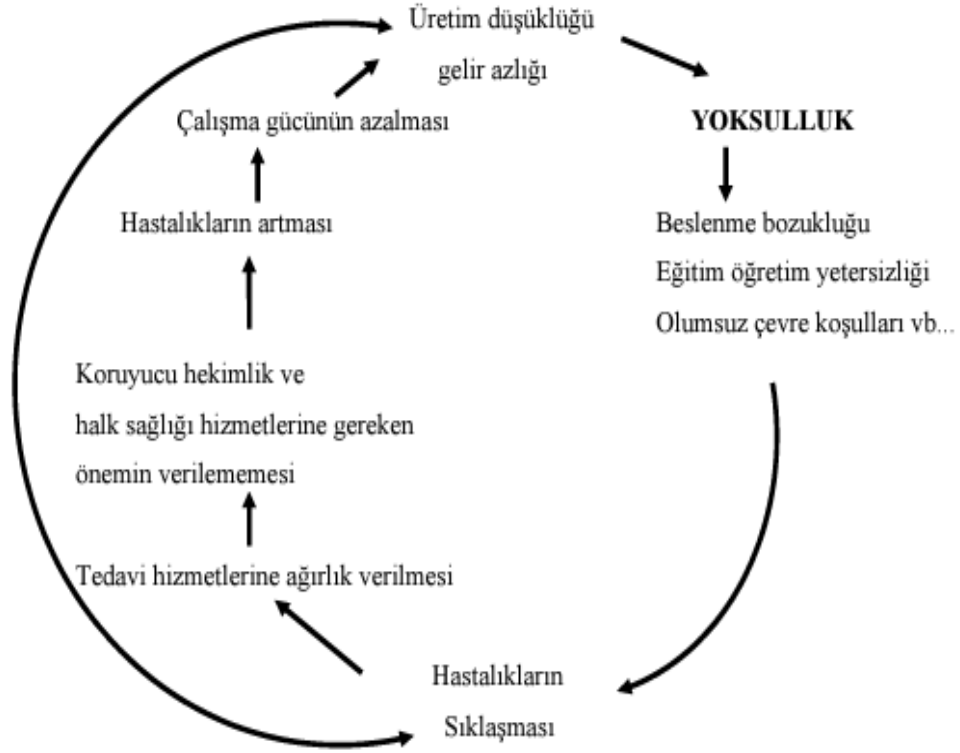
2.2. Yoksulluk ve Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yayınladığı Sağlık Raporu'na göre hastalık yükünün büyük kısmını yoksul ülkelerde ya da ülkelerdeki yoksul kesimlerinin oluşturduğu belirlenmiştir. Yoksulluğun insan sağlığı üzerine oluşturduğu negatif etkiler çok fazla olmakla birlikte bunları küresel bir ölçeğe göre birkaç temel başlık altında özetlemek mümkündür. Yakın tarihte yayınlanan, global ve bölgesel ölçekte hastalıkların meydana gelmesine neden olan majör risk faktörlerini araştıran bir çalışmada “çocuk ve annelerin düşük ağırlıklı olması”, en önemli risk faktörü olarak ortaya konmuştur (Hatun vd., 2003).

Tablo 2.2. Yoksulluğun Sağlık Üzerine Etkileri (Hatun vd., 2003)

Etkiler
Çocukluk çağında protein enerji malnütrisyonu
Su ve temizlik sorunları
Anne sütü yokluğu
Güvenli olmayan cinsel ilişki
Alkol ve tütün tüketimi
Obezite
Ev içi hava kirliliği
Kentsel hava kirliliği

Sosyoekonomik durum ve sağlık arasında döngü şeklinde birbirini etkileyen bir ilişki mevcuttur. Sosyoekonomik açıdan düşük düzeye sahip olan bireylerin sağlığı kötü yönde etkilenmekte ve hastalık gelişmekte, gelişen hastalıkların sonucunda bireylerin gelir elde etmesi kısıtlanmakta ve sosyoekonomik durumu daha kötüye gitmektedir. Sosyoekonomik durum ile sağlığın kötüleşmesi ve hastalık gelişmesi arasında meydana gelen bu kısır döngüyü Chadwick şekildeki gibi özetlemiştir (Özen, 1994).



Şekil 2.1. Ekonomik Durum ve Sağlık Hastalık İlişkisi (Özen, 1994).

Şekilde de görüldüğü gibi yoksulluk; beslenme bozukluğuna, hastalıkların görülme sıklığının artmasına, kişinin gelirinin büyük kısmını tedavi masraflarına harcamasına, iş gücünün azalmasına, gelirin düşmesine ve bu da döngü şeklinde tekrar yoksulluğun gelişmesine yol açmaktadır. Öte yandan yoksul insanların yaşamını sürdürdüğü alt sosyoekonomik çevrelerde yüksek suç oranları, göç, evlilikte anlaşmazlıklar ve boşanma gibi sorunlar sık görülmekte dolayısıyla bunlar da fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının gelişmesine neden olmaktadır. Ayrıca yoksul bireylerin kaza, yaralanma ve iş kazaları gibi problemlerle karşılaşma riski daha fazladır (Özen, 1994).

Yoksulluk, özellikle düşük gelirli haneler için sağlıklı gıdalara erişim konusunda önemli bir engeldir. Besin maliyetlerinin artması ve düşük gelir düzeyleri, bireylerin daha ucuz ama besin değeri düşük gıdalara yönelmesine yol açar. Bu durum, yetersiz beslenme ve obezite gibi sağlık sorunlarını beraberinde getirebilir (Kankeu vd., 2013; Yüksel & Ersoy, 2022). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yoksulluk ve beslenme arasındaki ilişkiyi vurgulayarak, düşük gelirli bireylerin sağlıklı gıda seçeneklerine erişiminde ciddi zorluklar yaşadıklarını belirtmektedir (WHO, 2020).

Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) da yoksulluk ve beslenme güvenliği konusunu ele alarak, yoksul hanelerin genellikle gıda güvenliği problemleri yaşadığını ve bu durumun sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Çalışmalar, yetersiz beslenmenin, çocuklarda büyüme geriliği, bilişsel gelişim sorunları ve çeşitli sağlık problemlerine neden olduğunu göstermektedir (FAO, 2019).

Sağlıklı beslenme imkanlarının kısıtlı olması, yoksul bireylerin beslenme yetersizlikleri yaşamasına sebep olmakla birlikte obezite, diyabet gibi kronik hastalıkların artışına da yol açmaktadır. Sonuç olarak, yoksulluk, bireylerin beslenme durumunu doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Yetersiz ek gelir ve gıda maliyetlerindeki artış, sağlıklı ve besleyici gıdalara erişimi kısıtlayarak beslenme yetersizliklerine yol açmaktadır (Baysal, 2004).

2.3. Beslenme

İnsan hayatının devam ettirilebilmesi için, hayat standartlarının yükseltilmesinde ve korunmasında sağlık önemli bir yere sahiptir. Sağlığın korunumu ve geliştirilmesi öncelikle bireyin kendi sağlığını koruma ve geliştirmesi ile mümkündür. Refah seviyesi yüksek bir toplum oluşturmak için öncelikle sağlıklı kişiler oluşturulmalıdır (Coşansu & ark, 2005). Bundan dolayı kişilere kendi sağlık ve refah durumunu koruyacak, devam ettirebilecek ve revize edebilecek pozitif davranışlar edinmesine ve kişisel sağlığı ile alakalı doğru çıkarımlar yapmasını sağlamaya yardımcı olunmalıdır (Akbulut & ark., 2007). Yaşamın her döneminde hem bedensel hem de zihinsel açıdan sağlıklı olmak ve bu sağlığı sürekli kılabilmek ancak yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ile elde edilebilir (Yıldırım vd., 2011).

Beslenme; insan vücudunun gelişmesi, yenilenmesi ve doğru şekilde işlev görebilmesi amacıyla besin maddelerinin her bireye uygun olacak şekilde, cinsiyet, yaş, hastalıklar ve günlük aktiviteleri gibi faktörler esas alınarak yeterli biçimde vücuda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasıdır. Bireyin gerek fiziksel gerekse mental olarak sağlığını sürdürebilmesi için sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmesi şarttır. Yeterli beslenme; bireyin yaş, boy ve fiziksel aktiviteler gibi faktörler göz önüne alınarak gün içinde almak zorunda olduğu enerji ve besin maddelerinin yeteri kadar vücuda alınmasıdır. Dengeli beslenme ise; bu besin maddelerinin orantılı şekilde ve gün içinde uygun zamanlarda alınmasıdır. Sağlıklı beslenme; besinlerin üretim, saklanma, pişirilme ve tüketim aşamalarının insan sağlığı açısından en uygun yöntemlerle gerçekleştirilmesidir (Merdol,

2012). Sağlıklı beslenmenin büyüme, gelişme, yaşamın devamı, hastalıkların önlenmesi ile tedavisi ve sağlığın sürekliliğinin sağlanması için bilinçli bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Vücudun besin ihtiyacı yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, mevcut hastalıklar ve genetik yapı gibi bireysel etkenlere göre değişiklik gösterir. Ergenlik dönemindeki bireylerin günlük enerji ihtiyacı ve besin maddelerinin miktarı erişkin bireye göre daha fazladır (Ayhan vd., 2012).

Sağlıklı beslenme; besinlerin tüketim aşamasına gelene kadar sağlık için zararlı bir hal almasını dikkate alarak besinleri tercih etme ve zararlı bir uygulamaya maruz kalmadan tüketme şeklidir. Dengeli beslenme; besin maddelerini vücuda dengeli olarak alınmasına denir. Yeterli beslenme; vücudun ihtiyaç duyduğu enerji miktarı kadar besin alınmasına denir (Alphan, 2013). Bir toplumun sağlıklı ve verimli bir güçte hayatına devam etmesi, ekonomik ve sosyal huzurunun ilerlemesi için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekir. Bu şekilde beslenme sadece kişilerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için değil tüm toplumun ilerletilebilmesi için en önemli şarttır (Özmen vd., 2007).

Bireyin sağlıklı büyümesi ve sağlığını yaşam boyu idame ettirebilmesi için yaklaşık olarak 70 besin maddesine gereksinim vardır. Beslenme insan hayatında önemli bir yere sahiptir. Kişinin günlük yaşamını idame ettirebilmesi için beslenme elzemdir ve yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmenin kronik hastalık gelişmesini önlemede, hayatı her açıdan sağlıklı bir biçimde sürdürebilmekte kritik bir önemi vardır. Bu nedenle beslenme, açlık hissini ortadan kaldırmak amacıyla önemsizce yapılmamalı, sağlığı sürdürmek ve yaşam kalitesini arttırmak amacı ile bilinçli bir şekilde yapılmalıdır (Hacettepe Üniversitesi, 2015).

Yaşam kendi aralarında da alt evrelere ayrılan bebeklik, çocukluk, gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık gibi dönemlerden meydana gelmektedir. Bu dönemlerin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi için besin öğelerinin yeterli ve dengeli bir şekilde tüketimi gerekmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme gerekli besinlerin uygun miktarlarda, besin değerini yitirmeden, sağlığı bozmadan en uygun biçimde tüketilmesi olarak tanımlanır (Açıkgöz & Yusufoglu, 2012; Arslan & Akça, 2012).

Sağlıklı beslenme hastalıklara engel olan, insan sağlığını idame ettiren ve iyileşmesine katkıda bulunan bir beslenme biçimi olarak tanımlanır. Çoğu ülke bu hedefi gerçekleştirebilmek adına beslenme rehberleri hazırlamıştır. Bu rehberlerin temelini oluşturan ortak özellikleri; beslenmede çeşitlilik sağlanması, yağ tüketiminin azaltılması, sebze, meyve ve posa içeriği zengin besinlerin tüketiminin fazla olmasıdır. Genel olarak

sağlıklı beslenmede önemli olan başlıkları inceleyecek olursak; uygun vücut ağırlığını koruma, toplam yağ tüketimini azaltma, günlük alınan yağ miktarındaki doymuş yağ oranını azaltma, basit yapıdaki karbonhidratların tüketimini azaltıp kompleks karbonhidratlara ağırlık verme, posayı artırma, tuz kullanımını kısıtlama, alkolü azaltma mümkünse bırakma ve kolesterolü kısıtlamadır (Baysal, 1998).

Dengeli ve sağlıklı bir beslenme ile sağlıklı bir hayat sürdürülebilir. Sağlıklı bir hayat için aşağıda verilen önerileri dikkate almak gerekmektedir (Yamanak 1985, Sürücüoğlu 1999, Baysal 1997, Jose 1996).

Süt ve süt ürünleri, et, yumurta, baklagil, tahıllar, sebze ve meyve gibi besinlerin her gün yeteri kadar tüketilmesi yeterli ve dengeli beslenme açısından elzemdir. Beslenirken tüketilen gıdaların çeşitliliğine önem verilmeli, devamlı aynı besinlerin tüketildiği tek düzelikten kaçınılmalıdır. Öğün atlaması kesinlikle yapılmamalı, günün ilk öğünü olan kahvaltının önemi bilinmelidir. Vücudun gereksinimi olandan fazla tuz ve şeker kullanımının kronik hastalıklara yol açtığı göz önüne alınarak alımları kısıtlanmalıdır. Tahıl ürünleri arasında tam tahıllı gıdaların tüketimini arttırmaya özen gösterilmelidir. Doymuş yağlar yerine bitkisel kaynaklardan elde edilen doymamış yağların kullanımı sağlanmalıdır. Gün içinde tüketilen su miktarının 2.5 litre üzerinde olmasına dikkat edilmelidir. Yeterli ve dengeli beslenmeyle birlikte alkol ve tütün ürünlerinin tüketimi engellenmeli ve fiziksel aktiviteye önem verilmelidir (Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2012).

2.4. Sağlıklı ve Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme alışkanlığı; insanların yaşı, cinsiyeti, ırkı anatomik ve fizyolojik özellikleri gibi kişisel durumlar göz önünde bulundurularak vücut için gerekli olan besinlerin yeteri kadar ve düzenli bir şekilde alınmasıdır (Saygın vd., 2011). Beslenme alışkanlığı aynı zamanda bireyin gün içindeki öğün sayısını, öğünlerinde yediği besinlerin türünü ve miktarını, besinlerin hazırlanma sürecindeki pişirme, sunma ve saklama gibi durumları da içermektedir (Akgündüz vd., 2021).

Beslenme alışkanlıkları ve besin seçimleri bireysel, çevresel, toplumsal, biyopsikososyal ve sosyoekonomik gibi çok çeşitli faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir (Sevim & Kurtuluş, 2022). Beslenme alışkanlıklarını meydana getiren etkenleri saptamak; bu etkenlerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve sağlıkla olan ilişkisini belirlemek beslenme alışkanlıklarının neden ve sonuçlarını ortaya koyabilmek adına önemlidir. Bireyin kişiliği, fiziksel aktiviteleri, ailesi, sosyal çevresi ve iklim gibi şartlar beslenme alışkanlığını

etkileyen faktörlerdir (Akgündüz vd., 2021). Kişilerin besin tercihleri ve alışkanlıkları çok çeşitli etkenlerin etkisi altındadır. Bu etkenler bireysel ve çevresel faktörler olarak iki ana grupta incelenir (Kahraman, 2018).

