
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Gazi
1926

ÇALIŞMA DURUMUNA GÖRE KADINLARIN SEZGİSEL YEME DAVRANIŞI, YEME TUTUMU VE BESLENME DURUMUNUN İNCELENMESİ

Emel UÇARER

YÜKSEK LİSANS TEZİ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KASIM 2022

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Emel UÇARER
29/11/2022

ÇALIŞMA DURUMUNA GÖRE KADINLARIN SEZGİSEL YEME DAVRANIŞI, YEME TUTUMU VE BESLENME DURUMUNUN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Emel UÇARER

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kasım 2022

ÖZET

Bu araştırma çalışma durumuna göre kadınların sezgisel yeme, yeme tutumu ve beslenme durumunun incelenmesi amacıyla 98'i çalışan 98'i çalışmayan olmak üzere 18-60 yaş aralığındaki 196 kadın ile yürütülmüştür. Çalışma verileri bireylerin demografik bilgileri, sağlık durumu ve beslenme alışkanlıklarına dair soruları içeren genel bilgiler formu, Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (SYÖ-2), Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26), Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği-Kısa Form ve üç günlük besin tüketim kaydı içeren bir form aracılığıyla yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi ve kalça çevresi ölçüleri araştırmacı tarafından alınmıştır. Çalışan ve çalışmayan kadınların SYÖ-2 puan ortalaması sırasıyla 3,5±0,46 ve 3,4±0,52 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmayan kadınların YTT-26 puanı çalışan kadınlarınkinden anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Akdeniz diyetine uyum ölçeği puanı ortalaması çalışan kadınlarda 7,5±1,84 çalışmayan kadınlarda 7,4±1,87 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Kadınlarda SYÖ-2 ile YTT-26 puanları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınlarda SYÖ-2 puanı ile ağırlık, BKİ, bel çevresi ve kalça çevresi arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınların diyetlerindeki kolesterol ve n-6/n-3 yağ asidi oranı çalışmayan kadınlardan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda sezgisel yiyenlerin karbonhidrat alımı sezgisel yemeyen kadınlardan istatiksel düzeyde anlamlı oranda daha yüksek, enerjinin proteinden gelen yüzdesi anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında sezgisel yeme bakımından farklılık gözlenmemiş olmasına rağmen sezgisel yemenin kadınlarda yeme tutumu ve antropometrik ölçümleri olumlu etkileyebileceği görülmüştür. Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması ve vücut ağırlığı kontrolü bakımından sezgisel yeme konusunda yapılacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bilim Kodu : 1007
Anahtar kelimeler : Sezgisel yeme, Çalışma durumu, Yeme bozuklukları, Beslenme durumu
Sayfa adedi : 146
Danışman : Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ

INVESTIGATION OF WOMEN'S INTUITIVE EATING BEHAVIOR, EATING ATTITUDE AND NUTRITION STATUS BASED ON THEIR WORKING STATUS

(M. Sc. Thesis)

Emel UÇARER

GAZI UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

November 2022

ABSTRACT

This research was carried out with a total of 196 women, 98 were working and 98 were not working, between the ages of 18-60 in order to investigate intuitive eating, eating attitude and nutritional status in women based on their working status. Data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire contained general information form regarding the demographic information, health status and eating habits of the individuals, Intuitive Eating Scale-2 (IES-2), Eating Attitudes Test (EAT-26), Mediterranean Diet Adherence Scale (MEDAS), International Physical Activity Questionnare (Short Form) and 3-day food consumption record. Height, body weight, waist circumference and hip circumference were measured by investigator. The mean IES-2 score for working and non-working women were 3,5±0,46 and 3,4±0,52, respectively ($p>0,05$). Non-working women had a statistically significantly higher EAT-26 total score than working women ($p<0,05$). The mean MEDAS score for working and non-working women were 7,5±1,84 and 7,4±1,87, respectively ($p>0,05$). There was a negatively and significantly correlation between IES-2 and EAT-26 score in women ($p<0,05$) There was a negatively and significantly correlation between IES-2 score and body weight, BMI, waist and hip circumference in both working and non-working women ($p<0,05$). Working women had a statistically significantly lower cholesterol and n-6/n-3 fatty acid ratio in their diet than non-working women ($p<0,05$). In non-working women carbohydrate intake of intuitive eaters were statistically significantly higher than non-intuitive eaters, mean protein percent from the energy intake of working women were lower than non-working women ($p<0,05$). In conclusion although there was no difference in terms of total IES-2 score between working and non-working women, it was seen that intuitive eating attitude can positively impact anthropometric measurements and eating attitude in women. More comprehensive studies on intuitive eating are needed in terms of healthy eating habits and body weight management.

Science Code : 1007
Key Words : Intuitive eating, Working status, Eating disorders, Nutrition status
Page Number : 146
Supervisor : Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bana yol gösteren; sabrı, anlayışı ve değerli vaktinden esirgemeyip bilgi ve tecrübeleriyle tez çalışmamın her adımında beni destekleyen kıymetli danışmanım Sayın Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ'a,

Veri toplama süresince büyük emeği geçen sevgili dayım Yavuz GÜLBAY'a, biricik dostlarım Psk. Ezgi Sevcan SELÇUK ve Beyza Nur SAKA'ya, kuzenim Nurcan ÇAKIR'a, ağabeyim Ömer Kazım UÇARER ve sevgili eşi Büşra UÇARER'e,

Yüksek lisans eğitimim sayesinde tanıma fırsatı bulduğum neşesi ve manevi desteği için minnettarlık duyduğum yol arkadaşım Dyt. Büşra CANARASLAN'a,

Hayallerimi gerçekleştirmem için beni cesaretlendiren, sevgileri ve bana olan inançlarını her daim yürekten hissettiğim, hayatta attığım her adımda en büyük destekçilerim olan annem Ayşen UÇARER ve babam Ali UÇARER'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca TÜBİTAK 2210-A Genel Yurt İçi Yüksek Lisans Burs Programı bursiyeri olmamı sağlayıp maddi açıdan beni destekleyen TÜBİTAK'a,

Çalışmaya gönüllü olarak katılıp bu tezin yürütülmesini mümkün kılan tüm kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET iv

ABSTRACT v

TEŞEKKÜR vi

ÇİZELGELERİN LİSTESİ x

SİMGELER VE KISALTMALAR xiii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Beslenme 3

2.1.1. Beslenmenin Önemi 3

2.1.2. Besinler ve Besin Grupları 3

2.2. Diyet Kalitesi 5

2.3. Yeme Tutumu 7

2.4. Yeme Bozuklukları 8

2.4.1. Yeme Bozukluklarının Nedenleri 9

2.4.2. Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması 10

2.4.3. Yeme Bozukluklarının Tedavisi 22

2.5. Sezgisel Yeme 24

2.5.1. Sezgisel Yemenin Ana Kavramları 25

2.5.2. Sezgisel Yemenin 10 İlkesi 26

2.5.3. Sezgisel Yeme Davranışı ve Yeme Tutumu 27

2.5.4. Sezgisel Yeme ile Vücut Ağırlığı ve Beden Kütle İndeksi İlişkisi 28

2.5.5. Sezgisel Yeme ve Diyet Kalitesi 30

2.5.6. Sezgisel Yeme ve Fiziksel Aktivite 31

3. GEREÇ VE YÖNTEM 33

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi 33

Sayfa

3.2. Araştırma Genel Planı 33

3.3. Verilerin Toplanması 34

3.3.1. Bireylerin demografik özellikleri, sağlık bilgileri ve beslenme alışkanlıkları 34

3.3.2. Antropometrik ölçümler 34

3.3.3. Besin tüketim durumunun değerlendirilmesi 36

3.3.4. Sezgisel Yeme Ölçeği (IES-2) 36

3.3.5. Yeme Tutum Testi (EAT-26) 37

3.3.6. Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği 37

3.3.7. Uluslararası Fiziksel Aktivite Kısa Formu (IPAQ-short form) 38

3.4. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi 38

4. BULGULAR 41

4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Bilgileri 41

4.2. Bireylerin Diyet Öyküsü ve Beslenme Alışkanlıkları 43

4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri 46

4.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Fiziksel Aktivite Puanları 47

4.5. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Toplam Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkiler 57

4.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkiler 57

4.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumları 60

5. TARTIŞMA 85

5.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Bilgilerinin Değerlendirilmesi 85

5.2. Bireylerin Diyet Öyküsü ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi 86

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi 87

5.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Fiziksel Aktivite Puanlarının Değerlendiirlmesi 89

Sayfa

5.5. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Toplam Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 93

5.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Toplam Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 95

5.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi 97

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 103

6.1. Sonuçlar 103

6.2. Öneriler 105

KAYNAKLAR 109

EKLER 131

EK-1. Etik Komisyon Onayı 132

EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu. 135

EK-3. Anket Formu 137

ÖZGEÇMİŞ 146

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 2.1. DSM V'e göre AN tanı kriterleri 12

Çizelge 2.2. DSM V'e göre BN tanı kriterleri..... 13

Çizelge 2.3. DSM V'e göre TYB tanı kriterleri 14

Çizelge 2.4. DSM V'e göre pika tanı kriterleri 15

Çizelge 2.5. DSM V'e göre ruminasyon tanı kriterleri 16

Çizelge 2.6. DSM V'e göre kaçıngan/kısıtlı besin alımı bozukluğu tanı kriterleri 17

Çizelge 2.7. Yeme bozuklarında kullanılan tedavi yöntemleri 22

Çizelge 2.8. Yeme bozukluğu tedavisi prensipleri 23

Çizelge 2.9. Yeme bozukluğu tedavisinde diyetisyenin görev ve sorumlulukları 24

Çizelge 3.1. Yetişkin bireyler için DSÖ'nün BKİ sınıflandırması..... 35

Çizelge 3.2. Yetişkin kadınlar için DSÖ'nün bel çevresi sınıflandırması 35

Çizelge 3.3. Yetişkin kadınlar için DSÖ'nün bel/kalça oranı sınıflandırması 35

Çizelge 4.1. Bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımı..... 41

Çizelge 4.2. Bireylerin sigara içme durumlarına göre dağılımı ve sigara içme miktarlarının ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS) değerleri..... 42

Çizelge 4.3. Çalışan kadın bireylerin çalışma yeri, meslek ve gelir düzeyi, dağılımları 43

Çizelge 4.4. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının dağılımı ve öğün sayılarının ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 45

Çizelge 4.5. Bireylerin çalışma durumuna göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 46

Çizelge 4.6. Bireylerin DSÖ'ye göre BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı gruplarının dağılımı 47

Çizelge 4.7. Bireylerin bedenlerini değerlendirme durumlarının dağılımı 47

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 4.8. Bireylerin sezgisel yeme ölçeği, yeme tutum testi, Akdeniz diyeti uyum ölçeği ve fiziksel aktivite puanlarının ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 49

Çizelge 4.9. Bireylerin sezgisel yeme, yeme davranışı bozukluğu riski bulunma durumu, Akdeniz diyetine uyum ve fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı 50

Çizelge 4.10. Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre yeme tutumu, Akdeniz diyetine uyum ve fiziksel aktivite puanlarının ortalama ($\overline{x}$) ve standart sapma (SS) değerleri 52

Çizelge 4.11. Bireylerin çalışma durumu ve sezgisel yeme durumuna göre yeme davranışı bozukluğu riski görülme durumunun dağılımı 53

Çizelge 4.12. Bireylerin çalışma durumu ve yeme davranışı bozukluğu riski görülme durumuna göre Akdeniz diyetine uyum düzeylerinin dağılımı 54

Çizelge 4.13. Bireylerin zayıflama diyeti yapma durumuna göre sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyetine uyumu ve fiziksel aktivite ölçek puanlarının, ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst puanlarının değerlendirilmesi 56

Çizelge 4.14. Bireylerin sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyeti uyum ve toplam fiziksel aktivite puanları arasındaki ilişki 57

Çizelge 4.15. Bireylerin antropometrik ölçümleri ile sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyeti uyum ve toplam fiziksel aktivite puanları arasındaki ilişki 59

Çizelge 4.16. Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 61

Çizelge 4.17. Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerlerinin değerlendirilmesi 63

Çizelge 4.18. Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro ve mikro besin ögelerinin Diyet Referans Alım Düzeyi (DRI)'ne göre karşılama yüzdesinin (%) değerlendirilmesi 65

Çizelge 4.19. Bireylerin çalışma durumuna göre besin grubu tüketimlerinin ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 67

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 4.20. Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 70

Çizelge 4.21. Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 72

Çizelge 4.22. Bireylerin çalışma ve Akdeniz diyeti uyumu durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve koleserolün ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 76

Çizelge 4.23. Bireylerin çalışma ve Akdeniz diyeti uyumu durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro ögelerinin ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri 79

Çizelge 4.24. Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme ve Akdeniz diyeti uyumu puanları ile diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterol arasındaki ilişkiler 83

Çizelge 4.25. Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme ve Akdeniz diyeti uyumu puanları ile diyetle aldıkları günlük mikro besin ögeleri arasındaki ilişkiler 84

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simgeler	Açıklamalar
%	Yüzde
F	Anova test istatistik değeri
g	Gram
kg	Kilogram
kkal	Kilokalori
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
ml	Mililitre
n	Katılımcı sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
S	Sayı
SS	Standart sapma
t	Independent samples t testi değeri
Z	Mann-Whitney U testi değeri
$\chi 2$	Kikare
$\bar{x}$	Ortalama

Kısaltmalar	Açıklamalar
AN	Anoreksiya Nervoza
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association)
AND	Beslenme ve Diyetetik Akademisi (Academy of Nutrition and Dietetics)
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi

Kısaltmalar	Açıklamalar
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimiya Nervoza
ÇDYA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
DRI	Diyetle Referans Alım Düzeyi (Dietary Reference Intake)
DSM	Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EAT	Genç ve Genç Yetişkinlerde Yeme ve Aktivite Projesi (Eating and Activity in Teens and Young Adults)
GYS	Gece Yeme Sendromu
HAES	Her Boyutta Sağlık (Health-At-Every-Size)
IPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (International Physical Activity Questionnaire)
KIDMED	Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi
MDS	Akdeniz Diyet Skoru (Mediterranean Diet Score)
ON	Ortoreksiya Nervoza
RDA	Tavsiye Edilen Diyet Alımı (Recommended Dietary Allowance)
SYÖ-2	Sezgisel Yeme Ölçeği- 2 (Intuitive Eating Scale-2)
TDYA	Tekli Doymamış Yağ Asitleri
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YTT-26	Yeme Tutum Testi-26 (Eating Attitudes Test-26)

1. GİRİŞ

Beslenme büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması amacıyla besinlerin vücuda alıp kullanılması olarak tanımlanmakta ve insan yaşamı için en temel ihtiyaçların başında gelmektedir [1]. Bireyler bu ihtiyacı karşılamak amacıyla farklı yeme davranışı göstermektedirler. Yeme davranışları genetik, çevresel, psikolojik, kültürel faktörler gibi birçok durumdan etkilenmektedir. Yeme davranışındaki bozulmalar ise insan sağlığı açısından risk oluşturmaktadır [2]. Yeme tutumu ise bireylerin beslenme ve yemeye ait düşünceleri olarak tanımlanmakta ve yeme bozukluklarının gelişiminde bozulmuş yeme tutumlarının rol oynadığı bildirilmektedir [3, 4]. Bununla birlikte yeme davranışlarında bozukluğun ilerleyiş süreci için bozulmuş yeme tutumu kavramı kullanılmaktadır [5].

Fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarda bozukluklara yol açan ciddi psikiyatrik hastalıklar olarak nitelendirilen yeme bozuklukları her iki cinsiyeti ve her yaş grubunu etkileyebilmekte ancak kadınlarda daha fazla görülmektedir. Beden memnuniyetsizliği, vücut ağırlığı konusunda kaygılanma, tıkınırcasına yeme, alınan enerjinin kısıtlanması gibi semptomlarla kendini gösteren yeme bozuklarına başta kaygı bozukluğu olmak üzere birçok psikolojik ve fiziksel sağlık sorunu eşlik etmektedir [6]. Aşırı yeme gibi bozulmuş yeme davranışları ise tüm dünyada görülme oranı giderek artan obeziteye neden olabilmektedir ve artmış vücut ağırlığıyla birlikte diyabet, hipertansiyon ve kanser gibi kronik hastalık gelişme riski artmaktadır [7, 8].

Yeme tutum ve davranışları içsel, çevresel ve sosyal faktörlerden etkilenmektedir ve değiştirilebilir nitelikte olduğundan sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle son zamanlarda sezgisel yeme kavramına vurgu yapılmaktadır [9, 10]. Sezgisel yeme duygusal veya çevresel faktörlerden ziyade kişinin açlık ve tokluk sinyallerine dinleyerek içsel ihtiyaçlarına göre yeme şeklidir [10]. Sezgisel yemenin temel prensibi açlık duyulduğunda yemek yenilmeye başlandığı ve doygunluğa ulaşıldığında yemek yemenin bırakıldığı vücut bilgeliğinin kazanılmasıdır. Bu anlayışa göre belli bir sağlık sorunu olmadığı sürece kişi vücudundaki içsel sinyallerine güvenerek beslenme dengesini sağlayacak şekilde tükettiği besinlerde herhangi bir kısıtlama olmadan bedeni için gerekli besin çeşitliğini sağlamaktadır [11].

Bu araştırma ile çalışma durumuna göre yetişkin kadın bireylerde sezgisel yeme davranışı, yeme tutumu ve beslenme durumunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda tasarlanıp yürütülen çalışmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Kadınların çalışma durumu ile sezgisel yeme ölçeği puanı arasında ilişki vardır.
2. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda sezgisel yeme ölçeği puanı ile vücut ağırlığı arasında bir ilişki vardır.
3. Kadınlarda sezgisel yeme ölçeği puanı ile BKİ değeri arasında bir ilişki vardır.
4. Kadınlarda sezgisel yeme ölçeği puanı ile Akdeniz diyetine uyum arasında bir ilişki vardır.
5. Kadınlarda sezgisel yeme ölçeği puanı ile yeme davranışı bozukluğu riski arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Beslenme, anne karnından başlayarak yaşamın sonuna kadar devam eden en önemli insan gereksinimlerinden biridir. Beslenme; büyüme, gelişme, üretken biçimde yaşamın sürdürülebilmesi, sağlığın iyileştirilmesi ve korunması ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla vücudun ihtiyaç duyduğu besinlerin tüketilerek vücutta kullanılmasıdır [1, 12].

2.1.1. Beslenmenin önemi

Besinler gereğinden az veya çok alındığında büyüme ve gelişme etkilenmekte ve insan sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Bu durum ayrıca insanın çalışma verimliliğini ve üretkenlik yeteneği de düşürmektedir. Kişinin her yönden sağlıklı olabilmesi ve üretken biçimde hayatına devam edebilmesi için beslenme büyük önem taşımaktadır [13].

Beslenme hastalıkları önleme ve iyi olma durumunu önemli ölçüde etkilemektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet gibi kronik hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde başlıca ölüm nedenlerinden biridir ve sağlıksız beslenme bu hastalıkların gelişiminde büyük rol oynamaktadır [14, 15]. Sağlıksız beslenme sağlığı olumsuz etkileyen temel faktörlerden biri olup beslenmenin iyileştirilmesi kişiyi diyabet, kalp hastalıkları ve kanser gibi beslenme ile ilişkili hastalıklara karşı korumaktadır [16].

2.1.2. Besin ve besin grupları

Besin, beslenme örüntüsünde alan ve yaşam için gerekli besin ögelerini içeren yenilebilir bitki ve hayvan dokuları olarak tanımlanmaktadır [12]. Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için ihtiyaç duyulan enerji ve besin ögelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması ise yeterli ve dengeli beslenme olarak nitelendirilmektedir. Vücut dokuları ve yaşamsal fonksiyonlar için gerekli olan enerji ve besin ögelerini içeren besinlerin yeterince alınmaması ve besin ögelerinden bazılarının yeteri kadar vücuda alınıp kullanılamaması durumu yetersiz ve dengesiz beslenme olarak kabul edilmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenen kişilerin vücut çalışması aksamakta, bağışıklık sistemi zayıflamakta ve çalışma verimliliği düşmektedir [1, 13].

Bazı besinler içeriği bakımından birbirine benzediği için birbirlerinin yerine geçebilmektedir. Beslenme bilimi ile uğraşan bilim insanları bu besinleri gruplamış ve her bir gruptaki besinin günlük ne kadar tüketilmesi gerektiğini belirlemeye çalışmıştır. Buna göre Türkiye'deki besin üretimi ve beslenme durumu göz önünde bulundurularak, günlük alınması gereken temel besinlerin planlanmasında süt ve süt ürünleri, et ve benzeri besinler, sebze ve meyveler ile ekmek ve diğer tahıl ürünler olmak üzere dört besin grubu kullanılmasına karar verilmiştir [13].

Süt ve süt ürünleri

Süt, yoğurt, peynir ve kefir gibi besinler bu grupta yer almaktadır. Süt ve süt ürünleri kalsiyum, B grubu vitaminleri ve protein kaynağıdır. Kalsiyum kemik ve dişlerin sağlıklı bir şekilde gelişmesinde ve hücre çalışmasında görev almaktadır [13]. Sütün büyüme ve gelişme, bağışıklık, vücut ağırlığını koruma üzerinde etkili olduğu; kanser riski ve kan basıncını azalttığı bildirilmiştir [17].

Et, yumurta ve kurubaklagiller

Et, tavuk, balık; yumurta; kuru fasulye, nohut, mercimek gibi kurubaklagiller ve ceviz, fındık gibi yağlı tohumlar bu grupta yer almaktadır. Protein, demir, fosfor, magnezyum gibi mineraller, bazı B grubu vitaminleri ve A vitamini ile posa bakımından bu gruptaki besinler zengindir [13].

Etler iyi kaliteli protein kaynağı olup demir, çinko ve B_{12} vitamini açısından zengindir. Yağlı etlerin özellikle doymuş yağ ve kolesterol içeriği yüksek olduğundan özellikle koroner arter hastalığı, hipertansiyon gibi hastalığı olan kişiler kırmızı et tüketim miktarına dikkat etmeli ve omega-3 kaynağı olan balık, yağsız kırmızı et veya derisiz tavuk tercih etmelidir. Proteinlerinin tamamının vücut proteinlerine dönüştüğü için örnek protein olarak nitelendirilen yumurta özellikle bebek ve çocuklar için önemli bir protein kaynağıdır. Kurubaklagiller vitamin ve mineraller, posa içeriği bakımından zengin besinler olup et ve yumurtanın kısıtlandığı diyetlerde protein gereksinimini karşılamak için kullanılabilirler. Protein kalitelerinin düşük olmasına karşılık tahıllarla karıştırılması ve iyi pişirilmeleri protein kalitelerini artırmaktadır. Fındık, fıstık, ceviz gibi yağlı tohumlar; B grubu vitaminleri, mineraller, yağ ve protein bakımından zengindir [1, 13].

Sebze ve meyveler

Sebze ve meyveler sodyum bakımından fakir, potasyum, magnezyum mineralleri; E, C, A ve bazı B grubu vitaminleri ve posa bakımından zengindir. Sebze ve meyveler düşük enerji yoğunluklarına karşın içerdikleri E ve C vitamini gibi biyoaktif bileşikler ile bağışıklığı güçlendirmektedir. En az 2.5-3 porsiyonu sebze, 2-3 porsiyonu meyve olacak şekilde günde en az 5 porsiyon (en az 400 g/gün) sebze ve meyve tüketimi önerilmektedir [13].

Yeterli miktarda meyve ve sebze tüketimi tüm nedenlere bağlı mortaliteyi düşürme, kalp krizi ve kanser riskini düşürme ve kardiyovasküler ve kronik hastalıkları ve depresyonu azaltma ile ilişkilendirilmektedir [18]. Besin grupları ile koroner arter hastalık ve inme riski arasındaki ilişkiyi inceleyen güncel bir meta-analizde sebze ve meyve tüketimi ile koroner arter hastalık ve inme riski arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür [15]. Hiç sebze veya meyve tüketmeyenlerin mortalite oranları, günde en az 5 porsiyon yiyenlere göre %53 daha fazla bulunmuştur [19].

Ekmek ve tahıl grubu

Buğday, çavdar, arpa, yulaf ve pirinç gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gibi ürünler ekmek ve tahıl grubunda yer almaktadır. B_{12} dışındaki diğer tüm B grubu vitaminlerince zengin olup temel enerji kaynağı görevini üstlenmektedirler. Özellikle tam tahıllı ürünler içerdiği posa sayesinde kanser, kalp damar hastalıkları, diyabet ve obezite gibi hastalıkların önlenmesine yardımcı olmaktadır [1, 13].

2.2. Diyet Kalitesi

Sağlıklı ve fonksiyonel olabilmek için enerji dengesi, vücut ağırlığı ve birçok psikolojik fonksiyonun düzenlenmesine katkıda bulunan ve bireye enerji sağlayan besin ögeleri bakımından dengeli diyet ve düzenli fiziksel aktiviteyi de içeren aktif bir yaşam şekli yaklaşımı gerekmektedir [20]. Sağlıksız diyet dünya çapında tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve mortalite için büyük bir risk faktördür [21, 22]. Düşük kaliteli bir diyet tütün kullanımı dahil olmak üzere diğer risk faktörlerinden daha fazla ölüme yol açmaktadır [23]. Dünya genelinde 195 ülkenin diyet örüntüsünün incelendiği geniş kapsamlı bir

sistematik derlemede diyet iyileştirilmesi ile dünyada her beş ölümden biri engellenebileceği bildirilmiştir [21].

Hem diyet kalitesini hem de diyetin çeşitliliğini ölçebilen, yemek tercihleri ile yeme davranışını değerlendiren diyet kalitesi kavramı, beslenme epidemiyolojisinde toplumda beslenme alışkanlıklarını, bunun insan sağlığına etkisini görmek ve diyet müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla ortaya çıkmıştır [24]. Kronik hastalık oluşumunda tek bir besin ögesinin sınırlı bakış açısı sunması, besinlerin birbiriyle bağlantılı oluşu ve beraber tüketildiklerinden birlikte değerlendirilmeleri gerekliliği ve besinlerin birbiriyle olan etkileşimleri tek bir besinin sağlık veya hastalık oluşumuna etkisinin anlaşılmasını güçleştirmesi çalışmalarda odağın tek bir besin ögesinden diyet örüntüsüne çevrilmesinde etkili olmuştur [25].

Diyet kalitesi veya sağlıklı yeme indeksleri olarak da adlandırılan diyet indeksleri bireyin sağlıklı beslenme örüntüsünü değerlendirdiğinden bu yolla beslenme açısından yüksek risk altında olanların, zayıf diyet kalitesi ve yaşam şeklini sürdüren kişilerin tespitini kolaylaşmaktadır [26]. Daha yüksek diyet kalitesi daha düşük mortalite ve kronik hastalık riski ile ilişkilendirilmektedir [27]. Günümüze kadar olan bulgular sağlıklı diyet örüntüsü ile azalmış ölüm riski arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir [28]. Toplam 68 çalışmanın değerlendirildiği bir meta analizde yüksek kaliteli diyetlerin mortaliteyi %22, kardiyovasküler hastalık riskini %22, kanser riskini %16, tip 2 diyabet riskini %18 ve nörodejenerif hastalık riskini %15 oranında düşürdüğü görülmüştür [29].

Araştırmacılar tarafından genel diyeti değerlendirmek adına birçok besin veya besin ögesinden oluşan indeksler geliştirilmiştir [30]. Diyet kalite indeksleri DSÖ tarafından belirlenen kılavuzlar gibi ulusal/uluslararası boyutta diyet rehberi veya Akdeniz diyeti gibi bölgesel/ulusal düzeyde belirli bir diyet örüntüsüne göre oluşturulmaktadır [31-33] .

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlıklı yaşam için basit şeker, tuz ve yağ alımının sınırlandırıldığı, trans yağ içermeyen yeterli ve dengeli bir beslenme düzeni oluşturulmalıdır [34]. Diyetin sodyumdan yüksek, tam tahıllılardan yoksun, meyve, sebze ve fındık ve diğer yağlı tohumlardan fakir oluşu ve düşük oranda omega 3 içermesinin mortaliteyi artıran ve dünyada ölümlerin %2'sinden daha fazlasından sorumlu olan faktörler olduğu bildirilmektedir [35]. Meyve-sebze, tam tahıllılar, baklagiller, deniz ürünlerinden zengin ve

işlenmiş tahıllar, kırmızı ve işlenmiş kırmızı etten fakir olarak nitelendirilen sağlıklı diyetler kardiyovasküler hastalık riskini düşürmektedir [36]. Akdeniz diyeti sebze, meyve, yağlı tohumlar, tahıllar gibi bitkisel bazlı beslenme ağırlıklı, zeytinyağının temel yağ kaynağı olarak kullanıldığı, balık tüketiminin zengin, kırmızı et, işlenmiş et ürünleri ve süt ürünleri tüketiminin düşük olduğu diyet örüntüsüdür [37, 38] Sağlıklı beslenme modeli olan Akdeniz diyetinin hem beslenme hem de sağlık açısından önemli yararları bulunmaktadır [39]. Akdeniz diyeti sağlığı iyileştirmeye, vücut ağırlığını korumaya ve yaşam süresince hastalıklardan korunmaya yardımcı olmaktadır [33]. Akdeniz diyeti kanser, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini düşürmekte [40-42] ve bu diyetin kas-iskelet, kardiyovasküler ve bilişsel sağlık üzerinde olumlu etkileri olmaktadır [43].

2.3. Yeme Tutumu

Yeme tutumu, kişinin yeme ve beslenmeye ait duygu, düşünce ve davranışlarını oluşturan olgu olarak tanımlanabilmektedir [44]. Olumsuz yeme davranış ve tutumları fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda kişinin sağlığına zarar vermekle beraber yeme bozuklukları gelişiminde en temel faktör olarak gösterilmektedir [45, 46].

Çeşitli biyolojik faktörler yeme davranışında bozulmalara yol açabilmektedir. Bozulmuş yeme davranışlarının %50'ye kadar kalıtımsal olarak aktarılabilir olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında beyindeki nörotransmiterlerin ve özellikle ergenlik döneminde vücut şekli konusundaki kaygı ve vücut şeklini algılama ile ilişkilendirilen hormonlar da yeme davranışını etkilemektedir. Annesinde bozulmuş yeme veya benlik saygısı problemleri olan kişilerin yeme tutumunda bozukluk olma veya yeme bozukluğu tanısı alma riski de artmış durumdadır [47].

Beden memnuniyetsizliği, diyet yapma, olumsuz beden imgesi, vücut ağırlığı konusundaki kaygılar ve medyadaki incelik ideali yeme tutumunu etkileyen diğer faktörlerdendir [47, 48]. Genellikle fazla kilolu kadınlarda vücut ağırlığında düşüşe yol açacak davranışlar ve zayıf erkeklerde kas kütlesi ve vücut ağırlığını artırmaya yönelik davranışlar şeklinde kendini gösteren beden memnuniyetsizliği ve bozulmuş yeme davranışları yeme bozukluğu gelişiminde rol oynamaktadır [49]. Adölesanlarda vücut ağırlığı ile ilişkili sağlık durumunu araştırmak amacıyla yürütülen bir proje kapsamında 11-18 yaşlarındaki 1492 kişi ile yürütülen 15 yıl izlem süreli bir çalışma sonucunda yeme tutum ve davranışında bozukluğun daha düşük beden memnuniyeti ve benlik saygısı, daha yüksek oranda depresif semptom ve

daha yüksek beden kütle indeksi (BKİ) değeri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [50]. Çalışan kadınlarda yeme bozukluklarının değerlendirildiği bir çalışmada ise bozulmuş yeme davranışını gösteren yüksek yeme tutum testi puanının zayıflık ideali, son 6 ayda vücut ağırlığındaki değişimler ve kendini fazla kilolu olarak görme ile ilişkili olduğu görülmüştür [51].

Özellikle adölesanlık ve genç yetişkinlik döneminde bozulmuş yeme tutum ve davranışı görülme riskinin arttığı görülmektedir. Ayrıca bu dönemde görülen bozulmuş yeme davranışları yetişkinlikte de sürdürülebilmekte ve bazı kişilerde yaş arttıkça şiddetlenmektedir [48]. Dünya genelinde artan obezite oranları bu yaş grubunu da etkileyerek yeme bozuklukları için daha hassas hale getirmektedir. Fazla kilolu gençlerde vücut ağırlığı kaygısı artmış durumdadır ve bu kişiler vücut ağırlığı kontrolü için normal ağırlıktaki akranlarına oranla daha fazla sağlıksız davranışlar göstermeye daha yatkın olmaktadırlar [30].

Kişilerin yeme davranışı, duygu ve düşüncülerinde ciddi bozulmalara yol açan ve yemek ile vücut ağırlığı düşüncesi ile fazla meşguliyet ile kendini gösteren bozulmuş yeme davranışları özellikle kadınlarda daha fazla görülmektedir [52, 53]. Adölesan ve genç kadınlarda obezite ile bozulmuş yeme tutumu arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmektedir [54, 55]. Üniversite öğrencilerinde bozulmuş yeme tutumu ile vücut kompozisyonu arasındaki inceleyen bir çalışmada kadın öğrencilerde bozulmuş yeme tutumunun vücut ağırlığı, bel çevresi ile pozitif ilişkili olduğu görülmüştür [56]. Ayrıca adölesanlıkta görülen fazla kiloluluk durumu yetişkinlik döneminde görülebilecek obezite için belirleyici bir faktör olabilmektedir. Bu dönemde beslenme alışkanlıklarındaki hızlı değişimler ve diyetteki dengesizlik, obezitenin yanında kardiyovasküler hastalık, diyabet gibi olumsuz sağlık sonuçlarının gelişimde rol oynamaktadır [57].

2.4. Yeme Bozuklukları

Vücut fonksiyonları ve sosyal hayat da dahil olmak üzere kişinin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen yeme bozuklukları anormal yeme veya vücut ağırlığı kontrolü davranışlarıyla karakterize psikiyatrik bozukluklardır [58, 59]. Yeme bozukluklarında vücut ağırlığı ve şekli ile fazla meşgul olmanın yanında besin alımında kısıtlama, tıkınırcasına yeme gibi bozulmuş yeme davranışları görülmektedir [59, 60].

Yeme bozuklukları sağlık ve genel olarak yaşam kalitesi bakımından kişilerde belirgin hasarlar oluşturmaktır [61]. Yeme bozukluğunun şiddetine göre kişinin sağlık durumu da aynı derecede zarar görmekte ve kaygı bozukluğu başta olmak üzere birçok psikiyatrik ve fizyolojik bozukluk yeme bozukluğuna eşlik etmektedir [6]. Morbidite ve mortalite oranları yüksek olan yeme bozuklukları diğer psikolojik hastalıklara göre daha büyük ölüm riski taşımaktadır [62]. Dünya genelinde yeme bozukluğu mortalitesinin incelendiği bir meta analiz çalışmasında anoreksiya nervoza (AN) olan kişilerde mortalite riskinin neredeyse 6 kat fazla olduğu görülmüştür [63].

Kadınlarda daha sık görülen yeme bozukluklarının başlangıcı en fazla 15-25 yaş aralığında olmakta ve yeme bozuklukları genç yaşlarda daha sık görülmektedir [64-66]. Erkeklere oranla kadınlarda yeme bozuklukları ile daha çok karşılaşılmaktadır ve ABD'de yapılan bir çalışmaya göre yeme bozukluğu görülme bakımından kadın:erkek oranının 3:1 ila 12:1 arasında değiştiği bildirilmektedir [67]. İsviçre'de yapılan bir çalışmada ise AN vakalarının %33'ünün, bulimiya nevroza (BN) vakalarının %13'ünün ve tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) vakalarının %20'sinin 20 yaş yaş altında başladığı görülmüştür [68]. Vücutta görülen değişiklikler, akran baskısı, toplumdaki zayıflık algısı, puberte dönemi boyunca beden imgesi ile meşguliyet olması nedeniyle bozulmuş yeme davranışında en hassas dönemin adölesan dönemi olduğu belirtilmektedir [60, 69, 70].

2.4.1. Yeme bozukluklarının nedenleri

Yeme bozukluklarının nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber multifaktöriyel bir etiyolojiye sahip olduğu ve gelişiminde genetik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir [71]. Yeme bozukluğu tanısı almış akrabalara sahip olan bireylerin 7-12 kat daha fazla risk altında oluşu yeme bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin etkinliğini göstermektedir [72]. Anoreksiya nervoza gelişim riski bakımından genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığı Danimarka'da yapılan bir çalışmada gösterilmiş ve bu çalışmada AN'li kişilerin annelerinin sağlıklı kişilerin annelerine göre 6 kat daha fazla hasta olduğu, AN'li kişilerin kardeşlerinin kontrol grubuna göre 4 kat daha fazla AN olma riski taşıdığı görülmüştür [73].

Ebeveynde psikiyatrik bozuklukların varlığı, doğum öncesi anne stresi ve çeşitli ailesel faktörler de yeme bozuklukları riskini artırmaktadır [74]. Bunun yanında müdahaleci aileler,

mükemmeliyetçi ve aşırı talepkar ebeveyn yapısı da yeme bozuklukları nedenleri arasında gösterilmektedir. Anoreksiya nervozanın özellikle başarılı, sorumluluk sahibi, itaatkâr, mükemmeliyetçi, ailesini mutlu etme çabasında olan ve sosyalleşmekten kaçınan adölesan kızlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir [75]. Beden memnuniyetsizliği ve bozulmuş beden imgesi özellikle genç kızlarda yeme bozukluğu gelişiminde rol oynamaktadır [76, 77]. Kadın üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada vücut memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğuna yatkınlığı olan öğrencilerde daha yüksek olduğu görülmüştür [78].

Diyet yapma ve vücut ağırlığı yeme bozuklukları gelişiminde etkili olan faktörlerdendir [79]. İtalya'da 16-60 yaş aralığındaki 537 kişi ile yapılan çalışmada çocukluk çağı obezitesi ve diyet yapma ileriki yaşlarda yeme bozukluğu gelişimi ile ilişkili bulunmuştur [80].

Vücut ağırlığı ile ilgili dalga geçilme, dış görünüm ile ilgili kıyaslama yapılması, ağırlık ve zayıf olma konusundaki sosyal baskı, toplumdaki incelik ideali yeme bozukluğu için risk oluşturabilmektedir [75, 81]. Hem sosyal medya hem de televizyon, dergi gibi geleneksel medya tarafından teşvik edilen zayıflık ideali, beden memnuniyetsizliği ve zayıf olmak için baskılanma özellikle kadınlarda yeme bozuklukları gelişimi açısından risk faktörleridir [82]. Çevresel etmenlerden biri olan sosyal medya kullanımı ile vücut ağırlığı memnuniyetsizliği ve zayıflama isteği ilişkilendirilmektedir. Sosyal medya kullanıcıların zayıflama baskısı altına girdikleri ve görünüşlerini değiştirmek istedikleri görülmektedir [83].

2.4.2. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınladığı Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabında (DSM) anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, pika, ruminasyon bozukluğu, kaçıngan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu başka şekilde sınıflandırılmayan (atipik) yeme veya beslenme bozukluğu ve tanımlanmamış yeme ve beslenme bozukluğu şeklinde sekiz yeme ve beslenme bozukluğu tanımlanmıştır [84].

Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nevroza her yaştan ve cinsiyetten bireyi etkileyebilen vücut ağırlığı kazanımından aşırı korkma ile karakterizedir. Bozulmuş beden imgesi nedeniyle kişiyi besin alımında aşırı kısıtlama veya aşırı fiziksel aktivite, kendini kusturma gibi ağırlık kaybına

neden olacak davranışlara iten ciddi bir psikiyatrik bozukluktur [85]. Anoreksiya nervozada ağırlık kazanımını engellemeye yönelik davranışlar kişiyi hayati riske sokacak anormal bir vücut ağırlığına sahip olmasına neden olmaktadır [86].

Anoreksiya nervoza tüm psikiyatrik hastalıklardan en ölümcül olanıdır [87]. İngiltere'de yeme bozukluğu tanısı almış kişilerin yaşıtlarına göre mortalite oranlarının karşılaştırıldığı çalışmada AN tanılı 15-24 yaş aralığındaki bireylerin mortalitesi yaşıtlarının 11,5 katı; AN tanılı 25-44 yaş aralığındaki bireylerin mortalitesi ise yaşıtlarının 14 katı çıkmıştır [88].

Anoreksiya nervozada görülen malnütrisyon ve anormal ağırlık kaybı vücutta tüm organ ve sistemleri etkilemektedir [89]. Kardiyak sistemde göğüs ağrısı, çarpıntı, kalp yetmezliği; hipokalemi ve hiponatremi gibi elektrolit dengesizliği; gastrointestinal sistemde konstipasyon, reflü, şişkinlik ve karın ağrısı ve amenore görülen komplikasyonlardan bazılarıdır [90]. Anoreksiya nervoza DSM-V tanı kriterlerinden çıkarılmış olmasına rağmen amenorenin (3 aydan uzun süre menstrüasyon görülmemesi) AN'li kadınların %66-84'ünde görüldüğü tahmin edilmektedir [91]. Bu etkilerin yanında enerji kısıtlaması sonucu gelişen hormonal değişiklikler kemik sağlığını tehlikeye atmaktadır. Anoreksiya nervozanın en yaygın komplikasyonu olarak kemik kaybı gösterilmektedir. Anoreksiya nervozalı kadınların yaklaşık %90'ının yaşıtlarına göre daha düşük mineral yoğunluklu kemiklere sahip olduğu görülmektedir [92].

Hem kadın hem de erkeklerde AN vakalarının giderek arttığı görülmektedir. İngiltere'de 1968'den 2011'e kadar 10-44 yaş aralığındaki AN tanısı alan hastalar incelendiğinde, kadınlarda 1968-1996 yılları arasında ilk başvuru oranının 100 000'de 2,7 oranı ile sabit kaldığı 2007-2011 yılları arasında bu oranın 6,3'e yükseldiği; erkeklerde 1960'lı yıllarda vaka bulunmazken, oran 1992-1996 yıllarında 100 000'de 0,07'ye, 2007-2011 yılları arasında ise 100 000'de 0,4'e yükselmiştir [93]. Danimarka'da 1995-2010 yılları arasında 4-65 yaş aralığındaki bireylerde ilk kez AN tanısı alma durumunun incelendiği ulusal düzeydeki çalışmada AN insidansının iki katına çıktığı görülmüştür. Anoreksiya nervoza insidansı kadınlarda 100 000'de 9,9'dan 19,3'e, erkeklerde 100 00'de 0,9'dan 2,4'e yükselmiştir [94].

Her yaşta ortaya çıkabilen AN çoğunlukla adölesan döneminde başlamaktadır. İsveç'te 1987 ile 2009 yılları arasında 8-30 yaş aralığındaki 2 milyondan fazla kişi ile yürütülen bir

çalışmada AN insidansının kızlarda 14-17 yaşları arasında, erkeklerde ise 12-17 yaşları arasında en yüksek değerlere ulaştığı görülmüştür [95]. Daha çok kadınlarda görülen AN'nin adölesan ve yetişkin kadınlarda görülme sıklığının %1,7-4,3 arasında değiştiği, erkeklerin de dahil edildiği birkaç çalışmadan elde edilen verilere göre erkeklerde ise %0,2-0,3 arasında değiştiği tahmin edilmektedir [96]. Avrupa genelinde yapılan bir çalışmada ise kadınlarda AN görülme sıklığı %1-4 olarak bulunmuştur [74]. Çizelge 2.1'de DSM V'e göre AN tanı kriterleri verilmiştir.

Çizelge 2.1. DSM V'e göre AN tanı kriterleri [84]

• Kişinin yaşı, cinsiyeti ve gelişimi açısından vücudu için gerekli enerji miktarını devamlı olarak sınırlandırması nedeniyle vücut ağırlığında belirgin bir azalma
• Şişmanlamaktan veya ağırlık kazanımından aşırı korkma veya belirgin derecede düşük vücut ağırlığına rağmen ağırlık kazanımı engelleyecek davranışların devamlılığı
• Kişinin vücut ağırlığı ve şeklini algılamasında bozukluk olması veya kişinin mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetini kavrayamaması

Anoreksiya nervozalı kişilerin tedavisi kapsamında aile, diyetisyen, psikiyatrist, terapist, hemşire ve doktordan oluşan multidisipliner bir yaklaşımla tıbbi, beslenme ve psikolojik müdahaleler başarı getirmektedir. Hastanın güvenli biçimde yeniden yemek yemeye başlaması, ağırlık kazanması ve sağlıklı yeme alışkanlıkları edinmesi bakımından diyetisyenin vereceği beslenme danışmanlığı büyük önem taşımaktadır. Malnütrisyon derecesi, ağırlık kaybı, hastanın yaşı ve eşlik eden tıbbi durumlar da göz önüne alınarak haftalık 500-1400 gram ağırlık kazanımı hedeflenmekte ve planlanan beslenme programının uygulanmasında multidisipliner ekibin desteği gerekmektedir [85, 97].

Bulimiya nervoza

Bulimiya nervoza tıkınırcasına yeme dönemlerini kusma ve besin kısıtlaması gibi ağırlık kazanımını engelleyici telafi edici davranışların izlemesi ile karakterize bir tablodur [86, 98]. Hastalar yeme atakları sırasında 2 saat gibi kısa bir süre içerisinde aşırı miktarda besin tüketimini takiben bunu telafi edecek kendini kusturma, aşırı egzersiz, laksatif kullanımı gibi uygun olmayan davranışlar sergilemektedir. Yapılan bu davranışlarda ağırlık, vücut şekli veya görünüşe dair olan olumsuz düşünceler rol oynamaktadır [58, 99]. Bulimiya nervozadaki kendini kusturma davranışı diş minesinde aşınma, ağız kuruluğu ve diş hassasiyetinde artış gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bunun yanında oluşan elektrolit dengesizliği ve dehidratasyon kardiyak aritmiye neden olabilmektedir [100].

Bulimiya nervozanın ortaya çıkma yaşı 10-29 yaşlarında olmakta ve genellikle AN'ye göre daha geç yaşlarda görülmektedir [99]. Norveç'te ülke genelinde 2010-2016 yılları arasında BN insidansının incelendiği bir çalışmada en yüksek insidansın 20-29 yaşları arasında görüldüğü ve BN insidansı bakımından kadın:erkek oranın 24:1 olduğu bildirilmiştir [101]. Tüm kriterleri taşıyan bulimiya nervoza prevalansının ise yetişkinlerde %1-1,5, gençlerde %0,1-2 olduğu hesaplanmıştır [102]. Avrupa genelinde kadınlarla yapılan bir çalışmada ise BN prevalansı %1–2 olarak bulunmuştur [74]. Çizelge 2.2'de DSM V'e göre BN tanı kriterleri verilmiştir.

Çizelge 2.2. DSM V'e göre BN tanı kriterleri [84]

- Aşağıdaki durumların ikisini de içeren tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme dönemlerinin olması:
  1. Benzer koşul ve zaman diliminde, çoğu kişinin yiyebileceği miktardan çok daha fazla yemeği ayrı bir süre içerisinde (örn. herhangi bir iki saatlik sürede) yeme
  2. Bu süreçte yemek yeme denetiminin kaybedildiği hissinin duyulması (örn. yemek yemeyi bırakamayacağı hissi)
- Ağırlık artışını engellemek adına kendini kusturma; laksatif, diüretik veya diğer ilaçları yanlış kullanma; besin alımını neredeyse tamamen sınırlandırma veya egzersiz gibi telafi edici davranışların tekrarlanması
- Bu tıkınırcasına yeme ve bunu telafi edici davranışların her ikisinin de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez gerçekleşmesi
- Benlik değerlendirmesinin vücut ağırlığı ve biçiminden gereksiz biçimde etkilenmesi
- Bu bozukluğun sadece AN dönemlerinde ortaya çıkmaması gerekmektedir.

AN: Anoreksiya nervoza

Bulimiya nervozanın tedavisinde yeme davranışındaki bozuklukları ve beden imgesi sorunlarını azaltmak adına kullanılan bilişsel davranış terapisi en etkili görülen ve yaygın olarak kullanılan bir uygulamadır. Bilişsel davranış terapisi diyet izlemi, enerji dengesi eğitimi, bilişsel müdahaleler, beden imgesi terapisi ve hastalığın tekrarlanmasını önleme çalışmalarını içermektedir. Bunun yanında farmakolojik tedavi, bulimik davranışları tetikleyen durumlar üzerine odaklanan kişilerarası terapi ve kişiye sıkıntı yaratan yanıtların üretildiği bir modelin uyaranlarına maruz kalınan maruz kalma terapisi BN'nin tedavisi için üzerinde çalışılan diğer yöntemleridir [98, 102].

Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Hem fiziksel hem de psikolojik sağlık açısından çeşitli sorunlarla ilişkilendirilmesine rağmen 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te ilk kez ayırıcı tanı ölçüleri olan bir beslenme ve yeme bozukluğu olarak yer alan tıkınırcasına yeme bozukluğu, kontrol duygusunun

kaybedilmesi ile beraber aşırı miktarda yemeğin kısa sürede tüketildiği tıkınırcasına yeme dönemlerinin tekrarlandığı bir durumdur [86, 103]. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun BN'den ayırt edici özelliği tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri giderebilmek için, hastanın kendini kusmaya zorlama, laksatif ya da idrar söktürücü ilaçlar kullanma gibi arındırıcı davranışların göstermemesi ve tıkınırcasına yeme dönemi dışındaki zamanlarda BN hastalarının TYB hastalarına göre besin alımında daha katı davranmalarıdır [104].

En yaygın yeme bozukluğu olan TYB, yetişkinlerin yaklaşık %3'ünde görülmektedir [105]. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun yetişkin bireylerde prevalansı %2-5'tir [106]. Tıkınırcasına yeme bozukluğu erkeklerde de sıkça görülmekle beraber kadınlarda (%3,5) erkeklerden (%2) daha yaygın durumdadır [105]. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda yemek yerken kontrolün kaybedilmesi, yemek yemenin durdurulamaması veya ne kadar yemek yeneceğinin ayarlanamaması ağırlık kazanımına yol açabilmektedir [103]. Bunun yanında obez kişilerin %5-30'unda TYB görüldüğü tahmin edilmektedir [105].

Tıkınırcasına yeme bozukluğu hem psikolojik hem de fiziksel sağlığı etkilemektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğuna en sık eşlik eden hastalıklar duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve kişilik bozuklukları olup en sık konulan tanı ise major depresyondur [104]. Bunların yanında TYB kronik ağrı, obezite, diyabet ve kalp-damar hastalıkları ile ilişkilendirilmektedir [105]. Çizelge 2.3'te DSM V'e göre TYB tanı kriterleri verilmiştir.

Çizelge 2.3. DSM V'e göre TYB tanı kriterleri [84]

- Aşağıdaki durumların ikisini de içeren tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme dönemlerinin olması.
  1. Benzer koşul ve zaman diliminde, çoğu kişinin yiyebileceği miktardan çok daha fazla yemeği ayrı bir süre içerisinde (örn. herhangi bir iki saatlik sürede) yeme
  2. Bu süreçte yemek yeme denetiminin kaybedildiği hissinin duyulması (örn. yemek yemeyi bırakamayacağı hissi)
- Aşağıdakilerden en az üçü tıkınırcasına yeme döneminde görülür:
  1. Normale göre çok daha hızlı yemek yeme
  2. Kişiyi rahatsız edecek derecede tokluk hissine ulaşıncaya kadar yemek yeme
  3. .Fizyolojik olarak açlık hissedilmiyorken yemek yeme
  4. Yenilen yemek miktardan utanıldığı için tek başına yemek yeme
  5. Sonrasında kendinden tiksinme, depresyon hissi veya büyük bir suçluluk duygusu duyma
- Tıkınırcasına yeme süreci konusunda büyük bir sıkıntı duyma
- Tıkınırcasına yeme davranışının ortalama, üç ay içinde en az haftada bir kez gerçekleşmesi.
- Tıkınırcasına yeme davranışı sonrasında BN'deki gibi tekrarlayan telafi edici davranışları görülmemektedir ve tıkınırcasına yeme, sadece AN ve BN süresince ortaya çıkmamalıdır.

AN: Anoreksiya nevroza, BN: Bulimiya nevroza

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi, diyalektik terapi gibi psikolojik, davranışsal veya her ikisini de içeren yaklaşımlar ve ilaç tedavileri kullanılmaktadır [105].

Pika

Pika her yaşta ve neredeyse her kültürde görülebilen besleyici değeri olmayan veya besin olmayan maddelerin yenmesi ile karakterize yeme bozukluğudur [107]. Etiyolojisi yeterince aydınlatılamamıştır ve multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Zeka geriliği, açlık, demir başta olmak üzere mikro besin ögesi yetersizlikleri ile patojen ve toksinlere maruziyetin artışı üzerinde durulmaktadır [108]. En sık görülen pika türleri geofaji (toprak yeme), pagofaji (buz yeme) ve amilofaji (nişasta yeme) olarak gösterilmektedir [109]. Demir eksikliği anemisi, elektrolitlerde dengesizlik, gastrointestinal sistemde komplikasyonlar, oral ve dental yaralanmalar, parazit enfeksiyonu ve ağır metal zehirlenmeleri pika ile ilişkilendirilen sağlık sorunlarıdır [107, 110].

Pikanın prevalansı tam olarak bilinmemekle beraber çoğunlukla çocukluk çağı ve hamilelik ile ilişkilendirilmektedir ancak tüm toplumlarda ve yaş gruplarında görülebilmektedir [111]. Almanya'da 7-14 yaş arası 804 çocukla yapılan bir çalışmada bireylerin %4,98'inde tekrarlayan pika davranışı olduğu görülmüştür [112]. Hamilelik esnasındaki pika prevalansı ise bölgesel, kültürel ve incelenen popülasyona göre değişmektedir ancak %0,02 ila %74 arasında değiştiği düşünülmektedir [107]. Çizelge 2.4'te DSM V'e göre pika tanı kriterleri verilmiştir.

Çizelge 2.4. DSM V'e göre pika tanı kriterleri [84]

- En az bir aylık süre içerisinde, yineleyen biçimde besin olmayan ve besleyici değeri olmayan maddeleri yeme
- Besin olmayan ve besleyici olmayan maddeleri yeme durumunun kişinin gelişimsel seviyesi ile ilgili olmamalıdır.
- Bu yeme davranışının kültürel bir uygulama veya toplumsal değerlere göre normal karşılanacak bir durum olmaması gerekmektedir.
- Bu yeme davranışı başka bir mental bozukluk (örn. otizm spektrum bozukluğu) ile beraber veya tıbbi durum (örn. gebelik) sırasında görülürse ayrıca bir klinik değerlendirme gerekmektedir.

Tedavide kullanılan davranışsal müdahalelerin pika davranışını azalttığı ve yüksek oranda başarı ile sonuçlandığı bildirilmiştir [113].

Ruminasyon bozukluğu (geri çıkarma / geviş getirme)

Ruminasyon yemek sırasında veya kısa bir süre sonrasında yineleyici bir şekilde mide bulantısı, öğürme veya iğrenme olmadan gıdanın yeniden ağıza geri gelmesi ile karakterizedir [58, 114]. Ruminasyon bozukluğu elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, dental komplikasyonlar, belirgin ağırlık kaybı ve malnütrisyona neden olabilmektedir [110]. Hastaların yaklaşık %40'ında ağırlık kaybı gözlenmekte ve bunun yanında besinlerin tekrar tekrar ağıza geri getirilmesi ve sosyal anlamda oluşan utanç duygusu psikolojik strese neden olup yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [115].

Ruminasyon pek yaygın görülmediğinden prevalans ve insidansına dair epidemiyolojik veriler sınırlıdır. Yetişkin popülasyonda %0,8-0,9 oranında görüldüğü bildirilmiştit. Ancak yeme bozukluğu ve fibromiyaljisi olanlarda %7-8 gibi daha yüksek oranda görülmektedir [116]. İsviçre'de 7-13 yaşları arasındaki 1430 çocukla yapılan bir çalışmada çocukların % 9,7'sinde ruminasyon davranışı olduğu bildirilmiştir [114]. Çizelge 2.5'te DSM V'e göre ruminasyon tanı kriterleri verilmiştir.

Çizelge 2.5. DSM V'e göre ruminasyon tanı kriterleri [84]

• En az bir aylık süreç içerisinde yineleyen biçimde yenilen yiyeceğin geri çıkarma. Ağza geri çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yutulabilir veya tükürülebilir.
• Bu sık sık geri çıkarma davranışı, eşlik eden mide-bağırsak hastalığına veya başka bir tıbbi duruma bağlı olarak gelişmemelidir.
• Bu yeme bozukluğu sadece AN, BN, TYB veya kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu gidişatında ortaya çıkmamalıdır.
• Belirtiler başka bir mental bozukluk (ör. zeka gelişim geriliği veya başka bir nörogelişimsel bozukluk) ile beraber görülüyorsa ayrıca bir klinik değerlendirme gerekmektedir.

AN: Anoreksiya nevroza, BN: Bulumiya nevroza, TYB: Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Tedavisinde öncelikle geri çıkarma davranışına neden olan durumlar incelenerek davranışçı terapiler uygulanmaktadır [115].

Kaçıngan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu

Ağırlık, görünüm ve beden şekli kaygısı olmadan, yiyeceklerden kaçınma veya alınan besinde kısıtlama sonucu belirgin ağırlık kaybı ile karakterize bir yeme bozukluğudur [117]. Besine ve yemek yemeye olan ilginin azalması; yemeğin rengi, kokusu, yapısı gibi duyusal özelliklerinden rahatsızlık duyma ve kusma, boğulma gibi istenmeyen tepkilerin

tekrarlanmasından korkma gibi nedenlere bağlı olarak semptomlar gelişebilmektedir [118]. Anoreksiya nervoza ve BN hastalarına göre kaçıngan/kısıtlı besin alım bozukluğu olan kişilerin daha genç olduğu, bu yeme bozukluğu türünde daha fazla erkek hasta olduğu ve genellikle eşlik eden bir psikiyatrik ve/veya tıbbi semptomla beraber görüldüğünü gösterilmiştir [119].

Pediatrik yeme programlarındaki çocuklarda kaçıngan/kısıtlı besin alım bozukluğu oranının %5 ila %22,5 arasında olduğu düşünülmektedir [117]. İsviçre'de 8-13 yaş aralığındaki 1444 çocukla beraber yapılan çalışmada çocukların %3,2'sinde kaçıngan/kısıtlı besin alım bozukluğu tespit edilmiştir [120]. Yetişkinlerde ise kaçıngan/kısıtlı besin alım bozukluğu görülme sıklığı çalışmaları oldukça sınırlıdır. Avustralya'da 15 yaşın üzerindeki 5737 kişiyle yapılan çalışmada kaçıngan/kısıtlı yeme bozukluğu olan kişilerin oranı %0,3 olarak bulunmuştur [121]. Çizelge 2.6'te DSM V'e göre kaçıngan/kısıtlı besin alımı bozukluğu tanı kriterleri gösterilmiştir.

Çizelge 2.6. DSM V'e göre kaçıngan/kısıtlı besin alımı bozukluğu tanı kriterleri [84]

- Aşağıdaki durumlardan birinin/birden fazlasının eşlik ettiği, uygun beslenme ve/veya gerekli enerji ihtiyacının yineleyen biçimde tekrarlanamaması ile karakterize bir yeme ve beslenme bozukluğu (örn. yiyeceğe karşı ilgisizlik; yiyeceğin duyusal özelliklerinden rahatsızlık duyma; yemek yedikten sonra tiksindirici sonuçlarla karşılaşmaktan kaygı duyma)
  1. Vücut ağırlığında belirgin bir düşüş (ya da çocuklarda gelişimi açısından istenilen ağırlık kazanımının olmaması ya da büyümede duraklama görülmesi)
  2. Belirgin bir beslenme eksikliği
  3. Enteral beslenmeye veya oral besin desteklerine bağlı kalma
  4. Psikososyal işlevin belirgin olarak düşmesi
- Bu bozukluk ulaşılabilir besin eksikliği veya kültürel anlamda onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanmamalıdır.
- Bu yeme bozukluğu sadece AN ve BN gidişatında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da vücut şeklini algılama biçiminde bir bozukluk olduğuna dair kanıt yoktur.
- Bu yeme bozukluğu eş zamanlı bir tıbbi durumuna bağlanamaz veya başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Eğer başka bir durum veya bozukluk ile beraber ortaya çıkarsa yeme bozukluğunun şiddeti, durum ya da bozukluğun rutin ilişkisini aşmakta ve klinik açıdan daha fazla dikkat gerektirmektedir.

AN: Anoreksiya nevroza, BN: Bulumiya nevroza

Kaçıngan/kısıtlı yeme bozukluğu olan kişilerde çoğunlukla eşlik eden tıbbi ve psikolojik komplikasyonlar olduğundan tedavisinde davranış ve beslenmeye dayalı yaklaşımlara odaklanılmaktadır [122].

Tanımlanmış diğer yeme bozuklukları

Klinik açıdan problem yaratan ve kişinin işlevselliğini etkileyen, beslenme ve yeme bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu ancak gösterilen belirtilerin beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesinden herhangi birinin tanı ölçülerinin tamamını karşılayamadığı beslenme ve yeme bozukluklarıdır. Tanımlanmış diğer yeme ve beslenme bozuklukları, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin tanı ölçülerinin karşılanamamanın özel nedeni klinisyenler tarafından incelenmek istenildiğinde kullanılmaktadır [84].

Atipik anoreksiya nervoza

Atipik AN belirgin ağırlık kaybına karşın normal veya normalin üstünde vücut ağırlığı ile beraber görülen kısıtlayıcı yeme davranışıdır [85]. Belirgin ağırlık kaybına rağmen, kişinin ağırlığının normal sınırlarda veya üzerinde olması dışında AN'nin tüm kriterleri sağlanır [84]. Atipik AN'nin prevalansı yüksek olup yaşam boyunca %2,8 oranında görüldüğü bildirilmiştir [123]. Yeme bozukluğu olan 309 hastayla yapılan çalışmada atipik AN oranı %30 olarak bulunmuştur [124]. Almanya'da 1654 adölesanla yapılan çalışmada ise atipik AN oranı %3,6 olarak bulunmuştur [125].

Atipik bulimiya nervoza

Tıkınırcasına yeme ve telafi edici arınma davranışının haftada bir kereden az ve/veya üç aydan daha az süre gerçeklemesi hariç BN'nin tüm şartları sağlanmaktadır [84]. İspanya'da 422 üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmada öğrencilerinin %4,7'sinin atipik BN riski taşıdığı görülmüştür [126]. Depresyon, kaygı bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıkları olan 14 ve 16 yaşlarındaki on binden fazla kişi ile yürütülen çalışmada atipik BN oranları 14 ve 16 yaşındakiler için sırasıyla %1,3 ve %3,2 olarak bulunmuştur [127].

Eşik altı tıkanırcasına yeme

Ortalama olarak haftada birden az ve/veya 3 aydan kısa süre görülmesi dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun tüm tanı ölçütleri karşılanmaktadır [84]. Hem fiziksel hem de psikolojik komplikasyonları olan eşik altı tıkınırcasına yeme bozukluğu, TYB için risk faktörüdür [128].

Çıkarma bozukluğu (kusma sendromu)

Tıkınırcasına yemenin olmadığı ağırlık ve vücut şeklini etkileyen kendini kusturma, laksatif kullanımı gibi tekrarlayan arınma davranışının sergilenmesi ile karakterizedir [84]. Anoreksiya nervoza ve BN'ye benzer şekilde vücut ağırlığı kontrolü açısından bir çaba söz konusudur ancak AN'nin aksine arınma bozukluğu olan kişilerin vücut ağırlığı düşük değildir ve BN'nin aksine bu kişilerde tıkınırcasına yeme görülmemektedir [129].

Çıkarma bozukluğu adölesanların yaklaşık %2,5'ini etkilemektedir ve daha çok kızlarda görülmektedir [130]. Avustralya'da 11-19 yaşları arasındaki 5072 adölesanla yapılan çalışmada arınma bozukluğu prevalansı %3,2 olarak bulunmuştur ve kızlarda (%4,8) erkeklerden (%1,6) daha yaygın olduğu görülmüştür [131]. Çıkarma bozukluğu prevalansı ile ilgili olarak 1996-2013 yılları arasında 9-15 yaşlarındaki 9031 kız ile yapılan çalışmada çıkarma bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %6,2 olarak hesaplanmıştır [132].

Gece yeme sendromu

Gece yeme sendromu (GYS) uyku esnasında uyanarak yemek yeme veya akşam yemeğinden sonra aşırı yemek yeme olarak tanımlanan tekrarlayan gece yeme dönemleri ile karakterizedir. Gece yeme sendromu tanısı alabilmek içinin kişinin yemek yediğinin bilincinde olması ve yemek yediğini hatırlaması gerekmektedir [84]. Ayrıca GYS'de sabahları iştahsızlık, akşam yemeği ile uyku arasında ve/veya uyku esnasında yemek yeme ihtiyacı, uykusuzluk yaşama, akşamları sıklıkla depresyon hali ve duygudurumun kötüleşmesi ve kişinin yemek yemeden uyuyamayacağına inanması semptomlarından en az 3 tanesi görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri genel popülasyonun %1,5'inde görüldüğü bildirilmiştir [133]. Gece yeme sendromunun genellikle yüksek vücut ağırlığına sahip bireylerde görüldüğü ve obez kişilerde GYS prevalansının %6-16 arasında olduğu belirtilmiştir [134].

<u>Diğer tanımlanmamış yeme bozuklukları</u>

Klinik açıdan problem yaratan ve kişinin işlevselliğini etkileyen, beslenme ve yeme bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu ancak bu belirtilerin beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesinden herhangi birinin tanı ölçülerinin tamamını karşılayamadığı

beslenme ve yeme bozukluklarıdır. Tanımlanmamış yeme ve beslenme bozuklukları, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin tanı ölçülerinin karşılanamamanın özel nedeni klinisyenler tarafından incelenmek istenilmediğinde ve daha özel bir tanı için elde yeterli bilginin olmadığı durumlarda kullanılmaktadır [84].

Ortoreksiya nervoza

Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı'nda henüz bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmamış olan [84] ortoreksiya nervoza (ON) terimi sağlıklı beslenme ve tüketilen besinin doğal ve saflığıyla aşırı takıntılı olma durumu olarak nitelendirildiğinden bozulmuş yeme davranışını temsil etmektedir [135, 136].

Ortoreksiya nervoza ve AN'de benzer anormal yeme davranışı görülmektedir ancak AN hastalarında beden imgesi ve vücut ağırlığı kaygısı nedeniyle meşguliyet yiyeceğin niceliği bakımından olurken ortoreksik insanlar için asıl endişe yiyeceğin miktarından ziyade yiyeceğin saf, doğal ve sağlıklı olup olmadığı gibi niteliksel özellikleridir [137, 138].

Ortoreksik kişiler yiyeceğin kaynağına, işlenmesine ve paketlenmesine dikkat etmekte ve onlara göre saf olmayan, sağlıksız veya kontaminasyona uğramış gıdalardan kaçınmaktadırlar. Bu nedenle besinleri planlama, satın alma, hazırlama ve tüketme aşamalarında oldukça fazla zaman ve para harcamaları söz konusudur [139]. Ortoreksik kişilerin kaçındıkları yiyecekler arasında genetiği değiştirilmiş gıdalar, şeker, yağ veya tuz oranı yüksek gıdalar, pestisit kalıntısı olan gıdalar ve alerjik oldukları besinler (alerjileri tanılı olabilir veya olmayabilir) yer almaktadır. Bu şekilde belirli besin ve besin gruplarından sınırlı bir beslenme; besin ögesi yetersizliklerine, vücut ağırlığı kaybına ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir [140].

Evrensel olarak kabul edilen ON tanı ölçütleri olmamakla beraber Dunn ve Bratman tarafından [141] önerilen kriterler sağlıklı beslenme adına besin seçimleri ile fazla meşgul olma ve birincil amaç olarak görülmemesine rağmen besin kısıtlamaları sonucu ağırlık kaybı görülebilmesi ile bu davranışların ve zihinsel meşguliyetin tıbbi, psikolojik, sosyal, akademik veya iş yaşamına zarar vermesi olmak üzere iki ana özelliği vurgulamaktadır.

Ortoreksiya nervoza tanı ölçüleri net olarak kesinleştirilemediğinden prevalansı konusunda veriler sınırlıdır. Ortoreksiya nervozanın prevalnsının araştırıldığı ve aralarında Türkiye'den de çalışmaların bulunduğu yetişkin bireylerle beraber diyetisyen, sanatçı gibi yüksek risk taşıyan kişilerle yürütülen toplam 11 çalışmanın dahil edildiği bir çalışmada ortoreksiya nevroza prevalansının %6,9 olduğu ve yüksek riskli gruplarda bu oranın %35-57,8'e yükseldiği bildirilmiştir. Diyetisyenler, beslenme ve diyetetik öğrencileri, sağlık çalışanları, tıp fakültesi öğrencileri ve performans sanatçıları ON gelişme riski yüksek kişiler arasındadır [142]. Yaş bakımından gençlerde daha çok görüldüğünü bildiren çalışmalar [143, 144] mevcut olsa da yetişkinler üzerinde yapılan sınırlı çalışmalar genelleme yapmayı mümkün kılmamaktadır. Ortoreksiya nervoza ve cinsiyet ilişkisi bakımından da sonuçlar çelişkili olup kadınlarda daha fazla görüldüğünü bildiren [139, 143, 144], erkeklerde daha fazla görüldüğünü bildiren [145, 146] ve cinsiyetler arası bir farklılık olmadığını [140, 147] gösteren çalışmalar mevcuttur.

Bigoreksiya (kas dismorfisi)

Bigoreksiya kişinin kendisini küçük, zayıf ve yeterince kaslı görmemesi sonucu idealindeki kas oranı yüksek yağ oranı düşük vücuda ulaşma çabası ile karakterize bir durumdur [148]. İdealleştirilen yağ oranı düşük ve kas oranı yüksek vücut yapısı özellikle genç yetişkin erkek ve vücut geliştiricileri için bigoreksiya gelişimi bakımından risk oluşturmaktadır [149]. Erkeklerde daha yaygın görülen bigoreksiyanın karakteristik özellikleri kas kütlesini artırma ve yağ kütlesini azaltmak için duyulan aşırı istek, çevresindeki insanlardan vücudunu gizlemek için kat kat kıyafet giymek ve sağlığı tehdit eden steroid gibi ilaçlar kullanmaktır [148]. Bigoreksiyalı bireyler sıkı egzersiz ve diyet programları nedeniyle sosyal ve iş yaşamlarında zorluk çekmektedir. Bu takıntıları böbrek fonksiyonlarında bozulma, kalp hastalıkları gibi tıbbi durumlara, depresyon gibi psikolojik hasarlara neden olabilmektedir [149].

Diabulimiya

Tip 1 diyabetli hastaların ağırlık kaybı sağlamak amacıyla insülinin bilinçli olarak kullanılmaması veya sınırlandırılması ile karakterize yeme bozukluğudur [150]. Tip 1 diyabetli bireylerde bozulmuş yeme davranışı ve yeme bozukluğu insidansı artmış durumdadır [151]. Tip 1 diyabetli kadınlarda yeme bozukluğu görülme riski diyabeti

olmayan akranlarınınkinin iki katıdır [152]. Diyabetli bireylerde vücut ağırlığını azaltmak adına en çok kullanılan iki yöntemin diyet yapma ve insülin kullanımını sınırlandırma olduğu bildirilmiştir [150]. Diabulimiyanın kısa vadeli etkileri elektrolit dengesizliği, artmış bakteriyel enfeksiyon riski ve kas atrofisi iken [153] uzun süreli etkileri arasında retinopati, nöropati ve vasküler hastalıklar yer almaktadır [154]. Prevalansının adölesan öncesi dönem için %1, geç adölesan ve genç yetişkinlik dönemi için %27-39 olduğu bildirilmiştir [153].

2.4.3. Yeme bozukluklarının tedavisi

Yeme bozuklukları yeme ve beden ile ilgili patolojinin temel oluşturduğu, çoğunlukla başka bir psikolojik ve fizyolojik bozukluk ile beraber görülen sağlık sorunlarıdır [155]. Farklı yeme bozukluklarının çeşitli komplikasyonları nedeniyle tedavi yöntemleri de değişmektedir. Günümüzde yeme bozuklukları tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri Çizelge 2.7'de gösterilmiştir [104, 156].

Çizelge 2.7. Yeme bozuklarında kullanılan tedavi yöntemleri [104, 156]

Yeme bozukluğu	**Tedavi yöntemleri**
Anoreksiya nevroza	• Bilişsel davranışçı terapi • Aile temelli terapi • Maudsley modeli aile terapisi • Farmakolojik tedavi
Bulimiya nevroza	• Bilişsel davranışçı terapi • Aile temelli terapi • Kişilerarası terapi • Kendi kendine yardım terapisi • Diyalektik davranışçı terapi • Farmakolojik tedavi
Tıkınırcasına yeme bozukluğu	• Bilişsel davranışçı terapi • Aile temelli terapi • Kişilerarası psikoterapi • Diyalektik davranışçı terapi • Motivasyonel terapi
Kaçıngan/kısıtlı yeme bozukluğu	• Davranışçı terapi • Farmakolojik tedavi

Belirlenen tedavi prensipleri ile yeme bozuklukları olan bireylerin sosyal yaşamdaki rollerini yeniden kazanmaları, sosyal aktivitelerde bulunmaları, yeme davranışları ve düşüncelerini iyileştirerek bu kişileri desteklemek amaçlanmaktadır [157]. Sağlık çalışanları ve diyetisyenler için yeme bozuklukları tedavisindeki prensipler Çizelge 2.8'de belirtilmiştir.

Çizelge 2.8. Yeme bozukluğu tedavisi prensipleri [72, 157]

- Erken müdahale oldukça önemlidir. Yeme bozuklukları fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak kişinin sağlığına zara verebildiğinden uzun süreli olumsuz etkileri önlemek amacıyla tedaviye erken başlanılmalıdır.
- Yeme bozukluğu tedavisinde servisler arası uyum olmalıdır. Örneğin ayaktan tedavi ile yatarak tedavi arasında veya çocuk-adölesan servisinden yetişkin servisine sevki arasında yaşanabilecek bir hata hastanın sağlığını olumsuz etkileyeceğinden bu servisler arasındaki iletişim önem kazanmaktadır.
- Kullanılan tedavi yöntemleri kanıtlara dayalı olmalıdır. Konunun uzmanları tarafından hasta için en uygun olan ve bilimsel kanıtlara dayalı tedavi seçeneği değerlendirilmelidir.
- Aile üyeleri ve kişinin yakınları tedaviye müdahil olmalıdır. Anoreksiya nervoza gibi birçok yeme bozukluğunun tedavisinde bireysel terapi yanında aile terapisinin kullanımı tedavide fark yaratmaktadır.
- Her hastaya özel bir tedavi planı oluşturulmalıdır. Kişinin yaş, cinsiyet ve kültürel farklılık gibi özellikleri de dikkate alınarak hastanın ihtiyacı olan tedavi sağlanmalıdır.
- Sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve vücut ağırlığı gibi konularda eğitim/psikoeğitim tüm tedavilere dahil edilmelidir.
- Yeme bozuklukları psikiyatrik ve tıbbi anlamda pek çok ciddi soruna neden olabileceğinden tedavide doktor, psikiyatrist, aile terapisti, psikolog, hemşire, diyetisyeni içeren multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir.
- Yeme bozukluğu tecrübesi veya uzmanlığı olan bir ekiple tedavide daha iyi sonuçlar alınabilmektedir.

Tedavide psikoterapi uygulamaları, davranışsal yöntemler, beslenme tedavisi ve diğer tıbbi uygulamalar için multidisipliner bir ekip gerekmektedir. Yeme davranışının ve beslenme durumunun iyileştirilmesinin amaçlandığı beslenme tedavisini sağlayan diyetisyen tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır [158]. Yeme bozukluklarının tedavisinde Beslenme ve Diyetetik Akademisi (AND)'ne göre diyetisyenin görev ve sorumlulukları Çizelge 2.9'da gösterilmiştir.

Çizelge 2.9. Yeme bozukluğu tedavisinde diyetisyenin görev ve sorumlulukları [157]

• Beslenme durumunun değerlendirilmesi: tıbbi veya fiziksel durumla ilgili olarak yeme bozukluğu semptomları ve davranışları da dahil olmak üzere beslenme sorunlarını belirlenmek
• Beslenme müdahalesi: vücut kompozisyonu ve sağlık hedeflerine göre beklenilen vücut ağırlığı değişimleri için gerekli enerji ve makro besin ögelerinin hesaplanması ve izlenmesi
• Beslenmenin izlenmesi ve değerlendirilmesi: besin alımı izlenmesi, bireyin gelişimi ve ağırlığındaki değişime göre düzenleme yapılması
• Bakım koordinasyonu: beslenme programına veya beslenme önerilerine uyumu en üst seviyeye çıkarmak amacıyla protokoller konusunda ekibe danışmanlık sağlanması, besin takviyelerinin emilimini artırmak amacıyla rehberlik sağlanması, besin ilaç etkileşiminin en aza indirilmesi ve gerekli durumlarda bakıma devam edilmesi için yönlendirilme yapılması
• İleri eğitim: bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi gibi danışmanlık tekniklerinde özel eğitim alınması

Tek bir tedavi yaklaşımına odaklanılması ve kısa sürede başarı hedefleyen müdahaleler genellikle etkili olmamaktadır bu yüzden yeme bozukluğunun türüne bağlı olarak hem ağırlık kaybı hem de ağırlık kazanımını sağlamak ve bu durumu sürdürmek için tedavi bireysel, ailesel ve sosyal faktörlerle yaklaşımı içeren multidisipliner şekilde olmalıdır [159].

2.5. Sezgisel Yeme

Sezgisel yeme açlık ve tokluk durumunu belirlemek için içsel sinyallerin kullanıldığı diyet olmayan yaklaşımların temelini oluşturmaktadır [160]. Sezgisel beslenme duygusal nedenler yerine fizyolojik sebeplerden dolayı yemeyi, açlık ve tokluk sinyallerine güvenmeyi, açlık durumunda istenilen besini yemek için koşulsuz izinle beraber kişinin bedeni için en besleyici besini seçmesini hedefleyen diyetsel olmayan bir yaklaşımdır [161].

Kısıtlayıcı diyet veya enerji kısıtlamaları ne zaman ve ne yeneceği konusunda dışsal kurallar koyarken sezgisel beslenme yeme seçimleri konusunda içsel açlık sinyallerinin dinlenmesini işaret etmektedir [162]. Sezgisel yemede bireylerin diyet zihniyetinden çıkıp içsel vücut sinyallerine dikkat etmeleri ve buna göre ihtiyaçlarını belirlemeleri, sağlıklarını ön plana koyup aşırı veya yetersiz beslenme gibi durumlardan kaçınarak vücudun ihtiyacı olan enerji ihtiyacının karşılanması beklenmektedir [163].

