



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞEHİTKAMİL BELEDİYESİ BATIKENT KADIN SPOR
MERKEZİNE DEVAM EDEN YETİŞKİN KADINLARIN
BESLENME DURUMU VE DİYET KALİTESİ İLE DUYGU
DURUM DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI**

ESRA NUR DÖŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Duygu Sağlam

İSTANBUL-2021



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞEHİTKAMİL BELEDİYESİ BATIKENT KADIN SPOR
MERKEZİNE DEVAM EDEN YETİŞKİN KADINLARIN
BESLENME DURUMU VE DİYET KALİTESİ İLE DUYGU
DURUM DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI**

ESRA NUR DÖŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Duygu Sağlam

İSTANBUL-2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

01.02.2021

Esra Nur Döş

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin planlanmasında, yürütülmesinde ve tezin her aşamasında bilgisi ve tecrübesi ile yardımcı olan sevgili tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Duygu Sağlam'a ve Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden Gaziantep Şehitkamil Belediyesi Batıkent Spor Merkezi kadınlarına,

Araştırma boyunca desteğini esirgemeyen canım arkadaşım Dyt. Neslihan Mumbuç Çavuşoğlu'na,

Her zaman yanımda olduklarını bildiğim; sabır, sevgi ve anlayış ile maddi, manevi destek gösteren canım babam Recep Döş'e ve canım annem Tülay Döş'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Beslenme.....	5
2.1.1. Yeterli ve dengeli beslenme.....	5
2.1.1.1. Besin grupları.....	6
2.1.2. Yetişkin kadın beslenmesi.....	8
2.1.2.1. Enerji ve makro besin öğeleri.....	8
2.1.2.2. Mikro besin öğeleri: vitaminler ve mineraller.....	9
2.2. Diyet Kalitesi.....	10
2.2.1. Diyet kalitesi ve sağlıkla ilişkisi.....	11
2.2.2. Sağlıklı yeme indeksi.....	12
2.3. Fiziksel Aktivite.....	13
2.3.1. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri.....	14
2.3.2. Fiziksel aktivite ve enerji gereksinmesi.....	16
2.4. Duygu Durum Bozukluğu.....	16
2.4.1. Majör depresif bozukluk.....	17
2.4.2. Bipolar bozukluk.....	17
2.4.3. Depresyon.....	17
2.4.4. Duygu durumunun diyet kalitesi ve beslenme durumu ile ilişkisi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	23
3.2. Araştırma Genel Planı.....	23
3.2.1. Demografik özellikler.....	24
3.2.2. Beslenme alışkanlıkları.....	25
3.2.3. Sağlığı etkileyen kişisel bilgiler.....	26
3.2.4. Besin tüketim sıklığı.....	26
3.2.4.1. Diyet kalitesinin değerlendirilmesi.....	27
3.2.4.2. Sağlıklı yeme indeksi (syi)-2015.....	27
3.2.5. Besin tüketim kaydı formu.....	29
3.2.6. Fiziksel aktivite kaydı.....	29
3.2.7. Beck depresyon ölçeği (BDÖ).....	30
3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	30
4. BULGULAR.....	32
4.1. Kadınların Genel Özellikleri.....	32
4.2. Kadınların Antropometrik Ölçümleri.....	33
4.3. Kadınların Beslenme Alışkanlıkları.....	34
4.4. Kadınların Sağlığını Etkileyen Kişisel Bilgileri.....	36
4.5. Kadınların IPAQ-SF Testine Dair Bulguları.....	37
4.6. Kadınların Beck Depresyon Ölçeğine Dair Bulguları.....	41
4.7. Kadınların Enerji ve Besin Öğeleri Alımı.....	44
4.8. Kadınların SYİ-2015 Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi.....	47
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	53
5.1. Kadınların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	54
5.2. Kadınların Antropometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	54
5.3. Kadınların Beslenme Alışkanlıklarının ve Sağlığa İlişkin Bazı Bilgilerinin Değerlendirilmesi.....	56
5.4. Kadınların Yaptıkları Sporlar ve IPAQ Anketi Sonucuna Göre Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	58
5.5. Kadınların BECK Depresyon Ölçeğine Dair Bulgularının Değerlendirilmesi.....	60