Tablo 2.3. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler (Kahraman, 2018)

Bireysel Etmenler	Çevresel Etmenler
Aile yapısı	Fizyolojik ihtiyaçlar ve özellikleri
Aile uygulamaları	Vücut yapısı
Yaşıtlar	Kişisel değerler ve inanışlar
Sosyal ve Kültürel değerler	Besin tercihleri
Medya	Kişisel kavramlar
Ayaküstü yenen besinler	Sağlık
Beslenme bilinci	Kişisel deneyimler
Mevcut Gelir	

Vücudun ihtiyacı olan besin öğeleri alınan besinler tarafından yeterince karşılanmayınca yetersiz beslenme ortaya çıkar. Yetersiz beslenmede temel problem besin öğelerinin yetersizliği iken dengesiz beslenmede bazı besin öğelerinin eksik alınmasının yanında bazı öğelerinde fazla alınması temel problemidir. Yetersiz, dengesiz ve aşırı beslenmenin çeşitli sağlık sorunlarının çıkmasına zemin hazırladığı yapılan bilimsel araştırmalarla kanıtlanmıştır (Aihara & Minai, 2011).

Türkiye geneline bakıldığında yaklaşık binde 20 olarak tespit edilen beş yaş altı ölüm hızı refah düzeyi en düşük ailelerde binde 28'e çıkarken, refah düzeyi en yüksek ailelerde binde 8'e düşmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2013). Yine araştırmalar yetersiz beslenmenin hakim olduğu toplumlardaki çocukların büyüme hızının yeterli beslenebilenlerle karşılaştırıldığında daha yavaş olduğunu göstermektedir. Öte yandan beslenmenin yetersiz olması sadece fiziksel gelişmeyle sınırlı kalmayıp ayrıca mental gelişimin de gerilemesine yol açmaktadır (Şener & Ocakçı, 2014).

Verimlilik açısından çalışan bireyler değerlendirildiğinde yetersiz ve dengesiz beslenmenin vücut direncini düşürerek işçilerin hastalıklara daha yatkın hale gelmesine ve

bu da iş kazalarının artmasına yol açmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenme vücut direncini düşürdüğünden insanlar hastalıklara karşı daha savunmasız kalmakta ve meydana gelen hastalıklar normale göre daha ağır seyretmektedir. İnsanlarda gelişen kronik ishaller genellikle yetersiz ve dengesiz beslenme zemininde gelişmektedir (Baysal, 2004).

Yapılan bilimsel araştırmalarla yetersiz ve dengesiz beslenmenin, fiziksel açıdan gelişime ek olarak mental gelişim açısından da olumsuz etkilere neden olduğu saptanmıştır. Bunlara ek olarak öğrenme güçlüğü, davranış bozukluğu ve mental gelişim geriliği gibi sorunlara yol açtığı tespit edilmiştir (Oktar & Şanlıer, 2003). Beslenme konusunda bireylerin ve toplumun bilgisinin az olması yetersiz ve dengesiz beslenme sorununu ortaya çıkaran önemli bir nedendir. Bireylerin ve toplumların beslenme şekillerine ve alışkanlıklarına yön veren etkenlerden biri de beslenme bilgisidir (Yıldırım vd., 2021).

Günümüzde milyonlarca insanın açlık ve yeterli beslenememe nedeni ile sağlığı bozulup hayatını kaybederken tam tersi şekilde bazı insanlar da fazla ve yanlış beslenmeden dolayı kronik hastalıklara yakalanmaktadır. Bu kronik hastalıkların tedavisi için her yıl milyarlar harcanmasına rağmen kronik hastalar iş göremez hale gelmekte ve erken yaşta yaşamlarını yitirmektedir. Bundan dolayı beslenme sadece karın doygunluğu hissini elde etmek amacından öte bireylerin sağlığının temeli için önemlidir (Baysal, 2004).

Günümüzde gelişen teknolojiyle beraber besinler raflarda sağlık için zararlı ve yararlı özellikleri içlerinde barındırarak çok farklı şekillerde yer almaya başlamıştır. Bunun sonucunda bireylerin bu aşırı besin çeşitliliği içinde doğru ve ihtiyaç duyduğu besini seçmesi karmaşık ve zor bir hal almıştır. Ayrıca hızlı yaşam tarzının etkin olmasıyla beraber yemek yeme alışkanlıkları da geçmişten farklı olarak değişim göstermeye başlamıştır. Buna bağlı olarak da hızlı yaşam tarzı nedeniyle değişen beslenme alışkanlıkları (hazır yemek yeme, hızlı yemek yeme, bilinçsiz tüketim vs.) yaşamın devamı için en temel gereksinimlerden biri olan sağlıklı beslenme alışkanlıklarının bozulmasına ve sağlıksız beslenmenin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Sonuç olarak bu iki durum sağlıksız beslenmeden kaynaklı kronik hastalıkları ve sağlık harcamalarını artırmaktadır (Bor & Saka, 2021).

Çevre koşullarının sağlık kurallarına uygun olmaması da beslenme sorunlarının nedenlerindendir. Besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve saklanmasıdaki temel ilkeler bilinmediği için besin öğelerinde kayıplar çok olmaktadır. Bazı pişirme yöntemleri bazı besinlerdeki vücut için gerekli besin öğelerinin önemli ölçüde azalmasına yol açmaktadır. Besinlerin uygunsuz koşullarda hazırlanması, saklanması ve işlenmesi zararlı öğelerin

vücuda girmesine yol açmaktadır. Bu zararlılar, mikroplar, parazitler olabildiği gibi kimyasal moleküller de olabilmektedir. Parazitler insanın aldığı besine ortak olurlar. Zararlı mikroplar ve kimyasal moleküller vücudun, alınan besinden yararlanmasını engellerler. Böylece yeterli besin alınmasına karşın, bu besin vücutta gereği gibi kullanılmadığı için beslenme yetersizliği oluşur (Baysal, 2004).

Sağlıksız ve yetersiz beslenme alışkanlıklarının sonucunda bazı hastalıklar meydana gelmektedir. Bu hastalıkları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

Kseroftalmi: Beslenmede A vitamini eksikliğinden dolayı oluşan görme bozukluğudur. Kandaki retinol değerinin 20 pg/dl'den daha az bir değerde olmasıyla oluşur. Genellikle kötü beslenmeden ve A vitamininden zengin olan besinlerin tüketilmemesi ile meydana gelir (Batı, 2022; Rucker vd., 2007).

Skorbüt (C Avitaminozu): Taze meyve ve sebzelerin ana maddesi olan C vitamini vücuda eksik alınması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır (Torun vd., 2012). C vitaminin bulunmadığı besin maddelerinden oluşan bir beslenme Skorbüt hastalığının görülme nedenlerini artıran başlıca sebeplerden biridir. Sigara, alkol, yeme bozukluğu ve gıda alerjisi Skorbüt hastalığının risk faktörleri arasındadır (Batı, 2022).

Demir Yetersizliği Anemileri: Sosyoekonomik seviyenin düşük olduğu birey yaşamlarında beslenmede oluşan az et tüketimi, anne sütü ile beslenmesi gereken dönemlerde inek sütü ile beslenmesi ve bireyin geçirdiği enfeksiyonlar sonucu oluşan hastalıktır (Tunç, 2008; Yıldız, 2009).

İyot Yetersizlikleri: İyot yetersizliği durumunda vücutta ortaya çıkan bazı bozukluklar vardır. Bunlar; öncelikli olarak bireyin gelişimini, büyümesini engelleyen bozukluklardan bazılarıdır. Bu bozukluklardan biri olan guatr en sık görülen ve en az problem yaratan bozukluklardan biridir (Öztürk ve Günay, 2011).

Aşırı Beslenme (Obezite)

Obezite küresel bir sağlık sorunudur ve obeziteyi küresel sağlık sorunu haline getiren durum, yağ dokusunda meydana gelen artışın her yaş grubunda görülmesi ve gün geçtikçe sayıca artış göstermesidir (Batı, 2022). Sağlık İstatistik Yıllığı 2020 kaynaklarına göre; 2014 senesinde 15 yaş üzerindeki bireylerde %33,7 olarak hesaplanan fazla kilo oranı %35'e yükselmiştir. Obezite oranı ise %19,9 'dan %21,1'e yükseldiği hesaplanmıştır. Sigaradan sonra önlenabilir ölümler arasında ikinci sırada obezite vardır (TC Sağlık Bakanlığı, 2020).

Diyabet

Diabetes Mellitus (DM); iki şekilde sınıflandırılır.

İnsüline Bağımlı (Tip 1) Diyabet: Pankreasın insülin salgılayamamasından daha çok küçük yaş ve ergenlerde ortaya çıkan hastalığa denir. Pankreastan salgılanan insülin hormonu çok düşüktür veya etkili olabilecek şekilde değildir. Bundan dolayı insülin hastaya dışardan takviye edilir.

İnsüline Bağımlı Olmayan (Tip 2) Diyabet: Pankreastan yeterli düzeyde insülin hormonunun salgılanmaması sonucu yetişkinlerde görülen hastalık türüdür (Batı, 2022).

Hipertansiyon

Ciddi bir sağlık sorunu olan hipertansiyon tanısı alan bireylerin sayısının gün geçtikçe artması, popülasyonun büyümesi, yaşlanma ile sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, alkol kullanımı, fazla vücut ağırlığı ve maruz kalınan stres gibi davranışsal risk etmenlerine bağlanmaktadır (World Health Organization, 2011). Tuz, alkol, doymuş yağ asitleri, hayvansal protein ve kolesterol alımı ile kan basıncı arasında doğrusal ilişki olduğu bilinmektedir. Ancak potasyum, kalsiyum, magnezyum, posa, C vitamini, D vitamini, tekli doymamış yağ asitleri, çoklu doymamış yağ asitleri ve bitkisel proteinin hipertansiyona karşı koruyucu etkisi olduğunu göstermiştir (Ünal, 2015).

2.5. Sosyoekonomik Statü ve Beslenme

Yapılan araştırmalar sonucunda gıda talebinde sosyoekonomik statünün etkili olduğu ancak bu şartların kişilerin yeterli ve dengeli beslenmesi üzerine hangi yönde bir etkiye sahip olduğu çözülememiştir. Genel yargı bireyin gelir, eğitim, yaşam tarzı gibi sosyoekonomik statüsünde meydana gelen iyileşmelere paralel olarak dengeli ve yeterli beslenmede de bir değişim meydana geldiği yöndedir (Aydın, 2011; Dölekoğlu & Yurdakul, 2004).

2.5.1. Yoksulluk ve beslenme alışkanlıkları

Yoksulluk bireylerin besin seçimini ve beslenme alışkanlığını etkileyen unsurlardan biridir ve beslenme ile gelir düzeyi çok sıkı bir ilişki içindedir. Yoksul bireyler vücut için lazım olan besin ögesi ihtiyacını karşılayamayıp, yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak sağlık problemleri yaşayabilmektedir (Yüksel & Ersoy, 2022). Gelir düzeyinin düşüklüğü bazı gıdaların ihtiyaç olandan fazla, bazı gıdalarinsa ihtiyaç olandan daha az tüketilmesine sebep olmaktadır (Bermudez & Tucker, 2003).

Gelir dağılımındaki adaletsizlik ve dengesizlik ülkemizin önemli sorunlarından. Ülke genelinde hanede yaşayan birey sayısı ortalama 5 olmakla beraber genellikle aile geçimini tek kişi sağlamaktadır. Net geliri asgari ücret sınırında veya altında olan ailelerde 5 kişinin yeterli ve dengeli beslenmesi mümkün değildir. Barınma, giyinme gibi giderler de işin içine girdiğinde bu aileler sağlık açısından dengeli ve yeterli beslenmekten ziyade daha uygun besinleri tüketerek karın doygunluğu hissini elde etmeye çalışmaktadır. Öte yandan, ihtiyaç olandan daha fazla beslenen bireyler de aldıkları enerjiyi harcayamadığı için zamanla kilo almakta ve birçok kronik hastalığa yakalanmaktadır (Baysal, 2004). Yetersiz ve dengesiz beslenme problemi özellikle yüksek nüfusa sahip az gelişmiş ülkeler olmak üzere yüksek gelire sahip gelişmiş ülkeler (GÜ) ve gelişmekte olan ülkelerde de (GOÜ) çeşitli derecelerde etki ederek önemli bir sağlık sorunu olmaktadır. Dünya nüfusunun ciddi bir bölümü yoksulluk ve açlıkla savaşılarak hayatını idame ettirmeye çalışmaktadır. Dünya üzerinde 830 milyon insan açlıkla mücadele etmekte, bu bireylerin %35,6'sı Güney Asya; %24,6'sı Doğu ve Güneydoğu Asya; %1'i endüstrileşmiş batı ülkelerinde hayatlarını sürdürmeye çalışmaktadır. Yaklaşık 790 milyon kronik beslenme problemi yaşayan birey GOÜ'lerde hayatına devam etmektedir ve çoğunun gün içinde aldığı enerji miktarı 300 kalorinin altında kalmaktadır (Dölekoğlu & Yurdakul, 2004; WHO, 2018).

Yoksulluk, beslenme örüntüsüne etki ederek beslenme kalitesini azaltmaktadır (Kankeu vd., 2013). Doğurganlık çağında bir kadında bu durumun ortaya çıkması gerek kendi sağlığına gerekse bebeğin sağlığına negatif yönde etki edecektir. Yapılan bir araştırmaya göre hane geliri yüksek olan kadınların beslenme hakkındaki bilgisinin ve beslenme kalitesinin, düşük gelirli olanlarla karşılaştırıldığında daha iyi olduğu gözlenmiştir (Chong vd., 2019).

Başka bir çalışmaya göreyse besine ulaşma konusunda sıkıntı çeken yoksul kadınların, algılama ve hafıza gibi nörobilişsel fonksiyonlarının besine kolayca ulaşabilen, yüksek gelire sahip kadınlara oranla daha zayıf olduğu tespit edilmiştir. Meksika'da yapılan, yaşları 21-49 arasında değişen 11205 kadın ile yürütülen bir araştırmada da düşük gelire sahip hanelerde yaşayan kadınlarda anemi ortaya çıkma sıklığının, orta ve yüksek gelire sahip hanelerde yaşayan kadınlara kıyasla %31,43 kat gibi önemli bir oranda daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Fischer vd., 2014).

Beden kitle indeksi (BKI) değerleri karşılaştırılarak bireylerin sosyoekonomik durumlarının BKI ile ilişkilendirildiği birçok çalışma mevcuttur. Çalışmaların genelinde elde edilen sonuçlara göre; düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin BKI değerlerinin,

yüksek ve orta sosyoekonomik düzeye sahip bireylere oranla daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Papap vd., 2016; Rasmusson vd., 2019). Gelir düzeyi yükseldikçe bireylerin tükettiği besinlerin kalitesi de orantılı olarak artış göstermektedir. Toplumun çoğunluğunu yoksul kesim oluşturmaktadır. Buna karşın gün geçtikçe kaliteli besinlerin ücreti yükselmekte ve alımı zorlaşmaktadır. Bunun sonucunda gelir durumu düşük olan üretici gruplar hayvanlardan elde ettikleri ürünleri satarak başka ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmakta, üretici olmayanlar bireyler de yeterli gelir elde edemediğinden dolayı kaliteli besine ulaşmakta sıkıntı yaşamaktadır. Bu durum kalabalık nüfusa sahip ailelerin besinlere ulaşmasını zorlaştırmaktadır (Baysal, 2004).

Yoksulluk nedeni ile beslenme örüntüsü kötü yönde etkilenmekte ve beslenme kalitesi bozulmaktadır. Beslenme kalitesinin azalması ile birlikte de birçok sağlık sorunu ortaya çıkmaktadır (Kankeu vd., 2013). Ülkemizde genel olarak beslenme ihtiyacı üzerinden yoksulluk hesaplamaları yapılmaktadır. TÜİK bir bireyin günlük enerji ihtiyacını ortalama 2100 kalori olarak belirlemiş ve bu ihtiyacı karşılayabilmek adına gereken maddi miktarı hesaplayarak, bu hesaplanan miktar çerçevesinde yoksulluğun tanımını ve sınırlarını belirlemiştir (Yüksel & Ersoy, 2006).