Sezgisel yeme hem fiziksel hem de psikolojik anlamda sağlığa katkıda bulunmaktadır. Psikolojik anlamda sezgisel yemenin bozulmuş yeme davranışlarını ve yemek ile meşgul olma düşüncülerini azalttığı görülmektedir [164]. Yapılan çalışmalar yüksek sezgisel yeme

seviyelerinin daha düşük oranda kronikleşmiş diyet yapma ve tıkınırcasına yeme ile ilişkilendirmektedir [10, 165]

Sezgisel yeme yaşamdan alınan doyum, beden ve benlik saygısını olumlu etkilemektedir [162]. İnternet bazlı bir müdahale ile kadınlara sezgisel yemenin öğretildiği bir çalışmada 14 hafta boyunca sezgisel yeme ile ilgili 12 modül uygulanmıştır. On dört hafta sonunda 12 modülü de tamamlayan kadınların sezgisel yeme puanlarının, genel mental durumlarının anlamlı oranda iyileştiği ve tıkınırcasına yeme davranışlarının anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur [161].

Sezgisel yeme davranışı bakımından cinsiyetler arası karşılaştırma yapıldığında kadın ve erkeklerin sezgisel yeme puanlarının ya denk olduğu ya da erkeklerin sezgisel yeme puanlarının daha fazla olduğu görülmektedir [163, 166-168]. Oluşan bu farka kadınların üzerindeki ince olma baskısıyla beraber daha yüksek seviyede gözlenen diyet yapma oranının neden olabileceği düşünülmektedir [162]. Fransa'da yapılan bir çalışmada 18 yaş üzeri 9581 erkek ve 31955 kadının bireyin sezgisel yeme puanları incelenmiştir. Erkeklerin sezgisel yeme ve alt ölçek puanlarının kadınlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur [169].

2.5.1. Sezgisel yemenin ana kavramları

Sezgisel yeme ölçmede ilk olarak 2004 yılında Hawks ve arkadaşları [170] tarafından bir araç oluşturulmuştur. Kısa bir süre sonra 2006 yılında Tylka tarafından [171] ilk orijinal sezgisel yeme ölçeği geliştirilmiştir. Yemek için koşulsuz izin, duygusal nedenler yerine fizyolojik sebeplerle yeme ve açlık-tokluk sinyallerine güvenme olmak üzere 3 ana kavram üzerinde duran bu ölçek 2013 yılında Tylka & Kroon Van Diest tarafından [163] beden-besin seçim uygunluğu olarak adlandırılan yeni bir özellik getirilerek revize edilmiştir.

Koşulsuz yeme izni, fizyolojik olarak aç hissedildiği anda istenilen yiyeceğin yenmesidir. Bu yeme anlayışına sahip kişiler besinleri iyi-kötü veya yasaklı-serbest gibi gruplara ayırmaksızın içten gelen açlık sinyallerine göre yemek yemektedirler [171]. Duygusal sebepler yerine fizyolojik sebeplerden dolayı yeme, negatif duygular veya duygusal stres gibi durumları bastırmak nedeniyle değil fizyolojik olarak aç hissedildiğinde yemek yemeyi yansıtmaktadır [171]. Açlık-tokluk sinyallerine güvenme, ne zaman ve ne miktarda

yeneceğine dair kişinin içsel açlık ve tokluk sinyallerine güvenmesini yansıtmaktadır [163, 171]. Beden-besin seçim uyumu ise sağlık ve vücut fonksiyonları için hem fizyolojik hem de duyusal anlamda doyum sağlayacak lezzetli ve sağlıklı besinlerin seçilmesidir [163, 172]. Sezgisel yiyiciler yeme hazzı ile beraber yemekten zevk almakta ve bu şekilde yemeği vücudu beslemek için kullanmaktadırlar [173].

2.5.2. Sezgisel yemenin 10 prensibi

1. Diyet zihniyetini reddetme: Kısıtlayıcı yeme veya diyet yapma vücut ağırlığı kaybı amacıyla kullanılan yöntemlerin başında gelmektedir ancak bireylerin büyük çoğunluğu diyet ve fiziksel aktivite gibi davranış değişikliklerini sürdüremediklerinden bu yöntem uzun süreli ve sürdürülebilir vücut ağırlığı kaybı konusunda çoğu zaman etkisiz olmaktadır [174]. Sezgisel yeme ise kişinin duygu, çevresel gibi faktörlerden bağımsız ve diyet zihniyetine girmeden fizyolojik olarak açlık duyduğunda yemek yemesini savunmaktadır [173]. Diyet kısıtlamaları ile vücut ağırlığındaki dalgalanmalar ile ilişkilendirilirken sezgisel yeme vücut ağırlığının sabit kalmasına yardımcı olmaktadır [175].

2. Açlık hissini onurlandırma: Aşırı açlık hissedildiğinde vücudun biyolojik olarak ihtiyaç duyduğu yeterli miktarda enerji ve karbonhidrat karşılanmalıdır aksi halde aşırı yemeye yönelik ilkel bir güdü tetiklenebilmektedir [176].

3. Yiyecekler ile barışma: Besinlerle savaşmak yerine açlık hissedildiğinde kişi yemek için kendisine koşulsuz izin tanımalıdır. Belirli bir yiyeceğin yenilmeyeceğinin veya yenmemesinin gerektiğini düşünmek aşırı besin isteği ve tıkınırcasına yemeye de yol açan yoğun yoksunluk duygularına neden olabilmektedir [176].

4. Gıda polisine meydan okuma: Belirli bir enerji değerinin altında yemek yenildiğinde iyi, bir parça çikolatalı kek yenildiğinde bunun kötü olduğunu söyleyen gıda polisine karşı gelinmelidir. Düşüncelerdeki gıda polisini uzaklaştırmak sezgisel yemede en önemli adımlardan biridir [176].

5. Tokluk hissine saygı gösterme: Artık aç olmadığınızı söyleyen vücut sinyalleri dinlenmeli ve doyulduğunu gösteren işaretlere dikkat edilmelidir. Bir besini yerken veya

bir öğünün ortasında ara verip, kişi kendisine yemeğin tadının nasıl olduğunu sormalı ve doygunluk durumunu sorgulamalıdır [176].

6. Memnuniyet faktörünü keşfetme: Japonların sağlıklı yaşam amaçlarından biri memnuniyet duygusudur. Uygun ortamda arzu edilen bir yemek yenildiğinde hissedilen zevk, memnun ve tatmin olmayı sağlamaktadır. Bu deneyim sağlandığında yenilenin yeterli olduğuna karar vermek için daha az yemeğe gerek duyulmaktadır [176].

7. Yiyecekleri kullanmadan duyguları onurlandırma: Endişe, can sıkıntısı ve öfke gibi duygulardan kurtulmak amacıyla yiyecekleri kullanmak yerine çözüm yolları aranmalıdır. Yiyecekler bu duyguları düzeltmeyeceği gibi aşırı yemenin verdiği rahatsızlık uzun vadede kişinin daha da kötü hissetmesine neden olmaktadır [176].

8. Bedene saygı gösterme: Kişinin kendisini aha iyi hissetmesi için vücuduna saygı göstermesi gerekmektedir. Vücut ölçüsü konusunda gerçekçi olmamak ve aşırı eleştirel düşünmek, diyet zihniyetini terk etmeyi zorlaşmaktadır [176].

9. Egzersiz yapma ve farkı hissetme: Egzersiz yapılırken harcanılan enerji miktarından ziyade vücut hareketlerinin nasıl hissettirdiğine odaklanılmalıdır. Eğer odak egzersiz yapıldığında nasıl hissedildiğine çevrilirse, bu durumun tempolu yürüyüş niyetiyle yataktan kalkma ile alarmı erteleme arasında bir fark yaratabileceğine inanılmaktadır. Sabah uyanıldığında tek amaç vücut ağırlığında düşüş sağlamak ise bu o an için motive edici bir faktör olmamaktadır [176].

10. Sağlığı onurlandırma-hoşgörülü beslenme: İyi hissettirmenin yanında sağlığı ve damak zevkini onurlandıran besin seçimleri yapılmalıdır. Bir atıştırmalık, bir öğün veya bir günde yenilen yemek sonucu aniden besin yetersizliği yaşamak veya vücut ağırlığında artış mümkün değildir. Önemli olan zaman içerisinde yenilenlerdir, mükemmellik değil ilerleme göstermek amaçlanmalıdır [176].

2.5.3. Sezgisel yeme davranışı ve yeme tutumu

Sezgisel yeme ile yeme bozukluğu riskinin negatif ilişkili olduğu ve sezgisel yeme davranışı arttıkça yeme bozukluğu semptomlarının düştüğü bildirilmektedir [172, 177, 178]. Çalışmalar sezgisel yeme davranışının yeme tutum testi puanlarına göre belirlenen bozulmuş

yeme semptomlarıyla ve tıkınırcasına yeme davranışı ile negatif ilişkili olduğunu göstermektedir [10, 179]. Sezgisel yeme davranışının yeme bozukluğu olan bireylerdeki durumunu değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada sezgisel yeme toplam ve alt ölçek puanlarının yeme bozukluğu olan kadınlarda, yeme bozukluğu olmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür [180].

Sezgisel yeme davranışının yeme davranışına etkisini değerlendirmek amacıyla 18-45 yaşlarındaki 273 kadınla yürütülen bir çalışmada ise sezgisel yeme ile yeme bozukluğu semptomları arasında güçlü bir negatif ilişki saptanmıştır [181]. Konu ile ilgili 18-25 yaş aralığındaki 333 üniversite öğrencisiyle yapılan başka bir çalışmada sezgisel yeme ile bozulmuş yeme davranışı arasında anlamlı bir negatif ilişki gözlendiği bildirilmiştir [182].

Sezgisel yeme davranışı ile psikolojik sağlık ve bozulmuş yeme davranışı ilişkisini inceleyen uzunlamasına bir çalışmada bireyler adölesan döneminden başlanarak 8 yıl süre izlenmiştir. Hem başlangıçta yüksek sezgisel yeme davranışı hem de başlangıca göre artan sezgisel yeme davranışı daha düşük oranda zayıflama ilacı, kusma gibi vücut ağırlığı kontrolü davranışları ve tıkınırcasına yeme ile ilişkilendirilmiştir [183].

2.5.4. Sezgisel yeme ile vücut ağırlığı ve beden kütle indeksi ilişkisi

Ağırlık kaybı amacıyla uygulanan diyetlerin uzun vadede sürdürülememesinden dolayı çoğu zaman başarı getirmemesi ve kaybedilen ağırlığın geri kazanılması; dehidratasyon, kalp problemleri, ağırlık dalgalanmaları, kendini değersiz hissetme ve depresyon gibi hem fiziksel hem psikolojik sağlığın zarar görmesine neden olabilmektedir [184]. Diyet kısıtlamaları ile beraber içsel açlık sinyalleri yerine yemek için dışsal uyaranlara dikkat edilmesi ve bunun da aşırı yemeye neden olması ve tekrarlanan diyet hatalarının kişinin benlik saygısının düşmesine neden olduğu düşünülmektedir [183]. Bu nedenlerden dolayı vücut ağırlığı odaklı müdahalelerden ziyade sağlığı ve genel olarak bireylerin iyi olma durumunu geliştirecek sezgisel yeme gibi diyet olmayan yaklaşımlara yönelim olmuştur [177].

Sezgisel yeme davranışında içsel açlık ve tokluk sinyallerine göre besin tüketimi olmaktadır [163]. İçsel açlık ve tokluk sinyallerine güvenen kişilerin kronik diyet yapma ve tıkınırcasına yeme davranışında bulunma ihtimalinin daha düşük olduğu ve bu kişilerin BKİ değerlerinin

daha düşük olduğu görülmüştür. Erkeklerin içsel sinyallerine güvenme oranı genellikle daha yüksek olmakla beraber sezgisel yeme davranışı her iki cinsiyette de daha düşük BKİ ile ilişkilendirilmektedir [185]. Yetişkin kadın ve erkeklerle yapılan çalışmalarda sezgisel yeme ile BKİ arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. [10, 165, 186, 187]. Ancak bunun yanında sezgisel yeme ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptamayan çalışmalar da bulunduğundan [182, 188, 189] sezgisel yeme ile vücut ağırlığı ve BKİ arasındaki ilişki netlik kazanmamıştır.

Yetişkin kadınlarla yapılan güncel bir çalışmada ise sezgisel yeme ile BKİ arasında negatif bir ilişki bulunmuştur [181]. Beden kütle indeksi normal aralıkta olan 200 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada sezgisel yeme düzeyi yüksek olanların BKİ değeri, sezgisel yeme düzeyi orta ve düşük olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur [173].

Sezgisel yeme müdahalesinin incelendiği çalışmalarda bireylerin genellikle ağırlık kaybettiği veya sabit vücut ağırlığında kaldıkları görülmüştür [190-192]. Kadınlarda beden imgesi olumlama ve sezgisel yemenin 12 haftalık online müdahale ile yürütüldüğü bir çalışmada müdahaleden 12 ay sonra yapılan ölçümlerde bireylerde anlamlı ağırlık kaybı sağlandığı gözlenmiştir [193]. Doğum sonrası kadınlarda sezgisel yeme müdahalesinin vücut ağırlığına etkisinin incelendiği bir çalışmada doğum sonrası sezgisel yeme ile BKİ değerlerinde daha fazla düşüş olmuştur [194]. Sezgisel yeme müdahalesinin vücut ağırlığına etkisinin incelendiği başka bir çalışmada ise 40-50 yaş aralığındaki 2500 kadının üç yıl süreyle sezgisel yeme durumu ve BKİ takip edilmiştir ve üç yılın sonunda toplam sezgisel yeme puanındaki 1 puanlık artışın %2,6 daha düşük BKİ ile ilişkili olduğu bulunmuştur [195]. Beden kütle indeksi 30'un üstünde olan 30-45 yaşları arasında 80 kadının katıldığı bir çalışmada bireyler vücut ağırlığında azalma veya vücut ağırlığından bağımsız sağlıklı olmanın hedeflendiği iki gruba ayrılmıştır. Müdahale sonrası vücut ağırlığından bağımsız grupta sezgisel yemede daha fazla iyileşme görülürken, vücut ağırlığında azalmanın hedeflendiği grupta BKİ bakımından daha fazla düşüş görülmüştür [191]. Buna karşılık yeme farkındalığı ve sezgisel yeme stratejilerinin ağırlık kaybına etkisinin inceleyen bir meta analizde, bu stratejilerin herhangi bir müdahale olmayan kontrol gruplarına göre anlamlı bir ağırlık kaybı sağladığı ancak geleneksel diyet programları ile aralarında belirgin bir fark olmadığı belirlenmiştir [174].

2.5.5. Sezgisel yeme ve diyet kalitesi

Sezgisel yeme yaklaşımı konusundaki endişelerin başında sezgisel yemenin kişileri ne zaman ne yemek istedikleri konusunda serbest bıraktığı için şeker veya yağ içeriği yüksek gıdalara yöneltebileceği gelmektedir ancak sezgisel yeme aynı zamanda vücut yararına beslenmeyi de vurguladığından sezgisel yeme davranışında bulunan kişilerin daha sağlıklı diyet örüntüsü sergilemesi beklenmektedir [196]. Bunun yanında sezgisel yeme ile besin alımı ve diyet kalitesi ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla beraber sonuçlar çelişkilidir [179, 197, 198].

İlkelerini sezgisel yeme yaklaşımından alan, vücut ağırlığından ziyade her anlamda iyi olma halinin vurgulandığı HAES müdahalesinin kadınların sezgisel yeme ve diyet kalitelerine etkisini inceleyen bir çalışmada HAES müdahale grubuna 216, kontrol grubuna 110 kadın dahil edilmiştir. Diyet kalitesi günlük enerji ve makro besin ögeleri alımı, yüksek yağ/şeker içeren ürünlerin tüketimi ve sağlıklı yeme indeksi üzerinden değerlendirilmiştir ve 13 haftalık müdahale sonrasında, müdahale grubundaki kadınların sezgisel yeme puanlarının ve sağlıklı yeme indeksine göre değerlendirilen diyet kalitelerinin anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Ayrıca müdahale ile yüksek yağ/şeker içeren ürünlerin tüketimi müdahale grubunda azalırken ancak kontrol grubunda değişiklik görülmemiştir. Hem müdahale sonrası hem de bir yıllık izlem sonuçları HAES grubunda sezgisel yeme ile sağlıklı yeme indeksi puanları arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir [197].

Kadın ve erkeklerde sezgisel yemenin besin alımına etkisini inceleyen ve bireylerin %51'inin erkek olduğu toplamda 5 binden fazla kişinin katıldığı çalışmada diğer alt ölçeklerden farklı olarak yemek için koşulsuz izin alt ölçeği ile düşük diyet kalitesi arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna karşılık sadece kadınlarda duygusal nedenler yerine fizyolojik sebeplerle yeme ve açlık-tokluk sinyallerine güvenme alt ölçekleri ile diyet kalitesi arasında zayıf bir pozitif ilişki saptanmıştır [196].

2.5.6. Sezgisel yeme ve fiziksel aktivite

Sezgisel yeme kapsamındaki fiziksel aktivitenin amacı ağırlık kaybı veya enerji harcamasından ziyade kişilerin yaparken zevk alacağı aktiviteleri bulmasına teşvik edilmesidir [173]. Fiziksel anlamda ise sezgisel yeme fiziksel aktiviteye teşvik etmekte ve sağlıklı vücut ağırlığında kalmayı sağlamaktadır [10, 11, 199, 200].

Sezgisel yeme davranışında vücut ağırlığı ve vücut şeklinden bağımsız olarak vücuda saygı duyulduğundan yapılan fiziksel aktiviteden daha fazla haz duyulacağı belirtilmektedir [163]. Sezgisel yeme ile fiziksel aktivite motivasyonunun değerlendirildiği bir çalışmada yemek için içsel motivasyonlarını kullanan kadınların düzenli fiziksel aktivite yaptıkları görülmüştür. Ayrıca içsel motivasyona göre yemek yiyen kadınların fiziksel aktiviteyi benliklerinin bir parçası olarak gördüğü ve fiziksel aktiviteden zevk aldıkları bildirilmiştir [173]. Vücut ağırlığı kaybı amacıyla ve vücut ağırlığından bağımsız amaçlarla fiziksel aktivite yapan kadınların sezgisel yeme ile yeme motivasyonlarının incelendiği çalışmaya 40-50 yaş arası fiziksel olarak aktif 1435 kadın dahil edilmiştir. Vücut ağırlığında düşüş amacıyla fiziksel aktivite yapanların, sezgisel yeme puanları ağırlıktan bağımsız olarak fiziksel aktivite yapanlara göre daha düşük bulunmuştur [201]. Sezgisel yeme ile yeme davranışı, diyet kalitesi ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya 5 binden fazla yetişkin dahil edilmiştir. Hem kadın hem erkeklerde fiziksel aktivite ile beden-besin seçim uygunluğu alt ölçeği arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kadınlarda fiziksel aktivite ile duygusal nedenler yerine fizyolojik sebeplerle yeme alt ölçeği arasında pozitif ilişki saptanmıştır [196].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu kesitsel tanımlayıcı araştırma, çalışma durumuna göre yetişkin kadın bireylerde sezgisel yeme davranışı, yeme tutumu ve beslenme durumunun incelenmesi amacıyla Haziran 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Trabzon ve Samsun il merkezinde yaşayan, rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen yaş aralığı 18-60 olan gönüllü toplam 196 kadın ile yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğünün %95 güven (1-α), %95,0 test gücü (1-β) ve ρ: 0,232 etki büyüklüğü alınarak analizi sonucunda 98'i çalışan ve 98'i çalışmayan kadın olmak üzere toplam 196 bireyden oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmaya 18 yaşından küçük ve 60 yaşından büyük olan bireyler, gebe veya emzikli olanlar, kronik veya psikiyatrik hastalığa sahip olanlar, obez olanlar, iştahı etkileyecek ilaç kullananlar (antidepresan, metformin vb.), özel bir diyet uygulayanlar ve vardiyalı çalışanlar dahil edilmemiştir.

Bu çalışma için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 06/05/2021 tarihinde E.83942 sayılı Etik Komisyon Onayı alınmıştır. (EK 1). Çalışmaya katılan her bireye 'Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' imzalatılmıştır (EK 2).

Çalışma bütçesi açısından herhangi bir kurumdan maddi destek alınmamıştır, araştırmacının kendi olanakları ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Genel Planı

Çalışmaya katılan bireylerin demografik bilgiler, sağlık bilgileri, beslenme durumu ile alışkanlıklarına yönelik anket ve üç günlük (2 gün hafta içi 1 gün hafta sonu olacak şekilde) besin tüketim kayıt formu bireylere uygulanmıştır. Bireylerin sezgisel yeme davranışının değerlendirilmesi için Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (IES-2), yeme tutum davranışlarının değerlendirilmesi için Yeme Tutum Testi (EAT-26), diyet kalitesinin değerlendirilmesi için Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği, fiziksel aktivitenin değerlendirilmesi için Uluslararası Fiziksel Aktivite Kısa Formu (IPAQ-Short Form) ile bilgileri alınmıştır (EK 3). Antropometrik ölçüm olarak bireylerden boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi ve kalça çevresi araştırmacı tarafından alınmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması

Çalışma verileri bireyler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile hazırlanan anket kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.3.1. Bireylerin demografik özellikleri, sağlık bilgileri ve beslenme alışkanlıkları

Bireylerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir durumu gibi demografik bilgileri sorgulanmıştır. Bireylere hekim tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığın varlığı, ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, son 6 ay içerisinde ağırlık kaybı amacıyla zayıflama diyeti uygulama durumu ve vücut ağırlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorgulanmıştır. Bireylere ana ve ara öğün sayıları, öğün atlama durumu, en çok atladıkları öğün ve öğün atlama nedenleri gibi beslenme alışkanlıklarına dair sorular sorularak elde edilen bilgiler kaydedilmiştir.

3.3.2. Antropometrik ölçümler

Bireylerin vücut ağırlığı ince kıyafetlerle, ağırlığı değiştirecek kıyafet ve aksesuarlar çıkartılarak (hırka, kemer vb.) ayakkabısız şekilde 0,1 kg duyarlı dijital tartı (Tanita TT-730) kullanılarak araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Bireyler aç durumda iken veya besin alımından en az dört saat sonrasında tartılmıştır [202].

Bireylerin boy uzunluğu ayakkabısız, ayaklar birleşik ve duvara değecek şekilde, baş Frankfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada ve yere paralel) iken esnemeyen bir mezür yardımı ile araştırmacı tarafından ölçülmüştür [203].

Bireylerin vücut ağırlığının, boy uzunluğunun metre karesine bölünmesi [vücut ağırlığı /boy uzunluğu (kg/m^2)] ile BKİ değerleri hesaplanmıştır. Değerlendirmede ise DSÖ sınıflandırması kullanılmıştır [204].

Çizelge 3.1. Yetişkin bireyler için DSÖ'nün BKİ sınıflandırması [204]

Sınıflandırma	Beden kütle indeksi (kg/m²)
Zayıf	≤18.5
Normal	18.5-24.99
Fazla kilolu	25.0-29.99
Obez	≥30
I.derece obez	30-34.99
II.derece obez	35-39.99
III.derece obez	≥40

Bireylerin bel çevresi birey ayakta iken, karın bölgesi gevşek, kollar iki yanda, bacaklar bitişik olacak şekilde iken esnemeyen mezura yardımıyla en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arasındaki orta noktadan araştırmacı tarafından ölçülmüştür ve bu esnada ölçümü etkileyecek her türlü giysi ve eşya çıkarılmıştır [203]. Bel çevresi değerlendirmesi DSÖ'ye göre yapılmıştır [205].

Çizelge 3.2. Yetişkin kadınlar için DSÖ'nün bel çevresi sınıflandırması [205]

Bel çevresi (cm)	Sağlık riski
<80 cm	normal
≥80 cm	artmış risk
≥88 cm	çok yüksek risk

Bireylerin kalça çevresi mezür ile bireyin yan tarafından en yüksek noktadan çevre ölçümü yapılarak araştırmacı tarafından alınmıştır [202]

Bireylerin bel/kalça oranı, bel çevresi (cm) / kalça çevresi (cm) formülü ile hesaplanmıştır. Bel/kalça oranının değerlendirilmesinde DSÖ sınıflandırması referans alınmıştır [205].

Çizelge 3.3. Yetişkin kadınlar için DSÖ'nün bel/kalça oranı sınıflandırması [205]

Bel/kalça oranı	Sağlık riski
<0.85	normal
≥0.85	yüksek risk

3.3.3. Besin tüketim durumunun değerlendirilmesi

Bireylerin enerji, makro, mikro besin ögesi alımlarını belirlemek için bireylerden 2 günü hafta içi 1 günü hafta sonu olacak şekilde 3 günlük besin tüketim kaydı alınmıştır. Ev ortamında tüketilen yemeklerin/besinlerin içeriklerinin miktarının belirlenmesinde "Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar" kitabından, bireylerin ev dışında tükettikleri yemeklerin/besinlerin porsiyon içeriklerini saptamak adına ise "Standart Yemek Tarifeleri" kitabından yararlanılarak hesaplama yapılmıştır [206, 207].

Verilerin analizi için "Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı'nın (BEBIS)" kullanılmıştır [208]. Enerji ve besin ögelerinin "Diyetle Referans Alım Düzeyi" [Dietary Reference Intake(DRI)]'ne göre değerlendirilmiş ve DRI karşılama yüzdesinin %50'den az olduğu durumlar "yetersiz" alım olarak nitelendirilmiştir [209].

3.3.4. Sezgisel yeme ölçeği (IES-2)

İçsel açlık tokluk sinyallerine güvenilen adaptif beslenme yaklaşımlarından sezgisel beslenmeye uyumun değerlendirilmesi amacıyla Tylka tarafından 2006 yılında 21 maddelik ve 3 alt boyutlu ilk orijinal Sezgisel Yeme Ölçeği-1 geliştirilmiştir [171]. Sadece kadın üniversite öğrencileri üzerinde geliştirilen bu ölçek sezgisel yemenin 4 alt ölçek altında incelenmesi, hem kadın hem de erkekler üzerinde çalışılarak psikometrik açıdan güçlendirmek ve ilk orijinal ölçeğin aksine sezgisel yeme davranışının yokluğunu sorgulayan maddelerden ziyade sezgisel yeme varlığını değerlendiren maddeler eklenmesi amacıyla Tylka ve Kroon Van Diest tarafından 2013 yılında revize edilerek Sezgisel Yeme Ölçeği-2 versiyonu geliştirilmiştir [163].

Bu 4 alt ölçek;

1. Koşulsuz yeme izni (1,3,4,9,16,17. sorular)
2. Duygusal sebepler yerine fizyolojik sebeplerden yeme (2,5,10,11,12,13,14,15. sorular)
3. Açlık-tokluk sinyallerine güvenme (6,7,8,21,22,23. sorular) ve
4. Beden-besin seçim uyumudur. (18,19 ve 20. sorular)

Ölçek 5'li likert tipinde 23 sorudan oluşmaktadır. Sorulara verilen cevaplar "kesinlikle katılıyorum" 1, "katılmıyorum" 2, "kararsızım" 3, "katılıyorum" 4 ve "kesinlikle

katılıyorum" 5 puan olarak değerlendirilmekte ve puanlama 1, 2, 3, 7, 8, 9 ve 10 soruları için tersine dönmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi ise asıl ölçek ve her alt boyutun kendisini oluşturan toplam puanın kapsadığı soru sayısına bölünerek bir sayısal değer elde edilmesiyle yorumlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı veya alt boyut puanlarının yüksek olması sezgisel yeme davranışının yüksek olduğunu göstermektedir [163, 165]. Ayrıca bireylerin sezgisel yeme durumuna göre sınıflandırılmasında tüm bireylerin sezgisel yeme toplam puanının ortalaması esas alınmıştır. Buna göre ortalama ve üzerindeki değerlere sahip olanlar sezgisel yiyen, ortalamanın altındaki değerlere sahip olanlar ise sezgisel yemeyen olarak değerlendirilmiştir.

Sezgisel yeme ölçeği-2'nin ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği Baş ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileri ile yapılmıştır [210].

3.3.5. Yeme tutum testi (EAT-26)

Garner ve arkadaşları tarafından yeme davranışı bozukluğu riskini değerlendirmek amacıyla anoreksiya nervozalı bireyler üzerinde geliştirilmiştir. Toplam 26 sorudan oluşan testin ilk 25 sorusuna verilen "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" cevapları 0 puan, "sıklıkla" 1 puan, "genellikle" 2 puan ve "her zaman" cevabı ise 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Testin son sorusunda puanlama tersine dönmektedir. Kesim noktası 20 puan olarak belirlenmiştir ve ölçek toplam puanın ≥20 olması yeme tutumlarında bozulmayı göstermektedir [211].

Yeme tutum testi-26'nın güvenilirliği Baş ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileri ile yapılmıştır [212].

3.3.6. Akdeniz diyeti uyum ölçeği

Akdeniz diyeti uyum ölçeği, besin tüketim sıklığı ve alışkanlıklarına dair sorular üzerinden Akdeniz diyetine uyumu değerlendirmek amacıyla Martinez-Gonzalez ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte bireylerin zeytinyağı, sebze, meyve, yağlı tohumlar, tereyağ, şekerli/gazlı içecek, baklagiller, balık, ev yapımı olmayan tatlı/hamur işleri, ortalama alkol ve kırmızı et tüketimine dair 14 soru bulunmaktadır. Sorulara evet cevabı verenler 1 puan, hayır cevabı verenler 0 puan almakta ve puanlar toplanmaktadır. Toplam

skor ≤5 (düşük uyum), 6-9 (orta uyum) ve ≥10 (yüksek uyum) şeklinde değerlendirilmektedir [213].

Ülkemiz için güvenilirlik çalışması Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından 18-65 taş aralığındaki 71 yetişkin birey ile yapılmıştır [214].

3.3.7. Uluslararası fiziksel aktivite kısa formu (IPAQ-short form)

Yetişkinlerin fiziksel aktivite düzeylerini tespit etmek amacıyla kullanılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin kısa formunda bireylerin son 7 günde minimum 10 dk yaptıkları fiziksel aktivite sorgulanmaktadır. Ankette şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite ile yürüme ve oturma sürelerine dair 7 soru bulunmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyi aşağıdaki hesaplamalarla elde edilen Metabolik Eşdeğer (MET-dk) yöntemiyle hesaplanmaktadır:
Yürüme skoru (MET-dk/hf) :3.3×yürüme süresi x yürüme günü
Orta şiddetli aktivite skoru (MET-dk/hf) : 4.0 x orta şiddetli aktivite süresi x orta şiddetli aktivite günü
Şiddetli aktivite skoru (MET-dk/hf) : 8.0 x şiddetli aktivite süresi x şiddetli aktivite günü
Toplam fiziksel aktivite skoru (MET-dk/hf) : Yürüme + Orta şiddetli aktivite + Şiddetli aktivite skorları.

Toplam fiziksel aktivite skoruna göre bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri "düşük, orta ve yüksek" biçiminde nitelendirilmektedir. Buna göre toplam MET değerinin <600 MET - dk/hafta olması düşük düzey, 600-3000 MET-dk/hafta olması orta düzey ve >3000 MET-dk/hafta olması yüksek düzey fiziksel aktivite olarak sınıflandırılmaktadır [215, 216].

Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu'nun Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk tarafından üniversite öğrencileriyle yapılmıştır [217].

3.4. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen verilerin istatiksel değerlendirilmesi SPSS 23.0 programı kullanılarak yapılmıştır [218]. Nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri için ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) değeri, en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max); nitel veriler için ise sayı

(S) ve yüzde (%) dağılımından faydalanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilks testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında, normal dağılım varsayımı sağlandığında Indepedent Sample-t test, sağlanmadığında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımsız üç ve daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılması ise normal dağılım varsayımı sağlandığında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile sağlanmadığında ise Kruskal Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi ile değerlendirilmiştir. Nitel değişkenlerden oluşan gruplar arasındaki ilişkilerin tespiti için ki-kare testinden; nicel iki değişken arasındaki ilişkinin gücü ve yönü, normal dağılım varsayımı sağlandığında Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım varsayımı sağlanmadığında ise Spearman Korelasyon Analizi'den yararlanılarak belirlenmiştir. Kullanılan testlerde $p<0.05$ istatiksel anlamlılık oranı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma durumuna göre yetişkin kadın bireylerde sezgisel yeme, yeme tutumu ve beslenme durumunun incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler aşağıdaki başlıklar halinde verilmiştir.

4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Bilgileri

Bireylerin demografik özellikleri Çizelge 4.1'de gösterilmiştir. Çalışan kadınların %36,7'si 18-30, %52,1'i 31-45 ve %11,2'si 46-60 yaş aralığında iken çalışmayan kadınların %54,1'i 18-30, %27,5'i 31-45 ve %18,4'ü 46-60 yaş aralığındadır ($p<0,05$). Çalışan kadınların %64,3'ü, çalışmayan kadınların %41,0'i evlidir ($p<0,05$). Çalışan kadınların %4,1'i ilkokul, %1,0'i ortaokul, %11,2'i lise, %11,2'i ön lisans, %61,3'ü lisans, %10,2'si yüksek lisans ve %1,0'i doktora mezunu; çalışmayan kadınların %2,0'si ilkokul, %7,2'si ortaokul, %34,7'si lise, %9,2'si ön lisans, %44,9'u lisans, %2,0'si yüksek lisans mezunudur ($p<0,05$).

Çizelge 4.1. Bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımı

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)		χ2/p t/p
	S	%	S	%	
Yaş ($\bar{x}$±SS)	34,7±7,98		32,7±11,79		t:1,744 p:0,083
Yaş grupları					
18-30	36	36,7	53	54,1	
31-45	51	52,1	27	27,5	χ2:12,321
46-60	11	11,2	18	18,4	**p:0,002***
Medeni durum					
Bekar	35	35,7	57	58,2	χ2:9,915
Evli	63	64,3	41	41,8	**p:0,00**2*
Eğitim düzeyi					
İlkokul	4	4,1	2	2,0	
Ortaokul	1	1,0	7	7,2	
Lise	11	11,2	34	34,7	χ2:26,413
Ön lisans	11	11,2	9	9,2	**p<0,001***
Lisans	60	61,3	44	44,9	
Yüksek lisans	10	10,2	2	2,0	
Doktora	1	1,0	-	-	

χ2 Ki kare, Independent samples T testi *p<0,05

Bireylerin çalışma durumuna göre sigara içme durumları ve sigara içme miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri Çizelge 4.2'de gösterilmiştir. Çalışan kadınların %88,8'i, çalışmayan kadınların ise %62,2'si sigara kullanmamaktadır. Çalışan kadınların istatiksel olarak anlamlı oranda daha az oranda sigara içtiği bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınlar günde ortalama 9,5±6,33 adet sigara içerken çalışmayan kadınlar 6,5±3,37 adet sigara içmektedir ($p> 0,05$).

Çizelge 4.2. Bireylerin sigara içme durumlarına göre dağılımı ve sigara içme miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)		$\chi 2/p$
	S	%	S	%	
Sigara içme durumu					
Kullanıyor	11	11,2	37	37,8	$\chi 2$:18,651
Kullanmıyor	87	88,8	61	62,2	**p<0,001***
Sigara sayısı (adet/gün)	9,5±6,33		6,5±3,37		t:-1,087 p:0,277

$\chi 2$ Ki kare, Independent samples T testi, *p<0,05

Çalışan kadınların çalışma yeri, mesleği ve gelir düzeyi dağılımı Çizelge 4.3'te gösterilmiştir. Çalışan kadınların büyük çoğunluğu (%70,4) kamu kurumlarında, %29,6'sı özel kurumda çalışmaktadır. Çalışan kadınların yaklaşık yarısı (%48,0) memur, %4,1'i hemşire, %3,1'i kasiyer, %1,0'i terzi, %2,0'si güvenlik görevlisi, %2,0'si mutfak çalışanı, %6,1'i muhasebeci, %3,1'i satış danışmanı, %3,1'i mühendis, %1,0'i mimar, %4,1'i akademisyen, %2,0'i diş hekimi, %5,1'i tekniker, %3,1'i psikolog, %5,1'i sosyolog, %1,0'i psikolojik danışman, %5,1'i işçi ve %1,0'i bankacıdır. Çalışan kadınların %22,5'i, gelirlerinin giderlerinden az, %52,0'si giderlerinin gelirlerine eşit, %25,5'i ise gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu bildirmiştir.

Çizelge 4.3. Çalışan kadın bireylerin çalışma yeri, meslek ve gelir düzeyi dağılımları

	Çalışan kadınlar (n:98)	
	S	%
Çalışma yeri		
Kamu	69	70,4
Özel	29	29,6
Meslek		
Memur	47	48,0
Hemşire	4	4,1
Kasiyer	3	3,1
Terzi	1	1,0
Güvenlik görevlisi	2	2,0
Mutfak çalışanı	2	2,0
Muhasebeci	6	6,1
Satış danışmanı	3	3,1
Mühendis	3	3,1
Mimar	1	1,0
Akademisyen	4	4,1
Diş hekimi	2	2,0
Tekniker	5	5,1
Psikolog	3	3,1
Sosyolog	5	5,1
Psikolojik danışman	1	1,0
İşçi	5	5,1
Bankacı	1	1,0
Gelir düzeyi		
Gelirim giderimden az	22	22,5
Gelirim giderime eşit	51	52,0
Gelirim giderimden fazla	25	25,5

4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Bireylerin beslenme alışkanlıklarının dağılımı ve öğün sayılarının ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.4'te gösterilmiştir. Çalışan kadınların yarısı (%50), çalışamayan kadınların ise %44,9'u zayıflama diyeti yapmadığını bildirmiştir. Zayıflama diyeit yapan bireylerin diyet yapma nedenleri incelendiğinde çalışan kadınların %28,6'sının sağlık nedeniyle, %69,4'ünün estetik görünüm nedeniyle, %2,0'sinin çevre baskısı

nedeniyle; çalışmayan kadınların ise %27,8'inin sağlık nedeniyle, %68,5'inin estetik görünüm nedeniyle ve %3,7'sinin çevre baskısı nedeniyle diyet yaptığını bulunmuştur. Bireylerin çalışma durumuna göre son 6 ay içinde diyet yapma durumu arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ana öğün ortalaması çalışan kadınlarda 2,3±0,47 iken çalışmayan kadınlarda 2,3±0,45 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Bireylerin tükettikleri ortalama ara öğün sayısı çalışan kadınlarda 1,2±0,96 iken çalışmayan kadınlarda 1,2±0,84 olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışan kadınların %4,1'i öğün atlamadığını, %60,2'si bazen öğün atladığını, %35,7'si ise her zaman öğün atladığını; çalışmayan kadınların ise %1,0'i öğün atlamadığını, %52,1'i bazen öğün atladığını, %46,9'u ise her zaman öğün atladığını belirtmiştir ($p>0,05$). Hem çalışan hem de çalışmayan kadınların en çok öğle öğününü (sırasıyla %40,4 ve %49,5) atladıkları görülmüştür. Öğün atlayan çalışan kadınların %28,7'si canlarının istememesini, %23,4'ü fırsat bulamamayı, %17,0'si alışkanlıklarının olmamasını, %17,0'si iş yoğunluğunu, %9,6'sı üşenmeyi ve %4,3'ü zayıflamayı öğün atlama nedeni olarak gösterirken; öğün atlayan çalışmayan kadınların ise %34,0'ü canlarının istememesini, %33,0'ü alışkanlıklarının olmamasını, %13,4'ü fırsat bulamamayı, %12,4'ü üşenmeyi, %4,1'i zayıflamayı ve %3,1'i iş yoğunluğunu öğün atlama nedeni olarak göstermiştir.