5.6. Kadınların 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı Sonucunda Tüketilen Enerji ve Besin Ögeleri Değerlendirmesi.....	63
5.7. Kadınların SYİ Bulgularına Göre Değerlendirilmesi.....	64
5.8. Sonuçlar.....	70
5.9. Öneriler	75
6. KAYNAKLAR	77
7. EKLER.....	90
EK 1. Etik Kurul Formu.....	90
EK 2. Belediye Onayı.....	91
EK 3. Aydınlatılmış Onam Formu.....	92
EK 4. Anket Formu.....	94
8. ÖZGEÇMİŞ	102

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BB	Bipolar Bozukluk
BeBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BKO	Bel/Kalça Oranı
Ca	Kalsiyum
CHO	Karbonhidrat
Cm	Santimetre
Cr	Krom
ÇDD	Çökkün Duygu Durumu
ÇDYA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
DDB	Duygu Durum Bozukluğu
DGA	Dietary Guidelines For America
DHA	Dokosaheksaenoik Asit
Dk	Dakika
DM	Diyabet Mellitus
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DRI	Dietary Reference Intakes
EPA	Eikosapentaenoik Asit

FA	Fiziksel Aktivite
Fe	Demir
G	Gram
HT	Hipertansiyon
IPAQ-SF	International Physical Activity Questionnaire
K	Kadın
Kg	Kilogram
Kkal	Kilokalori
m²	Metrekare
MET	Metabolik Eşdeğer Dakika
MÖ	Milattan Önce
Mcg	Mikrogram
Mg	Magnezyum
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
PEM	Protein Enerji Malnütrüsyonu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
SYİ	Sağlıklı Yeme İndeksi
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
Vb	ve benzeri
YY	Yeniyüzyıl
Zn	Çinko
WHO	World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. 19-65 Yaş Arası Kadınlar İçin Önerilen Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımı Miktarları.....	10
Tablo 3.1. Beslenme durumunun BKİ'ye göre değerlendirilmesi.....	24
Tablo 3.2. Bel Çevresi Ölçüm Sınıflandırılması.....	25
Tablo 3.3. Bel/Kalça Oranı Ölçüm Sınıflandırılması.....	25
Tablo 3.4. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 (SYİ).....	28
Tablo 4.1. Kadınların Bazı Demografik Bilgileri.....	32
Tablo 4.2. Kadınların Antropometrik Ölçüm Değerleri.....	33
Tablo 4.3. Kadınların Sınıflandırılmış Antropometrik Ölçüm Değerleri.....	34
Tablo 4.4. Kadınların Bazı Beslenme Alışkanlıkları.....	35
Tablo 4.5. Kadınların Bazı Beslenme Alışkanlıkları.....	35
Tablo 4.6. Kadınların Sağlığına İlişkin Bazı Bilgiler.....	36
Tablo 4.7. Kadınların Yaptıkları Spora İlişkin Bilgiler.....	37
Tablo 4.8. Kadınların Ipaq-Sf Testine Verdiği Cevaplar.....	38
Tablo 4.9. Kadınların Ipaq-Sf Testi Sonucu Sınıflaması.....	38
Tablo 4.10. Kadınların Ipaq-Sf Sınıflamasına Göre Antropometrik Değerlerinin Ortalamaları.....	39
Tablo 4.11. Kadınların Ipaq-Sf Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Sınıflaması.....	40
Tablo 4.12. Kadınların Beck Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları Ve Beck Depresyon Puan Ortalamaları.....	41
Tablo 4.13. Kadınların Beck Depresyon Sınıflamasına Göre Antropometrik Değerlerinin Ortalamaları.....	42

Tablo 4.14. Kadınların Beck Depresyon Puan Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Sınıflaması.....	43
Tablo 4.15. Kadınların Fiziksel Aktivite Sınıflamasına Göre Ruhsal Durumlarının Dağılımları.....	44
Tablo 4.16. Kadınların Son 3 Ayda Aldıkları Enerji Ve Besin Öğeleri Alım Miktarları Ortalaması Ve Dri Karşılama Yüzdesi.....	45
Tablo 4.17. Kadınların 24 Saat İçinde Aldıkları Enerji Ve Besin Öğeleri Alım Miktarları Ortalaması Ve Dri Karşılama Yüzdesi.....	46
Tablo 4.18. Kadınların SYİ-2015 Puan Sınıflamasının Dağılımı.....	47
Tablo 4.19. Kadınların Bazı Demografik Özelliklerine Göre SYİ-2015'ten Aldıkları Puanlar.....	48
Tablo 4.20. Kadınların Antropometrik Değerlerinin Sınıflamasına Göre SYİ-2015'ten Aldıkları Puanlar.....	49
Tablo 4.21. Kadınların Ipaq-Sf Sınıflamasına Göre SYİ-2015'ten Aldıkları Puanlar.....	49
Tablo 4.22. Kadınların Depresyon Düzeylerine Göre SYİ-2015'ten Aldıkları Puanlar.....	50
Tablo 4.23. Kadınların Ipaq-Sf Değerinin Bazı Parametreler İle Korelasyonu.....	51
Tablo 4.24. Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Bazı Parametreler İle Korelasyonu.....	52