Ülkemizde yürütülen bir araştırmada yüksek gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarında obezite görülme oranının arttığı tespit edilmiştir (Uskun vd., 2005). Bu çalışmanın sonucuna paralel şekilde Afrika'da adolesan bireyler üzerinde yürütülen bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarında, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerin çocuklarına oranla hazır yemek yeme ve ev dışı yemekleri tercih etme oranlarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Maruapula vd., 2011).

Düşük ve orta sosyoekonomik bölgelerde yaşayan ailelerin ekmek ve tahıl tüketimleri yüksek sosyoekonomik bölgelerdeki ailelere kıyasla daha fazladır. Özellikle et-süt ve ürünleri gibi hayvansal yiyecekler için harcanan para oranı sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gruplara kıyasla oldukça azdır. Çünkü besin fiyatları içinde yüksek olan hayvansal gıdalardır ve fiyatları diğer besinlere oranla biraz daha hızlı artmaktadır. Yüksek sosyo-ekonomik grupta tahılların payının azaldığı, özellikle et-süt ve ürünleri gibi hayvansal protein kaynaklı besin payının arttığı, kısaca beslenmenin daha dengeli olduğu görülmektedir (Miller & Branscum, 2012).

2.5.2. Eğitim düzeyi ve beslenme alışkanlıkları

Ailelerin beslenme ile ilgili bilgilerinin kısıtlı olması çocukların yetersiz beslenme problemlerinin başında gelen sebeplerden biridir. Farklı türlerde besinlere ulaşma imkanları olmasına rağmen bu besinleri beslenme ilkelerine uygun olarak kullanmayı bilmeyen bireylerin oranı çok fazladır. Farklı besinlerin vücut içerisindeki önemi bilinmediğinden dolayı bazı türler çok alınarak israfa neden olmakta bazılarıysa hiç satın alınmamaktadır. Farklı türdeki besinlerden uygun miktarlarda tüketmek beslenme bilgisiyle mümkündür. Çocuklarda ortaya çıkan beslenme yetersizliğinin sebeplerinden biri de batıl inanışlardan dolayı küçük çocuklara yumurta, yoğurt gibi değerli gıdaların verilmeyip yerlerine şekerli besinlerle çocuğu beslenme davranışıdır. Sütün saklama zorluğundan dolayı yazın çocuklara süt verilmesinin ishalleri neden olacağı düşüncesi yaygındır. Bununla beraber anne sütü alan çocuğa yoğurt verilmesi durumunda midesi bozulur düşüncesi kesinlikle yanlış bir inanıştır. Küçük çocuklara su içirilmemesi, ateşli hastalıklar sırasında yoğurt, meyve suları, et gibi önemli gıdaların tüketiminin hastalığın daha kötüye gitmesine sebep olacağı düşüncesi beslenme bilgisinin eksikliği ve yanlış inançlar yüzündendir. Büyüme çağındaki çocukların besin ihtiyaçları tam olarak bilinmediğinden birçok hastalığın beslenme yetersizliğinden kaynaklandığı da dikkatten kaçmaktadır. Besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve saklanması gibi süreçlerin temel ilkeleri bilinmediğinden dolayı besin öğelerinde çok fazla kayıplar yaşanmaktadır. Bazı pişirme teknikleri bazı gıdalarda mevcut olan vücut için önemli besin öğelerinin çok ciddi oranlarda azalmasına sebep olmaktadır (Baysal, 2004).

Yapılan çalışmanın sonucuna göre öğrenim hayatı boyunca beslenme eğitimi almayanlarda obezite oranı %29,8 olarak saptanırken, eğitim alanlarda bu oran %5,9 olarak tespit edilmiştir. Bu da konu hakkında bilgi sahibi olunmasının, farkındalık oluşturduğunu ve obezitenin ortaya çıkardığı negatif etkilerinin bilinmesine yol açtığını göstermektedir. Öğrenim düzeyinin artması obezite oranı üzerinde negatif etkiye sahiptir. Okuryazar olmayan kesimde obezite oranı %64,0; yüksek okul ve üniversite mezunu olan bireyler arasında %17,2'dir. Farklı araştırmalarda da öğrenim düzeyi arttıkça obezite görülme oranının azaldığı gösterilmiştir. Obezite oranı bölgeden bölgeye değişiklik gösterse de kırsal ve kentsel bölgeler kıyaslandığında öğrenim düzeyi ile obezite arasındaki ilişki aynı kalmaktadır (Çayır vd., 2011).

2.5.3. Çalışma durumu ve beslenme alışkanlıkları

Emekliler ve ev kadınlarında daha fazla hareket halinde olan ve enerji sarf eden mesleklerle kıyaslandığında obezite oranı daha yüksektir. Öte yandan gelir düzeyinin azalması obezite oranının artmasına neden olmaktadır. En fazla obezite oranına sahip olanlar aylık geliri 800 TL'nin (510 dolar) altında kalanlardır (Çayır vd., 2011). Annenin eğitim düzeyinin yanında gelir getirici bir işte çalışması da gıda ürünlerinin tercih ve tüketiminde önemli bir unsurdur. Kadının giderek çalışma hayatına dahil olması ev işleri için zaman yönetimi uygulamasına yol açmıştır. Böylece zamanın giderek daha önemli hale gelmesi kişileri daha kolay ulaşılabilen hazır gıdaları tüketmeye yöneltmiştir. Böylece hazır ve dondurulmuş gıdalar daha fazla tüketilmeye başlanmıştır (Dölekoğlu & Yurdakul, 2004).

2.5.4. Yaşam standartları ve beslenme alışkanlıkları

Harcanabilir gelir artışıyla beraber gıda harcamasına ayrılan harcama payı oransal olarak azalsa da mutlak olarak artış göstermektedir. Hanelerin genel olarak yarısı harcanabilir gelirlerinin yarısından daha azını gıda harcamalarına ayırmaktadır. Kentlerde kişi başı gelirin yüksek olmasıyla beraber ulaşım, barınma, eğlence, eğitim gibi hizmetlere olan harcamanın kırsala göre yüksek olması toplam harcanabilir gelir içindeki gıda harcamalarının oranını düşüren nedenlerdir (Dölekoğlu & Yurdakul, 2004).

Günümüzde kırsal bölgelerden kentlere olan göçler giderek artmaktadır. Kırsal yaşamında genellikle ürettiğini tüketen aileler kentlere göç sonrası satın alma durumuna geçince çeşitli besinlerin önemini bilmediklerinden dolayı daha çok nişasta ve şeker ağırlıklı besinleri satın alıp tüketmeye yönelmektedir. Ürettiğini tüketen bir tarım toplumu olmaktan çıkıp endüstriyel ürün tarımına geçiş yapan toplumlarda da aynı durum ortaya çıkmaktadır. Örneğin yalnızca pamuk ve tütün yetiştiren çiftçiler, sebze ile meyve üretimini ve inek yetiştirmeyi terk etmekte, elde ettikleri para ile daha çok nişasta ve şeker içerikli besinler satın alıp tüketmektedir (Baysal, 2004).

2.6. Besin Güvencesi ve Beslenme Alışkanlıkları

Tüm bireylerin yeterli, sağlıklı, güvenilir ve besleyici gıdaya fiziksel ve ekonomik açıdan devamlı bir şekilde ulaşabilmeleri gıda güvencesi olarak tanımlanmaktadır. Gıda güvencesi, gelişmekte olan ülkelerde hayatta kalmak için kritik öneme sahip bir mesele olmasına rağmen gelişmiş ülkelerde gıda güvencesi ise daha az endişeye neden olmaktadır (Keskin & Demirbas, 2022).

İnsanlar günlük enerji alımının hemen hemen yarısını tahıl ürünlerinden karşılamaktadır. Zaman içerisinde ekmek, süt, yoğurt, et, taze sebze ve meyve gibi besinlerin tüketimi giderek azalırken, kuru baklagil, yumurta ve şeker gibi besinlerin tüketimi ise artmıştır. Hayvansal gıdalardan yoksun beslenme ve gıda güvencesinin sağlanamaması gibi nedenlerden dolayı gerek makro gerekse mikro besin öğelerinin eksikliği ortaya çıkmaktadır (DPT Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu 2003).

Sağlıklı beslenme sadece vücudun ihtiyacı olan besin öğelerinin alınması değildir. Aynı zamanda hastalıklara zemin hazırlayan besinlerinde tüketiminde dikkatli olunmalıdır. Gelişmiş ülkelerde beslenme kaynaklı oluşan hastalıkların yol açtığı ekonomik giderleri ölçmek ve bu sorunlara önlem almak amacı ile yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Özellikle tıbbi alanda yapılacak harcamalar ve iyileştirmelerin bu hastalıkların engellenmesi ve azaltılmasının önemli ekonomik kazançlar ve sosyal açıdan fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Kayıt sisteminin bulunmadığı, sağlık kuruluşlarının az ve etkisiz olduğu ülkelerde maddi kayıpların hesaplanması imkansızdır. Öte yandan, çoğu hastalığın genetik temelini olması ve yanlış beslenme sonucu bu hastalıkların ilerlemesi de olasıdır. Bu tarz vakalarda da beslenme kaynaklı ekonomik kayıpları ölçmek mümkün değildir. Gıdalar sadece besin öğeleri açısından vücutta hastalığa sebebiyet vermeyebilir. Aynı zamanda üretim aşamalarındaki yanlış uygulamalar ve sağlık açısından uygun olmayan şartlarda saklanıp tüketicilere sunulması da sağlığı tehdit eden durumlardır (Dölekoğlu & Yurdakul, 2004).

2.7. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Sağlıklı Beslenmede Rol ve Sorumlulukları

Halk sağlığı hemşiresi sağlık hizmeti sunumunda kilit rollerden birine sahiptir. Halk sağlığı hemşireliği, ailelerin ve toplumun ihtiyaçlarını incelemeye odaklanmış ve bu gereksinimlerin karşılanmasını görev edinmiş bir uygulamadır. Toplumda yaygın olarak görülen sağlık problemlerine daha etkili bir çözüm sunabilmek adına halk sağlığı hemşiresinin rolü dönemlere göre değişiklikler göstermiştir. Bu değişimler neticesinde günümüzde de özellikle gelişmiş olan ülkelerde halk sağlığı hemşireleri dinamik, çok yönlü ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunma rolü üstlenmiş ve bu amaçla çaba sarf etmektedir (Ergül, 2005).

Sağlık profesyonelleri göz önünde bulundurulduğunda hem sağlıklı hem de hasta bireyle en çok iletişim içinde olanlar hemşirelerdir. Hemşirenin, sağlığın iyileştirilmesinde

ve geliştirilmesinde, akut ve kronik hastalıklarda ve evde bakım hastalarında beslenmenin düzenlenmesi ile ilgili kritik görev ve sorumlulukları vardır (Astı & Karadag, 2013).

Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale 1850'li yıllarda hemşirenin görevlerinin temelinde sağlıklı çevreyle birlikte uygun besin seçimi ve beslenmenin sağlanması olduğunu vurgulamıştır. Günümüze baktığımızda ise hemşirenin beslenme ile ilgili rolü ve sorumluluğu gün geçtikçe gelişmiş ve değişime uğramıştır. Hemşirenin, sağlığın iyileştirilmesinde ve geliştirilmesinde, akut ve kronik hastalıklarda ve evde bakım hastalarında beslenmenin düzenlenmesi ile ilgili kritik görev ve sorumlulukları vardır. Özellikle diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların tedavi yönetiminde beslenme önemli bir rol oynamakta ve bu kronik hastaların beslenmesinin düzenlenmesinde ve uygulanmasında hemşireler önemli bir konumda bulunmaktadır (Potter & Perry, 2001).

Yoksulluk her yaş grubundaki bireylerin ve toplumun sağlığına doğrudan etki eden bir faktördür. Sağlık konusundaki hizmetlerin topluma sunulmasında kritik bir göreve sahip hemşireler bu etkileri bilmeli, yoksullar için mevcut risklerin farkında olmalı, bu risklerin engellenmesi ve tedbir alınması için var olan bireysel, toplumsal kaynakları ve yardım sistemlerini devreye koymalıdır (Ergül, 2010).

Araştırmacı rolüne sahip halk sağlığı hemşireleri bu özelliklerini kullanarak yoksul bireylerin gereksinimlerini tespit etmelidir. Savunucu rolünü kullanarak yoksul bireylerin haklarının korunması için çaba sarf etmelidir. İşbirlikçi rolü sayesinde yoksul bireylerin gereksinimlerinin karşılanması amacı ile ilgili yetkili kurumlarla iş birliği yapmalıdır. Aynı zamanda yoksul bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerine engel olan sorunları bulup bu sorunları çözebilmek adına program ve projeler geliştirmelidir. Yoksul bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi için halk sağlığı hemşirelerinin çeşitli stratejiler geliştirmesi ve uygulaması gerekmektedir (Evcimen, 2021).

Bu stratejiler aşağıda başlıklar halinde sıralanmıştır.

Eğitim ve Bilgilendirme

Halk sağlığı hemşireleri, bireylere ve ailelere sağlıklı beslenme hakkında eğitim vererek, yetersiz beslenmenin sonuçları hakkında farkındalık oluşturmalıdır. Bu eğitimler, gıda seçimi, besin değeri ve sağlıklı pişirme yöntemleri hakkında bilgiler içermelidir. Eğitim çalışmalarında önemli olan bireylerin sağlıklı beslenmeyi düşük gelir düzeyi ile nasıl sağlayabilecekleri konusunda bilgilendirmelere yer verilmesidir (Özsoy & Koca, 2015).

Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Halk sağığı hemşireleri yoksul bireylerin beslenme durumunu bireylerin vücut kitle indeksi, diyet alışkanlıkları ve sağıık geçmişlerine dayanarak değerlendirmeli, ihtiyaçlarını belirlemeli, bu analizler sonucunda beslenme programları geliştirmelidir (Cohen & Reutter, 2007; Stanhope & Lancaster, 2015).

Toplum Temelli Müdahale Programları

Halk sağığı hemşireleri, yoksul bireylerin gıdaya erişimini artırmaya yönelik çeşitli toplum temelli programlar geliştirmelidir. Örneğın, gıda bankaları ve beslenme yardımı programları bu kapsamda önem taşır. Bu tür programlar, bireylerin yeterli besin kaynaklarına erişimini kolaylaştırmaya yönelik çözümler sunar (Ergöl, 2005; Stanhope & Lancaster, 2015).

Politika Geliştirme ve Savunuculuk

Halk sağığı hemşireleri, beslenme ile ilgili politikaların oluşturulması için savunuculuk rolünü kullanmalıdır. Bu durum, yoksullukla mücadele, gıda güvenliğı ve sağııklı yaşam tarzlarını teşvik eden politikaların geliştirilmesi anlamına gelmektedir (Özsoy & Koca, 2015).