Çizelge 4.4. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının dağılımı ve öğün sayılarının ortalama ($\overline{x}$),standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)		$\chi 2$/p Z/p
	S	%	S	%	
Son 6 ay içinde zayıflama diyeti yapma durumu					
Hayır	49	50,0	44	44,9	$\chi 2$:0,512 p:0,474
Evet	49	50,0	54	55,1	
Zayıflama diyeti yapma nedeni	n:49		n:54		
Sağlık	14	28,6	15	27,8	
Estetik görünüm	34	69,4	37	68,5	
Çevre baskısı	1	2,0	2	3,7	
Öğün sayısı					
Ana öğün ($\overline{x}$±SS)	2,3±0,47		2,3±0,45		Z:-0,769 p:0,442
Ara öğün ($\overline{x}$±SS)	1,2±0,96		1,2±0,84		Z:-0,769 p:0,442
Öğün atlama durumu					
Evet	84	95,9	97	99,0	$\chi 2$:2,534 p:0,318
Hayır	4	4,1	1	1,0	
En çok atlanılan öğün	n:94		n:97		
Sabah	24	25,5	24	24,7	
Öğle	38	40,4	48	49,5	
Akşam	9	9,6	8	8,3	
Ara öğünler	23	24,5	17	17,5	
Öğün atlama nedeni					
Alışkanlığım yok	16	17,0	32	33,0	
Canım istemiyor	27	28,7	33	34,0	
Fırsat bulamadığım için	22	23,4	13	13,4	
Zayıflamak için	4	4,3	4	4,1	
Üşendiğim için	9	9,6	12	12,4	
İş yoğunluğundan	16	17,0	3	3,1	

$\chi 2$ Ki kare, Z "Mann-Whitney U test" *p<0,05

4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Bireylerin çalışma durumuna göre antropometrik ölçümlerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.5'te gösterilmiştir. Ortalama boy uzunluğu çalışan kadınlarda 161±0,03 iken çalışmayan kadınlarda 162±0,05 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Vücut ağırlığı ortalaması çalışan kadınlar için 61,7±8,21 çalışmayan kadınlar için 61,5±8,77; ortalama BKİ değerleri ise çalışan kadınlar için 23,6±3,12, çalışmayan kadınlar için 23,2±3,31 kg/m² olarak bulunmuştur ($p>0,05$).Çalışan ve çalışmayan kadınların ortalama bel çevresi sırasıyla 81,8±9,56 ve 80,5±10,03 cm; ortalama kalça çevresi sırasıyla 99,4±8,20 ve 98,9±8,66 cm; ortalama bel/kalça oranı sırasıyla 0,82±0,05 ve 0,81±0,05 olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 4.5. Bireylerin çalışma durumuna göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)			Z/p t/p
	$\bar{x}$±SS	Alt	Üst	$\bar{x}$±SS	Alt	Üst	
Boy uzunluğu (cm)	161±0,03	1,55	1,70	162±0,05	1,50	1,76	Z:-2,029 **p:0,042***
Vücut ağırlığı (kg)	61,7±8,21	46,3	82,0	61,5±8,77	42,3	80,2	t:0,133 p:0,894
BKİ (kg/m²)	23,6±3,12	18,66	29,67	23,2±3,31	14,99	29,47	Z:-0,648 p:0,517
Bel çevresi (cm)	81,8±9,56	66	103	80,5±10,03	62	108	Z:-0,863 p:0,388
Kalça çevresi (cm)	99,4±8,20	87	120	98,9±8,66	80	119	Z:-0,262 p:0,793
Bel/kalça oranı	0,82±0,05	0,70	0,94	0,81±0,05	0,70	0,96	T:1,340 p:0,182

Independent samples T testi, Z "Mann-Whitney U test", *p<0,05

Bireylerin DSÖ'ye göre BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı gruplarının dağılımı Çizelge 4.6'da gösterilmiştir. Beden kütle indeksine göre çalışan kadınların %66,3'ü normal, %33,7'si fazla kilolu; çalışmayan kadınların %10,2'si zayıf, %62,2'si normal ve %27,6'sı fazla kilolu olarak bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında BKİ sınıflandırmasına göre istatiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bel çevresine göre çalışan kadınların %25,5'i artmış risk, %30,6'sı yüksek risk; çalışmayan kadınların ise %25,5'i artmış risk, %27,6'sı yüksek risk grubunda bulunmaktadır ($p>0,05$). Bel/kalça oranına göre çalışan kadınların %31,6'sı, çalışmayan kadınların ise %26,5'i sağlık riski yüksek grupta yer almaktadır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Bireylerin DSÖ'ye göre BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı gruplarının dağılımı

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)		χ2/p
	S	%	S	%	
BKİ					
Zayıf	-	-	10	10,2	
Normal	65	66,3	61	62,2	χ2:10,727 **p:0,005***
Fazla kilolu	33	33,7	27	27,6	
Bel çevresi					
Normal	43	43,9	46	46,9	χ2:0,259 p:0,879
Artmış risk	25	25,5	25	25,5	
Çok yüksek risk	30	30,6	27	27,6	
Bel/kalça oranı					
Normal	67	68,4	72	73,5	χ2:0,106 p:0,745
Sağlık riski yüksek	31	31,6	26	26,5	

χ2 Ki kare, *p<0,05

Bireylerin bedenlerini değerlendirme durumlarının dağılımı Çizelge 4.7'de verilmiştir. Çalışan kadınların %3,1'i kendisini zayıf, %78,6'sı normal, %18,3'ü fazla kilolu; çalışmayan kadınların %13,3'ü kendisini zayıf, %66,3'ü normal, %20,4'ü fazla kilolu olarak değerlendirdiğini belirtmiştir. Bireylerin çalışma durumuna göre vücut ağırlıklarını değerlendirme durumları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Çizelge 4.7. Bireylerin bedenlerini değerlendirme durumlarının dağılımı

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)		χ2/p
	S	%	S	%	
Beden değerlendirme					
Zayıf	3	3,1	13	13,3	
Normal	77	78,6	65	66,3	χ2:7,369 **p:0,025***
Fazla kilolu	18	18,3	20	20,4	

χ2 Ki kare, *p<0,05

4.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Fiziksel Aktivite Puanları

Bireylerin sezgisel yeme ölçeği, yeme turum testi, Akdeniz diyeti uyum ölçeği ve fiziksel aktivite puanlarının ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri Çizelge 4.8'de gösterilmiştir. Sezgisel yeme toplam puanı ortalaması çalışan kadınların 3,5±0,46 iken çalışmayan kadınların ise 3,4±0,52 olarak bulunmuştur (p>0,05). Çalışan kadınların açlık

tokluk sinyallerine güvenme alt ölçek puan ortalamasının (3,5±0,54) çalışmayan kadınlardan (3,3±0,68) istatiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların yeme tutum testi puan ortalamasının (12,94±7,03) çalışan kadınlarınkinden (9,58±4,45) istatiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Akdeniz diyetine uyum ölçeği ortalama puanı çalışan kadınlar için 7,5±1,84 iken çalışmayan kadınlar için 7,3±1,90 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Uluslararası fiziksel aktivite formu ölçeğine göre MET ortalaması çalışan kadınlar için 703,3±464,09 iken çalışmayan kadınlar için 777,4±592,74 olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Bireylerin sezgisel yeme ölçeği, yeme tutum testi, akdeniz diyeti uyum ölçeği ve fiziksel aktivite puanlarının ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)			Toplam (n:196)			Z/p
	$\overline{x}$±SS	Alt	Üst	$\overline{x}$±SS	Alt	Üst	$\overline{x}$±SS	Alt	Üst	t/p
Sezgisel yeme ölçeği	3,5±0,46	2,4	4,5	3,4±0,52	2,2	4,7	3,5±0,49	2,2	4,7	t:1,189 p:0,236
Koşulsuz yeme izni	3,4±0,52	2,3	4,5	3,3±0,62	1,8	4,5	3,7±0,57	1,8	4,5	Z:-0,184 p:0,854
Duygusal sebepler yerine fizyolojik sebeplerden dolayı yeme	3,7±0,49	2,6	4,9	3,5±0,62	2,1	5,0	3,6±0,56	2,1	5,0	t:1,802 p:0,073
Açlık tokluk sinyallerine güvenme	3,5±0,54	2,2	4,8	3,3±0,68	1,7	4,7	3,4±0,62	1,7	4,8	t:2,197 **p:0,029***
Beden besin seçim uyumu	3,6±0,78	1,7	5,0	3,6±0,72	1,7	5,0	3,6±0,75	1,7	5,0	Z:-0,181 p:0,857
Yeme tutum testi	9,6±4,45	2	20	12,9±7,03	3	31	11,3±6,13	2	31	Z:-3,134 **p:0,002***
Akdeniz diyeti uyum ölçeği	7,5±1,84	4	12	7,3±1,90	3	11	7,4±1,87	3	12	Z:-0,326 p:0,744
Fiziksel aktivite (MET/dk)	703,3±464,09	99	1980	777,4±592,74	99	2376	740,4±528,41	99	2376	Z:-0,412 p:0,680

Independent samples T testi, Z "Mann-Whitney U test" istatistik değeri *p<0,05

Tüm bireylerin sezgisel yeme ölçeği puanı ortalaması 3,5±0,49 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.8). Bu ortalama ve üstündeki değere sahip olanlar sezgisel yiyen bireyler, ortalamanın altındaki değere sahip olanlar ise sezgisel yemeyen bireyler olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme, yeme davranışı bozukluğu riski bulunma durumu, Akdeniz diyetine uyum ve fiziksel aktive düzeylerinin dağılımı Çizelge 4.9'da gösterilmiştir. Çalışan kadınların %55,1'inin, çalışmayan kadınların %51,0'inin sezgisel yiyen olduğu belirlenmiştir (p>0,05). Çalışan kadınların %6,1'inin çalışmayan kadınların %19,4'ünün ise yeme davranışı bozukluğu riski bulundurduğu belirlenmiştir (p<0,05). Akdeniz diyetine uyum açısından çalışan kadınların %14,3'ü düşük uyum, %69,4'ü orta uyum, %16,3'ü yüksek uyum gösterirken çalışmayan kadınların %19,4'ünün düşük uyum, %67,3'ünün orta uyum, %13,3'ünün yüksek uyum gösterdiği bulunmuştur (p>0,05). Çalışan kadınların %51,0'inin düşük düzey, %41,8'inin, %7,2'sinin yüksek düzey çalışmayan kadınların ise %50,0'sinin düşük düzey, %40,8'inin, %9,2'sinin yüksek düzey fiziksel aktiviteye sahip olduğu bulunmuştur (p>0,05).

Çizelge 4.9. Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme, yeme davranışı bozukluğu riski bulunma durumu, Akdeniz diyetine uyum ve fiziksel aktive düzeylerinin dağılımı

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)		χ2/p
	S	%	S	%	
Sezgisel yeme durumu					
Var	54	55,1	50	51,0	χ2:0,328 p:0,567
Yok	44	44,9	48	49,0	
Yeme davranışı bozukluğu riski					
Var	7	7,1	19	19,4	χ2:6,386 **p:0,012***
Yok	91	92,9	79	80,6	
Akdeniz diyetine uyum					
Düşük	14	14,3	19	19,4	χ2:1,098 p:0,578
Orta	68	69,4	66	67,3	
Yüksek	16	16,3	13	13,3	
Fiziksel aktivite düzeyi					
Düşük	50	51,0	49	50,0	χ2:0,272 p:0,873
Orta	41	41,8	40	40,8	
Yüksek	7	7,2	9	9,2	

χ2 Ki kare istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre yeme tutumu, Akdeniz diyetine uyum ve toplam fiziksel aktivite puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) değerleri Çizelge 4.10'da verilmiştir. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda sezgisel yiyenlerin yeme tutum testi puan ortalaması sezgisel yemeyenlere göre istatiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınlarda sezgisel yiyenler ile sezgisel yemeyenler arasında Akdeniz diyetine uyum ölçeği ve fiizksel aktivite puan ortalaması bakımından istatiksel açıdan anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre yeme tutumu, Akdeniz diyetine uyum ve toplam fiziksel aktivite puanlarının ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (SS) puanları

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)	
	Sezgisel yiyenler	Sezgisel yemeyenler	Sezgisel yiyenler	Sezgisel yemeyenler
Yeme tutum testi	9,0±4,50	11,3±5,29	10,3±4,99	16,3±8,52
	Z:-2,110 **p:0,035***		t:4,193 **p:<0,001***	
Akdeniz diyeti uyum ölçeği	7,8±1,94	7,1±1,66	7,2±1,74	7,5±2,06
	Z:-1,463 p:0,144		Z:-0,974 p:0,330	
Fiziksel aktivite	667,6±465,93	785,7±526,24	1232,107±1164,46	722,2±517,05
	Z:-1,127 p:0,260		Z:-1,502 p:0,133	

Independent samples T testi, Z "Mann-Whitney U test" istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin çalışma durumu ve sezgisel yeme durumuna göre yeme davranışı bozukluğu riski görülme ve Akdeniz diyetine uyum düzeylerinin dağılımı Çizelge 4.11'de gösterilmiştir. Çalışan kadınlarda sezgisel yiyenlerin %3,7'si ve sezgisel yemeyenlerin %11,4'ü yeme davranışı bozukluğu riski taşımaktadır (p>0,05). Çalışmayan kadınlarda ise sezgisel yiyenlerin %6,0'sı ve sezgisel yemeyenlerin %33,3'ü yeme davranışı bozukluğu riski taşımaktadır (p<0,05). Çalışan kadınlarda Akdeniz diyetine uyum açısından sezgisel yiyenlerin %22,2'si ve sezgisel yemeyenlerin %9,1'i yüksek uyum göstermektedir (p>0,05). Çalışmayan kadınlarda ise Akdeniz diyeti uyum bakımından sezgisel yiyenlerin %12,0'si sezgisel yemeyelerin ise %14,6'sı yüksek uyum göstermektedir (p>0,05).

Çizelge 4. 11. Bireylerin çalışma durumu ve sezgisel yeme durumuna göre yeme davranışı bozukluğu riski ve Akdeniz diyetine uyum düzeylerinin dağılımı

	Çalışan kadınlar (n:98)					Çalışmayan kadınlar (n:98)				
	Sezgisel yiyenler		Sezgisel yemeyenler		χ2/p	Sezgisel yiyenler		Sezgisel yemeyenler		χ2/p
	S	%	S	%		S	%	S	%	
Yeme davranışı bozukluğu riski										
Var	2	3,7	5	11,4	χ2:2,145 p:0,143	3	6,0	16	33,3	χ2:11,707 **p:0,001***
Yok	52	96,3	39	88,6		47	94,0	32	66,7	
Akdeniz diyetine uyum										
Düşük uyum	5	9,3	9	20,4	χ2:4,701 p:0,095	11	22,0	8	16,7	χ2:0,510 p:0,775
Orta uyum	37	68,5	31	70,5		33	66,0	33	68,7	
Yüksek uyum	12	22,2	4	9,1		6	12,0	7	14,6	

χ2 Ki kare istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin çalışma durumu ve yeme davranışı bozukluğu riski görülme durumuna göre Akdeniz diyetine uyum düzeylerinin dağılımı Çizelge 4.12'de verilmiştir. Çalışan kadınlarda sezgisel yiyen ve yeme davranışı bozukluğu riski taşımayanların %69,2'si orta düzey, %23,1'i ise yüksek yüzeyde (p>0,05); sezgisel yemeyen grupta yeme davranışı bozukluğu riski taşımayanların %71,8'i orta düzey, %10,3'ü ise yüksek düzeyde Akdeniz diyetine uyum göstermektedir (p>0,05). Çalışanlarda hem sezgisel yiyen hem de sezgisel yemeyen kadınlarda yeme davranışı bozukluğu riski taşıyanların hiçbirinde yüksek düzey Akdeniz diyetine uyum gözlenmemiştir. Çalışmayan kadınlarda sezgisel yiyen grupta yeme davranışı bozukluğu riski taşımayanların %66,0'sı orta düzey, %12,7'si yüksek yüzeyde

(p>0,05); sezgisel yemeyen grupta yeme davranışı bozukluğu riski taşımayanların %71,9'u orta düzey, %18,7'si ise yüksek düzeyde Akdeniz diyetine uyum göstermektedir (p>0,05).

Çizelge 4.12. Bireylerin çalışma durumu ve yeme davranışı bozukluğu riski görülme durumuna göre Akdeniz diyetine uyum düzeylerinin dağılımı

Akdeniz diyetine uyum	Çalışan kadınlar (n:98)								Çalışmayan kadınlar (n:98)							
	Sezgisel yiyen				Sezgisel yemeyen				Sezgisel yiyen				Sezgisel yemeyen			
	Yeme davranışı bozukluğu riski				Yeme davranışı bozukluğu riski				Yeme davranışı bozukluğu riski				Yeme davranışı bozukluğu riski			
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Düşük uyum	1	50,0	4	7,7	2	40,0	7	17,9	1	33,7	10	21,3	5	31,3	3	9,4
Orta uyum	1	50,0	36	69,2	3	60,0	28	71,8	2	66,7	31	66,0	10	62,5	23	71,9
Yüksek uyum	-	-	12	23,1	-	-	4	10,3	-	-	6	12,7	1	6,2	6	18,7
		χ2:3,367 p:0,224				χ2:1,489 p:0,583				χ2:0,733 p:0,752				χ2:3,941 p:0,161		

χ2 Ki kare istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin zayıflma diyet yapma durumuna göre sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyetine uyumu ve fiziksel aktivite ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapma (SS) puanları Çizelge 4.13'te gösterilmiştir. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda diyet yapmayanların sezgisel yeme ölçeği puanı diyet yapanlardan istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınlarda diyet yapanların yeme tutum ölçeği puanı diyet yapanlardan istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınlarda diyet yapan ve yapmayanlar arasında akdeniz diyeti uyum ölçeği ve fiziksel aktivite puanı bakımından anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.13. Bireylerin zayıflama diyeti yapma durumuna göre sezgisel yeme ölçeği, yeme tutum testi, Akdeniz diyetine uyum ölçeği ve fiziksel aktivite ölçek puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS) değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)	
	Zayıflama diyeti yapan	Zayıflama diyeti yapmayan	Zayıflama diyeti yapan	Zayıflama diyeti yapmayan
Sezgisel yeme ölçeği	3,2±0,45	3,7±0,40	3,3±0,50	3,6±0,49
	t:0,683 **p<0,001***		t:3,339 **p:0,001***	
Yeme tutum testi	11,7±5,13	8,4±4,29	14,7±7,95	10,5±5,13
	Z:-3,398 p:0,001		T:-3,117 p:0,02	
Akdeniz diyeti uyum ölçeği	7,5±1,76	7,5±1,93	7,4±2,06	7,3±1,70
	Z:-0,414 p:0,679		Z:-0,358 p:0,721	
Fiziksel aktivite	693,7±446,60	791,4±596,97	864,6±696,99	708,8±505,34
	Z:-0,329 p:0,742		Z:-0,633 p:0,527	

Zayıflama diyeti yapma son 6 ay içerisinde ağırlık kaybı amacıyla zayıflama diyeti uygulama durumunu göstermektedir
Independent samples T testi, Z "Mann-Whitney U test" istatistik değeri *p<0,05

4.5. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Toplam Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkiler

Bireylerin sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyeti uyum ve toplam fiziksel aktivite puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.14'te gösterilmiştir. Çalışan kadınlarda sezgisel yeme ölçeği toplam puanı ile yeme tutum testi puanı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Çalışan kadınlarda yeme tutum testi puanı ile toplam fiziksel aktivite puanı arasında istatiksel açıdan anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Çalışmayan kadınlarda sezgisel yeme ölçeği toplam puanı ile yeme tutum testi puanı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (p<0,001).

Çizelge 4.14. Bireylerin sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyeti uyum ve toplam fiziksel aktivite puanları arasındaki ilişki

	Sezgisel yeme ölçeği		Yeme tutum Testi		Akdeniz diyeti uyum ölçeği		Toplam fiziksel aktivite	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Çalışan kadınlar (n:98)								
Sezgisel yeme toplam puanı	1	-	-0,514	**0,006***	0,183	0,072	0,023	0,823
Yeme tutum testi puanı	-0,514	**0,006***	1	-	-0,086	0,399	0,223	**0,027***
Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı	0,183	0,072	-0,150	0,141	1	-	0,007	0,947
Toplam fiziksel aktivite	0,023	0,823	0,223	**0,027***	0,007	0,947	1	-
Çalışmayan kadınlar (n:98)								
Sezgisel yeme toplam puanı	1	-	-0,483	**<0,001****	0,019	0,855	0,127	0,212
Yeme tutum testi puanı	-0,483	**<0,001****	1	-	-0,132	0,195	0,104	0,307
Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı	0,019	0,855	-0,132	0,195	1	-	0,030	0,767
Toplam fiziksel aktivite	0,127	0,212	0,104	0,307	0,030	0,767	1	-

"Spearman" korelasyon katsayısı, **p<0,001 *p<0,05

4.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Toplam Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkiler

Bireylerin antropometrik ölçümleri ile sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyeti uyum ve toplam fiziksel aktivite puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.15'te gösterilmiştir. Çalışan kadınlarda sezgisel yeme toplam puanı ile ağırlık, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla r:-0,415; p<0,001, r:-0,375; p<0,001, r:-0,304; p:0,002, r:-0,326; p:0,001). Çalışan kadınlarda yeme tutum testi ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanları ile antropometrik ölçüm değerleri arasında istatiksel

açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Çalışan kadınlarda toplam fiziksel aktivite ile bel/kalça oranı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (r:-0,233; p:0,021).

Çalışmayan kadınlarda sezgisel yeme ölçeği toplam puanı ile ağırlık, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla r:-0,420; p<0,001, r:-0,514; p<0,001, r:-0,562; p<0,001, r:-0,442; p<0,001, r:-0,43; p<0,001). Çalışmayan kadınlarda yeme tutum testi ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanları ile antropometrik ölçüm değerleri arasında istatiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Çalışmayan kadınlarda toplam fiziksel aktivite ile kalça çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır (r:-0,218; p:0,031).

Çizelge 4.15. Bireylerin antropometrik ölçümleri ile sezgisel yeme, yeme tutumu, Akdeniz diyeti uyum ve toplam fiziksel aktivite puanları arasındaki ilişki

	Vücut ağırlığı		BKİ		Bel çevresi		Kalça çevresi		Bel/kalça oranı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Çalışan kadınlar (n:98)										
Sezgisel yeme toplam puanı	-0,435	**<0,001****	-0,375	**<0,001****	-0,304	**0,002***	-0,326	**0,001****	-0,132	0,196
Yeme tutum testi toplam puanı	-0,112	0,270	-0,139	0,172	-0,164	0,107	-0,186	0,067	-0,073	0,473
Akdeniz diyeti uyum ölçeği toplam puanı	-0,002	0,981	-0,055	0,590	-0,054	0,594	-0,095	0,353	0,011	0,918
Fiziksel aktivite düzeyi	-0,049	0,630	-0,137	0,179	-0,161	0,114	-0,055	0,590	-0,233	**0,021***
Çalışmayan kadınlar (n:98)										
Sezgisel yeme toplam puanı	-0,420	**<0,001****	-0,514	**<0,001****	-0,562	**<0,001****	-0,442	**<0,001****	-0,433	**<0,001****
Yeme tutum testi toplam puanı	0,062	0,541	0,186	0,066	0,173	0,089	0,083	0,418	0,156	0,126
Akdeniz diyeti uyum ölçeği toplam puanı	-0,095	0,351	-0,150	0,141	-0,110	0,283	-0,067	0,509	-0,105	0,302
Fiziksel aktivite düzeyi	-0,198	0,051	-0,181	0,074	-0,148	0,147	-0,218*	0,031	-0,030	0,766

“Spearman” korelasyon katsayısı, **p<0,001 *p<0,05

4.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumları

Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.16'da gösterilmiştir. Bireylerin aldıkları enerji ortalaması çalışan kadınlarda 1506,3±212,24 kkal, çalışmayan kadınlarda 1468,9±183,17 kkal olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Günlük diyetle alınan karbonhidrat ortalaması çalışan kadınlarda 176,1±35,84 g, çalışmayan kadınlarda 170,3±25,95 g; enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesinin ortalaması çalışan kadınlarda 46,9±5,14 iken çalışmayan kadınlarda 47,2±5,30 olarak hesaplanmıştır ($p>005$). Alınan protein ortalaması çalışan kadınlarda 63,36±11,36 g, çalışmayan kadınlarda 62,8±11,02 g; enerjinin proteinden gelen yüzdesinin ortalaması çalışan kadınlarda 17,2±2,84 iken çalışmayan kadınlarda 17,2±2,66 olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Diyetle alınan yağın ortalaması çalışan kadınlarda 59,5±9,10 g, çalışmayan kadınlarda 59,2±11,02 g; enerjinin yağdan gelen yüzdesinin ortalaması çalışan kadınlarda 35,7±4,31 iken çalışmayan kadınlarda 35,4±4,12 olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Alınan doymuş, tekli doymamış, çoklu doymamış yağ asitlerinin ortalaması çalışan kadınlarda sırasıyla 21,4±4,63 g, 22,7±4,99 g ve 10,9±4,07 g iken çalışmayan kadınlarda sırasıyla 21,3±4,20 g, 22,1±5,36 g ve 10,8±4,77 g olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Diyetle alınan kolesterol ortalaması çalışan kadınlar için 263,4±40,43 mg iken çalışmayan kadınlarda 301,6±107,04 mg olarak bulunmuştur. Çalışan kadınların n6/n3 oranı 8,3±3,15 iken çalışmayan kadınların 10,5±5,39'dur. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında kolesterol alımı ve n-6/n-3 oranı açısından istatiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Ortalama posa alımı çalışan kadınlarda 19,0±5,31 g çalışmayan kadınlarda ise 19,1±6,03 g olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

Çizelge 4.16. Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)			Z/p
	$\bar{x}$±SS	Alt	Üst	$\bar{x}$±SS	Alt	Üst	t/p
Enerji (kkal)	1506,3±212,24	1031,4	2016,3	1468,9±183,17	1054,5	1873,9	t:1,294 p:0,197
Enerji (kkal/kg)	24,5±4,76	15,3	36,5	24,1±4,34	16,1	34,4	Z:-0,626 p:0,531
Karbonhidrat (g)	176,1±35,84	88,9	263,2	170,3±25,95	111,2	225,3	t:1,294 p:0,197
Karbonhidrat (%)	46,9±5,14	35,0	59,0	47,2±5,30	36,0	59,0	t:-0,288 p:0,773
Protein (g)	63,4±11,36	37,1	90,6	62,8±11,0	35,9	91,6	t:0,352 p:0,725
Protein (%)	17,2±2,84	9,0	25,0	17,2±2,66	11,0	24,0	t:0,041 p:0,968
Hayvansal protein (g)	35,6±12,10	8,4	67,0	36,2±10,75	10,2	70,0	t:-0,363 p:0,717
Bitkisel protein (g)	28,4±7,06	12,2	46,0	26,5±6,34	10,2	70,0	t:1,893 p:0,06
Yağ (g)	59,5±9,10	40,5	81,8	59,2±11,02	37,0	87,4	t:0,256 p:0,798
Yağ (%)	35,7±4,31	24,0	47,0	35,4±4,12	26,0	45,0	t:0,537 p:0,592
Doymuş yağ asidi (g)	21,4±4,63	11,9	32,4	21,3±4,20	10,7	31,7	t:0,111 p:0,912
TDYA (g)	22,7±4,99	14,1	34,2	22,1±5,36	11,4	37,0	Z:-0,761 p:0,447
ÇDYA (g)	10,9±4,07	3,6	21,9	10,8±4,77	3,2	24,7	Z:-0,659 p:0,510
Kolesterol (mg)	263,4±40,43	40,3	613,8	301,6±107,04	51,2	472,9	Z:-2,593 **p:0,010***
n-3	1,0±0,35	0,5	1,9	0,9±0,30	0,4	1,7	Z:-2,444 **p:0,015***
n-6/n-3	8,3±3,15	2,8	15,9	10,5±5,39	2,2	23,0	Z:-2,345 **p:0,019***
Posa (g)	19,0±5,31	8,9	32,2	19,1±6,03	7,2	33,7	t:0,264 p:0,792

Independent samples T testi, Z "Mann-Whitney U test" *p<0,05
TDYA: Tekli doymamış yağ asitleri, ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asitleri

Bireylerin çalışma durumuna göre mikro besin ögelerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.17'de gösterilmiştir. Çalışan ve çalışmayan kadınların ortalama A vitamini alımı sırasıyla 734,2±263,64 mcg ve 758,2±302,57 mcg; ortalama C vitamini alımı 78,7±33,43 mg ve 90,1±37,13 mg; ortalama E vitamin alımı ise 12,3±4,83 mg ve 12,9±5,38 mg olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınların ortalama tiamin alımı sırasıyla 0,79±0,17 mg ve 0,78±0,16 mg; ortalama riboflavin alımı sırasıyla 1,1±0,27 mg ve 1,2±0,24 mg; ortalama niasin alımı 23,9±5,93 mg ve 23,9±6,82 mg; ortalama B_6 vitamini alımı 1,2±0,26 mg ve 1,2±0,32 mg; ortalama folat alımı 304,5±88,45 mcg ve 311,3±101,83 mcg; ortalama B_{12} vitamini alımı 4,3±1,67 mcg ve 4,1±1,47 mcg olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınların ortalama potasyum alımı 2183,1±532,37 mg ve 2253,8±596,03 mg; ortalama kalsiyum 635,5±157,89 mg ve 633,1±161,83 mg; ortalama magnezyum alımı 243,8±51,44 mg ve 244,6±60,22 mg; ortalama fosfor alımı 989,6±185,54 mg ve 987,5±192,02 mg; ortalama demir alımı 10,0±2,54 mg ve 10,0±2,61 mg; ortalama çinko alımı 9,3±2,02 mg ve 9,1±1,76 olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.17. Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)			Z/p t/p
	$\bar{x}$±**SS**	Alt	Üst	$\bar{x}$±SS	Alt	Üst	
A vitamini (mcg)	734,2±263,64	247,0	1379,9	758,2±302,57	263,5	1468,8	Z:-0,434 p:0,664
C vitamini (mg)	78,7±33,43	14,9	148,7	90,1±37,13	23,3	182,9	Z:-1,938 p:0,053
E vitamini (mg)	12,3±4,83	2,6	25,1	12,9±5,38	3,5	27,9	Z:-0,629 p:0,529
Tiamin (mg)	0,8±0,17	0,4	1,2	0,8±0,16	0,3	1,1	t:0,481 p:0,631
Riboflavin (mg)	1,1±0,27	0,6	1,8	1,2±0,24	0,7	1,7	t:-1,714 p:0,088
Niasin (mg)	12,6±3,77	5,8	22,1	12,6±4,32	4,4	22,7	Z:-0,438 p:0,661
B_6 vitamini (mg)	1,2±0,26	0,7	1,9	1,2±0,32	0,5	2,1	t:-0,916 p:0,361
Folat (mcg)	304,5±88,45	109,6	515,5	311,3±101,8	89,3	566,9	t:-0,499 p:0,618
B_{12} vitamini (mcg)	4,3±1,67	0,9	8,3	4,1±1,47	1,0	7,9	t:0,661 p:0,509
Potasyum (mg)	2183,1±532,37	1224,5	3456,1	2253,8±596,03	794,0	3720,8	t:-0,875 p:0,383
Kalsiyum (mg)	635,5±157,89	256,0	988,6	633,1±161,83	221,1	1016,4	t:0,106 p:0,916
Magnezyum (mg)	243,83±51,44	134,79	356,0	244,6±60,22	106,6	377,7	t:-0,093 p:0,926
Fosfor (mg)	989,2±185,54	560,2	1405,0	987,6±192,02	482,6	1484,2	t:0,080 p:0,936
Demir (mg)	10,0±2,54	5,4	16,0	10,0±2,61	4,4	17,1	t:0,001 p:0,909
Çinko (mg)	9,3±2,02	4,6	13,73	9,1±1,76	5,3	13,2	t:0,982 p:0,327

Independent samples T testi, Z "Mann-Whitney U test" *p<0,05

Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro ve mikro besin ögelerinin Diyet Referans Alım Düzeyi (DRI)'ne göre karşılama yüzdesi (%) Çizelge 4.18'de gösterilmiştir. Enerji alımının karşılama yüzdesi çalışan kadınlarda %77,9±10,97 iken çalışmayan kadınlarda %75,9±9,47 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Karbonhidrat, protein ve yağ alımının karşılama yüzdesi çalışan kadınlarda sırasıyla %63,8±12,98; %110,9±20,00 ve % 90,7±13,88 iken çalışmayan kadınlarda sırasıyla %61,7±9,40, %109,9±19,29 ve % 90,2±16,79 olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Kolesterol alımının karşılama yüzdesi çalışan kadınlarda %87,8±40,75 çalışmayan kadınlarda %100,5±35,68 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Posa alımının karşılama yüzdesi %76,3±21,09 çalışmayan kadınlarda %76,8±24,71 olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışan kadınların A vitamini alımının karşılama yüzdesi %104,9±37,66 iken çalışmayan kadınlarınki %108,3±43,22; çalışan kadınların C vitamini alımının karşılama yüzdesi % 105,0±44,58 iken çalışmayan kadınlarınki %120,2±49,51 ve çalışan kadınların E vitamini alımının karşılama yüzdesi % 81,9±32,23 iken çalışmayan kadınlarınki %86,0±35,90 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınların B_{12} vitamini alımının karşılama yüzdesi sırasıyla %178,1±69,96 ve %171,8±62,36 olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Kalsiyum, magnezyum ve demir alımının karşılama yüzdesi çalışan kadınlarda sırasıyla %63,3±16,02; %77,5±16,66 ve %56,5±14,02 iken çalışmayan kadınlarda sırasıyla %63,3±15,65; %78,3±19,63 ve %56,7±15,23 olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Enerji ve besin ögeleri alımının karşılama yüzdeleri bakımından bireylerin yetersiz (<%50) tüketimi görülmemiştir.