ÖZET

Bu araştırma yetişkin kadınların beslenme durumu, diyet kalitesi ile duygu durumlarının arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Gaziantep ili Şehitkamil Belediyesi Batıkent Kadın Spor Merkezi'ne devam eden, 18-65 yaş arası gebe olmayan ve psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayan, çalışmaya gönüllü katılmak isteyen 140 kadın üzerinde uygulanmıştır. Katılımcılara anket formu uygulanmış ve antropometrik özellikleri incelenmiştir. Diyet kalitesi Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 (SYİ) ile hesaplanmıştır. Kadınların BKİ sınıflandırılması; %2,1'i zayıf, %54,3'ü normal, %32,1'i hafif şişman ve %11,4'ü obez olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların Beck Depresyon Ölçekleri sonucuna göre; %50'si minimal depresyonda, %29,3'ü hafif, %18,6'sının orta şiddette ve %2,1'nin ciddi şiddette depresyonda olduğu saptanmıştır. BKİ sınıflaması ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bel çevresi ile diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,034$). Bireylerin bel-boy oranı ile diyet kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,030$). Çalışma sonuçlarına göre diyet kalitesi ile duygu durumu arasında ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Sözcükler: Beslenme Durumu, Diyet Kalitesi, Duygu Durumu Bozukluğu, Depresyon

SUMMARY

Determining The Relationship Between The Nutrition Status And Diet Quality And The Level Of Emotion Of Adult Women Continuing To The Batkent Women's Sports Center Of Şehitkamil Municipality.

This research applied on 140 women, who went to the Gaziantep Şehitkamil municipality Batkent Spor Center, are between 18-65 years old and not pregnant, were not ill psychologically and were volunteer to work, to analyze the relationship between the nutrition, the quality of diet and feelings of adult women in 3 months after ethics council confirmation. A questionnaire was applied to participants and researched their anthropometric characteristics. The quality of diet was calculated with Healthy Eating Index-2015 (HEI). The BMI classification of women was determined as 2.1% as underweight, 54.3% as healthy weight, 32.1% as overweight and 11.4% as obese. According to The Beck Depression Scales results of women who attended to study; it was determined that 50% of them were in minimum level depression, 29,3% of them were in low level depression, 18,6% of them were in moderate depression and 2,1% of them in high level depression. There was no important difference between BMI classification and the point of diet quality. There is a statistically significant relationship between waist circumference and diet quality ($p=0,034$). There is a statistically significant relationship between the waist-to-height ratio of individuals and diet quality ($p=0,030$). According to the results of the study, it wasn't found a relationship between diet quality and feelings.

Keywords: Nutritional Status, Diet Quality, Affective Disorder, Depression

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireyin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan bütünüyle iyi halde olması durumu sağlıklı olduğunu gösterir. Bireyin hayatında sağlık oldukça büyük bir öneme sahiptir. Bu sebeple çağlar boyunca daima sağlığı iyileştirme ve korumaya yönelik araştırmalar yapılmıştır. Sağlık, genetik ve çevresel etmenlerin etkisindedir. Genetik etmenler aileden katılım yoluyla geçen ve konjenital karakterlerdir. Çevresel etmenler de bireyin beslenme durumu, fiziksel çevresi, eğitimi vb. özellikleridir (1).