Sosyal Destek ve Kaynaklara Erişim

Yoksul bireylerin beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için hemşireler, bu kişilerin sosyal destek kaynaklarına erişimini sağlamalıdır. Ailelerin, yerel gıda yardımları, sağıık hizmetleri ve beslenme danışmanlığı gibi kaynaklara erişimini sağlamada yardımcı olmalıdır (Ergöl, 2005).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte yürütülmüş bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Diyarbakır ili Kayapınar ilçesinde bir Aile Sağlığı Merkezi ve Bağlar ilçesinde bir Aile Sağlığı Merkezi olmak üzere 2 farklı aile sağlığı merkezinde Kasım 2022—Eylül 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Kayapınar ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezi tek katlı olup konum olarak sosyoekonomik düzeyi yüksek olan nüfusun nispeten daha çok olduğu bir bölgededir ve 5 birimden oluşmaktadır. Aile Sağlığı Merkezinde emzirme odası, aşı odası, enjeksiyon ve pansuman odası ayrı ayrı bulunmaktadır.

Bağlar ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezi iki katlı olup konum olarak sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan nüfusun daha çok olduğu bir bölgededir ve 5 birimden oluşmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ile aynı binayı paylaşan ve iki kattan oluşan Aile Sağlığı Merkezinde emzirme odası, aşı odası, enjeksiyon ve pansuman odası ayrı ayrı bulunmaktadır.

Tablo 3.1. Araştırma Süreç Takvimi

	Tarih
Araştırma konusunun belirlenmesi	07.09.2022
Etik Kurul onayı	17.11.2022
Kurum izninin alınması	14.08.2023
Araştırma için gerekli verilerinin toplanması	15.07.2023-15.11.2023
Araştırma yazım sürecinin tamamlanması	05.09.2024
Tez savunma	13.09.2024

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Diyarbakır İli Kayapınar ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezi ve Bağlar ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan 40-64 yaş grubu bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde evreni belli olmayan örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ($t^2 \times p \times q / d^2$) kullanılmıştır. Buna göre ilgili ASM bölgelerinde toplam 250 bireye ulaşılması hedeflenmiş olup, çalışmaya yoksul olan gruptan 125, yoksul olmayan gruptan 125 olmak üzere toplam 250 birey dahil edilmiştir. Örneklem seçiminde olasılıksız örneklem yöntemi kullanılmış olup ilgili ASM'lere başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler üzerinde araştırma yürütülmüştür.

Çalışmada yoksulluk kriteri kişi başı günlük harcama için yoksulluk sınırı olan 4.16 \$ alınarak hesaplanmıştır Buna göre 01/09/2023 günü Merkez Bankası dolar kuru verilerine göre 1 dolar, 26,7 TL'den hesaplanarak 4 kişilik aile için yoksulluk sınırı 13.334 TL olarak bulunmuştur. Aile üyelerinin dörtten fazla ya da daha az olması durumunda basit orantı yöntemi ile kişi sayısına göre yoksulluk belirlemesi yapılmıştır. Bu tutarın üzerinde kazanımı olan bireyler yoksul sınıfına alınmamıştır.

Çalışmaya alınma kriterleri;

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmek
2. 40-64 yaş grubu olmak
3. Türkçe konuşmak
4. İletişimi engelleyen herhangi bir sağlık sorunu olmamaktır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Antropometrik Ölçüm ve Kronik Hastalık Bilgi Formu ve Besin Tüketim Sıklığı Formu ile toplanmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan form katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, sosyal güvence durumu, aylık gelir, ailede yaşayan birey sayısına ilişkin 7 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

Antropometrik Ölçüm ve Kronik Hastalık Bilgi Formu: Form katılımcıların boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi ile kronik hastalık durumuna ilişkin 7 maddeden oluşmaktadır (EK 2).

Besin Tüketim Sıklığı Formu: Besin tüketim sıklığı formu besin veya besin gruplarının tüketiminin gün, hafta veya ayda kaç kez olduğunu ve istenildiğinde de miktar olarak saptanmasını sağlayan araçtır. Besin tüketim sıklığı yöntemi beslenme ile hastalık riski arasındaki ilişkilerin saptanmasında sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Besin tüketim sıklığı formu amaca bağlı olarak değişik şekillerde hazırlanabilir. Bu çalışmada kullanılan besin tüketim sıklığı formu gelir düzeyine göre özellikle tercih edilen besinleri içermektedir (EK 3).

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmanın yapılacağı ASM'nin sorumlu hekim ve hemşireleri çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onan formu alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile

toplanmış olup antropometrik ölçümleri de araştırmacı tarafından alınmıştır. Tüm veri toplama süreci yaklaşık olarak 20 dakikada tamamlanmıştır.

Katılımcıların ölçümleri yapılırken üzerlerinde minimum miktarda giysi olmasına dikkat edilmiştir. Boy uzunlukları ölçülürken katılımcıların ayakkabıları çıkarılarak ayakları birleşik şekilde, baş yere paralel bir şekilde göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü aynı seviyede olacak şekilde esnemeyen mezura kullanılarak ölçüm sağlanmıştır. Ölçüm duyarlılığı 0,1 cm olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların BKİ değerleri Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı sınıflandırmaya göre gruplandırılmıştır.

Bel çevresi ölçümünde doğru sonuç elde edebilmek için katılımcıların üzerlerindeki kıyafetleri minimum seviyede tutulmaya çalışılmıştır. Ölçüm ayakta, karın gevşek, ayaklar bitişik, kollar her iki yanda serbest olacak şekilde yapılmıştır. En alt seviyedeki kosta kemiği ile kristailiyak noktanın arası bulunarak, belirlenen orta noktadan geçen çevre esnemeyen mezura yardımı ile yapılmıştır. Kalça çevresi ölçümü ise katılımcının yan tarafında durularak kalçanın en geniş bölgesinden alınmıştır.

Boyun çevresi ölçümü katılımcı ayakta dururken baş dik bir şekilde ve gözleri tam karşıya bakacak bir pozisyonda tiroid kıkırdığının en çıkıntılı noktasından yere paralel şekilde yapılmıştır. Ölçüm yapılan cihaz ve aletlerin kalibrasyonu ayda 2 defa aile sağlığı merkezinde çalışan hemşireler tarafından yapılmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilir (Chan, 2003:280-285). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için ise ki kare analizi kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek 4) ve Erzurum Teknik Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Ek 5) izin alınmıştır (24.11.2022 tarihli ve

2200040045) Ayrıca araştırmaya alınacak katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmayı yapmak için gerekli tüm izinler alınmasına rağmen katılımcıların beklemekten sıkılmaları, yabancı bir kişiyle iletişime girmek istememeleri, aile sağlığı merkezi ortamında olması gibi olumsuzluklardan dolayı verilerin toplanması sırasında bireyler isteksiz davranmışlardır.

Bazı katılımcılar ise bu çalışmanın onlara bir fayda sağlamayacağı ve hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünerek araştırmaya katılım konusunda isteksiz davranmışlardır. Bu nedenle formlarını doldurmadan önce katılımcıların sıkıntıları dinlenmiş araştırmanın yararları tekrar anlatılarak gerekli açıklamalar yapılmış ve katılımları artırılmaya çalışılmıştır.

4. BULGULAR

Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin besin tercihleri ve sağlık üzerine etkilerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların demografik özellikleri ve antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 4.1’de yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $50,86\pm4,80$ olup aylık ortalama gelir $27.635,61\pm24.675,98$ ’dir. Katılımcıların %58’i kadın, %6’sı niversite mezunu, %77,6’sı evli ve %76,8’inin sosyal güvencesi vardır. Bireylerin %43,2’sinin BKI’si normal sınırlardadır ve %83,6’sının kronik hastalığı bulunmamaktadır.

Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde yaş, eğitim, sosyal güvence ve aylık gelir açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yoksul olan katılımcıların yaşlarının, yoksul olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu, yoksul katılımcıların %32,8’inin eğitim durumunun okuryazar değil / okuryazar olduğu, yoksul olmayan katılımcıların ise %44’ünün niversite olduğu, yoksul katılımcıların %56,8’inin, yoksul olmayan katılımcıların ise %96,8’inin sosyal güvencesinin olduğu ve yoksul bireylerin ortalama aylık gelirlerinin $10945,\pm5743,80$, yoksul olmayan bireylerin aylık ortalama gelirinin ise $44.325,60\pm25.062,38$ olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların antropometrik ölçüm ortalamaları incelendiğinde; boy $167,97\pm7,94$ cm, vücut ağırlığı $72,04\pm12,79$ kg, BKI $25,46\pm3,93$, bel çevresi $85,91\pm11,94$, kalça çevresi $104,27\pm10,85$ ve boyun çevresi $34,69\pm3,69$ ’dur. Yoksul ve yoksul olmayan gruplar arasında boy uzunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken, vücut ağırlığı, BKI, bel, kalça ve boyun çevresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik ve Antropometrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		Test değeri	p
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	77	61,6	68	54,4	145	58,0	1,330**	0,249
	Erkek	48	38,4	57	45,6	105	42,0		
Eğitim durumu	Okuryazar değil / Okuryazar	41	32,8	5	4,0	46	18,4	97,355**	0,000*
	İlkokul	28	22,4	11	8,8	39	15,6		
	Ortaokul	23	18,4	7	5,6	30	12,0		
	Lise	23	18,4	25	20,0	48	19,2		
	Üniversite	10	8,0	55	44,0	65	26,0		
	Lisansüstü	0	0,0	22	17,6	22	8,8		
Medeni durum	Evli	100	8,0	94	75,2	194	77,6	0,828**	0,363
	Bekâr	25	20,0	31	24,8	56	22,4		
Sosyal güvence durumu	Var	71	56,8	121	96,8	192	76,8	56,124**	0,000*
	Yok	54	43,2	4	3,2	58	23,2		
BKI Sınıflama	18,5 altı zayıf	3	2,4	4	3,2	7	2,8	5,862**	0,115
	18,5-24,9 normal	45	36,0	63	50,4	108	43,2		
	25-29,9 fazla kilolu	59	47,2	45	36,0	104	41,6		
	30 ve üzeri obez	18	14,4	13	10,4	31	12,4		
Kronik hastalık varlığı	Var	17	13,6	24	19,2	41	16,4	1,430**	0,232
	Yok	108	86,4	101	80,8	209	83,6		
Toplam		125	100.0	125	100.0	250	100.0		

Değişkenler		Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		Test değeri	p
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Yaş		51,72	4,83	49,99	4,62	50,86	4,80	2,890***	0,004*
Aylık gelir		10945,62	5743,80	44325,60	25062,38	27635,61	24675,98	-14,515***	0,000*
Boy		166,28	8,37	169,66	7,13	167,97	7,94	-3,441***	0,001*
Kilo		71,68	11,55	72,40	13,95	72,04	12,79	-0,442***	0,659
BKI		25,88	3,73	25,04	4,10	25,46	3,93	1,693***	0,092
Bel çevresi		86,25	11,42	85,58	12,48	85,91	11,94	0,444***	0,657
Kalça çevresi		105,26	10,64	103,29	11,00	104,27	10,85	1,437***	0,152
Boyun çevresi		34,48	3,36	34,90	4,00	34,69	3,69	-0,891***	0,374