Çizelge 4.18. Bireylerin çalışma durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro ve mikro besin ögelerinin Diyet Referans Alım Düzeyi (DRI)'ne göre karşılama yüzdeleri (%)

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)			Z/p - t/p
	$\bar{x}$±SS	Alt	Üst	$\bar{x}$±SS	Alt	Üst	
Enerji (kkal)	77,9±10,97	53,3	104,3	75,9±9,47	54,5	96,9	t:1,301- p:0,195
Karbonhidrat (g)	63,8±12,98	32,2	95,3	61,7±9,40	40,3	81,6	t:1,291- p:0,199
Protein (g)	110,9±20,00	65,0	158,6	109,9±19,29	62,9	159,9	t:0,340 - p:0,734
Yağ (g)	90,7±13,88	61,7	124,7	90,2±16,79	56,4	133,2	t:0,253 - p:0,800
Kolesterol (mg)	87,8±40,75	13,4	204,6	100,5±35,68	17,1	157,4	Z:-2,593 - **p:0,010***
Posa (g)	76,3±21,09	35,4	128,6	76,8±24,71	28,7	139,1	Z:-0,214 - p:0,830
A vitamini (mcg)	104,9±37,66	35,3	197,1	108,3±43,22	37,6	209,8	Z:-0,434- p:0,664
C vitamini (mg)	105,0±44,58	19,8	198,3	120,2±49,51	31,1	243,8	Z:-1,940 - p:0,052
E vitamini (mg)	81,9±32,23	17,4	167,3	86,0±35,90	23,1	185,8	Z:-0,625 - p:0,532
Tiamin (mg)	72,1±15,71	38,3	111,3	71,0±15,25	30,6	103,7	t:0,479 - p:0,632
Riboflavin (mg)	104,4±25,38	51,8	163,1	110,2±21,88	64,1	158,1	t:-1,708 - p:0,088
Niasin (mg)	170,7±42,39	85,6	274,5	170,7±48,78	59,3	291,5	Z:-0,435 - p:0,663
B_6 vitamini (mg)	92,6±20,85	51,0	144,9	94,7±24,96	35,4	160,1	Z:-0,467 - P:0,640
B_{12} vitamini (mcg)	178,1±69,96	39,1	344,9	171,8±62,36	43,3	329,9	t:0,662 - p:0,509
Kalsiyum (mg)	63,3±16,02	25,6	98,9	63,3±15,65	23,8	101,6	t:0,062 - p:0,951
Magnezyum (mg)	77,5±16,66	43,5	117,7	78,3±19,63	33,3	129,1	t:-0,296 - p:0,768
Fosfor (mg)	141,4±26,50	80,0	200,7	141,0±27,43	68,9	212,0	t:0,081 - p:0,936
Demir (mg)	56,5±14,02	32,3	88,8	56,7±15,23	24,5	94,9	t:-0,073 - p:0,942
Çinko (mg)	115,0±23,98	57,1	171,6	114,1±24,28	46,3	164,4	t:0,233 - p:0,816

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test" istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin çalışma durumuna göre besin grubu tüketimlerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.19'da gösterilmiştir. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında ekmek, tahıl, süt ürünleri, kırmızı et, kümes hayvanları, balık, yağlı tohumlar ve sert kabuklular, kurubaklagil, sebze, meyve, katı yağ, sıvı yağ ile şeker ve şekerli besin grubu ortalama tüketimleri arasında istatiksel bakımdan anlamlı fark gözlenmemiştir ($p>0,05$). Çalışmayan kadınların ortalama yumurta tüketimlerinin (47,0±25,94) çalışan kadınlarınkine göre (32,5±23,95) istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.19. Bireylerin çalışma durumuna göre besin grubu tüketimlerinin ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)	Çalışmayan kadınlar (n:98)	Z/p t/p
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	
Ekmek ve tahıllar			
Ekmek (g)	113,7±47,30 [0-235,0]	101,0±52,03 [0-237,0]	t:1,787 p:0,076
Tahıllar (g)	76,3±41,51 [0-181,0]	68,6±38,17 [0-162,0]	t:1,345 p:0,180
Süt ve süt ürünleri (g)	121,6±70,31 [0-283,0]	126,3±70,80 [6,0-314,0]	Z:-0,442 p:0,659
Et grubu			t:0,256 p:0,798
Kırmızı et (g)	43,0±28,06 [0-104,0]	41,9±31,75 [0-125,0]	Z:-0,584 p:0,559
Kümes hayvanları (g)	22,2±26,14 [0-83,0]	15,7±20,6 [0-67,0]	Z:-1,526 p:0,127
Balık (g)	13,3±23,06 [0-83,0]	14,8±26,10 [0-80,0]	Z:-0,340 p:0,734
Yumurta (g)	32,5±23,95 [0-87,0]	47,0±25,94 [0-116,0]	Z:-3,902 **p<0,001***
Yağlı tohumlar ve sert kabuklular (g)	33,7±23,80 [0-95,0]	27,7±18,45 [0-78,0]	Z:-1,518 p:0,129
Kurubaklagiller (g)	17,3±18,10 [0-63,0]	12,2±13,36 [0-47,0]	Z:-1,470 p:0,141
Sebze ve meyveler			
Sebze (g)	254,6±115,57 [52,0-495,0]	282,1±139,8 [48,0-660,0]	Z:-1,106 p:0,269
Meyve (g)	102,5±102,20 [0-388,0]	119,4±85,77 [0-338,0]	Z:-1,720 p:0,085
Yağlar			
Zeytinyağı (g)	7,88±6,77 [0-28,0]	7,08±6,50 [0-27,0]	Z:-0,889 p:0,374
Sıvı yağlar (g) (zeytinyağı hariç)	8,3±7,42 [0-29,0]	8,9±7,42 [0-30,0]	Z:-0,561 p:0,575
Katı yağlar (g)	12,2±6,24 [0-27,0]	10,9±5,75 [0-26,0]	Z:-1,591 p:0,111
Şeker ve şekerli besinler	8,2±7,74 [0-31,0]	10,5±9,43 [0-39,0]	Z:-1,342 p:0,180

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test" istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.20'de gösterilmiştir. Çalışan kadınlarda ortalama enerji alımı sezgisel yiyen kadınlarda 1533,1±260,13 kkal, sezgisel yemeyen kadınlarda ise 1488,7±161,28 kkal olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda ise enerji alımı sezgisel yiyenler için 1476,4±188,38 kkal, sezgisel yemeyenler için 1461,4±179,54 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan kadınlarda enerji/vücut ağırlığı oranı bakımından sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlarda arasında (sırasıyla 25,7 ±5,50 ve 23,8±4,67) istatiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda ise enerji/vücut ağırlığı oranı sezgisel yiyen kadınlarda (25,6±4,62) sezgisel yemeyen kadınlardan (22,2±3,26) istatiksel açıdan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışan kadınlarda karbonhidrat alımı sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlar için sırasıyla 176,3±39,38 g ve 171,9±23,67 g olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda karbonhidrat alımı sezgisel yiyen kadınlar için 175,6±29,2 g sezgisel yemeyen kadınlar için 164,6±18,21 g olarak bulunmuştur. Çalışmayan kadınlarda karbonhidrat alımı bakımından sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışan kadınlarda protein alımı sezgisel yiyen kadınlarda 64,9±14,00 g, sezgisel yemeyen kadınlarda 63,4±8,06 g olarak bulunmuştur. Çalışmayan kadınlarda protein alımı sezgisel yiyenler için 60,2±6,53 g, sezgisel yemeyenler için 64,0±11,64 g olarak hesaplanmıştır. Sezgisel yiyen çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında protein alımı bakımından istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi sezgisel yiyen ve sezgisel yemeyen kadınlarda sırasıyla 17,4±3,06 g ve 17,1±32,58 g olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi sezgisel yiyen kadınlarda (16,6±2,35) sezgisel yemeyen kadınlardan (17,8±2,83) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda yağ alımı sezgisel yiyen kadınlarda sırasıyla 60,8±10,88 g ve 58,7±7,53 g olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda yağ alımı sezgisel yiyen kadınlar için 58,3±10,82 g sezgisel yemeyen kadınlar için 60,0±11,3 g olarak bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışan kadınlarda kolesterol alımı sezgisel yiyen ve sezgisel yemeyenler için sırasıyla 261,9±109,06 mg ve 257,3±128,2 mg olarak hesaplanmıştır ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda kolesterol alımı sezgisel yiyen ve sezgisel yemeyenler için sırasıyla 284,6±109,25 mg ve 318,6±103,12 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Kolestrol alımı bakımıından sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınlar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda omega-3 alımı sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlarda sırasıyla 1,0±0,34 g ve 1,2±0,46 g olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda omega-3 alımı sezgisel yiyen kadınlarda 0,9±0,31 g sezgisel yemeyen kadınlarda 0,9±0,30 g olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Omega-3 alımı bakımıından sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınlar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.22'de gösterilmiştir. Çalışan kadınlarda riboflavin alımı sezgisel yiyen kadınlarda 1,1±0,28 mg, sezgisel yemeyen kadınlarda 1,1±0,27 mg olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışmayan kadınlarda riboflavin alımı sezgisel yiyen kadınlarda (1,2±0,18 mg) sezgisel yemeyen kadınlardan (1,3±0,27 mg) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Riboflavin alımı bakımından sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınlar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda niasin alımı sezgisel yiyen ve sezgisel yemeyen kadınlarda sırasıyla 13,0±4,45 mg ve 12,4±3,31 mg olarak hesaplanmıştır. Çalışmayan kadınlarda niasin alımı sezgisel yiyen kadınlarda (10,8±2,74 mg) sezgisel yemeyen kadınlardan (13,5±4,82 mg) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Niasin alımı bakımıından sezgisel yiyen çalışan ve çalışmayan kadınlar arasındaki fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.20. Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)			
	Sezgisel yeme durumu		Sezgisel yeme durumu			
	Var	Yok	Var	Yok		
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	p¹	p²
Enerji (kkal)	1533,1±260,13 [1031,4-2095,5]	1488,7±161,28 [1196,6-1836,6]	1476,4±188,38 [1054,5-1873,9]	1461,4±179,54 [1093,0-1819,9]	t:1,264 p:0,209	t:0,749 p:0,456
	t:-1,027; p:0,307		t:-0,395; p:0,694			
Enerji [kkal/VA]	25,7 ±5,50 [16,6-41,4]	23,8±4,67 [15,3-36,0]	25,6±4,62 [16,1-37,6]	22,2±3,26 [17,0-30,3]	t:0,101 p:0,920	t:1,882 p:0,064
	t:-1,773; p:0,079		t:-3,995; **p<0,001****			
Karbonhidrat (g)	176,3±39,38 [88,9-263,2]	171,9±23,67 [123,9-224,9]	175,6±29,2 [116,5-239,8]	164,6±18,21 [121,9-203,4]	t:0,095 p:0,925	t:1,577 p:0,119
	t:-0,669; p:0,505		t:-2,201; **p:0,031***			
Karbonhidrat (%)	46,7±5,01 [35,0-56,0]	47,6±5,80 [38,0-63,0]	48,1±5,63 [36,0-59,0	46,1±4,78 [37,0-56,0]	t:-1,319 p:0,190	t:1,275 p:0,206
	t:0,774; p:0,441		t:-1,833; p:0,070			
Protein (g)	64,9±14,00 [30,0-99,6]	63,4±8,06 [45,6-77,7]	60,2±6,53 [48,1-74,6]	64,0±11,64 [40,5-91,4]	t:2,166 **p:0,033***	t:-0,287 p:0,775
	t:-0,647; p:0,519		t:1,934; p:0,057			
Protein (%)	17,4±3,06 [9,0-25,0]	17,1±2,58 [11,0-22,0]	16,6±2,35 [11,0-21,0]	17,8±2,83 [12,0-24,0]	t:1,407 p:0,102	t:-1,348 p:0,181
	t:-0,488; p:0,626		t:2,350; **p:0,021***			
Hayvansal protein (g)	36,6±12,49 [8,9-59,19]	33,6±10,6 [8,4-53,4]	34,4±10,32 [10,2-56,4]	37,3±10,06 [17,1-55,5]	t:0,954 p:0,432	t:-1,704 p:0,092
	t:-1,226; p:0,223		t:1,413; p:0,161			
Bitkisel protein (g)	27,8±6,02 [16,7-40,7]	28,4±7,18 [14,8-45,8]	26,1±5,60 [14,6-38,3]	26,7±6,32 [14,5-40,0]	t:0,719 p:0,474	t:1,538 p:0,128
	t:0,340; p:0,734		t:0,477; p:0,634			
Yağ (g)	60,8±10,88 [40,5-86,6]	58,7±7,53 [41,2-77,3]	58,3±10,82 [37,0-78,9]	60,0±11,3 [37,1-87,4]	t:1,115 p:0,267	t:-0,629 p:0,531
	t:-1,067; p:0,289		t:0,727; p:0,469			

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p¹:sezgisel yiyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p²: sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması

Çizelge 4.20. (devamı) Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)			
	Sezgisel yeme durumu		Sezgisel yeme durumu			
	Var	Yok	Var	Yok		
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	p¹	p²
Yağ (%)	35,9±4,46 [28,0-47,0]	35,6±3,39 [29,0-41,0]	34,7±4,10 [26,0-43,0]	36,3±4,28 [29,0-46,0]	t:1,340 p:0,183	t:-0,915 p:0,363
	t:-0,347; p:0,729		t:1,860; p:0,065			
Doymuş yağ asidi (g)	21,4±4,77 [12,7-32,4]	21,1±4,28 [11,9-30,2]	21,3±3,82 [13,9-30,2]	21,8±5,16 [10,7-35,0]	t:0,096 p:0,924	t:-0,700 p:0,486
	t:-0,315; p:0,754		t:0,086; p:0,598			
TDYA (g)	23,2±4,77 [12,7-32,4]	22,1±4,27 [15,3-32,5]	21,5±4,63 [12,3-28,6]	22,4±5,65 [11,4-34,9]	Z:-1,392 p:0,164	t:-0,293 p:0,771
	t:-1,153; p:0,252		t:0,816; p:0,417			
ÇDYA (g)	11,2±4,57 [4,5-21,9]	10,7±3,37 [3,4-18,3]	10,8±5,39 [3,2-24,7]	10,6±3,67 [5,1-19,7]	Z:-0,550 p:0,582	Z:-0,553 p:0,580
	Z:-0,192; p:0,847		Z:-0,462; p:0,644			
Kolesterol (mg)	261,9±109,06 [53,1-592,4]	257,3±128,20 [40,3-539,6]	284,6±109,25 [51,2-472,2]	318,6±103,12 [122,0-470,0]	Z:-1,353 p:0,176	Z:-2,509 **p:0,012***
	T:-0,191; p:0,849		Z:-1,363; p:0,173			
n-6/n-3	8,4±2,87 [2,9-15,9]	8,7±4,13 [2,8-19,4]	10,6±6,15 [2,2-23,0]	10,4±4,53 [3,7-19,4]	Z:-1,141 p:0,254	Z:-1,820 p:0,069
	Z:-0,400; p:0,968		Z:-0,192; p:0,848			
Posa (g)	19,3±5,38 [10,6-32,2]	18,7±5,26 [8,9-30,3]	18,1±6,22 [7,2-32,6]	19,7±5,41 [9,6-30,7]	t:1,030 p:0,305	t:-0,925 p:0,358
	t:-0,545; p:0,587		t:1,362; p:0,177			

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p¹:sezgisel yiyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p²: sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması

TDYA: Tekli doymamış yağ asitleri, ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asitleri

Çizelge 4.21. Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)			
	Sezgisel yeme durumu		Sezgisel yeme durumu			
	Var	Yok	Var	Yok		
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	p¹	p²
A vitamini (mcg)	725,6±217,1 [370,2-1260,7]	712,9±279,07 [247,0-1290,8]	738,9±318,20 [263,5-1512,7]	862,9±360,03 [332,2-1627,8]	Z:-0,310 p:0,757	Z:-1,522 p:0,128
	Z:-0,601; p:0,548		Z:-1,467; p:0,143			
C vitamini (mg)	80,1±32,51 [14,9-147,6]	77,2±34,80 [28,1-148,7]	90,4±44,98 [23,3-215,8]	95,1±35,45 [36,3-182,9]	Z:-0,686 p:0,493	Z:-2,268 **p:0,023***
	Z:-0,709; p:0,479		Z:-0,983; p:0,326			
E vitamini (mg)	12,7±5,37 [3,7-28,6]	11,8±4,39 [2,6-21,9]	13,1±6,62 [3,5-30,2]	12,8-3,87 [6,1-23,5]	Z:-0,068 p:0,946	t:-1,085 p:0,281
	t:-0,904; p:0,368		Z:-0,319; p:0,750			
Tiamin (mg)	0,8±0,17 [0,4-1,1]	0,8±0,17 [0,4-1,2]	0,8±0,18 [0,4-1,1]	0,8±0,14 [0,4-1,1]	t:0,560 p:0,577	t:-0,146 p:0,884
	t:0,230; p:0,818		t:0,968; p:0,336			
Riboflavin (mg)	1,1±0,28 [0,6-1,7]	1,1±0,27 [0,6-1,8]	1,2±0,18 [0,8-1,6]	1,3±0,27 [0,7-2,0]	t:-0,326 p:0,745	t:-2,168 **p:0,033***
	t:0,017; p:0,987		t:2,274; **p:0,026***			
Niasin (mg)	13,0±4,45 [5,8-24,0]	12,4±3,31 [5,9-19,8]	10,8±2,74 [4,4-17,5]	13,5±4,82 [5,5-24,5]	Z:-2,058 **p:0,040***	Z:-0,592 p:0,554
	Z:-0,135; p:0,893		Z:-2,263; **p:0,024***			
B_6 vitamini (mg)	1,2±0,28 [0,7-1,9]	1,2±0,25 [0,8-1,8]	1,2±0,35 [0,5-2,1]	1,3±029 [0,7-2,1]	t:0,000 p:1,000	t:-1,408 p:0,163
	t:-0,400; p:0,968		t:1,198; p:0,234			
Folat (mcg)	309,1±88,05 [111,9-515,5]	285,9±69,7 [153,3-420,3]	301,1±105,45 [89,3-546,2]	321,9±97,88 [147,9-566,9]	t:0,421 p:0,675	t:-1,988 p:0,051
	t:-1,350; p:0,180		t:1,012; p:0,314			

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p¹:sezgisel yiyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p²: sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması

Çizelge 4.21. (devamı) Bireylerin çalışma ve sezgisel yeme durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)		Çalışmayan kadınlar (n:98)			
	Sezgisel yeme durumu		Sezgisel yeme durumu			
	Var	Yok	Var	Yok		
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	p[1]	p[2]
B_{12} vitamini	4,0±1,57 [0,9-8,0]	4,4±1,66 [1,1-7,7]	4,2±1,74 [1,0-8,4]	4,1±1,24 [1,5-6,6]	Z:-0,100 p:0,920	t:1,097 p:0,276
	t:1,066; p:0,289		Z:-0,254; p:0,800			
Potasyum (mg)	2190,8±566,32 [1224,5-3456,1]	2173,6±493,82 [1369,1-3168,2]	2176,5±653,1 [794,0-3504,7]	2304,8±491,2 [1256,8-3434,7]	t:0,120 p:0,905	t:-1,271 p:0,207
	t:-0,158; p:0,874		t:1,098; p:0,275			
Kalsiyum (mg)	629,0±162,05 [256,0-910,5]	643,2±154,3 [356,3-988,6]	627,2±123,13 [364,5-847,8]	664,8±177,95 [369,2-1128,6]	t:0,062 p:0,951	t:-0,617 p:0,539
	t:0,438; p:0,662		t:1,186; p:0,239			
Magnezyum (mg)	248,9±58,85 [141,0-410,2]	244,5±51,2 [134,8-356,0]	236,8±68,09 [106,6-377,7]	252,9±49,93 [124,5-358,2]	t:0,966 p:0,336	t:-0,786 p:0,434
	t:-0,387; p:0,699		t:1,328; p:0,187			
Fosfor (mg)	992,7±202,11 [560,2-1405,0]	985,4±126,2 [689,5-1236,3]	955,2±185,88 [482,6-1399,8]	1009,3±184,3 [644,9-1432,1]	t:0,972 p:0,333	t:-0,721 p:0,473
	t:-0,203; p:0,839		t:1,433; p:0,155			
Demir (mg)	10,0±2,40 [5,4-16,0]	10,1±2,75 [5,8-15,6]	9,7±2,95 [4,4-17,1]	10,3±2,19 [6,3-14,7]	t:0,461 p:0,646	t:-0,465 p:0,643
	t:0,254; p:0,800		t:1,179; p:0,241			
Çinko (mg)	9,4±2,1 [5,2-13,7]	9,3±1,93 [4,6-12,8]	8,8±1,69 [5,3-12,7]	9,3±1,80 [5,6-13,2]	t:1,563 p:0,121	t:-0,201 p:0,841
	t:-0,344; p:0,732		t:1,483; p:0,141			

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p[1]:sezgisel yiyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p[2]: sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması

Bireylerin çalışma ve Akdeniz diyeti uyumu durumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.22'de gösterilmiştir. Çalışan kadınlar için hayvansal protein alımı Akdeniz diyeti uyumu düşük (43,2±12,06 g) ve yüksek olan kadınlarda (40,0±10,99 g) orta düzey uyum gösteren kadınlardan (32,9±10,66 g) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bitkisel protein alımı bakımından orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında (sırasıyla 28,9±6,43 g ve 26,2±6,11 g) istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmayan kadınlarda enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların (47,6±4,96) yüksek düzey olan kadınlardan (43,7±5,82) istatiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların (16,8±2,42) yüksek düzey olan kadınlardan (16,8±2,42) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca enerjinin proteinden gelen yüzdesi bakımından Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında (sırasıyla 35,2±4,63 ve 39,4±4,75) istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Enerjinin yağdan gelen yüzdesi çalışmayan kadınlarda Akdeniz diyeti yüksek düzey uyum gösteren kadınlarda (39,4±4,75) orta ve düşük düzey uyum gösteren kadınlardan (sırasıyla 35,0±3,97 ve 35,3±4,53) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha bulunmuştur ($p<0,05$).

Yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlardan çalışmayan bireylerin doymuş yağ asidi alımı (26,1±8,40 g) çalışan bireylerden (19,6±3,65 g) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda çoklu doymamış yağ asidi alımı düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlarda (6,52±1,62 g), orta ve yüksek düzey uyum gösteren kadınlardan (sırasıyla 10,7±4,37 g ve 12,4±4,17 g) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlardan çalışanların n-3 alımı (1,1±0,43 g) çalışmayan kadınlarınkinden (0,9±0,31 g) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda n-6/n-3 oranı bakımından düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlar (6,2±2,46) ile orta düzey uyum gösteren kadınlar (11,0±5,24) arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan (9,2±3,60) ve çalışmayan kadınlar (6,2±2,46) arasında n-6/n-

3 oranı bakımından istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan (8,1±2,90) ve çalışmayan kadınlar (11,0±5,24) arasında n-6/n-3 oranı bakımından istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Bireylerin çalışma ve Akdeniz diyeti uyumu durumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri Çizelge 4.24'te gösterilmiştir. Çalışmayan kadınlarda düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların C vitamini alımı (75,7±28,29 mg) yüksek düzey uyum gösteren kişilerden (114,1±48,17 mg) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca C vitamini alımı bakımından yüksek düzey uyum gösteren çalışan (65,8±24,79 mg) ve çalışmayan kadınlar (114,1±48,17 mg) arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların E vitamini alımı (10,0±5,07 mg) yüksek düzey uyum gösteren kişilerden (15,0±3,62 mg) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların niasin alımı (11,3±2,61 mg) yüksek düzey uyum gösteren kişilerden (17,2±6,05 mg) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.22. Bireylerin çalışma durumu ve Akdeniz uyumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)					
	Akdeniz diyeti uyum			Akdeniz diyeti uyum					
	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek	p^1	p^2	p^3
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]			
Enerji (kkal)	1467,7±153,60 [1204,7-1716,0]	1507,6±200,50 [1031,5-1966,1]	1536,9±300,90 [1144,6-2052,4]	1371,7±168,70 [1054,5-1721,3]	1489,0±174,00 [1093,0-1862,8]	1461,6±195,70 [1116,7-1770,3]	t:1,641 p:0,112	t:0,569 p:0,571	t:0,701 p:0,490
		F:0,464; p:0,634			F:3,023; p:0,054				
Enerji (kkal/kg)	23,4±4,58 [16,9-32,9]	24,2±4,35 [15,3-33,4]	25,6±4,94 [17,8-46,6]	22,6±4,32 [16,1-31,3]	24,6±4,29 [17,8-34,4]	28,0±9,23 [17,1-46,6]	t:0,457 p:0,651	Z:-0,336 p:0,737	t:-0,906 p:0,373
		F:2,914; p:0,391			χ2:3,132; p:0,209				
Karbonhidrat (g)	167,3±24,29 [123,9-195,5]	178,2±35,25 [88,9-263,2]	175,0±46,4 [101,9-257,6]	163,9±27,20 [131,0-221,2]	172,9±24,50 [116,5-225,3]	165,6±31,5 [111,2-211,5]	Z:0,361 P:0,377	t:1,016 p:0,312	t:0,607 p:0,549
		χ2:0,901; p:0,637			χ2:3,174; p:0,205				
Karbonhidrat (%)	46,6±4,32 [39,0-54,0]	47,2±5,34 [35,0-59,0]	46,1±5,13 [36,0-54,0]	47,9±5,48 [39,0-58,0]	47,6±4,96 [36,0-59,0]	43,7±5,82 [36,0-55,0]	t:-0,768 p:0,448	t:-0,461 p:0,646	t:1,195 p:0,242
		F:0,323; p:0,725			F:3,385; **p:0,038*** [2-3]				
Protein (g)	65,8±14,04 [39,3-86,0]	61,9±10,46 [37,1-85,0]	69,4±14,01 [50,8-99,6]	61,9±7,12 [46,8-72,9]	62,2±10,68 [40,5-88,5]	68,0±17,3 [35,9-101,6]	t:0,943 p:0,358	t:-0,131 p:0,896	t:0,242 p:0,811
		F:2,914; p:0,059			F:0,724; p:0,495				
Protein (%)	18,4±3,69 [11,0-23,0]	16,8±2,42 [11,0-22,0] F:3,842; **p:0,035*** [2-3]	18,2±1,82 [15,0-18,0]	18,1±3,11 [11,0-24,0]	17,0±2,45 [12,0-22,0] F:1,798; p:0,171	16,3±2,22 [12,0-20,0]	t:0,251 p:0,804	t:-0,599 p:0,550	t:2,397 **p:0,024***

χ2 Kruskal-Wallis H, F"ANOVA", Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p^1:Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p^2: Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması ve p^3:Yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması

Değişkenlerde 2 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

Çizelge 4.22. (devamı) Bireylerin çalışma durumu ve Akdeniz uyumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\overline{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar			Çalışmayan kadınlar					
	Akdeniz diyeti uyum			Akdeniz diyeti uyum					
	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek	p^1	p^2	p^3
	$\overline{x}$±SS [Alt-Üst]	$\overline{x}$±SS [Alt-Üst]	$\overline{x}$±SS [Alt-Üst]	$\overline{x}$±SS [Alt-Üst]	$\overline{x}$±SS [Alt-Üst]	$\overline{x}$±SS [Alt-Üst]			
Hayvansal protein (g)	43,2±12,06 [21,2-59,1]	32,9±10,66 [8,4-56,4]	40,0±10,99 [24,2-59,1]	35,1±11,69 [10,2-55,3]	36,0±10,07 [15,7-56,4]	38,8±13,1 [21,3-69,7]	t:1,899 p:0,067	t:-1,695 p:0,092	t:0,283 p:0,779
		F:6,979; **p:0,002*** [1-2], [2-3]			F:0,474; p:0,624				
Bitkisel protein (g)	24,9±6,66 [14,8-36,1]	28,9±6,43 [16,7-45,8]	29,4±9,26 [12,2-46,1]	26,2±7,49 [11,1-40,4]	26,2±6,11 [13,0-40,3]	30,3±5,27 [24,4-40,0]	t:-0,531 p:0,599	t:2,484 p:0,014*	t:-0,282 p:0,780
		F:2,097; p:0,128			F:1,913; p:0,153				
Yağ (g)	57,7±8,56 [44,6-73,6]	61,0±11,16 [32,7-86,6]	60,9±4,87 [52,4-67,7]	56,8±11,03 [40,6-78,7]	58,9±11,06 [37,0-87,4]	64,5±9,80 [52,4-78,9]	t:0,232 p:0,818	t:1,077 p:0,284	t:-1,103 p:0,288
		F:0,868; p:0,430			F:1,754; p:0,179				
Yağ (%)	35,0±3,55 [28,0-39,0]	36,0±4,40 [24,0-47,0]	35,2±4,63 [28,0-41,0]	35,3±4,53 [27,0-45,0]	35,0±3,97 [26,0-44,0]	39,4±4,75 [31,0-48,0]	t:-0,216 p:0,830	t:1,415 p:0,160	t:-2,397 **p:0,024***
		F:0,453; p:0,637			F:6,061; **p:0,003*** [1,2-3]				
TDYA (g)	20,4±4,71 [15,4-29,6]	22,9±4,83 [14,1-34,0]	23,8±5,58 [15,6-34,2]	21,7±4,99 [14,8-19,3]	21,7±5,30 [11,4-34,9]	24,0±4,54 [17,3-31,1]	Z:-0,965 p:0,339	t:1,388 p:0,168	t:-0,091 p:0,928
		χ2:4,287; p:0,117			F:0,886; p:0,424				

χ2 Kruskal-Wallis H, F"ANOVA", Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05;
p^1:Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p^2: Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması ve p^3:Yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması
Değişkenlerde 1 ile 2 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-2], 1 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-3], 2 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [2-3] ifadesi kullanılmıştır.
TDYA: Tekli doymamış yağ asitleri

Çizelge 4.22. (devamı) Bireylerin çalışma durumu ve Akdeniz uyumuna göre diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterolün ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar			Çalışmayan kadınlar					
	Akdeniz diyeti uyum			Akdeniz diyeti uyum					
	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek	p^1	p^2	p^3
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]			
ÇDYA (g)	10,7±3,67 [3,4-16,5]	10,9±3,95 [3,8-21,9]	11,4±5,03 [4,1-20,2]	6,52±1,62 [4,7-9,8]	10,7±4,37 [3,2-20,7]	12,4±4,17 [7,0-18,6]	t:3,869 **p:0,001***	Z:-0,453 p:0,651	t:-0,550 p:0,587
		F:0,158; p:0,854			χ2:17,567; **p<0,001**** **[1-2,3]**				
Kolesterol (mg)	250,3±82,52 [140,3-403,3]	260,4±128,61 [40,3-592,4]	266,3±95,24 [101,4-407,7]	271,1±122,9 [102,0-472,2]	319,5±93,7 [108,4-470,0]	331,1±186,7 [98,3-690,5]	t:-0,582 p:0,565	Z:-3,070 **p:0,002***	t:-1,165 p:0,260
		F:0,068; p:0,934			χ2:2,308; p:0,315				
n-3	0,9±0,28 [0,5-1,5]	1,1±0,43 [0,5-2,2]	1,2±0,40 [0,6-1,9]	0,9±0,24 [0,5-1,5]	0,9±0,31 [0,4-1,6]	1,2±0,51 [0,6-2,0]	t:0,238 p:0,813	t:-2,838 **p:0,005***	t:-0,271 p:0,789
		χ2:2,213; p:0,331			χ2:4,734; p:0,094				
n-6/n-3	9,2±3,60 [3,3-15,2]	8,1±2,9 [2,8-14,2]	7,1±2,3 [2,9-10,8]	6,2±2,46 [2,3-11,1]	11,0±5,24 [2,2-23,0]	10,4±5,23 [4,0-20,6]	t:2,574 **p:0,016***	Z:-2,973 **p:0,003***	t:-2,064 p:0,655
		χ2:0,002; p:0,968			χ2:11,668; **p:0,003*** [1-2]				
Posa (g)	16,7±4,75 [10,3-25,2]	19,4±5,36 [8,9-31,3]	19,3±5,32 [11,6-32,2]	17,2±4,23 [8,5-25,0]	18,8±5,73 [7,2-30,7]	21,7±7,89 [9,6-33,7]	t:-0,305 p:0,763	t:0,630 p:0,530	t:0,967 p:0,342
		F:1,594; p:0,209			F:1,987; p:0,157				

χ2 Kruskal-Wallis H, F"ANOVA", Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05;

p^1:Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p^2: Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması ve p^3:Yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması

Değişkenlerde 1 ile 2 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-2], 1 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-3], 2 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asitleri

Çizelge 4.23. Bireylerin çalışma durumu ve Akdeniz uyumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)					
	Akdeniz diyeti uyum			Akdeniz diyeti uyum					
	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek	p^1	p^2	p^3
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]			
A vitamini (mcg)	630,4±185,4 [312,0-960,4]	777,6±292,25 [247,0-1496,4]	846,6±405,00 [372,4-1671,8]	669,±238,4 [263,5-1228,3]	745,2±285,51 [332,2-1419,6]	903,4±388,10 [283,9-1438,1]	t:-0,480 p:0,635	Z:-0,527 p:0,598	t:-0,359 p:0,722
		χ2:2,608; p:0,271			χ2:2,584; p:0,275				
C vitamini (mg)	75,2±29,75 [28,1-133,5]	86,2±41,06 [14,9-192,4]	65,8±24,79 [16,6-104,4]	75,7±28,9 [32,2-135,5]	91,3±37,95 [23,3-182,9]	114,1±48,17 [53,6-215,8]	t:-0,450 p:0,964	Z:-0,852 p:0,394	t:-3,310 **p:0,003***
		χ2:2,314; p:0,314			F:3,855; **p:0,025*** [1-3]				
E vitamini (mg)	12,5±3,64 [5,3-18,3]	12,2±4,72 [3,7-24,4]	13,0±5,83 [4,7-25,1]	10,0±5,07 [3,5-18,1]	13,1±5,23 [3,8-26,5]	15,0±3,62 [10,4-22,8]	Z:-1,621 p:0,106	Z:-0,774 p:0,439	t:-1,075 p:0,292
		F:0,174; p:0,841			χ2:7,549; **p:0,023*** [1-3]				
Tiamin (mg)	0,8±0,12 [0,5-1,0]	0,8±0,17 [0,4-1,2]	0,8±0,15 [0,5-1,1]	0,8±0,19 [0,3-1,1]	0,8±0,14 [0,5-1,1]	0,9±0,24 [0,4-1,3]	t:-0,242 p:0,811	t:1,106 p:0,271	t:-1,015 p:0,319
		F:0,550; p:0,579			F:1,047; p:0,368				
Riboflavin (mg)	1,2±0,27 [0,6-1,5]	1,1±0,29 [0,6-1,8]	1,1±0,23 [0,7-1,4]	1,2±0,12 [0,9-1,4]	1,2±0,24 [0,7-1,7]	1,3±0,40 [0,5-1,8]	t:0,307 p:0,762	t:-1,261 p:0,210	t:-1,593 p:0,123
		F:0,169; p:0,845			F:1,118; p:0,343				
Niasin (mg)	13,1±4,48 [5,9-22,1]	11,3±2,61 [5,8-17,0]	17,2±6,05 [9,9-29,3]	12,5±4,45 [4,4-20,8]	11,0±2,58 [5,5-17,2]	14,8±6,38 [7,9-26,7]	t:0,425 p:0,674	t:0,625 p:0,533	t:1,009 p:0,322
		F:7,783; **p:0,003*** [2-3]			F:2,986; p:0,071				

χ2 Kruskal-Wallis H, F"ANOVA", Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p^1:Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p^2: Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması ve p^3:Yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması.

Değişkenlerde 1 ile 2 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-2], 1 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-3], 2 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

Çizelge 4.23. (devamı) Bireylerin çalışma durumu ve Akdeniz uyumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)					
	Akdeniz diyeti uyum			Akdeniz diyeti uyum					
	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek	p^1	p^2	p^3
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]			
B_6 vitamini (mg)	1,2±0,28 [0,8-1,6]	1,2±0,26 [0,7-1,9]	1,2±0,34 [0,7-2,1]	1,3±0,26 [0,7-1,8]	1,2±0,29 [0,7-2,1]	1,4±0,40 [0,7-1,9]	t:-0,975 p:0,388	t:0,129 p:0,898	t:-0,995 p:0,329
		F:0,184; p:0,832			F:1,360; p:0,262				
Folat (mcg)	288,4±102,17 [109,6-507,7]	312,1±84,18 [138,3-515,5]	286,4±94,84 [111,9-452,1]	291,2±100,37 [89,3-468,4]	310,1±98,64 [125,9-566,9]	347,0±118,19 [139,5-426,2]	t:-0,077 p:0,939	t:0,131 p:0,896	t:-1,532 p:0,137
		F:0,812; p:0,447			F:1,178; p:0,312				
B_{12} vitamini	4,7±1,84 [1,7-7,2]	4,2±1,72 [0,9-8,3]	4,0±0,78 [2,5-5,1]	3,8±0,88 [2,3-5,5]	4,2±1,58 [1,5-8,3]	4,5±0,58 [3,6-5,4]	t:1,807 p:0,087	t:-0,080 p:0,937	t:-1,774 p:0,090
		F:1,097; p:0,347			F:2,920; p:0,069				
Potasyum (mg)	2117,3±494,9 [1391,0-3168,2]	2184,0±534,48 [1259,5-3456,1]	2236,6±580,85 [1224,5-3414,4]	2174,6±431,6 [1269,6-3237,2]	2254,0±601,66 [1033,3-3720,8]	2474,6±645,2 [1399,6-3504,7]	t:-0,350 p:0,729	t:-0,712 p:0,478	t:-1,045 p:0,305
		F:0,185; p:0,832			F:1,075; p:0,345				
Kalsiyum (mg)	630,1±111,13 [431,4-843,5]	640,3±167,99 [256,0-920,4]	598,3±125,75 [407,9-826,9]	605,2±115,75 [364,46-763,7]	622,8±138,55 [293,3-915,0]	724,8±221,68 [221,7-1128,6]	t:0,569 p:0,575	t:0,651 p:0,516	t:-1,636 p:0,121
		F:0,471; p:0,626			F:1,168; p:0,330				
Magnezyum (mg)	228,9±49,7 [134,8-314,4]	246,7±54,27 [141,1-376,7]	263,4±62,03 [175,9-410,2]	239,9±62,08 [106,6-377,7]	239,2±53,99 [126,7-356,0]	278,3±79,15 [124,5-362,8]	t:-0,540 p:0,593	t:0,794 p:0,428	t:-0,566 p:0,576
		F:1,473; p:0,234			F:2,418; p:0,095				

$\chi 2$ Kruskal-Wallis H, F"ANOVA", Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p^1:Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p^2: Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması ve p^3:Yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması.

Değişkenlerde 1 ile 2 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-2], 1 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-3], 2 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

Çizelge 4.23. (devam) Bireylerin çalışma durumu ve Akdeniz uyumuna göre diyetle aldıkları günlük mikro besin ögelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), alt ve üst değerleri

	Çalışan kadınlar (n:98)			Çalışmayan kadınlar (n:98)					
	Akdeniz diyeti uyum			Akdeniz diyeti uyum					
	Düşük	Orta	Yüksek	Düşük	Orta	Yüksek	p^1	p^2	p^3
	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]	$\bar{x}$±SS [Alt-Üst]			
Fosfor (mg)	969,0±153,01 [638,3-1166,1]	979,8±195,09 [560,2-1405,0]	1049,3±62,03 [725,2-1348,2]	1029,2±109,6 [806,9-1259,5]	965,1±165,92 [644,3-1397,4]	1097,6±310,48 [482,6-1484,2]	t:-1,249 p:0,222	t:0,471 p:0,639	t:-0,536 p:0,596
		F:1,007; p:0,369			F:2,473; p:0,105				
Demir (mg)	9,7±2,52 [5,8-14,1]	9,9±2,51 [5,4-15,6]	10,8±2,67 [6,6-16,0]	9,3±2,38 [4,41-13,27]	10,0±2,47 [4,8-15,8]	11,1±3,40 [6,37-17,1]	t:0,436 p:0,666	t:-0,275 p:0,784	t:-0,232 p:0,819
		F:1,048; p:0,355			F:1,888; p:0,157				
Çinko (mg)	9,89±2,32 [5,8-13,7]	9,2±2,04 [4,6-12,9]	9,6±1,07 [7,9-11,8]	8,8±0,77 [7,31-10,2]	9,0±1,74 [5,6-13,2]	9,7±2,25 [5,3-12,7]	t:1,672 p:0,114	t:0,591 p:0,556	t:-0,098 p:0,923
		F:0,981; p:0,388			F:0,844; p:0,441				

$\chi 2$ Kruskal-Wallis H, F"ANOVA", Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z "Mann-Whitney U test", **p<0,001 *p<0,05

p^1:Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması, p^2: Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması ve p^3:Yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınların karşılaştırılması.

Değişkenlerde 1 ile 2 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-2], 1 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [1-3], 2 ile 3 arasında ilişki olduğunu göstermek için [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme ve Akdeniz diyeti uyumu puanları ile diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterol arasındaki ilişki Çizelge 4.24'te gösterilmiştir. Çalışan kadınlarda sezgisel yeme puanı ile enerji/vücut ağırlığı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r:0,279; p:0,005). Çalışan kadınlarda tekli doymamış yağ asitleri alımı ile Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:0,229; p:0,023). Çalışmayan kadınlarda ise sezgisel yeme ve Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı ile enerji/vücut ağırlığı oranı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r:0,367; p<0,001, r:0,210;p:0,038). Çalışmayan kadınlarda yağ alımı ile Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:0,239; p:0,018). Çalışmayan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi ile sezgisel yeme puanı arasında negatif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:-0,214; p:0,035). Çalışmayan kadınlarda çoklu doymamış yağ asitleri ile Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r:0,249; p:0,013).

Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme ve Akdeniz diyeti uyumu puanları ile diyetle aldıkları günlük mikro besin ögeleri arasındaki ilişki Çizelge 4.25'te gösterilmiştir. Çalışmayan kadınlarda E vitamini alımı ile Akdeniz diyeti uyumu ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r:0,217; p:0,032). Çalışan kadınlarda ise niasin alımı ile Akdeniz diyeti uyumu ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r:0,200; p:0,049).