Vücuda alınan enerji ve besin öğelerinin yetersiz alınması veya kullanılması yetersiz ve dengesiz beslenmeyi tanımlar. Bu durumun vücutta yarattığı birçok negatif etkisi mevcuttur ve yaşam kalitesini doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Obezite de bu olumsuz etkilerden birisidir (2, 3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi vücutta sağlığı kötü etkileyecek kadar aşırı yağ depolanması olarak belirtmektedir. Obez veya hafif kilolu olmak beraberinde de birçok hastalığa neden olarak kişinin yaşamını olumsuz etkilemektedir (4). Ülkemizde yapılan geniş çaplı ve periyodik bir araştırmanın sonuçları obezitenin ve hafif kiloluluğun kadınlarda yıllar geçtikçe arttığını göstermektedir (5). Dünya sağlık istatistikleri, Birleşik Krallık, Avustralya ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerin çoğunda obezitenin arttığını göstermektedir (2). Aşırı kilolu veya obez olmanın bir sonucu olarak her yıl en az 2,8 milyon insanın öldüğü rapor edilmiştir (4). Hafif şişman ve obez sınıfındaki bireylerin mortalitesi normal vücut ağırlığında olanlara oranla daha fazla olduğu da önemli bir literatür bilgisidir (6).

Bireyin ideal vücut ağırlığında olması kronik hastalıklardan korunmada büyük önem taşır. Bu durum ise beslenme ve fiziksel aktiviteyle mümkündür. Fiziksel aktivite; kan basıncını, hiperkolesterolemiyi, kardiyovasküler hastalık riskini, felci ve

diyabet riskini ve stresi azaltır. Önceki araştırmalar, aktif ve zinde olan obez kişilerin kalp hastalıkları ve diyabet riskinin daha az olduğunu göstermektedir.(3, 7).

Kaliteli bir diyet de bireyin ideal vücut ağırlığına gelmesinde oldukça büyük önem taşır. Çalışmalarda; basit karbonhidrat ürünlerinin, fastfood ve yüksek enerjili içeceklerin tüketilmesinin obezite riskini arttırdığı, yüksek diyet lifi ve glisemik indeksi düşük bir diyetin ise bu riski azalttığı saptanmıştır (8).

alışmalar obezitenin neden olduğu ve obeziteye neden olan unsurları incelediğinde duygu durumu ile arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir (9). Bireyin davranış ve ruhsal durumunu olumsuz olarak etkileyen ve yoğun bir hüžün halinin olduğu duygu durumu depresyon olarak tanımlanmakta ve bir halk sağlığı problemi olarak gösterilmektedir (10). Dünyada yaklaşık olarak 350 milyon bireyin depresyonun etkisinde olduğu tahmin edilmektedir (11). Depresyona ve obeziteye sebep olan durumlar incelendiğinde birçok ortak sebebe ulaşılmıştır. Bireyin beden algısının zayıf olması, tekrar eden diyetler, fonksiyonel bozukluklar, bilişsel performans ve sağlığın kötü olması bunlardan birkaçıdır (9).

Yapılan araştırmalar neticesinde obez bireylerin normal vücut ağırlığına sahip bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (12). Aşırı miktarda yemek yeme ve obezitenin psikopatolojik bozukluklarla olan ilişkisi yemek yemenin psikolojik sıkıntıyı da içine alan duygusal boyutunu incelemektedir (13).

Yukarıdaki bilgiler göz önüne alındığında bu çalışmanın amacı; obezite oranının yüksek olduğu Gaziantep ilinde bir spor merkezine giden yetişkin kadın bireylerde duygu durumlarını belirlemek ve diyet kalitesi, beslenme durumu arasındaki ilişkiyi saptamak olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Beslenme: insanın yaşamı sürecince sağlıklı ve üretken olmasına katkı sağlayan ve bu durumların sürekliliğinin sağlanması için besin öğelerinin vücuda alınması eylemidir (14). Beslenme eylemindeki amaç; bireylerin demografik özelliklerine, yaşam tarzına uygun olarak gereksinim duyduğu enerji ve besin öğelerini yeterli ve dengeli bir şekilde almaktır (15).

Beslenme, fizyolojik bir olgu olmasının yanında psikolojik ve sosyal özelliklerde taşımaktadır. Toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı olması, o toplumu da sağlıklı yapacak ve bireylerin gelişmesi ve refah seviyesine ulaşmada katkı sağlayacaktır. Sağlıklı olmanın en önemli koşulu da yeterli ve dengeli beslenmedir. Bireylerin fetal dönemden yaşlılık dönemine kadar sağlık durumunun belirlenmesinde beslenme oldukça önemli bir yere sahiptir (16).

2.1.1. Yeterli ve dengeli beslenme

Bireyin vücudunun büyümesi, gelişmesi, çalışabilmesi için gereksinim duyduğu besin öğeleri ve enerjinin yeterli oranda karşılanmasına yeterli beslenme denir. Vücuda giren enerji ve besin öğelerinin vücut hücreleri tarafından düzgün şekilde kullanılmasında dengeli beslenme denir (17).