*p<0,05, **Ki kare analizi, ***Bağımsız t testi

Tablo 4.2. Yoksul ve Yoksul Olmayan Bireylerin Besin Tüketim Sıklıkları

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Süt	Her gün	27	21,6	52	41,6	79	31,6	30,999	0,000*
	Haftada 1-2 kez	53	42,4	35	28,0	88	35,2		
	Haftada 3-5 kez	22	17,6	10	8,0	32	12,8		
	15 günde bir	17	13,6	10	8,0	27	10,8		
	Ayda bir	6	4,8	5	4,0	11	4,4		
	Hiç	0	0,0	13	10,4	13	5,2		
Yoğurt	Her gün	25	20,0	60	48,0	85	34,0	28,743	0,000*
	Haftada 1-2 kez	45	36,0	31	24,8	76	30,4		
	Haftada 3-5 kez	51	40,8	25	20,0	76	30,4		
	15 günde bir	3	2,4	5	4,0	8	3,2		
	Ayda bir	1	0,8	2	1,6	3	1,2		
	Hiç	0	0,0	2	1,6	2	0,8		
Peynir	Her gün	27	21,6	82	65,6	109	43,6	59,994	0,000*
	Haftada 1-2 kez	23	18,4	14	11,2	37	14,8		
	Haftada 3-5 kez	68	54,4	21	16,8	89	35,6		
	15 günde bir	3	2,4	1	0,8	4	1,6		
	Ayda bir	2	1,6	1	0,8	3	1,2		
	Hiç	2	1,6	6	4,8	8	3,2		
Tereyağı	Her gün	3	2,4	26	20,8	29	11,6	106,008	0,000*
	Haftada 1-2 kez	3	2,4	30	24,0	33	13,2		
	Haftada 3-5 kez	7	5,6	17	13,6	17	6,8		
	15 günde bir	27	21,6	19	15,2	26	10,4		
	Ayda bir	85	68,0	9	7,2	36	14,4		
	Hiç	3	2,4	24	19,2	109	43,6		
Krema	Her gün	0	0,0	1	0,8	1	0,4	68,823	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	12	9,6	12	4,8		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	15 günde bir	1	0,8	10	8,0	11	4,4		
	Ayda bir	7	5,6	45	36,0	52	20,8		
	Hiç	117	93,6	57	45,6	174	69,6		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Kaymak	Her gün	0	0,0	8	6,4	8	3,2	43,641	0,000*
	Haftada 1-2 kez	6	4,8	31	24,8	37	14,8		
	Haftada 3-5 kez	1	0,8	5	4,0	6	2,4		
	15 günde bir	14	11,2	22	17,6	36	14,4		
	Ayda bir	54	43,2	34	27,2	88	35,2		
	Hiç	50	40,0	25	20,0	75	30,0		
Yumurta	Her gün	5	4,0	44	35,2	49	19,6	52,037	0,000*
	Haftada 1-2 kez	68	54,4	35	28,0	103	41,2		
	Haftada 3-5 kez	37	29,6	32	25,6	69	27,6		
	15 günde bir	13	10,4	6	4,8	19	7,6		
	Ayda bir	1	0,8	2	1,6	3	1,2		
	Hiç	1	0,8	6	4,8	7	2,8		
Kırmızı et	Her gün	1	0,8	14	11,2	15	6,0	158,127	0,000*
	Haftada 1-2 kez	4	3,2	60	48,0	64	25,6		
	Haftada 3-5 kez	2	1,6	27	21,6	29	11,6		
	15 günde bir	11	8,8	11	8,8	22	8,8		
	Ayda bir	58	46,4	12	9,6	70	28,0		
	Hiç	49	39,2	1	0,8	50	20,0		
Tavuk eti	Her gün	0	0,0	7	5,6	7	2,8	43,590	0,000*
	Haftada 1-2 kez	38	30,4	53	42,4	91	36,4		
	Haftada 3-5 kez	3	2,4	22	17,6	25	10,0		
	15 günde bir	48	38,4	23	18,4	71	28,4		
	Ayda bir	36	28,8	17	13,6	53	21,2		
	Hiç	0	0,0	3	2,4	3	1,2		
Hindi eti	Her gün	0	0,0	1	0,8	1	0,4	27,746	0,000*
	Haftada 1-2 kez	1	0,8	4	3,2	5	2,0		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	0	0,0	11	4,4		
	15 günde bir	1	0,8	10	8,0	75	30,0		
	Ayda bir	25	20,0	50	40,0	158	63,2		
	Hiç	98	78,4	60	48,0	1	0,4		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Balık	Her gün	0	0,0	3	2,4	3	1,2	110,322	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	4	3,2	4	1,6		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	1	0,8	1	0,4		
	15 günde bir	0	0,0	17	13,6	17	6,8		
	Ayda bir	27	21,6	80	64,0	107	42,8		
	Hiç	98	78,4	20	16,0	118	47,2		
Sucuk	Her gün	0	0,0	4	3,2	4	1,6	49,652	0,000*
	Haftada 1-2 kez	3	2,4	23	18,4	26	10,4		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	5	4,0	5	2,0		
	15 günde bir	9	7,2	23	18,4	32	12,8		
	Ayda bir	34	27,2	36	28,8	70	28,0		
	Hiç	79	63,2	34	27,2	113	45,2		
Pastırma	Her gün	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38,505	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	3	2,4	3	1,2		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	15 günde bir	0	0,0	6	4,8	6	2,4		
	Ayda bir	2	1,6	27	21,6	29	11,6		
	Hiç	123	98,4	89	71,2	212	84,8		
Sakatatlar	Her gün	0	0,0	3	2,4	3	1,2	36,341	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	9	7,2	9	3,6		
	Haftada 3-5 kez	2	1,6	2	1,6	4	1,6		
	15 günde bir	0	0,0	8	6,4	8	3,2		
	Ayda bir	35	28,0	54	43,2	89	35,6		
	Hiç	88	70,4	49	39,2	137	54,8		
Kuru baklagiller	Her gün	0	0,0	4	3,2	4	1,6	78,039	0,000*
	Haftada 1-2 kez	27	21,6	37	29,6	64	25,6		
	Haftada 3-5 kez	84	67,2	21	16,8	105	42,0		
	15 günde bir	9	7,2	34	27,2	43	17,2		
	Ayda bir	5	4,0	27	21,6	32	12,8		
	Hiç	0	0,0	2	1,6	2	0,8		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Kuruyemişler (ceviz, fındık, fıstık)	Her gün	1	0,8	25	20,0	26	10,4	195,374	0,000*
	Haftada 1-2 kez	1	0,8	41	32,8	42	16,8		
	Haftada 3-5 kez	2	1,6	37	29,6	39	15,6		
	15 günde bir	1	0,8	11	8,8	12	4,8		
	Ayda bir	38	30,4	10	8,0	48	19,2		
	Hiç	82	65,6	1	0,8	83	33,2		
Diğer kuruyemişler	Her gün	2	1,6	49	39,2	51	20,4	134,603	0,000*
	Haftada 1-2 kez	16	12,8	34	27,2	50	20,0		
	Haftada 3-5 kez	4	3,2	26	20,8	30	12,0		
	15 günde bir	12	9,6	7	5,6	19	7,6		
	Ayda bir	69	55,2	6	4,8	75	30,0		
	Hiç	22	17,6	3	2,4	25	10,0		
Sebzeler (koyu yeşil yapraklılar)	Her gün	9	7,2	35	28,0	44	17,6	38,290	0,000*
	Haftada 1-2 kez	35	28,0	50	40,0	85	34,0		
	Haftada 3-5 kez	73	58,4	30	24,0	103	41,2		
	15 günde bir	4	3,2	3	2,4	7	2,8		
	Ayda bir	3	2,4	4	3,2	7	2,8		
	Hiç	1	0,8	3	2,4	4	1,6		
Patates, kabak, havuç	Her gün	10	8,0	21	16,8	31	12,4	21,963	0,000*
	Haftada 1-2 kez	46	36,8	49	39,2	95	38,0		
	Haftada 3-5 kez	68	54,4	41	32,8	109	43,6		
	15 günde bir	1	0,8	11	8,8	12	4,8		
	Ayda bir	0	0,0	2	1,6	2	0,8		
	Hiç	0	0,0	1	0,8	1	0,4		
Diğer sebzeler	Her gün	49	39,2	43	34,4	92	36,8	8,133	0,080
	Haftada 1-2 kez	38	30,4	42	33,6	80	32,0		
	Haftada 3-5 kez	34	27,2	25	20,0	59	23,6		
	15 günde bir	3	2,4	11	8,8	14	5,6		
	Ayda bir	1	0,8	4	3,2	5	2,0		
	Hiç	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Meyveler (turunçgiller)	Her gün	8	6,4	29	23,2	37	14,8	53,890	0,000*
	Haftada 1-2 kez	50	40,0	50	40,0	100	40,0		
	Haftada 3-5 kez	11	8,8	30	24,0	41	16,4		
	15 günde bir	51	40,8	10	8,0	61	24,4		
	Ayda bir	5	4,0	3	2,4	8	3,2		
	Hiç	0	0,0	3	2,4	3	1,2		
Elma, şeftali, ayva, muz	Her gün	2	1,6	25	20,0	27	10,8	75,577	0,000*
	Haftada 1-2 kez	58	46,4	52	41,6	110	44,0		
	Haftada 3-5 kez	6	4,8	37	29,6	43	17,2		
	15 günde bir	39	31,2	7	5,6	46	18,4		
	Ayda bir	18	14,4	3	2,4	21	8,4		
	Hiç	2	1,6	1	0,8	3	1,2		
Diğer meyveler	Her gün	4	3,2	43	34,4	47	18,8	93,963	0,000*
	Haftada 1-2 kez	43	34,4	41	32,8	84	33,6		
	Haftada 3-5 kez	6	4,8	27	21,6	33	13,2		
	15 günde bir	49	39,2	6	4,8	55	22,0		
	Ayda bir	23	18,4	5	4,0	28	11,2		
	Hiç	0	0,0	3	2,4	3	1,2		
Kuru meyveler	Her gün	1	0,8	4	3,2	5	2,0	118,877	0,000*
	Haftada 1-2 kez	3	2,4	37	29,6	40	16,0		
	Haftada 3-5 kez	2	1,6	11	8,8	13	5,2		
	15 günde bir	2	1,6	28	22,4	30	12,0		
	Ayda bir	22	17,6	30	24,0	52	20,8		
	Hiç	95	76,0	15	12,0	110	44,0		
Beyaz ekmek	Her gün	118	94,4	84	67,2	202	80,8	32,272	0,000*
	Haftada 1-2 kez	2	1,6	18	14,4	20	8,0		
	Haftada 3-5 kez	3	2,4	6	4,8	9	3,6		
	15 günde bir	0	0,0	4	3,2	4	1,6		
	Ayda bir	0	0,0	4	3,2	4	1,6		
	Hiç	2	1,6	9	7,2	11	4,4		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Tam tahıllı	Her gün	2	1,6	5	4,0	7	2,8	57,161	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	15	12,0	15	6,0		
	Haftada 3-5 kez	1	0,8	5	4,0	6	2,4		
	15 günde bir	10	8,0	24	19,2	34	13,6		
	Ayda bir	26	20,8	44	35,2	70	28,0		
	Hiç	86	68,8	32	25,6	118	47,2		
Diğer esmer ekmekler	Her gün	0	0,0	8	6,4	8	3,2	38,492	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	7	5,6	7	2,8		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	6	4,8	6	2,4		
	15 günde bir	8	6,4	12	9,6	20	8,0		
	Ayda bir	26	20,8	42	33,6	68	27,2		
	Hiç	91	72,8	50	40,0	141	56,4		
Yufka	Her gün	1	0,8	4	3,2	5	2,0	81,204	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	27	21,6	27	10,8		
	Haftada 3-5 kez	1	0,8	10	8,0	11	4,4		
	15 günde bir	15	12,0	27	21,6	42	16,8		
	Ayda bir	44	35,2	48	38,4	92	36,8		
	Hiç	64	51,2	9	7,2	73	29,2		
Simit	Her gün	3	2,4	5	4,0	8	3,2	52,058	0,000*
	Haftada 1-2 kez	3	2,4	36	28,8	39	15,6		
	Haftada 3-5 kez	1	0,8	11	8,8	12	4,8		
	15 günde bir	42	33,6	19	15,2	61	24,4		
	Ayda bir	55	44,0	46	36,8	101	40,4		
	Hiç	21	16,8	8	6,4	29	11,6		
Poğaç, açma (hazır)	Her gün	1	0,8	4	3,2	5	2,0	50,081	0,000*
	Haftada 1-2 kez	3	2,4	32	25,6	35	14,0		
	Haftada 3-5 kez	1	0,8	13	10,4	14	5,6		
	15 günde bir	38	30,4	20	16,0	58	23,2		
	Ayda bir	52	41,6	44	35,2	96	38,4		
	Hiç	30	24,0	12	9,6	42	16,8		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Galeta	Her gün	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24,437	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	4	3,2	4	1,6		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	2	1,6	2	1,8		
	15 günde bir	0	0,0	3	2,4	3	1,2		
	Ayda bir	4	3,2	22	17,6	26	10,4		
	Hiç	121	96,8	94	75,2	215	86,0		
Hazır bisküvi-kek-pasta	Her gün	0	0,0	12	9,6	12	4,8	86,593	0,000*
	Haftada 1-2 kez	5	4,0	29	23,2	34	13,6		
	Haftada 3-5 kez	4	3,2	25	20,0	29	11,6		
	15 günde bir	23	18,4	33	26,4	56	22,4		
	Ayda bir	43	34,4	18	14,4	61	24,4		
	Hiç	50	40,0	8	6,4	58	23,2		
Makarna, erişte	Her gün	2	1,6	5	4,0	7	2,8	52,173	0,000*
	Haftada 1-2 kez	34	27,2	59	47,2	93	37,2		
	Haftada 3-5 kez	79	63,2	27	21,6	106	42,4		
	15 günde bir	3	2,4	23	18,4	26	10,4		
	Ayda bir	6	4,8	8	6,4	14	5,6		
	Hiç	1	0,8	3	2,4	4	1,6		
Kahve	Her gün	21	16,8	63	50,4	84	33,6	45,198	0,000*
	Haftada 1-2 kez	33	26,4	18	14,4	51	20,4		
	Haftada 3-5 kez	11	8,8	16	12,8	27	10,8		
	15 günde bir	9	7,2	10	8,0	19	7,6		
	Ayda bir	23	18,4	13	10,4	36	14,4		
	Hiç	28	22,4	5	4,0	33	13,2		
Kakao	Her gün	2	1,6	4	3,2	6	2,4	70,245	0,000*
	Haftada 1-2 kez	14	11,2	24	19,2	38	15,2		
	Haftada 3-5 kez	1	0,8	16	12,8	17	6,8		
	15 günde bir	10	8,0	40	32,0	50	20,0		
	Ayda bir	39	31,2	31	24,8	70	28,0		
	Hiç	59	47,2	10	8,0	69	27,6		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Hamur kızartmaları	Her gün	0	0,0	7	5,6	7	2,8	39,148	0,000*
	Haftada 1-2 kez	14	11,2	26	20,8	40	16,0		
	Haftada 3-5 kez	2	1,6	20	16,0	22	8,8		
	15 günde bir	31	24,8	23	18,4	54	21,6		
	Ayda bir	51	40,8	42	33,6	93	37,2		
	Hiç	27	21,6	7	5,6	34	13,6		
Sebze kızartmaları	Her gün	0	0,0	5	4,0	5	2,0	22,901	0,000*
	Haftada 1-2 kez	55	44,0	39	31,2	94	37,6		
	Haftada 3-5 kez	8	6,4	27	21,6	35	14,0		
	15 günde bir	34	27,2	20	16,0	54	21,6		
	Ayda bir	25	20,0	28	22,4	53	21,2		
	Hiç	3	2,4	6	4,8	9	3,6		
Şeker	Her gün	25	20,0	58	46,4	83	33,2	47,179	0,000*
	Haftada 1-2 kez	21	16,8	21	16,8	42	16,8		
	Haftada 3-5 kez	1	0,8	13	10,4	14	5,6		
	15 günde bir	25	20,0	3	2,4	28	11,2		
	Ayda bir	14	11,2	9	7,2	23	9,2		
	Hiç	39	31,2	21	16,8	60	24,0		
Sütlü tatlılar	Her gün	0	0,0	9	7,2	9	3,6	106,198	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	30	24,0	30	12,0		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	18	14,4	18	7,2		
	15 günde bir	8	6,4	24	19,2	32	12,8		
	Ayda bir	70	56,0	38	30,4	108	43,2		
	Hiç	47	37,6	6	4,8	53	21,2		
Hamur tatlıları	Her gün	0	0,0	5	4,0	5	2,0	52,870	0,000*
	Haftada 1-2 kez	2	1,6	25	20,0	27	10,8		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	17	13,6	17	6,8		
	15 günde bir	30	24,0	21	16,8	51	20,4		
	Ayda bir	81	64,8	46	36,8	127	50,8		
	Hiç	12	9,6	11	8,8	23	9,2		

Tablo 4.2. (Devamı)

Besinler	Tüketim Sıklığı	Yoksul		Yoksul Olmayan		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
Meyve tatlıları	Her gün	0	0,0	4	3,2	4	1,6	82,517	0,000*
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	12	9,6	12	4,8		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	9	7,2	9	3,6		
	15 günde bir	5	4,0	34	27,2	39	15,6		
	Ayda bir	61	48,8	53	42,4	114	45,6		
	Hiç	59	47,2	13	10,4	72	28,8		
Hazır meyve suları	Her gün	0	0,0	10	8,0	10	4,0	31,681	0,000*
	Haftada 1-2 kez	7	5,6	19	15,2	26	10,4		
	Haftada 3-5 kez	2	1,6	9	7,2	11	4,4		
	15 günde bir	13	10,4	14	11,2	27	10,8		
	Ayda bir	45	36,0	18	14,4	63	25,2		
	Hiç	58	46,4	55	44,0	113	45,2		
Gazlı içecekler	Her gün	1	0,8	12	9,6	13	5,2	52,797	0,000*
	Haftada 1-2 kez	6	4,8	34	27,2	40	16,0		
	Haftada 3-5 kez	9	7,2	12	9,6	21	8,4		
	15 günde bir	10	8,0	10	8,0	20	8,0		
	Ayda bir	50	40,0	12	9,6	62	24,8		
	Hiç	49	39,2	45	36,0	94	37,6		
Alkol	Her gün	0	0,0	2	1,6	2	0,8	6,108	0,069
	Haftada 1-2 kez	0	0,0	2	1,6	2	0,8		
	Haftada 3-5 kez	0	0,0	1	0,8	1	0,4		
	15 günde bir	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Ayda bir	1	0,8	4	3,2	5	2,0		
	Hiç	124	99,2	116	92,8	240	96,0		
Toplam		125	100,0	125	100,0	250	100,0		

*p<0,0

Katılımcıların besin tüketim sıklıkları Tablo 4.2’de verilmiştir. Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin tüm besin grupları açısından haftalık tüketim sıklıkları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Yoksul katılımcıların %42,4’ünün haftada 1-2 kez süt, %40,8’inin haftada 3-5 kez yoğurt, %54,3’ünün haftada 3-5 kez peynir, %68’inin ayda bir tereyağı tükettiği, %93,6’sının hiç krema tüketmediği saptanmıştır. Yoksul olmayan katılımcıların ise %41,6’sının her gün süt, %48’inin her gün yoğurt, %65,6’sının her gün peynir, %24’ünün haftada 1-2 kez tereyağı tükettiği, %45,6’sının hiç krema tüketmediği saptanmıştır. Yoksul katılımcıların %43,2’sinin, ayda bir kaymak, %54,4’ünün haftada 1-2 kez yumurta, %46,4’ünün ayda bir kırmızı et, %38,4’ünün 15 günde bir tavuk eti tükettiği ve %78,4’ünün, hiç hindi eti ve balık, %63,2’sinin sucuk, %98,4’ünün pastırma, %70,4’ünün hiç sakatat ve ceviz, fındık, fıstık gibi kuruyemişleri tüketmediği belirlenmiştir. Yoksul olmayan katılımcıların %27,2’sinin, ayda bir kaymak, %35,2’sinin her gün yumurta, %48’inin haftada 1-2 kez kırmızı et, %42,4’ünün haftada 1-2 kez tavuk eti tükettiği ve %48’inin hiç hindi eti tüketmediği, %64’ünün ayda bir balık tükettiği, %28,8’inin ayda bir sucuk tükettiği, %71,2’sinin hiç pastırma tüketmediği, %43,2’sinin ayda bir sakatat tükettiği belirlenmiştir. Yoksul katılımcıların %67,2’sinin haftada 3-5 kez kuru baklagiller, %55,2’sinin ayda bir diğer kuruyemişler, %58,4’ünün haftada 3-5 kez sebze (koyu yeşil yapraklılar), %54,4’ünün haftada 3-5 kez patates, kabak, havuç, %40,8’inin 15 günde bir meyveler (turunçgiller), %46,4’ünün, haftada 1-2 kez elma, şeftali, ayva, muz ve %39,2’sinin 15 günde bir diğer meyveleri tükettiği, %76’sının hiç kuru meyveler tüketmediği belirlenmiştir. Yoksul olmayan katılımcıların %29,6’sının haftada 1-2 kez kuru baklagiller tükettiği, %32,8’inin ceviz, fındık, fıstık gibi kuruyemişleri haftada 1-2 kez, %39,2’sinin her gün diğer kuruyemişler, %40’inin haftada 1-2 kez sebze (koyu yeşil yapraklılar), %39,2’sinin haftada 1-2 kez patates, kabak, havuç, %40’inin haftada 1-2 kez meyveler (turunçgiller), %41,6’sının haftada 1-2 kez elma, şeftali, ayva, muz ve %34,4’ünün her gün diğer meyveleri, %29,6’sının haftada 1-2 kez kuru meyveler tükettiği belirlenmiştir.