Çizelge 4.24. Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme ve Akdeniz diyeti uyumu puanları ile diyetle aldıkları günlük enerji, makro besin ögeleri, posa ve kolesterol arasındaki ilişki

	Çalışan kadınlar (n:98)				Çalışmayan kadınlar (n:98)			
	Sezgisel yeme ölçeği		Akdeniz diyeti uyumu		Sezgisel yeme ölçeği		Akdeniz diyeti uyumu	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Enerji (kkal)	0,034	0,738	0,086	0,398	0,069	0,499	0,195	0,055
Enerji/kg	0,279	**0,005***	0,072	0,481	0,367	**<0,001****	0,210	**0,038***
Karbonhidrat (g)	0,017	0,870	-0,001	0,989	0,169	0,096	0,088	0,388
Protein (g)	0,054	0,598	0,055	0,588	-0,052	0,614	0,131	0,200
Hayvansal protein (g)	-0,005	0,961	-0,013	0,897	-0,116	0,861	0,103	0,311
Bitkisel protein (g)	0,085	0,403	0,121	0,236	0,018	0,257	0,105	0,301
Yağ (g)	0,032	0,752	0,134	0,188	-0,009	0,933	0,239	**0,018***
Karbonhidrat (%)	-0,026	0,798	-0,037	0,721	0,090	0,380	-0,144	0,156
Protein (%)	-0,016	0,876	0,015	0,880	-0,214	**0,035***	-0,057	0,580
Yağ (%)	0,021	0,839	0,039	0,704	0,017	0,868	0,176	0,083
Doymuş yağ asidi (g)	-0,045	0,663	-0,037	0,720	0,083	0,417	0,131	0,198
TDYA (g)	0,100	0,325	0,229	**0,023***	0,047	0,645	0,184	0,069
ÇDYA (g)	0,025	0,804	0,033	0,750	-0,128	0,210	0,249	**0,013***
Kolesterol (mg)	0,018	0,863	0,033	0,747	0,049	0,635	0,151	0,138
n-3	-0,081	0,425	0,169	0,096	0,075	0,465	0,100	0,329
n-6/n-3	0,002	0,984	-0,071	0,485	-0,168	0,099	0,112	0,273
Posa (g)	0,151	0,137	0,082	0,420	-0,126	0,217	0,108	0,291

Spearman korelasyon katsayısı, **p<0,001 *p<0,05
TDYA: Tekli doymamış yağ asitleri, ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asitleri

Çizelge 4.25. Bireylerin çalışma durumuna göre sezgisel yeme ve Akdeniz diyeti uyumu puanları ile diyetle aldıkları günlük mikro besin ögeleri arasındaki ilişki

	Çalışan kadınlar (n:98)				Çalışmayan kadınlar (n:98)			
	Sezgisel yeme ölçeği		Akdeniz diyeti uyumu		Sezgisel yeme ölçeği		Akdeniz diyeti uyumu	
	r	p	r	p	R	p	r	p
A vitamini (mcg)	0,175	0,086	0,004	0,971	-0,101	0,321	0,177	0,081
C vitamini (mg)	0,136	0,181	-0,078	0,443	-0,112	0,272	0,195	0,054
E vitamini (mg)	0,065	0,524	0,025	0,809	-0,059	0,564	0,217	**0,032***
Tiamin (mg)	0,046	0,650	0,161	0,113	-0,037	0,719	0,110	0,279
Riboflavin (mg)	-0,017	0,871	-0,026	0,796	-0,056	0,582	0,121	0,237
Niasin (mg)	-0,021	0,840	0,200	**0,049***	-0,141	0,166	0,133	0,192
B_6 vitamini (mg)	0,110	0,282	0,045	0,660	-0,052	0,614	0,088	0,391
Folat (mcg)	0,056	0,585	0,002	0,983	0,013	0,901	0,129	0,204
B_{12} vitamini	-0,086	0,400	-0,043	0,672	0,001	0,995	-0,008	0,937
Potasyum (mg)	0,081	0,430	0,040	0,693	-0,022	0,828	0,176	0,682
Kalsiyum (mg)	-0,031	0,761	-0,117	0,253	-0,062	0,544	0,051	0,615
Magnezyum (mg)	0,047	0,647	0,192	0,058	-0,073	0,477	0,152	0,135
Fosfor (mg)	0,008	0,935	0,101	0,325	-0,042	0,083	0,123	0,226
Demir (mg)	0,092	0,367	0,140	0,168	-0,008	0,939	0,192	0,059
Çinko (mg)	0,001	0,988	0,045	0,663	-0,055	0,594	0,121	0,235

Spearman korelasyon katsayısı, **p<0,001 *p<0,05

5. TARTIŞMA

Çalışma durumuna göre kadınların sezgisel yeme, yeme tutumu, beslenme durumu, Akdeniz diyetine uyumu ve fiziksel aktivite durumunun incelenmesi amacıyla planlanıp yürütülen bu araştırma sonucunda elde edilen veriler aşağıdaki başlıklar altında mevcut literatür ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

5.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan çalışan kadınların %36,7'sinin 18-30, %52,0'sinin 31-45 ve %11,2'si nin 46-60 yaş aralığında iken çalışmayan kadınların yaklaşık yarısı (%54,1) 18-30, %27,6'sı 31-45 ve %18,4'ü 46-60 yaş aralığındadır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.1). Çalışan ve çalışmayan kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada da çalışan kadınların %7,4'ü 18-24, %32,1'i 25-34, %27,9'u 35-44 ve %32,6'sı 45-65 yaş aralığında ike çalışmayan kadınların %30,9'u 18-24, %13,9'u 25-34, %20,6'sı 35-44 ve %34,6'sı 45-65 yaş aralığında çıkmıştır [219]. Mevcut çalışmanın veri toplama sürecinde yaşanan çalışmayan kadınlara ulaşma zorluğu ve çalışmayan kadın grubunun çoğunlukla öğrenci/yeni mezun genç kişilerden oluşmasının bu yaş dağılımı farklılığını etkilediği düşünülmektedir.

Bireylerin medeni durumları incelendiğinde çalışan kadınların %63,0'ünün, çalışmayan kadınların ise %41,0'inin evli olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.1). Bursa ilinde yaşayan 64'ü çalışan ve 66'sı çalışmayan toplam 130 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada benzer şekilde çalışan kadınların %64,1'inin çalışmayan kadınların ise %56,1'inin evli olduğu görülmüştür [220].

Çalışan kadınların %4,1'i ilkokul, %1'i ortaokul, %11,2'i lise, %11,2'i ön lisans, %61,2'si lisans, %10,2'si yüksek lisans ve %1,0'i doktora mezunu; çalışmayan kadınların %2,0'si ilkokul, %7,1'i ortaokul, %34,7'i lise, %9,2'si ön lisans, %44,9'u lisans ve %2,0'si yüksek lisans mezunudur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.1). Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve gece yeme sendromu üzerine etkisinin incelendiği toplam 407 kadının katıldığı bir çalışmada ise çalışan kadınların %10,2'sinin lise, %62,0'sinin üniversite ve %18,5'inin lisansüstü mezunu; çalışmayan kadınların ise %21,5'inin lise, %52,4'ünün üniversite ve %13,1'inin lisansüstü mezunu olduğu görülmüştür [221]. Çalışmayan kadınların oluşturduğu gruptaki öğrenci/yeni mezun

sayısındaki fazlalık nedeniyle yaş grupları, medeni durum ve eğitim düzeyi bakımından çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında anlamlı farklılık görülmüş olup demografik açıdan iki grup arasında istenilen benzerlik sağlanamamıştır.

Çalışan kadınların %11,2'sinin çalışmayan kadınların ise %37,8'inin sigara kullandığı görülmüştür. Kadınların çalışma durumuna göre sigara kullanma durumları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Sigara içenler arasında çalışan kadınlar günde ortalama 9,45±6,33 adet sigara içerken çalışmayan kadınlar 6,46±3,37 adet sigara içmektedir (Bkz. Çizelge 4.2). Çalışan ve çalışmayan kadınlarda duygu durumunun beslenme davranışına etkisini inceleyen ve 210 kadın ile yürütülen bir çalışmada çalışan kadınların %28,6'sının, çalışmayan kadınların %44,7'sinin sigara kullandığı bildirilmiştir [222]. Masa başı çalışan yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada çalışan kadınların ortalama 8,50±4,60 adet sigara içtiği bildirilmiştir [223]. Çalışan gruptaki kadınların iş yerinde verilen sağlık seminerleri, tütün kullanımının azaltılmasına ilişkin uygulamalar dolayısıyla sigara alışkanlıklarının daha az olduğu tahmin edilmektedir.

5.2. Bireylerin Diyet Öyküsü ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Son yıllarda sosyal medya içeriklerindeki beslenme ve sağlık temalı paylaşımların ve bilgi kirliliğinin artışı özellikle genç kadınlarda beden imgesinde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu kişilerde artan beden memnuniyetsizliği diyet yapma gibi yeme davranışında bozulmalarla sonuçlanabilmektedir [224]

Çalışan kadınların yarısı (%50,0) çalışmayan kadınların ise %55,1'i zayıflama diyeti yaptığını bildirmiştir ($p>0,05$). Zayıflama diyeti yapma nedeni olarak hem çalışan hem de çalışmayan kadınlar en fazla estetik görünümü göstermiştir (sırasıyla %69,4 ve %68,5) (Bkz. Çizelge 4.4). Elazığ'da 114 çalışan ve 201 çalışmayan yetişkin kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %56,8'i herhangi bir zayıflama yöntemi kullandığını ve/veya kullanıyor olduğunu belirtmiştir. Bu kişilerin %41,9'u güzel/formda görünmeyi zayıflama nedenleri olarak göstermiştir [225]. Hem çalışan hem de çalışmayan kadınlarda diyet yapma nedeni olarak en çok estetik görünümün gösterilmesi toplumdaki zayıflık baskısını ve kadınlardaki beden memnuniyetsizliğini destekler niteliktedir.

Çalışan ve çalışmayan kadınların çok büyük çoğunluğu (sırasıyla %95,9 ve %99,0) öğün atladığını belirtmiştir (p>0,05). Hem çalışan hem de çalışmayan kadınların en çok öğle öğününü (sırasıyla %40,4 ve %49,5) atladıkları bulunmuştur. Öğün atlayan çalışan kadınlar neden olarak en çok canlarının istememesini (%28,7) ve fırsat bulamamayı (%23,4) gösterirken öğün atlayan çalışmayan kadınlar ise en çok canlarının istememesini (%34,0) ve alışkanlıklarının olmamasını (%33,0) neden olarak göstermiştir (Bkz. Çizelge 4.4). Çalışan ve çalışmayan kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada ise öğün atlama nedeni olarak çalışan kadınlar en fazla oranda zaman yetersizliğini (%40,8) gösterirken bu nedenler çalışmayan kadınlarda sabahları geç kalkma (%27,6) ve canının istememesi/iştahsız olma (%25,7) olarak bildirilmiştir [222]. Yetişkin kadınlarla yapılan bir çalışmada en çok atlanılan öğün mevcut çalışmayla benzer şekilde öğle öğünü (%41,1) olarak belirtilmiştir [226]. Çalışan kadınlarda iş yoğunluğu dolayısıyla öğle yemeği için vakit bulamama, toplu yemek hizmeti olmayan kurumlarda çalışılması veya bu hizmeti sağlayan kuruluşlarda çalışanların yemek tercihleri öğle öğününün atlanılmasına sebep olabilmektedir. Hem çalışan hem de çalışmayan kadınlar için geç kahvaltı yapılması ve maddi koşullardan ötürü öğün kısıtlamasına gidilmesi gibi sebeplerin de her iki grubun da en çok öğle öğününü atlamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Dünya genelinde görülme sıklığı giderek artan obezite kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, böbrek hastalıkları, kanser gibi birçok kronik hastalık için risk faktörü konumundadır [227]. Obezite ve obezite riskinin değerlendirmesinde BKİ ile beraber bel çevresi, bel/kalça oranı gibi kriterler de kullanılmaktadır [228].

Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesi Obezite 2022 raporuna göre Türkiye Avrupa'daki en yüksek fazla kilolu/obezite (BKİ>25,0) oranına sahip ülke olmuştur. Bu raporda Türkiye'deki her 3 yetişkinden 2'sinin fazla kilolu/obez olduğu bildirilmektedir. Kadınlar ise %69,3'lük fazla kiloluluk/obezite, %39,2'lik obezite oranları ile daha büyük tehlike arz etmektedir [229]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre 19-64 yaş aralığındaki kadınların bel çevresi ortalaması 90,2±15,50 cm, kalça çevresi ortalaması 106,6±12,43 cm ve bel/kalça oranı 0,84±0,08'dir. Bel çevresi riski bakımından 19-64 yaş aralığındaki kadınların %52,1'i yüksek risk teşkil eden grupta yer alırken bel/kalça riski bakımından %47,7'si yüksek sağlık riskli grupta yer almaktadır [230].

Bu çalışmada ortalama BKİ değerleri ise çalışan kadınlar için 23,6±3,12 kg/m², çalışmayan kadınlar için 23,2±3,31 kg/m² olarak bulunmuştur (p>0,05) (Bkz. Çizelge 4.5). Beden kütle indeksi sınıflandırılmasına göre çalışan kadınların %66,3'ünün, çalışmayan kadınların %62,2'sinin normal aralıkta olduğu görülmüştür (p<0,05). Bel çevresine göre çalışan kadınların %30,6'sı çalışmayan kadınların ise %27,6'sı; bel/kalça oranına göre çalışan kadınların %31,6'sı, çalışmayan kadınların ise %26,5'i çok yüksek riskli grupta yer almaktadır (p>0,05). (Bkz. Çizelge 4.6).

Çalışan ve çalışmayan toplam 210 yetişkin kadının katılımıyla yürütülen bir çalışmada ise BKİ ortalaması çalışan kadınlarda 25,1±4,39 kg/m² ve çalışmayan kadınlarda 25,6±4,05 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı grupları bakımından istatiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) [222]. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda duygusal yeme durumunun vücut ağırlığı ve yaşam doyumu üzerine etkilerinin araştırıldığı 384 kadın ile yürütülen bir çalışmada BKİ sınıflandırmasına göre çalışan kadınların %66,3'ünün normal, %25,3'ünün fazla kilolu grupta, çalışmayan kadınların ise %58,8'inin normal, %26,3'ünün fazla kilolu grupta olduğu görülmüştür. Bel çevresi sınıflandırmasına göre çalışan bireylerin %20,0'sinin, çalışmayan kadınların ise %25,7'sinin yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında BKİ ve bel çevresi sınıflamaları açısından istatiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05) [219]. Bu çalışmaya obez bireylerin dahil edilmemesi nedeniyle bireylerin TBSA verilerine kıyasla antropometrik ölçümler bakımından daha düşük değerlere sahip olması beklenen bir sonuç olmakla beraber obez bireylerin de dahil edildiği çalışmalarla karşılaştırıldığında özellikle bel çevresi ve bel/kalça oranı açısından benzer sonuçların görülmesi obezite riski açısından dikkat çekmektedir. Sedanter yaşamın Kovid-19 pandemisi kısıtlamaları ile beraber daha da artması, çalışan kadınların çoğunlukla masabaşı işlerle meşgul olması ve çalışmayan bireylerin evde geçirdikleri süreçte fiziksel olarak fazla aktif olamamasının her iki gruptaki yüksek bel çevresi ve bel/kalça oranı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

5.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyumu ve Fiziksel Aktivite Puanlarının Değerlendirilmesi

Katı kurallara bağlı kalınarak yapılan diyetlerin vücut ağırlığında dalgalanma yaratması ve bununla beraber psikososyal açıdan kişiyi olumsuz etkilemesinden dolayı sağlıklı beslenmeyi hedefleyen ve vücut ağırlığı kazanımını engelleyen alternatif yeme yaklaşımlarına yönelim artmıştır [231]. Sezgisel yeme kişinin besinleri iyi veya kötü gibi kategorilere ayırmadan ne zaman ve ne yiyeceği konusunda fizyolojik açlık-tokluk sinyallerine güvendiği diyetsel olmayan bu alternatif yaklaşımlardan biridir [163]. Kişinin sosyal-psikolojik sağlığı, yeme tutumu ve beslenme düzeni üzerinde büyük etkisi olan çalışma hayatının sezgisel yeme durumuna etkisinin incelendiği bu çalışmada sezgisel yeme toplam puanı ortalaması çalışan kadınlar için 3,5±0,46 çalışmayan kadınlar için 3,4±0,52 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Sezgisel yeme toplam puan ortalaması bakımından çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamış ancak açlık tokluk sinyallerine güvenme alt ölçek puan ortalamasının çalışan kadınlarda (3,5±0,54) çalışmayan kadınlardan (3,3±0,68) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8). Çalışan kadınların %55,1'inin, çalışmayan kadınların %51,0'inin sezgisel yiyen olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.9).

Sezgisel Yeme Ölçeği-2'nin Almanca adaptasyonun yapıldığı çalışmaya katılan 922 kadının sezgisel yeme toplam puanı ortalaması 3,4±0,69 olarak bulunmuştur [180]. Çalışmaya katılan bireylerin %69,2'sini kadınların oluşturduğu 172 yetişkinin katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada ise çalışan bireylerin sezgisel yeme toplam puanı 3,2±0,47 iken çalışmayan bireylerin 3,0±0,54 olarak bulunmuş ve istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) ancak açlık tokluk sinyallerine güvenme alt ölçek puan ortalaması çalışan bireylerde (3,2±0,85) çalışmayan bireylerden (2,9±1,08) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) [232]. Çalışan kadınların çoğu zaman iş yoğunluğu ile beraber yemek yemeye daha kısıtlı vakitlerinin olması ve bu nedenle bu bireylerin kurallara bağlı kalmadan yemek yeme zamanını ve yedikleri yiyeceğin miktarını içsel vücut sinyallerini dinleyerek gerçekleştirmesinin bu sonuçlara neden olduğu düşünülmektedir.

Sosyal medya kullanımı ile artan zayıf olma ideali baskısı kadınları oldukça etkilemekte ve beden memnuniyetsizliği oranlarının artışında büyük rol oynamaktadır [233]. Hem psikolojik hem de fiziksel anlamda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen beden memnuniyetsizlik oranının kadınlarda ortalama %13,4–31,8 olduğu ve BKİ değeri arttıkça memnuniyetsizlik oranının da katlanarak arttığı belirtilmektedir [234]. Hem medyadaki incelik algısı hem de beden memnuniyetsizliğindeki artış yeme davranışında bozulma ve yeme bozukluğu gelişme riskinde artış ile ilişkilendirilmektedir [69]. Yeme bozukluğu ile ilgili vakaların %95'i ilk kez 25 yaşına kadar ortaya çıksa da her yaştan kadın yeme bozukluğu bakımından risk taşımakta ve 40 yaşına kadar her 5 kadından birinde yeme bozukluğu olduğu düşünülmektedir [235].

Bu çalışmada, çalışmayan kadınların yeme tutum testi puan ortalamasının (12,94±7,03) çalışan kadınlarınkinden (9,58±4,45) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.8). Çalışan kadınların %7,1'inin, çalışmayan kadınların %19,4'ünün ise yeme davranışı bozukluğu riski taşıdığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.9). Yaş ortalaması 30,7 olan 100 kadın ve 100 erkek bireyin katıldığı bir çalışmada kadınların YTT-26 puan ortalaması 17,9±11,65 olarak bulunmuş ve kadınların %38,0'inin yeme davranışı bozukluğu riski taşıdığı belirlenmiştir [236]. Beden kütle indeksi ortalaması 21,5±3,09 olan ve yaşları 19-45 yıl aralığında değişen 250 yetişkinin (%72,8'i kadın) katıldığı bir çalışmada kadınların YTT-26 puan ortalaması 15,0±7,35 olarak bulunmuş ve kadınların %25,3'ünün yeme davranışı bozukluğu riski taşıdığı tespit edilmiştir [237]. Çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre daha genç oluşu dolayısıyla bu bireylerde sosyal medya kullanımının daha yaygın kullanılması, özellikle genç kadınlarda yeme bozukluğu bakımından artmış riskin çalışmayan kadınlardaki yüksek yeme davranışı bozukluğu riski üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı bir diyete geçiş ile beraber %19,0-23,6 düşüşle yıllık 10,8-11,6 milyon insanın ölümünün engellenebileceği düşünülmektedir. İnsan sağlığı geliştirmek ve çevresel sürdürülebilirliği sağlamak adına EAT-Lancet Komisyonu tarafından büyük oranda Akdeniz diyeti esas alınarak oluşturulan küresel anlamda bu sağlıklı referans diyet fazla miktarda sebze, meyve, tam tahıllılar, baklagiller, sert kabuklu yemişler ve doymamış yağ asitlerinden oluşmaktadır [238]. Sebze ve meyve, tam tahıllılar, bitkisel protein kaynakları ve doymamış yağ asitlerinin baskın olduğu ve az miktarda hayvansal protein kaynaklarının önerildiği Akdeniz diyetine bağlılık arttıkça tüm nedenlere bağlı ölümler, kardiyovasküler hastalıklar,

tip 2 diyabet, ağırlık kazanımı, metabolik sendrom, depresyon ve Alzheimer gibi hastalıkların görülme oranının düştüğü bildirilmektedir [239].

Bu çalışmada Akdeniz diyetine uyum ölçeği ortalama puanı çalışan kadınlar için 7,5±1,84 iken çalışmayan kadınlar için 7,3±1,90 olarak bulunmuştur (p>0,05) (Bkz. Çizelge 4.15). Akdeniz diyetine uyum açısından çalışan kadınların %69,4'ünün ve çalışmayan kadınların %67,3'ünün orta uyum gösterdiği bulunmuştur (p>0,05) (Bkz. Çizelge 4.16). Akdeniz diyetine uyumun araştırıldığı bir çalışmada ise 18-49 yaş arasındaki 462 kadın incelenmiş ve Akdeniz diyetine uyum ölçeği puan ortalaması 6,2±1,88 olarak bulunmuştur [240]. Yaş aralığı 20 ila 58 yıl arasında değişen 162 kadın birey ile yürütülen ve Akdeniz diyetine uyum ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada ise bireylerin %33,3'ünün Akdeniz diyetine uyumunun orta düzey olduğu görülmüştür [241]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre 19-64 yaş arası kadınların günlük ortalama süt ve ürünleri tüketimi 169,7±131,15 g; balık tüketimi 10,9±42,23 g; sebze tüketimi 260,6±161,66 g ve zeytinyağı tüketimi 5,4±8,66 g olarak bulunmuştur [230]. Türkiye ortalamaları ile karşılaştırıldığında çalışan ve çalışmayan kadınların TBSA verilerine göre daha düşük oranda süt ve süt ürünleri, daha yüksek oranda balık, sebze ve zeytinyağı tüketiminin bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Fiziksel inaktivitenin tip 2 diyabetin %7,0'sinden, göğüs kanserinin %10,0'undan, kolon kanserinin %10,0'undan ve koroner kalp hastalığının %7,0'sinden sorumlu olduğu bildirilmektedir [215]. Dünya Sağlık Örgütü fiziksel inaktivitenin 2025'e kadar %10 ve 2030'a kadar %15 oranında düşürülmesini hedeflemektedir [14].

Bu çalışmada, çalışan kadınların %51,0'inin, çalışmayan kadınların ise %50,0'sinin düşük düzey fiziksel aktiviteye sahip olduğu bulunmuştur (p>0,05) (Bkz. Çizelge 4.9). Ankara'da %69,7'si ev hanımı olan 20 yaş üzeri 218 kadın ile yürütülen bir çalışmada bu çalışmayla benzer şekilde kadınların %59,6'sının hafif düzeyde fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir [242]. Yaş ortalaması 35,4 olan 40 kadın akademisyenle yapılan bir çalışmada ise bireylerin %52,5'inin düşük şiddette fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir [243]. Çalışan kadınların çoğunluğunun masa başı işlerde çalışıyor olması, iş yerlerinin uzak olması nedeniyle ulaşım araçlarının kullanılması, kadınların ev işleri ve çocuk bakımı ile meşgul olması, çalışma verilerinin toplandığı dönemde Kovid-19 pandemi kısıtlamalarının kısmen devam etmesi nedeniyle insanların spor salonuna erişimlerinin azalması, dışarı çıkma konusunda duyulan

kaygı ve evlerin çoğu zaman egzersiz için uygun olmaması hem çalışan hem de çalışmayan kadınlarda görülen yüksek orandaki düşük düzey fiziksel aktivitenin nedenleri arasında gösterilebilir.

Zayıflama diyeti yapma durumuna göre hem çalışan hem de çalışmayan kadınlarda diyet yapmayan bireylerin sezgisel yeme puanları diyet yapanlara göre istatiksel olarak anlamlı orandan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.13). Yetişkin kadınlarda sezgisel yeme durumunun araştırıldığı çalışmada 18-62 yaş arasındaki 561 sağlıklı kadından hiç zayıflama diyeti yapmayanların sezgisel yeme toplam puanlarının zayıflama diyeti yapan diğer tüm gruplardan daha yüksek olduğu gözlenmiştir [244]. Obez olan ve olmayan 322 yetişkin (%65,5'i kadın) ile yürütülen çalışmada zayıflama amacıyla diyet yapan kişilerin sezgisel yeme puanının diyet yapmayanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir [245]. Çalışmaya katılan bireylerin %96,0'sını kadınların oluşturduğu başka bir çalışmada ise zayıflama diyeti yapmayan bireylerin sezgisel yeme puan ortalamalarının zayıflama diyeti yapanlarınkinden daha yüksek olduğu görülmüştür [246]. Sezgisel yeme davranışında açlık tokluk sinyallerine güvenme alt ölçeği gereği diyet zihniyetinden çıkıp vücudun verdiği içsel sinyallere göre beslenme anlayışı söz olduğundan sezgisel yiyen bireylerin daha düşük düzeyde diyet yapması beklenmektedir ve bu çalışmanın sonuçları bu öngörüyü desteklemektedir.

Çalışan ve çalışmayan kadınlarda zayıflama diyeti yapmayan bireylerin yeme tutum testi puanının zayıflama diyeti yapan bireylerden istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.13). Diyet yapma ile meşgul olma durumu bozulmuş yeme davranışlarından olduğundan bu kişilerde YTT-26 puanının daha yüksek çıkması beklenen bir sonuç olarak görülmektedir.

Sosyal medya ve toplumda egemen olan ince olma ideali dolayısıyla beden memnuniyetsizliği ve olumsuz beden imgesi gibi nedenler kişilerin beslenmesini, diyet ve egzersiz yapma durumunu etkilemektedir. Orta yaş ve üzeri kadınlarla yapılan bir çalışmada beden memnuniyetsizliği daha yüksek olan kadınların daha düşük diyet kalitesine sahip olduğu gözlenmiştir. Beden memnuniyetsizliği olan kadınların daha az oranda meyve, yağlı tohumlar ve daha fazla oranda kırmızı et ve işlenmiş et ürünleri tükettiği görülmüştür [247]. Kadın üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada sezgisel yeme ve zayıflama diyeti yapma durumuna göre 4 grupta incelenen öğrenciler arasında diyet kalitesini belirleme

kullanılan sağlıklı yeme indeksi puanının zayıflama diyeti yapan grupta en yüksek, zayıflama diyeti yapmayan grupta en düşük değere sahip olduğu görülmüştür [248]. Genç yetişkinler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise beden memnuniyeti ile yüksek fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir [249]. Ancak bu çalışmada zayıflama diyeti yapma durumuna göre Akdeniz diyetine uyum ve toplam fiziksel aktivite puanları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.13). Zayıflama diyeti yapmada birçok faktörün etkili oluşu, yaş gruplarının çalışan ile çalışmayan kadınlar için farklı oluşu, pandeminin getirdiği sınırlamalar ve özellikle çalışan kadınlar için bu dönemde değişmiş olabilecek beslenme alışkanlıklarının bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

5.5. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Toplam Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Sezgisel yemenin psikolojik etkilerinin incelendiği bir meta analizde sezgisel yemenin BKİ ile beraber yeme patolojisi, beden imgesinde rahatsızlık ve psikopatoloji ile negatif ilişkili olduğu ve pozitif beden beden imgesi, benlik saygısı ve bütünsel iyilik hali ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir [250]. Christoph ve arkadaşlarının Genç ve Genç Yetişkinlerde Yeme ve Aktivite Projesi (EAT) kapsamında sezgisel yemenin vücut ağırlığına bağlı davranışlarla ilişkisini inceleyen çalışmada sezgisel beslenen kadınların 5 yıl sonrasında daha düşük oranda diyet yapma, tıkınırcasına yeme ve sağlıksız vücut ağırlığı kontrolü davranışları gösterdiği gözlenmiştir [231]. Türkiye geneli 18-56 yaşlarındaki 785 diyetisyen ve 'Beslenme ve Diyetetik' bölümü öğrencisi (%92,0'si kadın) ile yapılan bir çalışmada sezgisel yiyen bireylerin yeme tutum puanı anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır. Sezgisel yeme puanı yüksek olan bireylerin %41 oranında daha düşük yeme bozukluğu gelişme riskine sahip olduğu belirtilmiştir [251]. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise sezgisel yeme ile YTT-26 puanı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif ilişki gözlenmiştir [252]. Buna karşılık kadın üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise sezgisel yeme ile YTT-26 arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir [253]. Bu çalışmada ise hem çalışan hem de çalışmayan kadınlarda sezgisel yeme ile YTT-26 arasında anlamlı bir negatif ilişki gözlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.14). Sezgisel yeme davranışında yemek yeme konusunda vücut sinyallerine güven söz konusu olduğundan yemek ve vücut ağırlığı ile meşgul olma düşünceleri ve buna bağlı olarak gözlenen bozulmuş yeme davranışlarının azalması beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar

literatür ile benzerlik göstermekte olup sezgisel yeme ile bozulmuş yeme davranışları arasındaki negatif yönlü ilişkiyi destekler niteliktedir.

Bu çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlarda sezgisel yeme ölçeği toplam puanı ile Akdeniz diyeti uyum ölçeği arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Çizelge 4.14). Üniversite öğrencileriyle (%94,1'i kadın) yapılan bir çalışmada benzer şekilde sezgisel yeme ile Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi arasında anlamlı ilişki görülmemiştir [254]. Buna karşılık diyet kalitesinin Akdeniz Diyetine Bağlılık Öz-Yeterlik Ölçeği ile ölçüldüğü ve çalışmaya katılan bireylerin %96,0'sının kadın olduğu çalışmada sezgisel yeme Akdeniz diyetinin diyet dışı ve Akdeniz diyetine uygun besin tüketimi arasında istatiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır [246]. Sezgisel yeme ve diyet kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmada farklı ölçeklerin kullanılması ve örneklemlerin başta yaş olmak üzere demografik açıdan değişiklik göstermesinin bu konuda yapılan çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlara neden olabileceği düşünülmektedir.

Sezgisel yemenin 10 temel prensibi arasında bedene saygı gösterme ile egzersiz yapma ve farkı hissetme ilkeleri de bulunmaktadır. Bu nedenle sezgisel beslenen kişilerin besinler, vücut şekillerinin yanında fiziksel aktivite ile de kurdukları pozitif bağ sonucu ağırlık kaybı ve enerji kaybı sağlama gibi nedenler yerine zevk aldıkları için fiziksel olarak aktif olmaları beklenmektedir [176]. Ancak bu çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlarda sezgisel yeme ölçeği toplam puanı ile fiziksel aktivite puanları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Bkz. Çizelge 4.14). Fiziksel aktivitenin sezgisel yeme ve yeme farkındalığına etkisini inceleyen bir çalışmada ise 18-45 yaş aralığındaki 205 yetişkin kadının fiziksel aktivite düzeyleri ile sezgisel yeme puanları arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir [255]. Buna karşılık sezgisel yeme alt ölçekleri ile fiziksel aktivite arasında istatiksel açıdan anlamlı ilişkinin gözlendiği çalışmalar da mevcuttur [196, 252]. Modern dünyanın getirdiği yenilikler, yürüme mesafesindeki azalmalar ve bunların yanında pandeminin getirdiği belirli kısıtlamaların bireylerin hem beslenme hem de fiziksel aktivitede değişime yol açtığı düşünülmektedir. Bununla birlikte sezgisel yemenin fiziksel aktivite ile ilişkisi bakımından sınırlı ve farklı sonuçlar yorumlamayı zorlaştırdığından bu konuda daha geniş popülasyonların dahil edildiği kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Akdeniz Diyeti Uyum ve Toplam Fiziksel Aktivite Puanları Arasındaki İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada çalışan kadınlarda sezgisel yeme toplam puanı ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi ve kalça çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda sezgisel yeme toplam puanı ile vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.15). Yetişkin 50 bin bireyden fazla kişinin (%77,4'ü kadın) katıldığı NutriNet-Sante çalışmasında sezgisel yeme toplam puanı ile vücut ağırlığı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif ilişki gözlenmiştir. Bunun yanında koşulsuz yeme izni, duygusal sebepler yerine fizyolojik sebeplerden dolayı yeme ve açlık tokluk sinyallerine güvenme alt ölçekleri ile de vücut ağırlığı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif ilişki saptanmıştır [200]. Sadece kadınlar üzerinde yürütülen çalışmalarda da sezgisel yeme toplam puanı ile BKİ değerleri arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif ilişki gözlenmiştir [181, 256]. Ülkemizde yapılan çalışmalardan 250 yetişkinin katıldığı bir çalışmadaki 182 kadının sezgisel yeme toplam puanı ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif ilişki gözlenmiştir [257]. Buna karşılık çoğunluğunun (%78,7) kadın olduğu üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise sezgisel yeme ölçeği toplam puanı ile BKİ ve bel çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir [182]. Sezgisel yiyen bireylerin besin ihtiyaçlarını vücutlarının fizyolojik ihtiyaçlarına göre belirlemesi söz konusudur. Dolayısıyla bu durumun aşırı veya yetersiz beslenme durumuna yol açmaması ve sezgisel yiyen kişilerin antropometrik ölçümlerinin sağlıklı değerler aralığında olması beklenen bir durum olmakla birlikte bu çalışmada obez bireylerin dahil edilmemesinin bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları literatürdeki sezgisel yeme ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup sezgisel yeme davranışının artışı ile birlikte antropometrik değerlerde iyileşmelerin görülebileceğini destekler niteliktedir.

Bu çalışmada hem çalışan hem çalışmayan kadınlarda YTT-26 toplam puanı ile antropometrik ölçümler arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.15). Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ise kadınların YTT-26 toplam puanı ile vücut ağırlığı, BKİ ve bel çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı ilişki gözlenmemiştir [257]. Buna karşılık 400 kadın üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışmada

ise YTT-26 puanı ile BKİ arasında pozitif yönlü istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmiştir [253]. Vücut ağırlığı, dış görünüş ve bununla ile ilgili duyulan kaygı yeme bozukluğu gelişiminde rol oynamakla birlikte sosyal, psikolojik ve fiziksel birçok başka faktörün de yeme tutumunda bozulmalar üzerinde etkili oluşunun bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlarda Akdeniz diyetine uyum ölçeği ile antropometrik ölçümler arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.15). Üniversite öğrencileriyle (%50,6'sı kadın) yapılan bir çalışmada da Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) puan ortalamalarının BKİ ve bel/kalça oranı sınıflandırılmalarına göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). [258]. Yetişkin 162 kadın ile yürütülen çalışmada Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeği ile BKİ ve bel çevresine göre sınıflandırma grupları arasında anlamlı fark gözlenmezken bel/kalça oranı sınıflandırmaları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) [241]. Buna karşılık Avustralya'da ülke genelinde 5106 yetişkin (%54,1'i kadın) ile yapılan çalışmada Akdeniz diyetine uyum Akdeniz Diyet Skoru (MDS) ile ölçülmüş ve 3 grupta incelenmiştir. Uyumun en düşük olduğu gruptakilerin daha fazla oranda fazla kilolu ve obez olduğu saptanmıştır. Ayrıca Akdeniz diyet skoru en yüksek olan bireylerin en düşük olan bireylere göre daha düşük bel çevresine sahip olduğu bildirilmiştir [259]. Beslenme düzeninin mevsim koşullarına göre değişkenlik gösterebilmesi, ekonomik durum ve pandemi koşullarının besin tercihlerine olan etkisi gibi nedenlerin Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği'ne verilerin cevapları etkileyebileceği ve dolayısıyla uzun süreli Akdeniz diyetine uyumlu beslenme alışkanlıklarının antropometrik ölçümler üzerindeki etkisini görmede engel teşkil edebileceği düşünülmektedir.

Fiziksel anlamda aktif olma obezite ve buna bağlı birçok hastalık gelişimini önleyici değiştirilebilir özellikte bir davranıştır. Çalışan kadınlara fiziksel aktivite müdahalesinin etkilerini inceleyen meta-analiz çalışmasında fiziksel aktivite müdahalesinin bireylerin vücut ağırlığını (-0,83 kg) ve BKİ değerini (-0.35 kg/m2) anlamlı olarak düşürdüğü gözlenmiştir [260]. Bu çalışmada fiziksel aktivitenin antropometrik ölçülere etkisi incelendiğinde çalışan kadınlarda toplam fiziksel aktivite ile bel/kalça oranı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda ise toplam fiziksel aktivite ile kalça çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.15). Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ise fiziksel aktivite toplam puanları ile bel çevresi arasında istatiksel

açıdan anlamlı bir negatif ilişki gözlenirken BKİ ve bel/kalça oranı arasında bir ilişki saptanmamıştır [261]. Negatif enerji dengesine katkıda bulunarak vücut ağırlığı kontrolüne yardımcı olan fiziksel aktivitenin antropometrik ölçümler üzerine etkisi beklenen bir sonuç olup bu çalışmadan elde edilen sonuçlar fiziksel aktivitenin enerji harcamasındaki rolü ile obezitenin önlenmesindeki önemini destekler niteliktedir.

5.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesinde anahtar rol oynayan beslenme alışkanlıklarının birçok kronik hastalık ile ilişkisi olduğu belirtilmektedir [262]. Bunun yanında sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile beraber fiziksel olarak aktif olma gibi sağlıklı yaşam şekli davranışları iş hayatında üretkenliği ve iş performansını da olumlu yönde etkilemektedir [263].

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre 19-64 yaş aralığındaki kadınların ortalama enerji alımı 1657,6±569,58 kkal, enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi %49,6±9,97, enerjinin proteinden gelen yüzdesi %14,8±3,32 ve enerjinin yağdan gelen yüzdesi %35,6±7,91 olarak bulunmuştur [230]. Bu çalışmada ise bireylerin enerji alımı hem çalışan (1506,3±212,24 kkal) hem de çalışmayan kadınlarda (1468,9±183,17 kkal) bu verilerden daha düşük olarak bulunmuştur. Enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi çalışan (%46,9±5,14) ve çalışmayan kadınlarda (%47,2±5,30) TBSA verilerinden daha düşük olup enerjinin proteinden gelen yüzdesi çalışan (%17,22±2,84) ve çalışmayan kadınlarda (%17,2±2,66) TBSA verilerinden daha yüksektir. Enerjinin yağdan gelen yüzdesi ise çalışan (%35,7±4,31) ve çalışmayan kadınlar (%35,4±4,12) için TBSA verilerine benzer şekildedir (Bkz. Çizelge 4.16).