Vücut için elzem olan enerji ve besin öğelerinin 70'den fazla olduğu çalışmalarla belirtilmiştir. Enerji ve besin öğelerinin ihtiyaçtan daha az oranda alınması ve uygun olarak kullanılamaması durumu da yetersiz ve dengesiz beslenme olarak tanımlanmaktadır. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin bireylerde; beriberi, skorbut,

anemi gibi doğrudan sebep olduğu rahatsızlıkların yanında; obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi dolaylı olarak sebep olduğu hastalıklar da vardır (18).

Yeterli ve dengeli beslenmeyen bireylerde; büyüme gelişmede gerilikler, bağışıklık sisteminde zayıflamalar ve hastalık halinin daha uzun ve sancılı olması gibi problemler görülmektedir. Bu durumlar da bireyin yaşam kalitesine olumsuz etkiler yaratmakta ve hayatına negatif olarak etki etmektedir (19).

2.1.1.1. Besin grupları

Bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi sağlığı için oldukça elzemdir. Yeterli ve dengeli beslenmek de bireyin beslenirken besin çeşitliliğini sağlamasıyla mümkündür. Temel besin grupları; süt ve süt ürünleri, et, yumurta, kurubaklagil; taze sebze ve meyve; ekmek ve tahıl grubu olarak sınıflandırılmaktadır (19).

Süt ve süt ürünleri: Bu besin grubunda inek sütü, keçi sütü, koyun sütü, peynir çeşitleri, yoğurt, ayran ve kefir gibi besinler bulunmaktadır. Süt ve süt ürünlerinin içeriğinde bulunan vitamin ve minerallerin zengin olması sebebiyle bu ürünlerin tüketimi kalp damar hastalıkları, osteoporoz, hipertansiyon (HT), diyabet mellitus (DM) ve bazı kanser türlerine karşı koruyucudur (19). On bir yıl boyunca süren bir çalışmanın sonucunda; yağı azaltılmış süt ve süt ürünlerinin tüketiminin kalp damar hastalıklara bağlı ölüm riskini azalttığı belirlenmiştir (20). Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)'in önerisine göre yetişkinlerin günlük 3 porsiyon bu gruptan besin tüketilmesi önerilmektedir (19).

Et, yumurta, kurubaklagil: Bu besin grubunda kırmızı et, beyaz et, deniz ürünleri, yumurta, kuru fasulye, nohut, mercimek, barbunya vb. besinler bulunmaktadır. Bu besinler; protein, magnezyum, fosfor, çinko, demir, selenyum, niasin, kobalamin, prisoksin, riboflavin, E ve D vitaminleri açısından zengindir (21). Yetişkin bireylere

günde 2,5-3 porsiyon et, kurubaklagil, yumurta grubu besinleri tüketmeleri önerilmektedir (19).

Taze sebze-meyve grubu: Sebzeler diyet lifi, potasyum, A vitamini, C vitamini, K vitamini, bakır, magnezyum, E vitamini, B₆ vitamini, folat, demir, manganez, tiamin, niasin ve kolin gibi birçok vitaminden zengindir. Koyu yeşil sebzeler K vitamininden, kırmızı-turuncu sebzeler A vitamininden ve nişastalı sebzeler ise potasyumdan zengindir (21). Meyveler vitamin, mineral ve fitokimyasalları bol miktarda içermektedir. C ve E vitaminleri ve fitokimyasallar kardiyovasküler rahatsızlık riskini azaltabilmektedir. Diğer renkli meyveler, özellikle turuncu, kırmızı ve sarı renkteki meyveler, bağışıklık fonksiyonuna yardımcı olduğu bilinen karotenlerden oluşmaktadır (22).

Yeterli porsiyonda meyve ve sebze tüketiminin kronik hastalıklara karşı koruyucu etkisi vardır (23). Sebzeler içeriğinde bulunan antioksidan ve fitokimyasalların etkisinden dolayı koruyucudurlar (24). Sebze ve meyvelerde bulunan diyet lifinin kanser riski üzerine azaltıcı etkisi bulunmaktadır (22). Ülkemize ait olan beslenme rehberinde yetişkin bireylerin günlük 2,5-3 porsiyon sebze, 2-3 porsiyon meyve olmak üzere en az 5 porsiyon sebze meyve tüketimi tavsiye edilmektedir (19).