Yoksul bireylerin %94,4’ünün her gün beyaz ekmek tüketimi varken, %68,8’inin hiç tam tahıllı, %72,8’inin hiç diğer esmer ekmek ve %51,2’sinin hiç yufka tüketmediği, %44’ünün ayda bir simit, %41,6’sının, poğaç, açma (hazır) tükettiği görülmektedir. Yoksul katılımcıların %96,8’inin hiç galeta ve %40’inin hiç hazır bisküvi-kek-pasta tüketmediği, %63,2’sinin haftada 3-5 kez makarna, erişte tükettiği, %26,4’ünün haftada 1-2 kez kahve

tükettiği saptanmıştır. Yoksul bireylerin hemen hemen yarısı (%47,2) hiç kakao tüketmemekte olup, kızartma tüketim sıklıkları %40,8'inin ayda bir hamur, %44'ünün haftada 1-2 kez sebze kızartması şeklindedir.

Yoksul olmayan bireylerin %67,2'sinin her gün beyaz ekmek tüketimi varken, %35,2'sinin ayda bir tam tahıllı ekmek tükettiği, %40'ının hiç diğer esmer ekmek tüketmediği ve %38,4'ünün ayda 1 yufka tükettiği, %36,8'inin ayda bir simit, %35,2'sinin ayda 1 poğaça, açma (hazır) tükettiği görülmektedir. Yoksul katılımcıların %75,2'sinin hiç galeta tüketmediği ve %26,4'ünün 15 günde bir hazır bisküvi-kek-pasta tükettiği, %47,2'sinin haftada 1-2 kez makarna, erişte tükettiği, %50,4'ünün her gün kahve tükettiği saptanmıştır. Yoksul olmayan bireylerin %32'sinin 15 günde bir kakao tüketmekte olduğu, kızartma tüketim sıklıkları %33,6'sının ayda bir hamur kızartmaları, %31,2'sinin haftada 1-2 kez sebze kızartması şeklindedir.

Yoksul katılımcıların %31,2'sinin hiç şeker tüketmediği, %56'sının ayda bir sütlü tatlılar, %64,8'inin ayda bir hamur tatlıları tükettiği, %46,4'ünün ise hiç hazır meyve suları tüketmediği, %40'ının ayda bir gazlı içecekler tükettiği belirlenmiştir. Alkol tüketim sıklığı yüzde 0,8 ile ayda bir olarak saptanmıştır.

Yoksul olmayan katılımcıların %46,4'ünün her gün şeker, %30,4'ünün ayda bir sütlü tatlılar, %36,8'inin ayda bir hamur tatlıları tükettiği, %44'ünün ise hiç hazır meyve suları %36'sının hiç gazlı içecekler tüketmediği belirlenmiştir. Alkol tüketim sıklığı yüzde 3,2 ile ayda bir olarak saptanmıştır (Tablo 4.2).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde yoksul ve yoksul olmayan bireylerin besin tercihleri ve sağlık üzerine etkilerini incelemek amacı ile yürütülen çalışmada elde edilen bulgular literatür ile tartışılmıştır.

5.1. Yoksul ve Yoksul Olmayan Bireyler Arasında Kronik Hastalık Açısından Farklılıklar

Bu çalışmada yoksul katılımcılarda kronik hastalık görülme oranı %13,6, yoksul olmayan katılımcılarda %19,2 olarak tespit edilmiştir. Yine BKİ açısından bakıldığında yoksul katılımcıların %61,6'sı, yoksul olmayan katılımcıların ise %46,4'ü ideal vücut ağırlığından daha fazla ağırlığa sahip bulunmuştur. Arada oransal olarak farklar çıkmış olsa da bu farklar anlamlı değildir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde hem bu çalışmayı destekler nitelikte hem de tam tersi yönde çalışmalar bulunmaktadır

Lakdawalla ve arkadaşlarına göre gelir ile obezite arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan bir yaklaşımda, artan gelirle birlikte insanların gıdaya daha kolay ulaşması, gıda erişebilirliğinin artmasıyla da daha rahat mal ve ürün satın alabilmesidir. Mavromaras'a göre de bireylerin gelir düzeyindeki bir artış, ortaya çıkan gelir etkisiyle birlikte gıda tüketimlerini arttırmakta, dolayısıyla fazla kilolu ve obez olma risklerini de yükseltmektedir (Mavromaras, 2008).

Clarke ve arkadaşlarının sunduğu görüşe göre ABD gibi gelişmiş ülkelerde daha düşük sosyoekonomik statüye sahip yetişkin bireylerde daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip yetişkin bireylere göre obez olma riski daha fazladır. Bu nedenle obezite oranında değişimin sosyoekonomik statü (SES) üzerinde etkisinin gözden geçirilmesi önerilmiştir (Clarke vd., 2009).

Drewnowski ve arkadaşlarının sunduğu diğer bir gelir ile obezite arasındaki ilişkiye yönelik görüşe göre teknolojik ilerlemelerin yanı sıra gıda endüstrisindeki gelişmeler tuz, şeker ve yağ oranı yüksek, fazla kalorili ve sağlıksız gıdaların arzını arttırırken, fiyatlarını da düşürmüştür. Bu durum, düşük gelir grubunda yer alan bireylerin tüketim kalıplarında bu tür gıdaların ağırlık kazanmasına neden olmuştur. Dolayısıyla, sağlıksız olmakla birlikte bu görece ucuz gıdaları tercih eden düşük gelir grubundaki bireylerde obezite daha yaygın görülmektedir (Drewnowski & Specter, 2004). Garcia Alvarez ve arkadaşları da gelir düzeyi azaldıkça, sebze tüketiminin azaldığını, bununla birlikte yağ ve karbonhidrat tüketiminin ise

arttığını savunarak, gelir düzeyi ile obezite arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu iddia etmektedir (García-Álvarez vd., 2007).

Semiz ve arkadaşları tarafından Denizli ilinde öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre obezite ve hafif şişmanlık saptanan 99 katılımcının 49'u (%49,4) yüksek sosyoekonomik düzeye sahipken, 50(%50,6) katılımcının ise düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğu belirlenmiştir (Semiz vd., 2008).

Edwards ve arkadaşları tarafından Amerika'da 1647 Türk adolesan üzerinde yapılan bir çalışmada; bozulmuş glukoz toleransı ile obezite, sosyoekonomik düzey veya ailede diyabet öyküsü bulunması arasında bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (Edwards & Calikoglu, 2004).

Buluş ve arkadaşları tarafından öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmaya göre sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerin sistolik kan basıncı $105,9 \pm 10,4$, sosyoekonomik düzeyi orta olan öğrencilerin sistolik kan basıncı $110,8 \pm 9,6$, sosyoekonomik düzeyi yüksek öğrencilerin sistolik kan basıncı $107,9 \pm 9,2$ olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre öğrencilerin tansiyon arteriyel (TA) ve standart sapmaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Buluş vd., 2017).

Demiral ve arkadaşları tarafından İzmir ilinin Konak ilçesinde sosyodemografik özellikleri ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada düşük gelir sahibi erkeklerde koroner kalp hastalığı sıklığı %4,5, yüksek gelire sahip erkeklerde %3,3 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada düşük gelir sahibi kadınlarda koroner kalp hastalığı sıklığı 5,4, yüksek gelire sahip kadınlarda %5,9 olarak tespit edilmiştir. Çıkan sonuçlara göre gelir düzeyinin koroner kalp hastalığı üzerinde anlamlı düzeyde bir etkisi saptanmamıştır (Demiral vd., 2007).

5.2. Yoksulluğun Antropometrik Özellikler Üzerine Etkisi

Araştırmada yoksul olan bireylerle yoksul olmayan bireylerin kilo, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. Fakat iki grupta da ideal vücut ağırlığının üzerinde kiloya sahip olanların yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni yoksul katılımcıların karbonhidrat açısından zengin beslenerek, yoksul olmayan katılımcıların ise yağdan zengin beslenerek fazla kiloya sahip olması olabilir. Boy verileri kıyaslandığında ise arada anlamlı fark bulunmuştur. Literatür incelendiğinde özellikle çocukluk çağından itibaren kronik beslenme yetersizliğine maruz kalan bireylerin boylarının daha kısa olduğu birçok çalışma bulunmaktadır.

Dündar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma aynı yaş gurubunda olmalarına karşın düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarının devam ettiği devlet okulunda boy kısalığı sıklığı, diğer özel okullara göre 3-4 kat (%7,3'e karşın %2,2 ve %1,6) yüksek bulunmuştur (Dündar vd., 2000).

Öktem ve arkadaşlarının Isparta ilinde iki ilköğretim okulundaki öğrenciler ile yaptığı çalışmada öğrenciler sosyoekonomik durumuna göre 2 gruba ayrılmıştır. İlk gruptaki çocukların anne ve babalarının eğitim düzeyleri, aylık gelirleri, sosyal statü ve çalışma oranları, ikinci gruptaki ebeveynlerden daha yüksek olup birinci grupta yer alan çocukların ortalama boy uzunlukları ($145,4 \pm 10,1$) ikinci gruptaki çocuklardan ($142,1 \pm 9,1$) anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Öktem vd., 2005).

Şimşek ve arkadaşları tarafından kronik malnütrisyonla ilişkili olan yaşa göre boy kısalığına etki eden değişkenleri incelemek için lojistik regresyon analizi kullanılarak bir çalışma yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre tek anlamlı ilişki yoksullukla boy kısalığı arasında bulunmuş, yoksulluğun büyüme geriliğini 7,2 kat arttırdığı saptanmıştır (Şimşek vd., 2004).

Tuncer tarafından Konya il merkezinde adolesan kız öğrencilerde sosyoekonomik durumun gelişim üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışma sonucuna göre sosyoekonomik düzeyi yüksek öğrencilerin boy uzunluğu ($156,82 \pm 8,07$ cm) sosyoekonomik düzeyi düşük öğrencilerin boy uzunluğu ile ($152,75 \pm 8,7$ cm) kıyaslandığında anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Tuncer, 2007).

Özer ve arkadaşları tarafından boy uzunluğu ve sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılan araştırma sonucunda boy uzunluğu ve ebeveyn meslek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca sosyoekonomik durumun boy uzunluğu üzerindeki etkisine bakıldığında annelerin meslek grubunun daha etkili olduğu görülmüştür (Özer & Özdemir, 2020). Tüm bu literatürler bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Tüm bu sonuçlar neticesinde yoksul bireylerin genellikle çocukluk çağından itibaren yeterli ve dengeli beslenemediği, kronik beslenme yetersizliğine maruz kaldığı için daha kısa boya sahip oldukları yorumunda bulunmak mümkündür.

5.3. Gelir Düzeyinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Etkisi

Bu çalışmada yoksul ve yoksul olmayan bireylerin süt ve süt ürünleri, kırmızı et, beyaz et, hayvansal diğer gıdalar, baklagil, kuruyemiş, meyve ve sebze, unlu mamuller ve

hazır gıda tüketimi gibi birçok gıda ürününün tüketim oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde elde edilen sonucu destekler nitelikte çeşitli sonuçların olduğu görülmektedir.

Yücecan ve arkadaşları tarafından Ankara ilindeki 3 semt baz alınarak yapılan bir çalışmanın sonucuna göre gelir düzeyi ile beslenme için ayrılan para oranının zıt bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Yani gelir düzeyi arttıkça toplam gelir içinde beslenme harcamaları için ayrılan bütçe oranı olarak azalmaktadır. Araştırmanın sonuçlarına göre besin harcamalarının ortalama gelirdeki payının düşük, orta, yüksek sosyoekonomik semtlerde sırasıyla; %53,1, %47,5 ve %31,8 olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada değişik besin grupları için harcanan para düzeyinin farklı sosyoekonomik bölgelerde çarpıcı bir biçimde değişkenlik gösterdiği ve bu farklılığın istatistiksel olarak çok önemli olduğu belirlenmiştir. Özellikle et-süt ve ürünleri gibi hayvansal yiyecekler için harcanan para oranı sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gruplara kıyasla oldukça az olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonucuna göre sınırlı geliri olan hane halklarının ucuz besinlere kayma eğilimi hızlanmıştır. Nitekim araştırma sonuçlarına göre düşük ve orta sosyoekonomik bölgelerde yaşayan ailelerin ekmek ve tahıl tüketimlerinin, yüksek sosyoekonomik bölgelerdeki ailelere kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçları ailelerin aylık gelirlerinde sebze ve meyve için ayırdıkları para miktarının sosyoekonomik düzeylere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Gelir yükseldikçe taze meyve tüketimi oldukça hızlı biçimde büyümektedir (Yücecan & Güneşli, 1987).

Baçoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre gelir düzeyi ailelerin ortalama aylık besin harcamalarına bakıldığında zaman gelir düzeyi ile beslenmeye ayrılan para miktarı arasında ters bir ilişki olduğu görülmektedir. Yani aylık gelir arttıkça beslenmeye ayrılan para oranı azalmaktadır. Salt gelir gruplarına göre besin tüketim kalıpları incelendiğinde ise gelir düzeyi düşük olan kesimde beslenmenin daha çok tahıla dayalı olduğu, öte yandan yüksek grupta tahılların payının azaldığı, özellikle et-süt ve ürünleri gibi hayvansal protein kaynaklı besin payının arttığı, kısaca beslenmenin daha dengeli olduğu görülmüştür (Baçoğlu vd., 1992).