Manavgat'ta yaşayan 25-45 yaşlarındaki 105 çalışan ve 105 çalışmayan kadın üzerinde yapılan bir çalışmada çalışmayan kadınların enerji, karbonhidrat, protein ve yağ alımı çalışan kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmaya benzer şekilde çalışmayan kadınların kolesterol ve n-6 alımı çalışan kadınlarınkinden daha yüksek bulunmuştur [222]. İstanbul'da 18-65 yaşlarındaki toplam 200 çalışan ve çalışmayan kadın ile yapılan başka bir çalışmada ise karbonhidrat ve protein alımının çalışmayan kadınlarda daha yüksek olduğu gözlenmesine rağmen fark istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunun yanında enerjinin yağdan gelen yüzdesi çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek

bulunmuştur ($p<0,05$) [264]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre 19-64 yaş aralığındaki kadınların ekmek tüketimi ortalama günlük 134,5±96,70 g; kırmızı et tüketimi 28,9±39,95 g; balık tüketimi 10,9±42,23 g ve yumurta tüketimi 29,6±27,93 olarak bulunmuştur [230]. Türkiye ortalamaları ile karşılaştırıldığında bu çalışmadaki düşük karbonhidrat ve yüksek protein alımının hem çalışan hem de çalışmayan kadınlardaki TBSA verilerine göre daha düşük oranda ekmek; daha yüksek oranda kırmızı et, balık ve yumurta tüketimi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Bkz. Çizelge 4.19). Çalışan ve çalışmayan kadınlardaki benzer katı ve sıvı yağ tüketiminin ise iki gruptaki benzer yağ alım oranına etki ettiği söylenebilir. Bunun yanında çalışmayan kadınların çalışan kadınlara oranla daha yüksek yumurta tüketiminin ($p<0,05$) oluşunun çalışan kadınlarda görülen daha düşük oranda kolesterol alımında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada posa alımı TBSA verilerine (20,6±8,65 g) benzer şekilde çalışan kadınlar için 19,0±5,31 g ve çalışmayan kadınlar için 19,1±6,03 g olarak bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.16). Başlıca posa kaynaklarından sebze, meyve ve kurubaklagil grubu tüketimlerinin çalışan ve çalışmayan kadınlarda benzer oluşunun bu sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017 verilerine göre 19-64 yaş aralığındaki kadınların kalsiyum, demir ve magnezyum alımı sırasıyla 731,8±275,39 mg, 9,6±3,81 mg ve 266,4±97,56 mg olarak bulunmuştur [230]. Bu çalışmada ise kalsiyum, demir ve magnezyum alımı çalışan kadınlar için 635,3±157,89 mg, 10,0±2,54 mg ve 243,8±51,44 mg; çalışmayan kadınlar için 4,1±1,47 mcg, 633,1±161,83 mg, 10,0±2,61 mg ve 244,6±60,22 mg olup iki grup arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.17). Bu çalışmada kalsiyum, demir ve C vitamini alımının DRI'ya karşılama yüzdesi çalışan kadınlar için %63,3±16,02, %56,5±14,02 ve %105,0±44,58; çalışmayan kadınlar için %63,3±15,65, %56,7±15,23 ve %120,2±49,51'dir (Bkz. Çizelge 4.18). Düzenli egzersiz yapan bireylerde yeme bozukluğunun araştırıldığı bir çalışmada kadınların %62,5'inin kalsiyum ve %77,9'unun demir açısından yetersiz beslendiği gözlenmiştir [265]. Kronik herhangi bir hastalığı olmayan yetişkinlerde uyku kalitesi ile beslenme durumunun incelendiği bir çalışmada ise kadınların %21,3'ünün kalsiyum, %41,7'sinin demir ve %31,5'inin lifi yetersiz tükettiği görülmüştür [266]. Hem çalışan hem de çalışmayan kadınlarda TBSA verilerine göre daha düşük oranda süt ve süt ürünleri tüketiminin bu bireylerde gözlenen kalsiyumun DRI'ya göre karşılama yüzdesinin düşüklüğü ile ilgili

olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışan ve çalışmayan kadınlarda kırmızı et, balık, yumurta ve kurubaklagil tüketiminin TBSA verilerine oranla daha yüksek olmasına rağmen iki grupta da görülen karşılama yüzdesinin düşük kalması halihazırda demir bakımından risk altında olan kadınlar için dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada riboflavinin DRI'ya karşılama yüzdesi ise çalışan kadınlarda %104,4±25,38 ve çalışmayan kadınlarda ise sırasıyla %110,2±21,88'dir (Bkz. Çizelge 4.18). Kuzey Kıbrıs'ta yaşayan kadınlarda beslenme durumunun saptandığı bir çalışmada ise 19-30 yaş aralığındaki kadınların riboflavin alımının DRI'ya göre karşılama yüzdesi %93,8 olarak bulunmuştur [267]. Hem çalışan hem de çalışmayan kadınların TBSA verileri ile kıyaslandığında kırmızı et, kümes hayvanları ve yumurta gibi hayvansal protein kaynakları bakımından zengin beslenmelerinin her iki gruptaki yüksek oranda riboflavin alım oranı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kişinin tüketeceği besinin türünü, miktarını ve bu besini ne zaman yiyeceği konusunda vücudun içsel sinyallerine güvendiği sezgisel yeme davranışında bireyin sağlıklı olma durumunu durumunu destekleyecek beslenme davranışlarında bulunması beklenmektedir [196]. Yaş ortalaması 31 olan çalışmaya katılan bireylerin %49'unun kadın olduğu 1830 kişi ile yürütülen sezgisel yemenin beslenme durumuna etkisini inceleyen çalışmada bireyler sezgisel yeme durumuna 4 grupta incelenmiş ve kadınlarda sezgisel yeme durumu en yüksek olan grubun en düşük gruba göre istatiksel açıdan anlamlı oranda daha fazla sebze ve meyve tükettiği görülmüştür [268]. Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada da kadınlarda duygusal sebepler yerine fizyolojik sebeplerden dolayı yeme alt ölçeği ile sebze meyve tüketimi arasında anlamlı pozitif ilişki gözlenirken koşulsuz yeme izni ile sebze meyve tüketimi arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif ilişki gözlenmiştir [269]. Yetişkin bireylerle yürütülen bir çalışmada (%51,1'i kadın) koşulsuz yeme izni alt ölçeği ile ilave şeker tüketimi arasında istatiksel açıdan anlamlı pozitif ilişki görülürken, beden besin seçim uyumu alt ölçeği ile sebze ve tam tahıllılar tüketimi arasında istatiksel açıdan anlamlı pozitif ilişki görülmüştür [270].

Fransa'da NutriNet-Sante çalışmasına 40 binden fazla yetişkin katılmış ve kadınlarda (31955 kişi) duygusal sebepler yerine fizyolojik sebeplerden dolayı yeme ve açlık tokluk sinyallerine güvenme alt ölçekleri daha düşük enerji alımı ile ilişkilendirilmiştir. Kadınlarda koşulsuz yeme izni alt ölçeği daha yüksek enerji alımı ve daha düşük meyve, sebze ve tam

tahıllılar alımı ile ilişkilendirilmiştir [169]. İstanbul'da 172 yetişkin (%69,2'si kadın) ile yürütülen sezgisel yeme durumunun vücut kompozisyonu ve bazı parametrelere etkisini inceleyen çalışmada bireylerin 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır. Sezgisel yeme toplam puanı ile enerjinin proteinden gelen yüzdesi arasında istatiksel açıdan anlamlı pozitif bir ilişki, enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi arasında ise istatiksel açıdan anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur [232]. Bu çalışmada ise çalışan ve çalışmayan kadınlarda karbonhidrat alımı sezgisel yemeyenlere göre yiyen kadınlarda daha yüksek çıkmıştır ve bu fark çalışmayan kadınlarda istatiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi sezgisel yiyen kadınlarda (16,6±2,35) sezgisel yemeyen kadınlardan (17,8±2,83) istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.20). Çalışmayan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi ile sezgisel yeme puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.24). Bu çalışmada sezgisel yiyen bireylerin sezgisel yemeyenlere göre karbonhidrat alımı daha yüksek çıkmakla beraber elde edilen sonuçların DRI'ya göre karşılama düzeyinin düşük kaldığı gözükmektedir. Sezgisel yeme davranışının koşulsuz yeme izni alt ölçeği fizyolojik olarak aç hissedildiğinde istenilen besinin sorgulamadan tüketilmesini savunduğundan bu çalışmanın sonuçları sezgisel beslenmenin karbonhidrat alımını etkileyebileceğini göstermiştir.

Ülkemizde 351 yetişkin (%47,3'ü kadın) ile yürütülen bir çalışmada sezgisel yeme davranışının diyet kalitesine (Sağlıklı Yeme İndeksi-2015) etkisi incelenmiş ve sezgisel yeme durumuna göre bireylerin yağ asitleri puanı bakımından istatiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Sezgisel beslenenlerin doymuş yağ ve yağ asitleri puanının sezgisel beslenmeyenlere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) [271]. Ancak bu çalışmada hem çalışan hem de çalışmayan kadınlarda sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlar arasında yağ ve yağ asitleri alımı bakımından istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$) (Bkz.Çizelge 4.20). Çalışmayan kadınlarda E vitamini alımı ile Akdeniz diyeti uyumu ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.25). Çalışmayan kadınlarda düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların C ve E vitamini alımı yüksek düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.23). Çalışan kadınların hafta içi en az bir öğününü iş yerinde geçirmek zorunda olmasına rağmen ekonomik sebepler, pandemi nedeniyle dışarıda yemek yeme konusunda duyulan endişe ve sağlıklı beslenme ihtiyacı nedeniyle yemeğini evden

getirme veya toplu beslenme hizmeti veren yerlerde yemek ihtiyaçlarını gidermesinin hem çalışan hem de çalışmayanlarda sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlar arasındaki benzer katı ve sıvı yağ tüketiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Buna karşılık Akdeniz diyeti karakteri açısından E vitamini bakımından zengin yağlı tohumlar ve sert kabuklular ile C vitamini kaynağı sebze-meyve ağırlıklı bir diyete daha fazla uyum gösterenlerin bu değerler açısından daha yüksek alım düzeylerinin oluşu beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada beslenme durumu ve diyet kalitesinin değerlendirilmesinde 3 günlük tüketim kaydı ile beraber Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Ancak literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğunun 24 saatlik besin tüketim kaydı veya besin tüketim sıklığı anketi kullanması, diyet kalitesini değerlendiren çalışmaların farklı ölçekler ile diyet kalitesini değerlendirmesi nedeniyle sonuçların farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak veri toplama sürecinde Kovid-19 pandemisi kısıtlamalarının çoğunluğunun kalkmış olmasına rağmen etkilerinin sürdüğü düşünüldüğünde pandeminin kişilerin beslenme alışkanlıklarını etkileyebileceği ve sağlıklarını koruma açısından beslenmeleri konusunda tercihlerini daha sağlıklı seçeneklerden yana kullanmış olabilecekleri göz ardı edilmemelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma durumuna göre kadınların sezgisel yeme, yeme tutumu ve beslenme durumunun değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülen bu çalışmanın sonuçları ve önerileri aşağıda özetlenmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Çalışan kadınların %36,7'si 18-30, %52,0'si 31-45 ve %11,2'si 46-60 yaş aralığındadır. Çalışmayan kadınların %54,1'i 18-30, %27,6'sı 31-45 ve %18,4'ü 46-60 yaş aralığındadır ($p<0,05$).
2. Çalışan kadınların %50,0'si ve çalışmayan kadınların %44,9'u hiç diyet yapmadığını belirtmiştir. Çalışan kadınların %13,3'ü ve çalışmayan kadınların %10,2'si sıklıkla diyet yaptığını bildirmiştir ($p>0,05$). Çalışan kadınların %69,4'ü çalışmayan kadınların %68,5'i estetik görünüm nedeniyle diyet yaptığını bildirmiştir.
3. Çalışan kadınların %3,1'i kendisini zayıf, %78,6'sı normal, %18,4'ü fazla kilolu; çalışmayan kadınların %13,3'ü kendisini zayıf, %66,3'ü normal, %20,4'ü fazla kilolu olarak değerlendirdiğini belirtmiştir ($p<0,05$).
4. Ortalama BKİ değerleri çalışan kadınlar için 23,6±3,12, çalışmayan kadınlar için 23,2±3,31 kg/m² olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan ve çalışmayan kadınların ortalama bel çevresi sırasıyla 81,8±9,56 ve 80,5±10,03 cm; ortalama bel/kalça oranı sırasıyla 0,82±0,05 ve 0,81±0,05 olarak bulunmuştur ($p>0,05$).
5. Çalışan kadınların %66,3'ünün, çalışmayan kadınların ise %62,2'sinin BKİ değeri normal aralığındadır. Çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında BKİ bakımından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bel çevresine göre çalışan kadınların %30,6'sı çalışmayan kadınların ise %27,6'sı yüksek risk grubunda bulunmaktadır ($p>0,05$). Bel/kalça oranına göre çalışan kadınların %31,6'sı, çalışmayan kadınların ise %26,5'i sağlık riski grupta yer almaktadır ($p>0,05$).
6. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 toplam puanı ortalaması çalışan kadınlarda 3,5±0,46 iken çalışmayan kadınlarda 3,4±0,52 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Açlık tokluk sinyallerine güvenme alt ölçek puanı çalışan kadınlarda (3,5±0,54) çalışmayan kadınlardan (3,3±0,68) istatiksel anlamda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
7. Çalışmayan kadınların YTT toplam puanı (12,9±7,03) çalışan kadınlarınkinden (9,6±4,45) anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışan kadınların

%6,1'inin, çalışmayan kadınların ise %19,4'ünün yeme davranışı bozukluğu riski taşıdığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

8. Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeği ortalama puanı çalışan kadınlar için 7,5±1,84 iken çalışmayan kadınlar için 7,3±1,90 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan kadınların %69,4'ünün, çalışmayan kadınların ise %67,3'ünün Akdeniz diyetine orta uyum gösterdiği bulunmuştur ($p>0,05$).
9. Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu Ölçeği'ne göre MET ortalaması çalışan kadınlar için 703,3±464,09 iken çalışmayan kadınlar için 777,4±592,74 olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Çalışan kadınların %51,0'inin, çalışmayan kadınların ise %50,0'sinin düşük düzey fiziksel aktivite yaptığı bulunmuştur ($p>0,05$).
10. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda SYÖ-2 toplam puanı ile YTT puanı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).
11. Çalışan kadınlarda SYÖ-2 toplam puanı ile ağırlık, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda SYÖ-2 toplam puanı ile ağırlık, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$).
12. Çalışan kadınlarda toplam fiziksel aktivite ile bel/kalça oranı arasında ve çalışmayan kadınlarda toplam fiziksel aktivite puanı ile kalça çevresi arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).
13. Alınan enerji, karbonhidrat, protein ve yağ ortalaması bakımından çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Diyetle alınan kolesterol ortalaması ve n-6/n-3 oranı çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlardan istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
14. Çalışmayan kadınların ortalama yumurta tüketimlerinin (47,0±25,94) çalışan kadınlarınkine göre (32,5±23,95) istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
15. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlar arasında ortalama enerji ve yağ alımı bakımından istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmezken ($p>0,05$) çalışmayan kadınlarda sezgisel yiyenlerin karbonhidrat alımı sezgisel yemeyen kadınlardan istatiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek ve enerjinin proteinden gelen yüzdesi sezgisel yiyen kadınlarda sezgisel yemeyen kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur bulunmuştur ($p<0,05$).

16. Sezgisel yiyen çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında protein alımı bakımından; sezgisel yemeyen çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında kolesterol, omega-3, riboflavin, niasin alımı bakımından istatiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).
17. Çalışan kadınlar için hayvansal protein alımı Akdeniz diyeti uyumu düşük ve yüksek olan kadınlarda orta düzey uyum gösteren kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bitkisel protein alımı bakımından orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Çalışan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi ve niasin alımının orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlarda yüksek düzey olan kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
18. Çalışmayan kadınlarda enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların yüksek düzey olan kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek; enerjinin yağdan gelen yüzdesi Akdeniz diyeti yüksek düzey uyum gösteren kadınlarda orta ve düşük düzey uyum gösteren kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek ve çoklu doymamış yağ asidi alımı düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlarda, orta ve yüksek düzey uyum gösteren kadınlardan istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınlarda n-6/n-3 oranı bakımından düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlar ile orta düzey uyum gösteren kadınlar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$).
19. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi ve doymuş yağ alımı bakımından Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$).
20. Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınlardan çalışanların omega-3 alımı çalışmayan kadınlarınkinden istatiksel açıdan anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında n-6/n-3 oranı bakımından istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Orta düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında n-6/n-3 oranı bakımından istatiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

21. Çalışmayan kadınlarda düşük düzey Akdeniz diyeti uyumu gösteren kadınların C ve E vitamini alımı yüksek düzey uyum gösteren kişilerden istatiksel açıdan anlamlı oranda daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). C vitamini alımı bakımından yüksek düzey uyum gösteren çalışan ve çalışmayan kadınlar arasında istatiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$).
22. Çalışan kadınlarda tekli doymamış yağ asitleri ve niasin alımı ile Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).
23. Çalışmayan kadınlarda enerjinin proteinden gelen yüzdesi ile sezgisel yeme puanı arasında istatiksel açıdan anlamlı negatif yönde; enerji/vücut ağırlığı yağ alımı, çoklu doymamış yağ asitleri ve E vitamini alımı ile Akdeniz diyeti uyum ölçeği puanı arasında pozitif yönde istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

6.2. Öneriler

Diyetisyen olmayan kişiler tarafından vücut ağırlığı kontrolü sağlama amacıyla sunulan popüler diyetlerin yayılmasını engellemek adına hem iş yaşamı hem de ev ortamının getirdiği sorumluluklar nedeniyle beslenme düzenleri etkilenebilen kadınlara halk sağlığı ile ilgili program, konferans ve seminerlerde beslenme konusunda uzman kişilerin beslenme eğitimi vermesi sağlanmalıdır. Bu eğitimlerde beden ve yiyecekler ile pozitif bir ilişkinin kurulduğu sezgisel yeme gibi yaklaşımların da göz önünde bulundurularak bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması sağlanmalıdır. Kovid-19 pandemisi ile beraber çoğu kişide gözlenen artmış vücut ağırlığı ve fiziksel aktivitedeki yetersizlik sonrası normalleşmeye geçiş sürecinde vücut ağırlığı yönetimi, sağlıklı yeme tutumu ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılması açısından kısıtlamaların olmadığı sağlıklı beslenmenin hedef alındığı sezgisel yeme bu konuda bir alternatif sağlamaktadır. Sezgisel yeme davranışının etkileri bakımından daha kapsamlı çalışmaların yapılması ve enerji kısıtlamasının yapıldığı geleneksel diyet uygulamalarına oranla sürdürülmesi daha kolay bu yaklaşımın etkileri alanında uzman kişilerce topluma aktarılmalıdır.

Yapılan bu çalışmada belli sınırlılıklar bulumaktadır. Çalışan kadınların vakit yetersizliği nedeniyle ölçeklerin yer aldığı ankete zaman ayırmak istememesi, Kovid-19 pandemisi ve virüs bulaşma riski nedeniyle antropometrik ölçümler alınmasında çalışmaya katılmakta çekimser kalması nedeniyle örnekleme ulaşmada sıkıntılar yaşanmıştır. Ayrıca bu çalışmaya

sadece kadınların dahil edilmesi, obez bireylerin yer almaması ve çalışan ile çalışmayan kadın gruplarının arasında yaş, eğitim düzeyi gibi demografik veriler bakımından istenilen benzerliğin sağlanamaması çalışmanın önemli sınırlılıklarındandır.

KAYNAKLAR

1. Baysal, A. (2014). *Beslenme* (15. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 9-11.

2. Karakuş, S. Ş., Yıldırım, H. ve Büyüköztürk, S. (2016). Üç faktörlü yeme ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 15(3), 229-237.

3. Ergüney-Okumuş, F. E., Sertel-Berk, H. Ö. (2020). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları,* 40(1), 57-78.

4. Nagata, J. M., Garber, A. K., Tabler, J., Murray, S. B., Vittinghoff, E. and Bibbins-Domingo, K. (2018). Disordered eating behaviors and cardiometabolic risk among young adults with overweight or obesity. *International Journal of Eating Disorders,* 51(8), 931-941.

5. Yurtsever, S. S., Sütcü, S. T. (2017). Algılanan Ebeveynlik Biçimleri ile Bozulmuş Yeme Tutumu Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların ve Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi,* 32(80), 20-43.

6. Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P. and Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review,* 53, 46-58.

7. Sagula, D. (2014). Complications of obesity in adults: a short review of the literature. *Malawi Medical Journal,* 26(1), 20-24.

8. Romieu, I., Dossus, L., Barquera, S., Blottière, H.M., Franks, P.W., Gunter, M., Hwalla, N., Hursting, S.D., Leitzmann, M., Margetts, B. and Nishida, C. (2017). Energy balance and obesity: what are the main drivers?. *Cancer Causes & Control*, 28(3), 247-258.

9. Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P. and Agostoni, C. (2018). Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients*, 10(6), 706.

10. Denny, K. N., Loth, K., Eisenberg, M. E. and Neumark-Sztainer, D. (2013). Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*, 60(1), 13-19.

11. Van Dyke, N., Drinkwater, E. J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757-1766.

12. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2016), Türkiye Beslenme Rehberi-TÜBER 2015.Ankara, Yayın No:1031.

13. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. (2015). Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

14. World Health Organization. (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization: Geneva.

15. Bechthold, A., Boeing, H., Schwedhelm, C., Hoffmann, G., Knüppel, S., Iqbal, K., De Henauw, S., Michels, N., Devleesschauwer, B., Schlesinger, S. and Schwingshackl, L. (2019). Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Critical reviews in food science and nutrition*, 59(7), 1071-1090.

16. Cena, H., Calder, P. C. (2020). Defining a healthy diet: evidence for the role of contemporary dietary patterns in health and disease. *Nutrients*, 12(2), 334.

17. Thorning, T. K., Raben, A., Tholstrup, T., Soedamah-Muthu, S. S., Givens, I. and Astrup, A. (2016). Milk and dairy products: good or bad for human health? An assessment of the totality of scientific evidence. *Food & nutrition research*, *60*(1), 32527.

18. Rugel, E. J. and Carpiano, R. M. (2015). Gender differences in the roles for social support in ensuring adequate fruit and vegetable consumption among older adult Canadians. *Appetite*, 92, 102-109.

19. Bellavia, A., Larsson, S. C., Bottai, M., Wolk, A. and Orsini, N. (2013). Fruit and vegetable consumption and all-cause mortality: a dose-response analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98(2), 454-459.

20. Gil, Á., Martinez de Victoria, E. and Olza, J. (2015). Indicators for the evaluation of diet quality. *Nutrición Hospitalaria*, 31, 128–144.

21. Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abera, S. F., Aboyans, V. and Abu-Raddad, L. J. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345-1422.

22. Pan, A., Lin, X., Hemler, E. and Hu, F. B. (2018). Diet and cardiovascular disease: advances and challenges in population-based studies. *Cell metabolism*, 27(3), 489-496.

23. Forouzanfar, M. H., Afshin, A., Alexander, L. T., Anderson, H. R., Bhutta, Z. A., Biryukov, S., Brauer, M., Burnett, R., Cercy, K., Charlson, F. J. and Cohen, A. J. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659-1724.

24. Gómez, G., Fisberg, R. M., Nogueira Previdelli, Á., Hermes Sales, C., Kovalskys, I., Fisberg, M., Herrera-Cuenca, M., Cortés Sanabria, L. Y., García, M. C. Y., Pareja Torres, R. G. and Rigotti, A. (2019). Diet Quality and Diet Diversity in Eight Latin American Countries: Results from the Latin American Study of Nutrition and Health (ELANS). *Nutrients*, 11(7), 1-17.

25. Rodrigues, A. (2016). *Diet Quality Indices as Measures of Food and Nutrient Intake Change in a Lifestyle Intervention for Metabolic Syndrome.* Unpublished Master's Thesis. University of Guelph, Canada.

26. Ojeda-Rodriguez, A., Zazpe, I., Morell-Azanza, L., Chueca, M. J., Azcona-Sanjulian, M. C. and Marti, A. (2018). Improved Diet Quality and Nutrient Adequacy in Children and Adolescents with Abdominal Obesity after a Lifestyle Intervention. *Nutrients*, 10(10), 1500.

27. Fung, T. T., Pan, A., Hou, T., Chiuve, S. E., Tobias, D. K., Mozaffarian, D., Willett, W. C. and Hu, F. B. (2015). Long-Term Change in Diet Quality Is Associated with Body Weight Change in Men and Women. *Journal of Nutrition*, 145(8), 1850-1856.

28. Sotos-Prieto, M., Bhupathiraju, S. N., Mattei, J., Fung, T. T., Li, Y., Pan, A., Willett, W. C., Rimm, E. B. and Hu, F. B. (2017). Association of Changes in Diet Quality with Total and Cause-Specific Mortality. *New England Journal of Medicine*, 377(2), 143-153.

29. Schwingshackl, L., Bogensberger, B. and Hoffmann, G. (2018). Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(1), 74-100.

30. Mattei, J., Sotos-Prieto, M., Bigornia, S. J., Noel, S. E. and Tucker, K. L. (2017). The Mediterranean Diet Score Is More Strongly Associated with Favorable Cardiometabolic Risk Factors over 2 Years Than Other Diet Quality Indexes in Puerto Rican Adults. *Journal of Nutrition*, 147(4), 661-669.

31. Milte, C. M., Thorpe, M. G., Crawford, D., Ball, K. and McNaughton, S. A. (2015). Associations of diet quality with health-related quality of life in older Australian men and women. *Experimental Gerontology*, 64, 8-16.

32. Sotos-Prieto, M., Bhupathiraju, S.N., Mattei, J., Fung, T.T., Li, Y., Pan, A., Willett, W.C., Rimm, E.B. and Hu, F.B. (2015). Changes in diet quality scores and risk of cardiovascular disease among US men and women. *Circulation*, 132(23), 2212-2219.

33. Lassale, C., Gunter, M. J., Romaguera, D., Peelen, L. M., Van der Schouw, Y. T., Beulens, J. W., Freisling, H., Muller, D. C., Ferrari, P., Huybrechts, I. and Fagherazzi, G. (2016). Diet Quality Scores and Prediction of All-Cause, Cardiovascular and Cancer Mortality in a Pan-European Cohort Study. *PLoS One*, 11(7), 1-18.

34. World Health Organization. (2019). Healthy diet. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean.

35. Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F. and Abdela, J. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1923-1994.

36. Fallaize, R., Livingstone, K. M., Celis-Morales, C., Macready, A. L., San-Cristobal, R., Navas-Carretero, S., Marsaux, C. F., O'Donovan, C. B., Kolossa, S., Moschonis, G. and Walsh, M. C. (2018). Association between Diet-Quality Scores, Adiposity, Total Cholesterol and Markers of Nutritional Status in European Adults: Findings from the Food4Me Study. *Nutrients,* 10(1), 49.

37. Zaragoza-Marti, A., Cabanero-Martinez, M. J., Hurtado-Sanchez, J. A., Laguna-Perez, A. and Ferrer-Cascales, R. (2018). Evaluation of Mediterranean diet adherence scores: a systematic review. *British Medical Journal Open,* 8(2), 1-8.

38. Martinez-Gonzalez, M. A., Martin-Calvo, N. (2016). Mediterranean diet and life expectancy; beyond olive oil, fruits and vegetables. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care,* 19(6), 1-13.

39. Dernini, S., Berry, E. M. (2015). Mediterranean Diet: From a Healthy Diet to a Sustainable Dietary Pattern. *Frontiers in Nutrition,* 2, 1-7.

40. Grosso, G., Marventano, S., Yang, J., Micek, A., Pajak, A., Scalfi, L., Galvano, F. and Kales, S .N. (2017). A comprehensive meta-analysis on evidence of Mediterranean diet and cardiovascular disease: are individual components equal? *Critical reviews in food science and nutrition,* 57(15), 3218-3232.

41. Liyanage, T., Ninomiya, T., Wang, A., Neal, B., Jun, M., Wong, M. G., Jardine, M., Hillis, G. S. and Perkovic, V. (2016). Effects of the Mediterranean diet on cardiovascular outcomes—a systematic review and meta-analysis. *PLoS One,* 11(8), e0159252.

42. Jannasch, F., Kroger, J. and Schulze, M. B. (2017). Dietary Patterns and Type 2 Diabetes: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *The Journal of Nutrition,* 147(6), 1174-1182.

43. Veronese, N., Stubbs, B., Noale, M., Solmi, M., Luchini, C. and Maggi, S. (2016). Adherence to the Mediterranean diet is associated with better quality of life: data from the Osteoarthritis Initiative. *American Journal of Clinical Nutrition,* 104(5), 1403-1409.

44. Yılmaz, B. (2017). *Bir Grup Lise Öğrencisinin İnternet Kullanımlarının Beden Algıları ve Yeme Tutumları ile İlişkisi.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

45. Hayes, J. F., Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., Jakubiak, J., Brown, M. L. and Wilfley, D. E. (2018). Disordered eating attitudes and behaviors in youth with overweight and obesity: implications for treatment. *Current Obesity Reports,* 7(3), 235-246.

46. Francisco, R., Espinoza, P., González, M. L., Penelo, E., Mora, M., Rosés, R. and Raich, R. M. (2015). Body dissatisfaction and disordered eating among Portuguese and Spanish adolescents: The role of individual characteristics and internalisation of sociocultural ideals. *Journal of Adolescence,* 41, 7-16.

47. Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. and Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4177.

48. Richter, F., Strauss, B., Braehler, E., Altmann, U. and Berger, U. (2016). Psychometric properties of a short version of the Eating Attitudes Test (EAT-8) in a German representative sample. *Eating Behaviors*, 21, 198-204.

49. Pedro, T. M., Micklesfield, L. K., Kahn, K., Tollman, S. M., Pettifor, J. M. and Norris, S. A. (2016). Body Image Satisfaction, Eating Attitudes and Perceptions of Female Body Silhouettes in Rural South African Adolescents. *PLoS One,* 11(5), 1-13.

50. Yoon, C., Simone, M., Mason, S. and Neumark-Sztainer, D. (2020). A single summative global scale of disordered eating attitudes and behaviors: Findings from Project EAT, a 15-year longitudinal population-based study. *Eating Behaviors*, 39, 101418.

51. Uehara, M., Sakakibara, H. (2015). Prevalence of eating disorders assessed using eating attitudes test-26 and their relevant factors in Japanese working women. *Japanese Journal of Hygiene,* 70(1), 54-61.

52. Rochelle, T. L., Hu, W. Y. (2017). Media influence on drive for thinness, body satisfaction, and eating attitudes among young women in Hong Kong and China. *Psychology, Health and Medicine,* 22(3), 310-318.

53. Musaiger, A. O., Al-Kandari, F. I., Al-Mannai, M., Al-Faraj, A. M., Bouriki, F. A., Shehab, F. S., Al-Dabous, L. A. and Al-Qalaf, W. B. (2016). Disordered eating attitudes among university students in Kuwait: the role of gender and obesity. *International Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 67.

54. Alpaslan, A. H., Kocak, U., Avci, K. and Uzel Tas, H. (2015). The association between internet addiction and disordered eating attitudes among Turkish high school students. *Eating and Weight Disorders,* 20(4), 441-448.

55. Bacopoulou, F., Foskolos, E., Stefanaki, C., Tsitsami, E. and Vousoura, E. (2018). Disordered eating attitudes and emotional/behavioral adjustment in Greek adolescents. *Eating and Weight Disorders,* 23(5), 621-628.

56. Rouzitalab, T., Pourghassem Gargari, B., Amirsasan, R., Asghari Jafarabadi, M., Farsad Naeimi, A. and Sanoobar, M. (2015). The Relationship of Disordered Eating Attitudes With Body Composition and Anthropometric Indices in Physical Education Students. *Iranian Red Crescent Medical Journal,* 17(11) e20727.

57. Szabo, K., Piko, B. F. and Fitzpatrick, K. M. (2019). Adolescents' attitudes towards healthy eating: The role of self-control, motives and self-risk perception. *Appetite,* 143, 104416.

58. Treasure, J., Duarte, T. A. and Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911.

59. de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T. and Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1-14.

60. Culbert, K. M., Racine, S. E. and Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56(11), 1141-1164.

61. Hilbert, A., Hoek, H. W. and Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423-437.

62. Yilmaz, Z., Hardaway, J. A. and Bulik, C. M. (2015). Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, 5, 131-150.

63. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.

64. Galmiche, M., Dechelotte, P., Lambert, G., and Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413.

65. Silen, Y., Sipila, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J. and Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 520-531.

66. Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Dechelotte, P. and Ladner, J. (2015). Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(5), 412-420.

67. Udo, T. and Grilo, C.M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345-354.

68. Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W. and Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46(13), 2749-2758

69. Uchôa, F.N.M., Uchôa, N.M., Daniele, T.M.D.C., Lustosa, R.P., Garrido, N.D., Deana, N.F., Aranha, Á.C.M. and Alves, N. (2019). Influence of the mass media and body dissatisfaction on the risk in adolescents of developing eating disorders.*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1508.

70. Blodgett Salafia, E.H., Jones, M.E., Haugen, E.C. and Schaefer, M.K. (2015). Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-10.

71. Bakalar, J.L., Shank, L.M., Vannucci, A., Radin, R.M. and Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 1-10.

72. Sönmez, A.Ö. (2017). Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 301-316.

73. Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jorgensen, P. and Strober, M. (2015). A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 1-8.

74. Keski-Rahkonen, A., Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345.

75. Özsoy, E. V. (2017). Personality traits in eating disorders. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 255-266.

76. Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D. and Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders*, 23(3), 275-291.

77. Mustapic, J., Marcinko, D. and Vargek, P. (2015). Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders*, 20(3), 329-335.

78. Manaf, N. A., Saravanan, C. and Zuhrah, B. (2016). The Prevalence and Inter-Relationship of Negative Body Image Perception, Depression and Susceptibility to Eating Disorders among Female Medical Undergraduate Students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(3), VC01-VC04.

79. Schaumberg, K., Anderson, D. (2016). Dietary restraint and weight loss as risk factors for eating pathology. *Eating Behaviors*, 23, 97-103.

80. Cena, H., Stanford, F.C., Ochner, L., Fonte, M.L., Biino, G., De Giuseppe, R., Taveras, E. and Misra, M. (2017). Association of a history of childhood-onset obesity and dieting with eating disorders. *Eating disorders*, 25(3), 216-229.

81. Özvurmaz, S., Mandıracıoğlu, A. ve Lüleci, E. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu Ve Yeme Tutumuna Etki Eden Faktörler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 841-849.

82. Rodgers, R. F., O'Flynn, J. L. and McLean, S. A. (2019). Media and eating disorders. *The International Encyclopedia of Media Literacy*, 1-10.

83. Pepin, G., & Endresz, N. (2015). Facebook, Instagram, Pinterest and co.: body image and social media. *Journal of Eating Disorders*, 3.

84. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th edit). Washington. American Psychiatric Publishing.

85. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. and Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.

86. Wu, X. Y., Yin, W. Q., Sun, H. W., Yang, S. X., Li, X. Y. and Liu, H. Q. (2019). The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *PLoS One,* 14(10), 1-17.

87. Westmoreland, P., Krantz, M. J. and Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine,* 129(1), 30-37.

88. Hoang, U., Goldacre, M. and James, A. (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001-2009. *International Journal of Eating Disorders,* 47(5), 507-515.

89. Gibson, D., Workman, C. and Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America,* 42(2), 263-274.

90. Moskowitz, L., Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care,* 47(4), 70-84.

91. Kimmel, M. C., Ferguson, E. H., Zerwas, S., Bulik, C. M. and Meltzer-Brody, S. (2016). Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders,* 49(3), 260-275.

92. Fazeli, P. K., Klibanski, A. (2018). Effects of Anorexia Nervosa on Bone Metabolism. *Endocrine Reviews,* 39(6), 895-910.

93. Holland, J., Hall, N., Yeates, D. G. and Goldacre, M. (2016). Trends in hospital admission rates for anorexia nervosa in Oxford (1968-2011) and England (1990-2011): database studies. *Journal of the Royal Society of Medicine,* 109(2), 59-66.

94. Steinhausen, H. C., Jensen, C. M. (2015). Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders,* 48(7), 845-850.

95. Javaras, K. N., Runfola, C. D., Thornton, L. M., Agerbo, E., Birgegård, A., Norring, C., Yao, S., Råstam, M., Larsson, H., Lichtenstein, P. and Bulik, C. M. (2015). Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete Swedish 1979-2001 birth cohort. *International Journal of Eating Disorders,* 48(8), 1070-1081.

96. Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., Schmidt, U., Frank, G. K., Bulik, C. M., and Wentz, E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers,* 1, 1-22.

97. Wood, D., Knight, C. (2015). Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health,* 25(9), 428-432.

98. Bernacchi, D. L. (2017). Bulimia Nervosa: A Comprehensive Analysis of Treatment, Policy, and Social Work Ethics. *Social Work,* 62(2), 174-180.

99. Wade, T. D. (2019). Recent Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America,* 42(1), 21-32.

100. Mehler, P. S., Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa - medical complications. *Journal of Eating Disorders,* 3(1), 10-14.

101. Reas, D. L., Ro, O. (2018). Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient Register (2010-2016). *International Journal of Eating Disorders,* 51(10), 1144-1152.

102. Hail, L., Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics,* 9, 11-16.

103. Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. and Ferreira, C. (2017). Ashamed and Fused with Body Image and Eating: Binge Eating as an Avoidance Strategy. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 24(1), 195-202.

104. Turan, Ş., Poyraz, C. ve Özdemir, A. (2015). Binge Eating Disorder. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 7(4), 419-435.

105. Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M. and Bulik, C. M. (2016). Binge-Eating Disorder in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine,* 165(6), 409-420.

106. Hutson, P. H., Balodis, I. M. and Potenza, M. N. (2018). Binge-eating disorder: Clinical and therapeutic advances. *Pharmacology and Therapeutics,* 182, 15-27.

107. Ezzeddin, N., Zavoshy, R., Noroozi, M., Jahanihashemi, H. and Riseh, S. H. (2015). Prevalence and risk factors for pica during pregnancy in Tehran, Iran. *Eating and Weight Disorders,* 20(4), 457-463.

108. Hartmann, A. S. (2020). Pica behaviors in a German community-based online adolescent and adult sample: an examination of substances, triggers, and associated pathology. *Eating and Weight Disorders,* 25(3), 811-815.

109. Santos, A. M., Benute, G. R., Nomura, R. M., Santos, N. O., De Lucia, M. C. and Francisco, R. P. (2016). Pica and Eating Attitudes: A Study of High-Risk Pregnancies. *Maternal and Child Health Journal,* 20(3), 577-582.

110. Delaney, C. B., Eddy, K. T., Hartmann, A. S., Becker, A. E., Murray, H. B. and Thomas, J. J. (2015). Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *International Journal of Eating Disorders,* 48(2), 238-248.

111. Kaçar, M., Hocaoğlu, Ç. (2019). What is pica and rumination disorder? Diagnosis and treatment approaches. *Journal of Clinical Psychiatry,* 22(3), 347-354.

112. Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W. and Hilbert, A. (2018). Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7-14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *European Child and Adolescent Psychiatry,* 27(11), 1499-1508.

113. Call, N. A., Simmons, C. A., Mevers, J. E. and Alvarez, J. P. (2015). Clinical Outcomes of Behavioral Treatments for Pica in Children with Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 45(7), 2105-2114.

114. Murray, H. B., Thomas, J. J., Hinz, A., Munsch, S. and Hilbert, A. (2018). Prevalence in primary school youth of pica and rumination behavior: The understudied feeding disorders. *International Journal of Eating Disorders,* 51(8), 994-998.

115. Absah, I., Rishi, A., Talley, N. J., Katzka, D. and Halland, M. (2017). Rumination syndrome: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurogastroenterology and Motility,* 29(4), 1-8.

116. Halland, M., Pandolfino, J. and Barba, E. (2018). Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology,* 16(10), 1549-1555.

117. Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Hamagaki, S., Takagi, R., Teramukai, S. and Wonderlich, S. A. (2017). Clinical presentation and outcome of avoidant/restrictive food intake disorder in a Japanese sample. *Eating Behaviors,* 24, 49-53.

118. Strand, M., von Hausswolff-Juhlin, Y. and Welch, E. (2019). A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders,* 52(4), 331-360.

119. Norris, M. L., Spettigue, W. J. and Katzman, D. K. (2016). Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment,* 12, 213-218.

120. Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S. and Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child and Adolescent Psychiatry,* 24(7), 779-785.

121. Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E. L., Gonzalez-Chica, D. A., Stocks, N. and Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders,* 5(1), 1-10.

122. Zimmerman, J., Fisher, M. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care,* 47(4), 95-103.

123. Levinson, C. A., Brosof, L. C., Ram, S. S., Pruitt, A., Russell, S. and Lenze, E. J. (2019). Obsessions are strongly related to eating disorder symptoms in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *Eating Behaviors,* 34, 101298.

124. Fisher, M., Gonzalez, M. and Malizio, J. (2015). Eating disorders in adolescents: how does the DSM-5 change the diagnosis? *International Journal of Adolescent Medicine and Health,* 27(4), 437-441.

125. Hammerle, F., Huss, M., Ernst, V. and Burger, A. (2016). Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *British Medical Journal Open,* 6(5), 1-7.

126. Castelao-Naval, O., Blanco-Fernández, A., Meseguer-Barros, C. M., Thuissard-Vasallo, I. J., Cerdá, B. and Larrosa, M. (2019). Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Enfermería Clínica (English Edition),* 29(5), 280-290.

127. Micali, N., Solmi, F., Horton, N. J., Crosby, R. D., Eddy, K. T., Calzo, J. P., Sonneville, K. R., Swanson, S. A. and Field, A. E. (2015). Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 54(8), 652-659.

128. Kamody, R. C., Thurston, I. B., Pluhar, E. I., Han, J. C. and Burton, E. T. (2019). Implementing a condensed dialectical behavior therapy skills group for binge-eating behaviors in adolescents. *Eating and Weight Disorders,* 24(2), 367-372.

129. Haedt-Matt, A. A., Keel, P. K. (2015). Affect regulation and purging: An ecological momentary assessment study in purging disorder. *Journal of Abnormal Psychology,* 124(2), 399-411.

130. Keel, P. K. (2019). Purging disorder: recent advances and future challenges. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 518-524.

131. Mitchison, D., Mond, J., Bussey, K., Griffiths, S., Trompeter, N., Lonergan, A., Pike, K. M., Murray, S. B. and Hay, P. (2020). DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance. *Psychological Medicine,* 50(6), 981-990.

132. Glazer, K. B., Sonneville, K. R., Micali, N., Swanson, S. A., Crosby, R., Horton, N. J., Eddy, K. T. and Field, A. E. (2019). The course of eating disorders involving bingeing and purging among adolescent girls: Prevalence, stability, and transitions. *Journal of Adolescent Health*, 64(2), 165-171.

133. McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M. and Allison, K. C. (2018). Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Physiology & Behavior,* 1411(1), 96-105.

134. de Zwaan, M., Marschollek, M. and Allison, K. C. (2015). The Night Eating Syndrome (NES) in Bariatric Surgery Patients. *European Eating Disorders Review,* 23(6), 426-434.

135. Hyrnik, J., Janas-Kozik, M., Stochel, M., Jelonek, I., Siwiec, A. and Rybakowski, J. K. (2016). The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice,* 20(3), 199-203.

136. Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B. and Donini, L.M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 209-246.

137. Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., Gesi, C. and Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 55-65.

138. Asil, E., Surucuoglu, M. S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54(4), 303-313.

139. Roncero, M., Barrada, J. R. and Perpina, C. (2017). Measuring Orthorexia Nervosa: Psychometric Limitations of the ORTO-15. *Spanish Journal of Psychology*, 20, 1-19.

140. Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K. and Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86-94.

141. Dunn, T. M., Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.

142. Varga, M., Dukay-Szabo, S., Tury, F. and van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103-111.

143. Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., Gorrasi, F., Tognetti, R., Ricca, V. and Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, 51(5), 190-196.

144. Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C. and König, J. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS One*, 10(8), 1-15.

145. Durmaz, B., Soysal, P., Ellidokuz, H. and Isik, A. T. (2018). Validity and reliability of geriatric depression scale-15 (short form) in Turkish older adults. *Northern clinics of Istanbul*, 5(3), 216-220.

146. Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M. C. and Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143.

147. Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O. and Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.

148. Devrim, A., Bilgic, P. (2019). Validity and Reliability Study of Turkish Version of "Muscle Dysmorphic Disorder Inventory" and "Bodybuilder Image Grid" Scales. *Current Nutrition & Food Science*, 15(5), 517-524.

149. Duran, S., Cicekoglu, P., and Kaya, E. (2020). Relationship between orthorexia nervosa, muscle dysmorphic disorder (bigorexia), and self-confidence levels in male students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4), 878-884.

150. Falcao, M. A., Francisco, R. (2017). Diabetes, eating disorders and body image in young adults: an exploratory study about "diabulimia". *Eating and Weight Disorders*, 22(4), 675-682.

151. Chelvanayagam, S., James, J. (2018). What is diabulimia and what are the implications for practice? *British Journal of Nursing*, 27(17), 980-986.

152. Doyle, E. A., Quinn, S. M., Ambrosino, J. M., Weyman, K., Tamborlane, W. V. and Jastreboff, A. M. (2017). Disordered eating behaviors in emerging adults with type 1 diabetes: a common problem for both men and women. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(3), 327-333.

153. Brewster, S., Partridge, H., Cross, C. and Price, H. (2020). Healthcare professional awareness of eating disorders in people with type 1 diabetes: a staff survey. *British Journal of Diabetes*.

154. Candler, T., Murphy, R., Pigott, A. and Gregory, J. W. (2018). Fifteen-minute consultation: Diabulimia and disordered eating in childhood diabetes. *Archives of Disease in Childhood. Education and Practice Edition*, 103(3), 118-123.

155. Okumuş, F. E. E., Deveci, E. (2019). Yeme Bozukluklarında Grup Psikoterapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,* 11(3), 338-350.

156. Mairs, R., Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168-1175.

157. Heruc, G., Hurst, K., Casey, A., Fleming, K., Freeman, J., Fursland, A., Hart, S., Jeffrey, S., Knight, R., Roberton, M. and Roberts, M. (2020). ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-9.

158. Ozier, A. D., Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal of the American Dietetic Association,* 111(8), 1236-1241.

159. Costa, M. B., Melnik, T. (2016). Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (Sao Paulo)*, 14(2), 235-277.

160. Anderson, D. A., Schaumberg, K., Anderson, L. M. and Reilly, E. E. (2015). Is level of intuitive eating associated with plate size effects? *Eating Behaviors*, 18, 125-130.

161. Boucher, S., Edwards, O., Gray, A., Nada-Raja, S., Lillis, J., Tylka, T. L. and Horwath, C. C. (2016). Teaching Intuitive Eating and Acceptance and Commitment Therapy Skills Via a Web-Based Intervention: A Pilot Single-Arm Intervention Study. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e180.

162. Smith, J. M., Serier, K. N., Belon, K. E., Sebastian, R. M. and Smith, J. E. (2020). Evaluation of the relationships between dietary restraint, emotional eating, and intuitive eating moderated by sex. *Appetite,* 155, 104817.

163. Tylka, T. L., Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Joumal of Counseling Psychology,* 60(1), 137-153.

164. Schaefer, J. T., Zullo, M. D. (2016). Validation of an instrument to measure registered dietitians'/nutritionists' knowledge, attitudes and practices of an intuitive eating approach. *Public Health Nutrition,* 19(17), 3114-3122.

165. Madden, C. E. L., Leong, S. L., Gray, A. and Horwath, C. C. (2012). Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. *Public Health Nutrition,* 15(12), 2272-2279.

166. Camilleri, G. M., Mejean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Sautron, V., Hercberg, S. and Peneau, S. (2015). Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population. *Appetite,* 84, 34-42.

167. Dockendorff, S. A., Petrie, T. A., Greenleaf, C. A. and Martin, S. (2012). Intuitive Eating Scale: An examination among early adolescents. *Journal of Counseling Psychology,* 59(4), 604-611.

168. Moy, J., Petrie, T. A., Dockendorff, S. A., Greenleaf, C. A. and Martin, S. (2013). Dieting, exercise, and intuitive eating among early adolescents. *Eating Behaviors,* 14(4), 529-532.

169. Camilleri, G. M., Mejean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S. and Peneau, S. (2017). Intuitive Eating Dimensions Were Differently Associated with Food Intake in the General Population-Based NutriNet-Sante Study. *The Journal of Nutrition,* 147(1), 61-69.

170. Hawks, S., Merrill, R. M. and Madanat, H. N. (2013). The Intuitive Eating Scale: Development and Preliminary Validation. *American Journal of Health Education,* 35(2), 90-99.

171. Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology,* 53(2), 226-240.

172. Cadena-Schlam, L., Lopez-Guimera, G. (2014). Intuitive eating: an emerging approach to eating behavior. *Nutrición Hospitalaria,* 31(3), 995-1002.

173. Gast, J., Campbell Nielson, A., Hunt, A. and Leiker, J. J. (2015). Intuitive eating: associations with physical activity motivation and BMI. *American Journal of Health Promotion,* 29(3), 91-99.

174. Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Ruhli, F. and Bender, N. (2019). Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews,* 20(11), 1619-1627.

175. Tylka, T. L., Calogero, R. M. and Danielsdottir, S. (2020). Intuitive eating is connected to self-reported weight stability in community women and men. *Eating Disorders,* 28(3), 256-264.

176. Tribole, E., & Resch, E. (2017). *The intuitive eating workbook: Ten principles for nourishing a healthy relationship with food*. Oakland, California: New Harbinger Publications.

177. Romano, K. A., Swanbrow Becker, M. A., Colgary, C. D. and Magnuson, A. (2018). Helpful or harmful? The comparative value of self-weighing and calorie counting versus intuitive eating on the eating disorder symptomology of college students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,* 23(6), 841-848.

178. Carbonneau, E., Carbonneau, N., Lamarche, B., Provencher, V., Bégin, C., Bradette-Laplante, M., Laramée, C. and Lemieux, S. (2016). Validation of a French-Canadian adaptation of the Intuitive Eating Scale-2 for the adult population. *Appetite,* 105, 37-45.

179. Marshall, L. (2018). Intuitive eating and food Intake: A nationwide study of New Zealand middle-aged women (Master Thesis). University of Otago, New Zealand.

180. Dyck, Z., Herbert, B. M., Happ, C., Kleveman, G. V. and Vogele, C. (2016). German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. *Appetite,* 105, 798-807.

181. Cardoso, A., Oliveira, S. and Ferreira, C. (2020). Negative and positive affect and disordered eating: The adaptive role of intuitive eating and body image flexibility. *Clinical Psychologist,* 24(2), 176-185.

182. Gan, W. Y., Yeoh, W. C. (2017). Associations between body weight status, psychological well-being and disordered eating with intuitive eating among Malaysian undergraduate university students. *International Journal of Adolescent Medicine and Health,* 32(2), 20170095.

183. Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I. and Neumark-Sztainer, D. (2020). Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010-2018. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,* 1-8.

184. Humphrey, L., Clifford, D. and Neyman Morris, M. (2015). Health at Every Size College Course Reduces Dieting Behaviors and Improves Intuitive Eating, Body Esteem, and Anti-Fat Attitudes. *Journal of Nutrition Education and Behavior,* 47(4), 354-360.

185. Cole, R. E., Clark, H. L., Heileson, J., DeMay, J. and Smith, M. A. (2016). Normal Weight Status in Military Service Members Was Associated With Intuitive Eating Characteristic. *Military Medicine,* 181(6), 589-595.

186. Tylka, T. L., Calogero, R. M. and Danielsdottir, S. (2015). Is intuitive eating the same as flexible dietary control? Their links to each other and well-being could provide an answer. *Appetite,* 95, 166-175.

187. Schoenefeld, S. J., Webb, J. B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors,* 14(4), 493-496.

188. Augustus-Horvath, C. L., Tylka, T. L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: a comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology,* 58(1), 110-125.

189. Drenowatz, C., Evensen, L. H., Ernstsen, L., Blundell, J. E., Hand, G. A., Shook, R. P., Hébert, J. R., Burgess, S. and Blair, S. N. (2017). Cross-sectional and longitudinal associations between different exercise types and food cravings in free-living healthy young adults. *Appetite,* 118, 82-89.

190. Leblanc, V., Provencher, V., Bégin, C., Corneau, L., Tremblay, A. and Lemieux, S. (2012). Impact of a Health-At-Every-Size intervention on changes in dietary intakes and eating patterns in premenopausal overweight women: results of a randomized trial. *Clinical Nutrition,* 31(4), 481-488.

191. Mensinger, J. L., Calogero, R. M., Stranges, S. and Tylka, T. L. (2016). A weight-neutral versus weight-loss approach for health promotion in women with high BMI: A randomized-controlled trial. *Appetite,* 105, 364-374.

192. Anglin, J. C., Borchardt, N., Ramos, E. and Mhoon, K. (2013). Diet quality of adults using intuitive eating for weight loss - pilot study. *Nutrition and Health, 22*(3-4), 255-264.

193. Beintner, I., Emmerich, O. L. M., Vollert, B., Taylor, C. B. and Jacobi, C. (2019). Promoing positive body image and intuitive eating in women with overweight and obesity via an online intervention: Results from a pilot feasibility study. *Eating Behaviors,* 34, 101307.

194. Leahy, K., Berlin, K. S., Banks, G. G. and Bachman, J. (2017). The Relationship Between Intuitive Eating and Postpartum Weight Loss. *Maternal and Child Health Joural,* 21(8), 1591-1597.

195. Dekker, L. C. (2015). *Intuitive eating, binge eating and BMI: Results of the three-year follow-up of a prospective survey of midlife New Zealand women.* Unpublished Doctoral Dissertation. University of Otago, New Zealand

196. Horwath, C., Hagmann, D. and Hartmann, C. (2019). Intuitive eating and food intake in men and women: Results from the Swiss food panel study. *Appetite,* 135, 61-71.

197. Carbonneau, E., Bégin, C., Lemieux, S., Mongeau, L., Paquette, M. C., Turcotte, M., Labonté, M. È. and Provencher, V. (2017). A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clinical Nutrition, 36*(3), 747-754.

198. Plante, A. S., Savard, C., Lemieux, S., Carbonneau, É., Robitaille, J., Provencher, V. and Morisset, A. S. (2019). Trimester-specific intuitive eating in association with gestational weight gain and diet quality. *Journal of Nutrition Education and Behavior,* 51(6), 677-683.

199. Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S. and Anderson, D. A. (2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 83-90.

200. Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., Andreeva, V. A., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S. and Péneau, S. (2016). Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study. *Obesity*, 24(5), 1154-1161.

201. Carraca, E. V., Leong, S. L. and Horwath, C. C. (2019). Weight-Focused Physical Activity Is Associated with Poorer Eating Motivation Quality and Lower Intuitive Eating in Women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics,* 119(5), 750-759.

202. Lohman, T. G., Roche, A. F., and Martorell, R. (1988). *Anthropometric standardization reference manual*, Champaign: Human Kinetics Books, 3-8.

203. Gibson, R. (2005). *Principles of Nutritional Assessment.* Oxford University Press Inc. *New York*, 19-38.

204. İnternet: World Healty Organization. *BMI classification.* URL:http://www.webcitation.org/query?url:http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fbmi%2Findex.jsp%3FintroPage%3Dintro_3.html&date:2021-05-18 adresinden 18 Mayıs 2021'de alınmıştır.

205. World Health Organization. (2011). Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008.

206. Rakıcıoğlu, N., Tek, N. A., Ayaz, A. ve Pekcan, G. (2015). *Yemek ve besin fotoğraf kataloğu ölçü ve miktarlar* (Beşinci Baskı). Ankara: Ata Ofset Matbaacılık.

207. Merdol, T. K. (2014). *Toplu beslenme servisi yapılan kurumlar için standart yemek tarifeleri* (Beşinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

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

209. Meyers, L. D., Hellwig, J. P. and Otten, J. J. (Editors). (2006). *Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements*. Washington: National Academies Press.

210. Bas, M., Karaca, K. E., Saglam, D., Arıtıcı, G., Cengiz, E., Köksal, S. and Buyukkaragoz, A. H. (2017). Turkish version of the intuitive eating Scale-2: Validity and reliability among university students. *Appetite*, 114, 391-397.

211. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates Pscyhological Medicine 1982; 12: 871–878.

212. Bas, M., Asci, F. H., Karabudak, E. and Kiziltan, G. (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish adolescents. *Adolescence*, 39(155), 593-600.

213. Martínez-González, M.A., García-Arellano, A., Toledo, E., Salas-Salvado, J., Buil-Cosiales, P., Corella, D., Covas, M.I., Schröder, H., Arós, F., Gómez-Gracia, E. and Fiol, M. (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. *PloS one*, 7(8), e43134.

214. Pehlivanoğlu E.F.Ö., Balcıoğlu H. ve Ünlüoğlu İ. (2020). Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *42*(2), 160-164.

215. Lee, P.H., Macfarlane, D.J., Lam, T.H. and Stewart, S.M., 2011. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *8*(1), 1-11.

216. Bozkuş, T., Türkmen, M., Murat, K. U. L., Özkan, A., Ümit, Ö. Z. ve Cengiz, C. (2013). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu'nda öğrenim gören öğrencilerin fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlikli yaşam biçimi davranişlarinin belirlenmesi ve ilişkilendirilmesi. *International Journal of Sport Culture and Science*, 1(3), 49-65.

217. Öztürk, M. (2005).*Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

218. IBM SPSS Statistics 23.0 (2013). *Corp, Armonk, NY*, USA.

219. Uysal, E. (2019). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Duygusal Yeme Durumunun Vücut Ağırlığı ve Yaşam Doyumu Üzerine Etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Gazimağusa.

220. Yılmaz, D. (2017). *Yalnızlık Duygusu, Psikolojik Dayanıklılık ve Anksiyete Düzeyleri Açısından Ev Hanımlarıyla Çalışan Kadınların Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

221. Kaya, R. (2019). *Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin Yaşam Kalitesine, Uyku Kalitesine ve Gece Yeme Bozukluğuna Etkileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

222. Uluçay, V. (2018). *Manavgat İlçesinde Yaşayan Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Duygu Durumunun Beslenme Davranışı Üzerine Etkisi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

223. Gergin, K. (2020). *Masa başı çalışan yetişkinlerin kahve ve besin tüketimlerinin uyku kalitelerine olan etkilerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

224. Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H. and McCaffrey, T.A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & Dietetics*, 77(1), 19-40.

225. Özbey, S. *(2019). Elazığ Kent Merkezinde Erişkin Kadınların Kilo Sorunu ve Zayıflama Davranışlarının İrdelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.

226. Duralı, Ö. (2019). *Yetişkin Kadın Bireylerde Beslenme Bilgi Düzeyinin ve Beslenme Durumunun Saptanması.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

227. GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England journal of medicine*, *377*(1), 13-27.

228. Ross, R., Neeland, I. J., Yamashita, S., Shai, I., Seidell, J., Magni, P., Santos, R. D., Arsenault, B., Cuevas, A., Hu, F. B., Griffin, B. A., Zambon, A., Barter, P., Fruchart, J. C., Eckel, R. H., Matsuzawa, Y. and Despres, J. P. (2020). Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(3), 177-189.

229. World Health Organization. (2022). WHO European Regional Obesity Report 2022. 1-206.

230. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017: Beslenme durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Yayın No: 1132. Sağlık Bakanlığı, 1-160.

231. Christoph, M., Jarvela-Reijonen, E., Hooper, L., Larson, N., Mason, S. M. and Neumark-Sztainer, D. (2021). Longitudinal associations between intuitive eating and weight-related behaviors in a population-based sample of young adults. *Appetite*, 160, 105093.

232. Yayan, G. (2019). *Sezgisel Yeme Davranışının Vücut Kompozisyonu ve Bazı Biyokimyasal Parametreler Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

233. Izydorczyk, B. and Sitnik-Warchulska, K. (2018). Sociocultural appearance standards and risk factors for eating disorders in adolescents and women of various ages. *Frontiers in psychology*, *9*, 429.

234. Fallon, E. A., Harris, B. S., and Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eating behaviors*, 15(1), 151-158.

235. Ward, Z. J., Rodriguez, P., Wright, D. R., Austin, S. B. and Long, M. W. (2019). Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. *JAMA network open*, *2*(10), e1912925-e1912925.

236. Samancı, R. A. (2021). *Yeme Tutumuna Göre Diyet İnflamatuvar İndeksin Değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

237. Özkan, N. (2018). *Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu İle İlişkisi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

238. Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., Garnett, T., Tilman, D., DeClerck, F., Wood, A., Jonell, M., Clark, M., Gordon, L. J., Fanzo, J., Hawkes, C., Zurayk, R., Rivera, J. A., De Vries, W., Majele Sibanda, L., Afshin, A., Chaudhary, A., Herrero, M., Agustina, R., Branca, F., Lartey, A., Fan, S. Crona, B., Fox, E., Bignet, V., Troell, M., Lindahl, T., Singh, S., Cornell, S. E., Srinath Reddy, K., Narain, S., Nishtar, S. And Murray, C. J. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*, 393(10170), 447-492.

239. Guasch-Ferré, M. and Willett, W. C. (2021). The Mediterranean diet and health: A comprehensive overview. *Journal of Internal Medicine*, 290(3), 549-566.

240. Altun, E. (2021). *18-49 Yaş Arası Kadınların Premenstrual Sendrom İle Değişen Beslenme Alışkanlıklarının ve Duygusal Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

241. Yıldız, İ., ve Saka, M. (2021). Yetişkin Kadınlarda Akdeniz Diyetine Uyum Düzeyi ile Depresif Semptomlar Arasındaki İlişki. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6*, 101-115.

242. Kitiş, Y. and Gümüş, Y. (2015). 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Fiziksel aktivite Düzeyleri, Fiziksel aktiviteye İlişkin İnançları ve Davranış Aşamalarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 399-411.

243. Altuntaş-Yılmaz, N., Tat, A. M., Erdeo, F. ve Acar, M. (2021). Kadın Akademisyenlerde Fziksel Aktivite Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4*(1).

244. Ergin, K. A. (2020). *Kadınlarda Sezgisel Yeme İle Yeme Tutumu ve Mental İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

245. Karakaş, H. M. (2020). *Obez Olan ve Olmayan Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme Davranışının Hedonik Açlık ve Aşırı Besin İsteği İle İlişkisinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

246. Atak-Ayyıldız, N. D. (2020). Akdeniz Diyetine Bağlılıkla Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yeme Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

247. Chatelan, A. and Carrard, I. (2021). Diet quality in middle-aged and older women with and without body weight dissatisfaction: results from a population-based national nutrition survey in Switzerland. *Journal of nutritional science*, 10.

248. Belon, K.E., Serier, K.N., VanderJagt, H. and Smith, J.E. (2022). What is healthy eating? Exploring profiles of intuitive eating and nutritionally healthy eating in college women. *American Journal of Health Promotion*, 36(5), 823-833.

249. van Mierlo, L.A., Scheffers, M. and Koning, I. (2021). The relative relation between body satisfaction, body investment, and depression among dutch emerging adults. *Journal of Affective Disorders*, 278, 252-258.

250. Linardon, J., Tylka, T. L., and Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 54*, 1073–1098.

251. Caferoglu, Z. and Toklu, H. (2022). Intuitive eating: associations with body weight status and eating attitudes in dietetic majors. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 27*(2), 683-692.

252. Yaşar, Y. (2018). *Üniversite Öğrencilerinde Sezgisel Yeme Ölçeği-2 İle Yeme Tutumu Testi-26 ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

253. Atalay, S. (2017). *Sezgisel Yeme, Yeme Tutumu, Diyet Kalitesi ve Beden Kütle İndeksi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbulYıldız, L. (2018). *Çalışan ve Çalışmayan Evli Kadınların Mutluluk Düzeyleri İle Evlilik ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi.* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

254. Kuseyri, G. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yeme Davranışının Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

255. Dinçer, M. G. (2020). Fiziksel Aktivite Düzeyinin Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

256. Herbert, B. M., Blechert, J., Hautzinger, M., Matthias, E., and Herbert, C. (2013). Intuitive eating is associated with interoceptive sensitivity. Effects on body mass index. *Appetite,* 70, 22-30.

257. Özkan, N. And Bilici, S. (2021). Are anthropometric measurements an indicator of intuitive and mindful eating?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26*(2), 639-648.

258. Şahin Bayram, S., ve Aktaş, N. (2020). Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Akdeniz Diyet Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Nutrition and Dietetics,* 48(3), 65-75.

259. Aridi, Y. S., Walker, J. L., Roura, E. and Wright, O. L. R. (2020). Adherence to the Mediterranean Diet and Chronic Disease in Australia: National Nutrition and Physical Activity Survey Analysis. *Nutrients,* 12, 1251.

260. Reed, J. L., Prince, S. A., Elliott, C. G., Mullen, K. A., Tulloch, H. E., Hiremath, S., Cotie, L. M., Pipe, A. L. Reid, R. D. (2017). Impact of Workplace Physical Activity Interventions on Physical Activity and Cardiometabolic Health Among Working-Age Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 10*(2).

261. Akova, İ. ve Koçoğlu, G. (2018). 20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazi Antropometrik Ölçümler Arasindaki İlişkiler. *Ahi Evran Medical Journal, 2*(3), 67-73.

262. Afshin, A., Sur, P.J., Fay, K.A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J.S., Mullany, E.C., Abate, K.H., Abbafati, C., Abebe, Z. and Afarideh, M. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10184), 1958-1972.

263. Grimani, A., Aboagye, E. and Kwak, L. (2019). The effectiveness of workplace nutrition and physical activity interventions in improving productivity, work performance and workability: a systematic review. *BMC public health*, 19(1), 1-12.

264. Civelek, E. (2017). Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Beslenme Durumu İle Antropometrik Ölçümlerinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

265. Yeşildemir, Ö. (2018) *Egzersiz Yapan Bireylerde Beslenme Durumu, Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ve Yeme Davranış Bozukluklarının Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

266. Bağcılar, S. (2016). Kuzey Kıbrıs'ta Yaşayan Yetişkin Bireylerin Uyku Kalitesi ve Süresi ile Beslenme Durumlarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Gazimağusa.

267. Nazif, S. (2012). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yaşayan 19-40 Yaş Arası Kadınların Beslenme Durumunun Saptanması Ve Kalsiyum Tüketim Durumunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

268. Christoph, M. J., Hazzard, V. M., Järvelä-Reijonen, E., Hooper, L., Larson, N. and Neumark-Sztainer, D. (2021). Intuitive eating is associated with higher fruit and vegetable intake among adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 53(3), 240-245.

269. Barad, A., Cartledge, A., Gemmill, K., Misner, N. M., Santiago, C. E., Yavelow, M. and Langkamp-Henken, B. (2019). Associations Between Intuitive Eating Behaviors and Fruit and Vegetable Intake Among College Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior,* 51(6), 758-762.

270. Jackson, A., Sano, Y., Parker, L., Cox, A. E. and Lanigan, J. (2022). Intuitive eating and dietary intake. *Eating Behaviors,* 45(101606).

271. Ateş, K. S. (2021). *Sezgisel Yeme ve Hedonik Açlık Durumunun Diyet Kalitesi, Mental Sağlık ve Uyku Kalitesi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

EK-1. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.05.2021-E.88430

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-14574941-199-88430 17.05.2021
Konu : Emel UÇARER-Etik Komisyon
İzni Gelen Cevap Bildirimi

Sayın Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Enstitümüz Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Emel UÇARER'in, etik komisyon başvurusu ile ilgili olarak Üniversitemiz Etik Komisyonunun cevabi yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Yasemin DÜNDAR
Enstitü Müdürü

DAĞITIM
Gereği:
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Sayın Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSAZ6V6BP8 Belge Takip Adresi : https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/belgedogrulama.aspx

Tunus Cad. No:35 Kat: 3 ve 4 P.K. 06540 Çankaya/ANKARA
Tel:0 (312) 202 33 87 Faks:0 (312) 202 82 20
e-Posta :saglikb@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://saglikb.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Rabia Demirel
Memur
Telefon No:03122023254

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-1. (devamı) Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.05.2021-E.83942

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-83942 06.05.2021
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 14.04.2021 tarihli ve 14574941-199- 75004 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Emel UÇARER'in, Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ'ın** danışmanlığında yürüttüğü ***"Çalışma Durumuna Göre Kadınların Sezgisel Yeme Davranışı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumunun İncelenmesi"*** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **20.04.2021** tarih ve **07** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2021 - 506

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSEZLAYZYY Belge Takip Adresi : https://belgedogrulama.gazi.edu.tr/belgedogrulama.aspx

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666

EK-1. (devamı) Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarihi ve Sayısı: 06.05.2021-E.83942

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 20.04.2021	TOPLANTI SAYISI : 07
ADI – SOYADI	**İMZA**
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülay BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Prof.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	

EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi**, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'**ndan 06.05.2021 tarih / E. 83942 sayı ile izin alınan ve Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ tarafından yürütülen ''Çalışma Durumuna Göre Kadınların Sezgisel Yeme Davranışı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumunun İncelenmesi'' başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışma ile çalışma durumuna göre yetişkin kadın bireylerde sezgisel yeme davranışı, yeme tutumu ve beslenme durumunun incelenmesi amaçlanmaktadır.
Araştırmanın Yöntemi	Çalışma Trabzon ve Samsun il merkezinde yaşayan ve yaş aralığı 18-60 olan gönüllü toplam 196 kadın katılımcı ile yürütülecektir. Çalışma verileri anket formları aracılığıyla sizlerle yüz yüze görüşülerek alınacaktır. Çalışmanın uygulama aşamasında yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelikleriniz ile beraber sağlık bilgileri, diyet öyküsü, beslenme alışkanlıklarınıza dair soruları içeren genel özellikler anketi, Sezgisel Yeme Ölçeği (SYÖ-2), Yeme Tutum Testi (YTT-26), Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Kısa Formu anketlerini doldurmanız ve 3 günlük besin tüketim kaydı tutmanız istenecektir. Antropometrik ölçümleriniz (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresi) araştırmacı tarafından alınacaktır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	20.06.2021-20.06.2022
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	196
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Trabzon il merkezi Samsun il merkezi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

EK-2. (devamı) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Prof. Dr. Makbule GEZMEN KARADAĞ	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İş Telefonu **:** 0312 216 26 01	12.04.2021

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-3. Anket Formu

ÇALIŞMA DURUMUNA GÖRE KADINLARIN SEZGİSEL YEME DAVRANIŞI, YEME TUTUMU VE BESLENME DURUMUNUN İNCELENMESİ

Sayın katılımcı bu çalışma ile çalışma durumuna göre yetişkin kadın bireylerde sezgisel yeme davranışı, yeme tutumu ve beslenme durumunun incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda Emel UÇARER'e 0538 834 72 67 numaralı telefon ile ulaşabilirsiniz. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulup sadece bilimsel araştırma kapsamında kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tarih: Anket No:

A. GENEL ÖZELLİKLER

1. Adı ve soyadı:

2. Yaş: ……

3. Medeni durum: 1) Bekar 2) Evli

4. Eğitim düzeyi:

1) okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise

5) Ön lisans 6) Lisans 7) Yüksek lisans 8) Doktora

5. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

(Cevabınız çalışmıyor ise 9. soruya geçebilirsiniz.)

6. Çalışıyorsanız nerede çalışıyorsunuz? 1) Kamu 2) Özel 3) Serbest meslek

7. Mesleğiniz nedir? …….

8. Gelir düzeyi: 1) Gelirim giderimden az

2) Gelirim giderime eşit

3) Gelirim giderimden fazla

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

9. Doktor tarafından tanısı konmuş bir kronik rahatsızlığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır

10. Cevabınız evet ise belirtiniz……...

11. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

12. Cevabınız evet ise belirtiniz……..

13. Sigara kullanma durumu: 1) Evet (……. adet/gün) 2)Hayır 3) Bıraktım

EK-3. (devamı) Anket Formu

C. DİYET ÖYKÜSÜ

14. Son 6 ay içerisinde ağırlık kaybı amacıyla diyet yaptınız mı?
(Cevabınız hiç ise 17. soruya geçebilirsiniz.)

1) Hiç 2) Nadiren 3) Bazen 4) Sıklıkla 5) Sürekli diyet yapıyorum

15.Daha önce ağırlık kaybetmeye çalıştıysanız nedenini belirtiniz.

1) Sağlık nedeniyle 2) Estetik görünüm nedeniyle

3) Çevre baskısı nedeniyle 4) Diğer…….

16. Şu andaki vücut ağırlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1) çok zayıf 2) zayıf 3) normal 4) fazla kilolu 5) obez

D. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

17. Günde kaç öğün yemek yersiniz?……. ana öğün, ……ara öğün

18. Öğün atlar mısınız? 1) Evet 2) Bazen 3) Hayır

19. Cevabınız evet veya bazen ise en çok hangi öğünü atlarsınız?

1) Kahvaltı öğünü 2) Öğle öğünü 3) Akşam öğünü 4) Ara öğünler

20. Cevabınız evet veya bazen ise öğün atlama nedeniniz nedir?

1) Alışkanlığım yok 2) Canım istemiyor 3) Fırsat bulamadığım için

4) Zayıflamak için 5) Üşendiğim için 6) İş yoğunluğundan

7) Diğer ……..

E. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Ağırlık (kg): Bel çevresi (cm):

Boy uzunluğu (cm): Kalça çevresi (cm):

BKİ (kg/m2): Bel/kalça oranı:

EK-3. (devamı) Anket Formu

SEZGİSEL YEME ÖLÇEĞİ-2

		Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**
1.	Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.					
2.	Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.					
3.	Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.					
4.	Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.					
5.	Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.					
6.	Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip ETMEM					
7.	Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
8.	Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
9.	Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.					
10.	Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
11.	Beni rahatlatması için yiyeceklere başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzgünlük) baş edebilirim.					
12.	Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.					
13.	Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.					
14.	Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.					
15.	Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
16.	Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
17.	Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
18.	Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.					
19.	Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.					
20.	Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
21.	Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.					
22.	Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemesini sağlayacak yiyecekler yerim.					
23.	Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.					

EK-3. (devamı) Anket Formu

YEME TUTUM TESTİ-26

		Her zaman	Çoğunlukla	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.	Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
2.	Aç olduğumda yemekten kaçınırım.						
3.	Aklım fikrim yemektedir.						
4.	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
5.	Yiyeceklerimi küçük küçük parçalara bölerim.						
6.	Yediğim besinlerin kalori içeriklerini bilirim.						
7.	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınırım.						
8.	Ailem daha fazla yememi bekler.						
9.	Yemek yedikten sonra kusarım.						
10.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
11.	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
12.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
13.	Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
14.	Şişman olduğum (vücudumda yağ toplandığı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15.	Yemeklerimi bitirmem başkalarından daha uzun sürer.						
16.	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17.	Diyet(perhiz) yemekleri yerim.						
18.	Yiyeceklerin hayatımı kontrol ettiğini düşünüyorum.						
19.	Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim.						
20.	Yemek yemem konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
21.	Yemeklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
22.	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
23.	Diyet(perhiz) yapmaya çalışırım.						
24.	Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25.	Şekerli, yağlı yeni yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
26.	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

EK-3. (devamı) Anket Formu

AKDENİZ DİYETİ UYUM ÖLÇEĞİ

	Miktar	Evet	Hayır
1. Mutfağınızda yağ olarak daha çok zeytinyağı mı kullanırsınız?			
2. Günde ne kadar zeytinyağı tüketirsiniz? (Kahvaltı, kızartma, ev dışı tüketim vb. dahil)	≥ 4 yemek kaşığı (YK)		
3. Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz? (1 porsiyon=200 gr(g)= 4 yemek kaşığı (YK) sebze yemeği; garnitürleri yarım porsiyon olarak düşününüz?	≥ 2 porsiyon veya ≥ 1 porsiyon çiğ veya salata olarak		
4. Günde kaç porsiyon meyve (taze sıkılmış meyve suları dahil) tüketirsiniz? (1 porsiyon= Elma, armut vb.= 1 orta boy; Muz, Nar=½ büyük boy; Kiraz, Çilek, Üzüm vb.=1 su bardağı; K.incir=1 adet; K.Erik / K.Kayısı=3 adet; K.üzüm=2 YK; Taze Meyve suyu = 1 çay bardağı)	≥ 3 porsiyon		
5. Günde kaç porsiyon kırmızı et, hamburger, etli yemek ya da et ürünleri (salam, sosis v.b) tüketirsiniz? (1 porsiyon 100-150 g = 4 köfte büyüklüğünde)	<1 porsiyon		
6. Günde kaç porsiyon tereyağı, margarin ya da krema tüketirsiniz? (1 porsiyon = 12 g = 2 Tatlı Kaşığı)	<1 porsiyon		
7. Günde kaç adet şekerli (soğuk çay, meyve suyu, meyveli soda vb.) veya gazlı içecek (kola, gazoz vb.) tüketirsiniz? (1 porsiyon = Soda için ;1 şişe = Diğer içecekler için; 1 kutu)	<1 porsiyon		
8. Haftada kaç kadeh şarap içersiniz? (1 Kadeh = 120 ml)	≥7 kadeh		
9. Haftada kaç porsiyon kurubaklagil yemeği tüketirsiniz? (1 porsiyon = 150 g = 8 YK)	≥3 porsiyon		
10. Haftada kaç porsiyon balık ya da kabuklu deniz ürünleri tüketirsiniz? (1 porsiyon balık=100-150 g=1/2 orta çipura/levrek = 15 adet hamsi;1 porsiyon deniz ürünü = 4-5 adet ya da 200 g)	≥3 porsiyon		
11. Haftada kaç kez ev yapımı olmayan kek, kurabiye, bisküvi, muhallebi gibi tatlı veya hamur işleri (poğaça, börek vb.) tüketirsiniz?	<3 porsiyon		
12. Yer fıstığı dahil haftada kaç porsiyon yağlı tohum tüketirsiniz? (1 porsiyon = 30 gram = 3 adet ceviz = 20 adet fındık, badem = 25 adet yer fıstığı, antep fıstığı)	≥3 porsiyon		
13. Kırmızı et yerine (Dana / koyun / kuzu eti, sucuk, sosis, köfte v.b.) beyaz et (hindi/tavuk eti) tüketmeyi tercih eder misiniz?			
14. Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemekleri zeytinyağı, domates veya salça, soğan, sarımsak/pırasalı sos ile tüketirsiniz?	≥2 porsiyon		

EK-3. (devamı) Anket Formu

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ- KISA FORM

Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak soruları kapsamaktadır. İşte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktivitelerini düşünerek cevaplamanız gerekmektedir.

Şiddetli fiziksel aktiviteler yoğun fiziksel efor gerektiren ve nefes alıp verme temposunun normalden çok daha fazla olduğu aktivitelerdir. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika süre ile yaptığınız aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ….. gün

☐Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ….. saat; günde ….. dakika

☐Bilmiyorum / Emin değilim.

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün orta dereceli aktivite orta dereceli fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada ….. gün

☐Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ….. saat; günde ….. dakika

☐Bilmiyorum / Emin değilim.

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün içinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ….. gün

☐Yürümedim. (7. soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ….. saat; günde ….. dakika

☐Bilmiyorum / Emin değilim.

Geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken veya dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dâhildir.

7. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ….. saat; günde …..dakika

☐Bilmiyorum / Emin değilim

EK-3. (devamı) Anket Formu

3 GÜNLÜK BESİN TÜKETİM KAYDI / 1.GÜN

Öğünler	Tüketilen besin, yiyecek ve içecekler	Hazırlanırken içerisine konulan malzemeler	Miktar
SABAH			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

EK-3. (devamı) Anket Formu

3 GÜNLÜK BESİN TÜKETİM KAYDI / 2.GÜN

Öğünler	Tüketilen besin, yiyecek ve içecekler	Hazırlanırken içerisine konulan malzemeler	Miktar
SABAH			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

EK-3. (devamı) Anket Formu

3 GÜNLÜK BESİN TÜKETİM KAYDI / 3.GÜN

Öğünler	Tüketilen besin, yiyecek ve içecekler	Hazırlanırken içerisine konulan malzemeler	Miktar
SABAH			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : UÇARER, Emel
Uyruğu : T.C.

e-posta

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik	2019
Lise	Tevfik Serdar Anadolu Lisesi	2014

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2022-Devam ediyor	Iğdır Üniversitesi	Araştırma Görevlisi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Uçarer, E. ve Gezmen Karadağ, M. (2021). *Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Sezgisel Yeme Davranışı, Yeme Tutumu ve Antropometrik Ölçümlerin İncelenmesi*. Gazi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresinde sunuldu, Ankara.

Hobiler

Kitap okumak, müzik dinlemek



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..