Yılmaz ve arkadaşları tarafından İzmir ilinde yapılan bir çalışmada orta ve yüksek gelir düzeyindeki ailelerde tüketilen ekmek miktarı, düşük gelir düzeyindeki değerden daha az bulunmuştur. Belirli besin gruplarının tüketim düzeyine etki eden önemli bir neden satın alma gücüdür. Bu nedenle gelir düzeyi düşük grupta olan aileler ekmeği,

gelir düzeyi yüksek gruptakilere göre yaklaşık olarak %25 oranla daha fazla tüketmektedirler. Araştırma sonucuna göre tüketici ünite başına tüketilen ekmek miktarı düşük, orta ve yüksek gelir düzeyli ailelerde sırayla 393, 334, 325 gram olarak belirlenmiştir (Yılmaz & Yücecan, 1983).

Dölekoğlu ve arkadaşları tarafından Adana ilinde yapılan bir çalışmaya göre günlük alınan kalenin %83 bitkisel, %17 hayvansal kaynaklı olduğu ve ailenin aylık gıda harcamasına göre pozitif ilişki gösterdiği saptanmıştır. En yüksek gelir grubundaki ailelerin %90,6'sı kişi başına 2500 cal/gün üzeri enerji almaktayken en düşük gelir grubundaki ailelerin %48,8'i ise 2500 cal/gün altında enerji almaktadır. En düşük gıda harcama grubunda olan ailelerde günlük alınan enerjinin %88'i; en yüksek gıda harcama grubunda bulunan ailelerde günlük alınan enerjinin %84'ü bitkisel kaynaklı olduğu tespit edilmiştir (Dölekoğlu & Yurdakul, 2004).

Gümüş ve arkadaşlarının Ankara ilindeki öğrenciler üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre öğrencilerin okul kantinlerinden aldıkları besinler incelendiğinde; ailelerinin gelir düzeyleri arttıkça hamburger, pizza gibi hızlı hazır besinleri tercih sıklıklarının arttığı belirlenmiştir. Ailelerin gelir düzeyleri ile öğrencilerin okul kantinlerinden süt (sade, kakaolu, meyveli) alımı arasında ilişki saptanmış; gelir düzeyi arttıkça öğrencilerin süt ürünlerini tercih sıklığının arttığı görülmüştür (Gümüş vd., 2015).

Akçay ve arkadaşları tarafından Kocaeli ilinde kırmızı et üzerine yapılan bir çalışmaya göre kentsel alanda kırmızı et tüketenlerin oranı düşük gelir grubunda %74,17, orta gelir grubunda %92,22, yüksek gelir grubunda %95,24 bulunmuştur. Kırmızı et tüketmeyenlerin oranı ise düşük gelir grubunda %25,83, orta gelir grubunda %7,78, yüksek gelir grubunda %4,76 olarak tespit edilmiştir. Bu durum kırmızı et tüketiminin gelir düzeyiyle doğru orantılı olarak değiştiğini göstermektedir. Kırmızı et tüketmeyenlerin ortalama gelir seviyesi, tüketenlere oranla üç gelir grubunda da daha düşük saptanmıştır (Akçay & Vatansever, 2013).

Aktaş ve arkadaşlarının Antalya, Isparta ve Burdur il merkezlerinde ikamet eden 490 hane halkı ile yaptığı araştırma sonucunda hane halklarının gelir seviyeleri ile dana-sığır eti tüketim miktarı ve harcamaları arasında doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle hane halklarının gelirleri yükseldikçe dana-sığır tüketim miktarı ve harcamaları da artmaktadır. Nitekim, en düşük gelir grubunda 1,092 kg/ay olarak tespit edilen dana-sığır eti

tüketim miktarı en yüksek gelir grubunda ise 1,839 kg/ay olarak belirlenmiştir (Aktaş & Hatırlı, 2010).

Uzunöz ve arkadaşlarının Tokat ili kentsel alanda yaşayan tüketicilerin kırmızı et tüketimi ve tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla Binary Lojistik Regresyon modeli kullanılarak yapmış oldukları çalışmada gelir düzeyinin kırmızı et tüketimini etkileyen önemli bir faktör olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda gelir düzeyindeki artışın kırmızı et tüketim oranına pozitif etki edeceği belirtilmiştir (Uzunöz & Karakaş, 2014).

Aydın tarafından sosyoekonomik faktörlerin hane halkı gıda harcamaları üzerine etkisini göstermek amacıyla yapılan çalışmaya göre en düşük ve en yüksek gelir grupları arasındaki fark itibari ile süt ve süt ürünlerinde en düşük gelir grubunda yer alan hanelerin %76'sı süt ve süt ürünleri harcaması yaparken en yüksek gelir grubunda bu oran %91'e çıkmaktadır ve %16'lık bir fark gözükmemektedir. Kırmızı et için en düşük gelir grubunda yer alan hanelerin %27'si kırmızı et satın alırken bu oran en yüksek gelir grubunda yer alan hanelerde %67'ye çıkmaktadır. Yine deniz ürünleri incelendiğinde en düşük gelir grubunda yer alanların %31 ve en yüksek gelir grubunda yer alanların %41 oranında tükettiği tespit edilmiştir (Aydın, 2011).

Yazman tarafından sosyoekonomik durumun adolesanların sebze ve meyve tüketimleri üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada kız ve erkek adolesanların günlük toplam sebze-meyve tüketim miktarları düşük sosyoekonomik duruma sahip olanlarda sırasıyla: 477 g, 454 g, yüksek sosyoekonomik duruma sahip olanlarda ise 495 g, 488 g olarak bulundu. Günlük tüketilmesi önerilen sebze-meyve miktarlarını karşılama durumu, düşük sosyoekonomik duruma sahip kız ve erkek adolesanlar arasında sırasıyla: %64,0, %60,5, yüksek sosyoekonomik duruma sahip adolesanlar arasında: %66,0, %65,0 olarak saptanmıştır. Böylece araştırmada yeterli sebze-meyve tüketimi ile yüksek sosyoekonomik durum (%62) arasında istatistik açıdan pozitif yönlü anlamlı ilişki ($p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir (Yazman, 2018).

Gölçek ve arkadaşlarının “Türkiye Sağlık Araştırması 2016 Mikro Verileri” adlı verilerden yararlanarak yaptığı çalışmada katılımcılar düşük ve yüksek gelirli olarak 2 gruba ayrılmıştır. 17.242 kişi ile yapılan araştırma verilerine göre, hane geliri düşük olanların %2'si hiç meyve tüketmediğini, %45'i günde 1 veya daha fazla meyve tükettiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte geliri yüksek olan hanelerin yaklaşık %1,3'ü hiç meyve

tüketmediğini, %20'si haftada 1-3 kez tükettiğini ve %57'si ise günde 1 veya daha fazla kez meyve tükettiğini beyan etmiştir. Araştırma sonucuna göre gelir seviyesi arttıkça meyve tüketiminin arttığı görülmektedir. Düşük gelir düzeyine sahip hanelerin sebze tüketimlerine bakıldığında, söz konusu hanelerin %20'si haftada 1-3 kez sebze tükettiği, %45'inin ise günde 1 veya daha fazla kez sebze veya salata tükettiği görülmüştür. Görece yüksek gelirli hanelerde bu oranlar daha yüksek gerçekleşmiştir (Gölçek vd., 2019).

Kaşıkcı tarafından Edirne ilinde ortaokul öğrencileri ile yapılan bir çalışmaya göre sosyoekonomik durumlarına göre öğrencilerin sabah kahvaltısında tükettikleri besinlerde farklılıklar olduğu görülmektedir. Farklı sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin sucuk, sosis vb., simit vb. tüketim oranındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre sosyoekonomik düzey arttıkça öğrencilerin sucuk, sosis ve ekmek, simit vb. besinleri tüketim oranlarının da arttığı saptanmıştır. Aynı çalışma incelendiğinde sosyoekonomik durumlarına göre öğrencilerin öğle öğünlerinde tükettikleri besinlerde farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır. Farklı sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin kırmızı et, kuru baklagil, bisküvi vb., meyveler ve fastfood yiyecekleri tüketim oranlarındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş, buna göre yüksek sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin kırmızı et, kuru baklagil ve fastfood yiyecek tüketiminin diğer sosyoekonomik düzeydeki öğrencilere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışma incelendiğinde düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin akşam öğünlerinde tükettikleri besinlerin tüketim oranlarında farklılıklar görülmektedir. Farklı sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin çorba, kırmızı et, ekmek, simit vb., pirinç, bulgur, makarna, sebze, meyve ve fastfood yiyecek tüketim oranlarındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Buna göre yüksek sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin kırmızı et, sebze ve fastfood yiyecek tüketiminin diğer sosyoekonomik düzeydeki öğrencilere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (Kaşıkcı, 2010).

Önay tarafından Ankara ilinde lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre farklı sosyoekonomik düzeydeki gençlerin besin tüketim oranlarındaki farklılıklara değinilmiştir. Araştırmaya göre kız öğrencilerde ve sosyoekonomik düzey toplamalarında, sosyoekonomik düzeye göre et ve et ürünleri tüketim sıklıkları arasındaki farkın önemli olduğu ($p < 0,05$) ve farklılığı düşük sosyoekonomik düzeyin yarattığı görülmüştür. Nitekim her gün ve gınaşırı et tüketim sıklıkları düşük sosyoekonomik düzeydeki kız öğrencilerde %46,2 iken, yüksek ve orta sosyoekonomik düzeylerde daha yüksek bulunmuştur (sırası ile %64,0, %61,9). Aynı çalışmada erkek öğrencilerde ve kız öğrencilerde, sosyoekonomik

düzey toplamlarında sosyoekonomik düzeye göre salam, sucuk, sosis ve pastırma tüketim sıklıkları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Süt ve süt ürünleri açısından araştırma sonuçlarına göre yüksek, orta ve düşük sosyoekonomik düzeydeki erkek öğrencilerde (sırasıyla %50,0, %32,2, %31,0) ve düşük, yüksek ve orta sosyoekonomik düzeydeki kız öğrencilerde (sırasıyla %52,5, %43,3 ve %37,3) en yüksek oranda her gün tüketilmektedir. Özellikle erkek öğrencilerde anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur ve farklılığı yaratan grubun yüksek sosyoekonomik düzey olduğu görülmüştür (Önay & Aktaş, 2002).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoksul ve yoksul olmayan bireylerin besin tercihleri ve bu tercihlerin sağlık üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Yoksul ve yoksul olmayan bireylerde kronik hastalık görülme sıklığı arasında anlamlı fark saptanmamıştır.
- Yoksul katılımcılarda özellikle kronik beslenme yetersizliğine maruziyet nedeni ile boy oranının daha kısa olduğu tespit edilmiştir.
- Yoksul katılımcıların kırmızı et, beyaz et, balık, süt ve süt ürünleri, yumurta, sucuk, pastırma ve sakatat gibi diğer hayvansal gıdaları, kuruyemiş ve kuru meyve, taze meyve ve sebze tüketme sıklıklarının yoksul olmayan katılımcılara kıyasla daha az olduğu tespit edilmiştir.
- Yoksul katılımcıların beyaz ekmek, makarna-erişte, kuru baklagilleri tüketme sıklığının yoksul olmayan katılımcılara kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yoksul katılımcıların esmer ekmek, tam tahıllı ekmek, simit, poğaç, açma, yufka gibi diğer unlu mamullerini tüketme sıklıklarının yoksul olmayan katılımcılara göre daha az olduğu tespit edilmiştir.
- Yoksul katılımcıların hazır gıda, kahve ve kakao, hamur kızartmaları, sebze kızartmaları, sütlü tatlı, hamur tatlıları, meyve tatlıları tüketim sıklıklarının yoksul olmayan katılımcılara oranla daha az olduğu tespit edilmiştir.
- Gelir düzeyinin beslenme alışkanlıklarını ve tüketilen besinleri açıkça etkilediği tespit edilmiş olup, daha yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların daha dengeli ve sağlıklı beslendiği buna karşın daha düşük gelir düzeyine sahip bireylerin daha az maliyet gerektiren besinlere yönelerek günlük enerji ihtiyaçlarını karşılamaya çalıştıkları ortaya çıkmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Yoksul bireylerin beslenme konusunda bilgilendirilmesi için eğitim programları düzenlemek önemlidir. Bu programlar, sağlıklı beslenme, gıda okuryazarlığı ve bütçeye uygun yemek planları konularında bilgileri içermelidir.
- Kamu ve sivil toplum kuruluşları tarafından gıda yardımları ve sosyal yardımlaşma programları düzenlenerek, yoksul bireylere ulaşabilecek sağlıklı gıda kaynakları sağlanmalıdır.

- Yoksul bireylerin beslenme durumunu iyileştirecek kamu politikaları geliştirilmelidir.
- Yoksulluk ve beslenme arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için farklı popülasyonlarda tanımlayıcı araştırmaların ve yoksul bireylere özgü beslenme eğitiminin bireylerin dengeli beslenmesi üzerindeki etkisinin araştırıldığı deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Açıkgöz, R., & Yusufoglu, Ö. Ş. (2012). Türkiye’de yoksulluk olgusu ve toplumsal yansımaları. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 76-117.
- Aihara, Y., & Minai, J. (2011). Barriers and catalysts of nutrition literacy among elderly Japanese people. *Health Promotion International*, 26(4), 421-431.
- Akçay, Y., & Vatansever, Ö. (2013). Kırmızı et tüketimi üzerine bir araştırma: Kocaeli ili kentsel alan örneği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 43-60.
- Akgündüz, Y., Akdağ, G., & Güneş, E. (2021). Gastronomi ve mutfak sanatları bölümü öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları: Üniversitelerde bir araştırma the nutrition habits of Gastronomy and culinary arts students: a research in universities. *Turak Turizm ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 31-46.
- Aktan, C. C., & Vural, İ. Y. (2002). Terminoloji, temel kavramlar ve ölçüm yöntemleri. In: Yoksullukla.
- Aktaş, A. R., & Hatırlı, S. A. (2010). Kentsel alanda et talep analizi: Batı Akdeniz bölgesi örneği. *Journal of Yasar University*, 3294, 3319.
- Alpdoğan, H. (2023). Türkiye’de ekonomik büyüme, gelir dağılımı ve yoksulluk ilişkisi. *Sayıştay Dergisi*, (129), 259-290.
- Arenas, D. J., Thomas, A., Wang, J., & DeLisser, H. M. (2019). A systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and sleep disorders in US adults with food insecurity. *Journal of General Internal Medicine*, 34, 2874-2882.
- Arı, A. G., & Arslan, K. (2020). Ortaokul öğrencilerinin covid-19’a yönelik metaforik algıları. *Electronic Turkish Studies*, 15(6).
- Arslan, R., & Akça, R. P. (2012). Çocukların eğitiminde rol model oluşturacak olan eğitimci ve usta öğretici adaylarının beslenme alışkanlıkları. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (8), 101-119.
- Astı, T., & Karadag, A. (2013). Principles of nursing: Nursing science and art 2 (pp. 1134–1144). *Istanbul: Akademi Press and Publishing*.
- Aydın, K. (2011). Türkiye’de hanehalkı gıda harcamaları ve sosyoekonomik faktörler *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (21), 53-76.

- Ayhan, D. E., Günaydın, E., Gönlüaçık, E., Arslan, U., Çetinkaya, F., Asımı, H., & Uncu, Y. (2012). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 38(2), 97-104.
- Başoğlu, S., Besler, T., Ciğirim, N., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Pekcan, G., Rakıcıoğlu, N., Sağlam, F., Yurttagül, M., & Yücecan, S. (1992). Ailelerin sosyo-ekonomik ve gelir düzeylerine bağıntılı olarak besin harcama payları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 21(1), 83-100.
- Batı, S. (2022). Beslenme Hastalıkları. *Beslenme ve Diyetetikte Biyopsikososyal Konulara Multidisipliner Yaklaşım*, 27.
- Baysal, A. (1998). Sağlıklı beslenme: Uzmanların önerisi tüketicinin algılaması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 27(2), 1-4.
- Baysal, A. (2004). *Beslenme*. Hatiboğlu Yayınevi.
- Bermudez, O. I., & Tucker, K. L. (2003). Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cadernos de Saude Publica*, 19, S87-S99.
- Bor, H., & Saka, M. (2021). Besin okuryazarlığı, yeme farkındalığı ve beslenme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 307-313.
- Buluş, D., Aycan, Z., & Vidinlisan, S. (2017). İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite ve hipertansiyon sıklığının sosyoekonomik düzey ve beslenme ile ilişkisi. *Abant Medical Journal*, 6(3), 100-106.
- Chong, S. P., Appannah, G., & Sulaiman, N. (2019). Predictors of diet quality as measured by Malaysian healthy eating index among aboriginal women (Mah Meri) in Malaysia. *Nutrients*, 11(1), 135.
- Clarke, P., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., & Schulenberg, J. E. (2009). Social disparities in BMI trajectories across adulthood by gender, race/ethnicity and lifetime socio-economic position: 1986–2004. *International Journal of Epidemiology*, 38(2), 499-509.
- Cohen, B. E., & Reutter, L. (2007). Development of the role of public health nurses in addressing child and family poverty: A framework for action. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 96-107.

- Çayır, A., Nazlı, A., & Köse, S. K. (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), 13-19.
- Demiral, Y., Soysal, A., Kılıç, B., Uçku, R., Bilgin, A. C., Karakuş, N., & Ünal, B. (2007). İzmir Konak ilçesinde 20 yaş ve üzeri nüfusta sosyoekonomik göstergeler ve Koroner Kalp Hastalığı ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(1), 1.
- Dilber, A., & Dilber, F. (2020). Koronavirüs (COVID-19) Salgınının Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları Üzerindeki. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 8(3), 2144-2162.
- Dilber, A., & Dilber, F. (2020). Koronavirüs (COVID-19) salgınının bireylerin beslenme alışkanlıkları üzerindeki etkisi: Karaman ili örneği.
- Dölekoğlu, C. Ö., & Yurdakul, O. (2004). Adana ilinde hanehalkının beslenme düzeyleri ve etkili faktörlerin Logit Analizi ile belirlenmesi *Akdeniz University Faculty of Economics & Administrative Sciences Faculty Journal/Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(8).
- DPT Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu , A. (2003). Devlet Planlama Teşkilatı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. *Yayın No DPT*, 2670.
- Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 79(1), 6-16.
- Durgun, Ö. (2011). Türkiye’de yoksulluk ve çocuk yoksulluğu üzerine bir inceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 6(1).
- Dündar, Y., Evliyaoğlu, O., & Hatun, Ş. (2000). Okul çocuklarında boy kısalığı ve obezite: ihmal edilen bir sorun. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 9(1), 19-22.
- Edwards, L. J., & Calikoglu, A. S. (2004). Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus: A Population-based Study of Adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 17, 1633-1640.

- Eken, T. (2018). Yetişkin bireylerde beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve uyku kalitesinin kan lipid profili üzerine etkisi. *KKTC Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa*.
- Ensari, S. (2010). TÜİK'in yoksulluk analizleri üzerine. *Maliye ve Finans Yazıları*, 1(87), 9-15.
- Ergül, Ş. (2005). Halk sağlığı hemşireliği'nin dünü, bugünü ve geleceği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(1), 157-166.
- Ergül, Ş. (2010). Yoksulluk sağlık ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 95-104.
- Evcimen, H. (2021). Dezavantajlı gruplar ve Halk Sağlığı hemşiresinin rolü, *Sağlık & Bilim: Hemşirelik-3*, Efeakademi Yayınları, 171-178.
- FAO. (2019). *The state of food security and nutrition in the world 2019: safeguarding against economic slowdowns and downturns*. UN.
- Fischer, N. C., Shamah-Levy, T., Mundo-Rosas, V., Méndez-Gómez-Humarán, I., & Pérez-Escamilla, R. (2014). Household food insecurity is associated with anemia in adult Mexican women of reproductive age. *The Journal of Nutrition*, 144(12), 2066-2072.
- García-Álvarez, A., Serra-Majem, L., Ribas-Barba, L., Castell, C., Foz, M., Uauy, R., Plasencia, A., & Salleras, L. (2007). Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain (1992–2003): gender and socio-economic determinants. *Public Health Nutrition*, 10(11A), 1368-1378.
- Gölçek, A. G. A. G., Selçuk, I. Ş., & Köktaş, A. M. (2019). Türkiye'de Düşük Gelirli Hanelerde Gıda Tercihi, *Quo Vadis Social Sciences FSCONGRESS 19(19) Proceeding Book*, 386-393.
- Gözener, B., & Zuhal, C. (2020). Bireylerin yoksulluk kavramı hakkındaki düşünceleri: Osmaniye ili örneği. *The Journal of Social Sciences*, 20(20), 209-218.
- Gültekin, S. (2015). Etik yönetim yolsuzluk ve yoksulluk ilişkisi üzerine bir inceleme. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (14).

- Gümüş, D., Kızıl, M., Dikmen, D., & Uyar, F. (2015). Gelir düzeyinin ilköğretim öğrencilerinin besin tercihlerine etkisinin değerlendirilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 2(1), 22-38.
- Hacettepe Üniversitesi, H. (2013). Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2013 Raporu. *Hü, Ankara*, 2-71.
- Hacettepe Üniversitesi, H. (2015). *Türkiye'ye özgü beslenme rehberi*, Merdiven Reklam Tanıtım.
- Hatun, Ş., Etiler, N., & Gönüllü, E. (2003). Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 251-260.
- Kahraman, Ç. (2018). *Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ve obezite riski: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi örneği* Namık Kemal Üniversitesi].
- Kankeu, H. T., Saksena, P., Xu, K., & Evans, D. B. (2013). The financial burden from non-communicable diseases in low-and middle-income countries: a literature review. *Health Research Policy and Systems*, 11, 1-12.
- Karayılmazlar, E., & Güler, A. (2015). Yoksulluk, yoksulluğun nedenleri, sosyoekonomik etkileri, Türkiye ve dünyada yoksulluğun boyutları. *Vergi Raporu* 15(10), 24-44.
- Kariman, S. (2023). *Göç ve yoksulluk arasındaki ilişki: Bilecik örneği* Bursa Uludag University (Turkey)].
- Kaşıkcı, S. (2010). *Edirne ili merkez ilköğretim okullarında okuyan 6., 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma* Namık Kemal Üniversitesi].
- Keskin, B., & Demirbas, N. (2022). Is there a perfect way for food security measurement? Evaluation for Turkey. *Progress in Nutrition*, 24(1), e2022007.
- Kılıç, S. (2013). Çevre sorunları ve yoksulluk. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 5(1), 9-20.
- Maruapula, S. D., Jackson, J. C., Holsten, J., Shaibu, S., Malet, L., Wrotniak, B., Ratcliffe, S. J., Mokone, G. G., Stettler, N., & Compher, C. (2011). Socio-economic status and urbanization are linked to snacks and obesity in adolescents in Botswana. *Public Health Nutrition*, 14(12), 2260-2267.

- Mathur, O. P. (2013). Urban poverty in Asia. *Asian Development Bank, Metro Manila, Philippines*, 1-122.
- Mavromaras, K. (2008). Economics and Obesity. *Australian Economic Review*, 41(1).
- Mayen, A.-L., Marques-Vidal, P., Paccaud, F., Bovet, P., & Stringhini, S. (2014). Socioeconomic determinants of dietary patterns in low-and middle-income countries: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(6), 1520-1531.
- Merdol, T. K. (2012). Beslenme Antropolojisi-I. *Hatiboğlu Yayınları, Ankara*.
- Miller, C. K., & Branscum, P. (2012). The effect of a recessionary economy on food choice: Implications for nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(2), 100-106.
- Oktar, İ., & Şanlıer, N. (2003). Nutrition programs applied in primary schools and teachers and administrators views on nutrition behavior of students. Gazi University Vocational Education Faculty. *Vocational Education Journal*, 2, 1-8.
- Öktem, F., Yavrucuoğlu, H., Türedi, A., & Tunç, B. (2005). Çocuklarda beslenme alışkanlıklarının hematolojik parametreler ve eser elementler üzerine etkisi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 12(1), 6-10.
- Önay, D. Y., & Aktaş, N. T. D. (2002). Ankara'da farklı sosyo-ekonomik düzeylerdeki 14-15 yaş grup öğrencilerin beslenme durumu ve bunu etkileyen bazı faktörler üzerinde bir araştırma, *Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*.
- Özen, S. (1994). Sağlık ve sosyo-kültürel yapı değişkenleri. *Sosyoloji Dergisi*(5).
- Özer, B. K., & Özdemir, A. (2020). *Ankara Araştırmaları Dergisi* 8(1), 1-12.
- Özmen, D., Çetinkaya, A. Ç., Ergin, D., Şen, N., & Erbay, P. D. (2007). Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 98-105.
- Özsoy, S. A., & Koca, B. (2015). Dünyada Halk Sağlığı Hemşireliği *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3), 108-118.
- Öztürk, Ş. (2008). Kırsal yoksulluk ve neo-liberal ekonomi politikaları *Journal of International Social Research*, 1(5).

- Öztürk ve Günay, T. B. (2011). Öztürk Y, Günay O. *Halk sağlığı. Genel bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınlar, Toplum Beslenmesi*, 1247-1417.
- Pala K., K. P. (2019). Yoksulluk ve sağlık, toraks.org.tr, Toraks Bülteni.
- Papas, M. A., Trabulsi, J. C., Dahl, A., & Dominick, G. (2016). Food insecurity increases the odds of obesity among young Hispanic children. *Journal of immigrant and minority health*, 18(5), 1046-1052.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2001). *Fundamentals of nursing*, Elsevier Publishing.
- Rasmusson, G., Lydecker, J. A., Coffino, J. A., White, M. A., & Grilo, C. M. (2019). Household food insecurity is associated with binge-eating disorder and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 28-35.
- Rolim, C., de Lima Andrade, J. R., de Santana, J. R., & de Melo, R. O. L. (2006). Construção de indicadores de pobreza: aplicação do índice de pobreza humana municipal no estado de Sergipe. *Revista Econômica do Nordeste*, 37(4), 512-529.
- Rucker, R. B., Zempleni, J., Suttie, J. W., & McCormick, D. B. (2007). *Handbook of vitamins*. Crc Press.
- Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı , T. (2012). Sağlık Bakanlığı stratejik plan 2013-2017.
- Saygın, M., Öngel, K., Çalışkan, S., Yağlı, M., Has, M., Gonca, T., & Kurt, Y. (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 18(2), 43-47.
- Semiz, S., Özdemir, Ö., & Özdemir, A. S. (2008). Denizli merkezinde 6-15 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1(1), 1-4.
- Sevim, Y., & Kurtuluş, A. (2022). Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıkları *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 6(1), 48-54.
- Staff, U. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011-Resumen Ejecutivo: La adolescencia una época de Oportunidades*. Unicef.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2015). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. Elsevier Health Sciences.
- Şener, D. K., & Ocakçı, A. F. (2014). Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine çok boyutlu etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 57-68.

- Şenses, F. (2001). *Küreselleşmenin öteki yüzü: Yoksulluk*, İletişim Yayınları.
- Şimşek, Z., Kurçer, M. A., Kayahan, M., Ersin, F., & Gözükara, F. (2004). Yoksulluk ve çocuklarda büyüme-gelişme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 15(2), 73-82.
- Taş, H. Y., & Özcan, S. (2012). Türkiye’de ve Dünya’da yoksulluk üzerine bir araştırma. International Conference on Eurasian Economies, *SESSION 3D: Büyüme ve Gelişme III*, 423-430.
- TC Sağlık Bakanlığı, T. (2020). Sağlık istatistikleri yılı 2020(Rapor No. 1240). In.
- Topgül, S. (2013). Türkiye’de yoksulluk ve yoksulluğun kadınlaşması *Cumhuriyet Üniversitesi Journal of Economics & Administrative Sciences (JEAS)*, 14(1).
- Torun, S., Kadioğlu, S., Uzel, İ., & Yılmaz, N. (2012). Kırım Savaşı’nda İskorbüt İleti. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2(2), 10-20.
- Tuncer, I. (2007). Konya il merkezindeki 11–16 yaş grubu kız öğrencilerde sosyoekonomik durum, antropometrik vücut ölçümleri ve menarşla büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 14(1), 25-28.
- Tunç, B. (2008). Çocuklarda demir eksikliği anemisi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2(2), 43-57.
- TÜİK, T. İ. K. (2023). Türkiye İstatistik Kurumu ,2023, *Gelir Dağılımı İstatistikleri* (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-Dagilimi-Istatistikleri-202353711>).
- Uskun, E., Öztürk, M., Kışioğlu, A., Kırbıyık, S., & Demirel, R. (2005). İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 12(2), 19-25.
- Uzunöz, M., & Karakaş, G. (2014). Socio-economic determinants of red meat consumption in Turkey: A case study. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 5(1): 037-052
- Ünal, R. N. (2015). Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde beslenme: Güncel yaklaşımlar. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 43(1), 78-86.

- Üstünsoy, M. (2023). Bir Sosyal Sorun Olarak Yoksulluğun Sağlık Alanı Üzerindeki Etkileri. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 7(1), 408-416.
- WHO, W. H. O. (2018). *The state of food security and nutrition in the world 2018: building climate resilience for food security and nutrition*. Food & Agriculture Org.
- WHO, W. H. O. (2020). *COVID-19 and food safety: guidance for food businesses: interim guidance, 07 April 2020*.
- World Bank, W. (2022). Poverty and shared prosperity 2022: Correcting course. In: The World Bank.
- World Health Organization, W. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization.
- Yazman, H. (2018). Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Adölesanlarda Sebze-Meyve Tüketim Alışkanlığının İncelenmesi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 10(6), 13-21.
- Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Tortop, Y., & Poyraz, A. (2011). Afyon Kocatepe Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ve bunları etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 1375-1391.
- Yıldırım M., Kızıltan G., Akçıl Ok M. (2021). Beslenme Okuryazarlığı Nedir? *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(Beslenme Özel Sayısı), 1-13.
- Yıldırım, Ö. A. M. (2011). Dünyada ve Türkiye’de yoksulluğun analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2), 60-40.
- Yıldırım, Y., & Balbay, Ö. T. (2003). Yoksulluk Birbirini Tetikleyen İki Büyük Tehlike midir?’. *STED (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)*, 12(1).
- Yıldız, İ. (2009). Demir eksikliği anemisi Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 44(11), 4-8.
- Yılmaz, İ., & Yücecan, S. (1983). İzmir İli Bornova İlçesinin Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Düzeyleri Farklı Olan Ailelerinde Ekmek Tüketimi, Atımı ve Artan Ekmeklerin Değerlendirilme Durumları Üzerinde Bir Araştırma. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 12, 83-98.

- Yücecan, S., & Güneyli, U. (1987). Ankara'nın Farklı sosyo-ekonomik semtlerindeki ailelerin gelir düzeylerine göre besin harcama payları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 16(1), 25-33.
- Yüksel, A., & Ersoy, G. (2006). Araştırma Makalesi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2022;15(1), 38-49.
- Yüksel, A., & Ersoy, G. (2022). Yoksul kadınların beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 38-49.
- Zdeněk, R., & Lososová, J. (2019). Objective and Subjective Poverty of Households in Czech Regions. *Demografie*, 61(3), 175-185.