Ekmek-tahıl grubu; Besin grubunda makarna, erişte, pirinç vb. besinler ve bunun yanında çavdar, yulaf, arpa, buğday gibi tahıllar bulunmaktadır (17). Sağlıklı bir diyetle tam tahıllı besinlerin tüketimi önerilmekte ve rafine edilmiş tahılların tüketimi sınırlandırılmaktadır (21).

Tam tahıllar lignan, beta glukon, inülin, fitokimyasallar, magnezyum, bakır, çinko, selenyum, B grubu vitaminleri ve diyet posası içeriği bakımından çok zengindir (21, 25). Kardiyovasküler hastalıklar ve bazı kanser türlerine karşı koruyucudur (26). Bir çalışmada; tam tahıllı ürünlerin ve lif tüketiminin bireyin diyetinde arttırılmasının;

tip 2 diyabet, kalp damar hastalıkları ve obezite riskini azalttığı belirtilmiştir (27). Tüketim önerisi bireylerin özelliklerine göre değişkenlik göstermekle birlikte erişkin bireylerin günlük 3-7 porsiyon tahıl grubundan besin tüketmesi önerilmektedir (19).

2.1.2. Yetişkin kadın beslenmesi

Çeşitli rahatsızlıklar üzerinde epidemiyolojik araştırmalar yapıldığında genelde kadın ve erkeklerin farklılığı öne çıkmaktadır. Erkek ve kadın birçok özellik bakımından birbirine benzese de bu iki cinsiyet arasında biyolojik ve fizyolojik farklılıklar da oldukça fazladır. Bu farklılıklardan birisi de bireyin vücut kompozisyonudur. Bireylerin vücut kompozisyonunun, fizyolojilerinin vb. faktörlerin farklı olması sebebiyle ihtiyaç duydukları enerji ve besin ögeleri de farklılık göstermektedir. Kadın bireyler gereksinim duydukları enerji ve besin ögelerini yeterli ve dengeli şekilde tükettiklerinde vücut fonksiyonları korumakta ve iyileştirmektedir. Özellikle üreme çağındaki kadınların ihtiyaçları olan besin ögelerinin yeterli oranda karşılanması onların gebelik ve laktasyon dönemlerinin daha sağlıklı geçmesini sağlar. Kadınlar için yeterli ve dengeli beslenmek kadınlara özel hastalıkların gelişmesinde, ilerlemesinde ve önlenmesinde kilit bir rolü bulunmaktadır (28, 29).

2.1.2.1. Enerji ve makro besin ögeleri

Enerji; doku ve organların çalışabilmesi ve vücut ısısının sabit olabilmesi için makro besin ögelerinin tüketimiyle sağlanmaktadır. Bir kadının günlük enerji ihtiyacı, gebe veya emzikli olma durumuna, yaşa, hastalık vb. durumlara göre değişiklik göstermektedir. Bireyin tüketilen ve harcanan enerji arasındaki dengesizlik vücut ağırlığı kaybı veya artışı ile sonuçlanmaktadır (31).

Karbonhidratlar (CHO); moleküller farklılığa göre iki tür CHO bulunmaktadır. Basit CHO, doğal olarak meyve, süt, eklenmiş şeker olan gıdalarda bulunur. Kompleks CHO ise tahıl, sebze, meyve ve kuru baklagillerde bulunur. CHO tükettikten sonra kan

glukozunda artış meydana gelir ve bu kan glukoz seviyesinin düşmesi için vücuttan insülin salgılanır. Kan glukoz düzeyinin ideal aralıktan fazla ya da eksik olması bireyin sağlığında olumsuz etkiler yaratır. CHO'lar karaciğer ve kaslarda depolanır. Vücut ihtiyaç durumunda ilk önce CHO'ları kullanır. Günlük olarak tüketilen fazla CHO'lar depolandıktan sonra yağa dönüşür. Bu sebeple günlük diyetdeki CHO oranı enerjinin %45-60'ı olması önerilmektedir (32).

Yağlar; yetişkin bir kadının vücut yağ oranı ortalama olarak %25'tir. Vücutta çeşitli yerlerde çeşitli görevlerde kullanılmaktadır. Vücut yağı temel enerji deposu olarak kullanılmaktadır. Tüketilen enerji harcanan enerjiden az olması halinde vücut depo edilen yağ kullanılır. Deri altındaki yağ vücut ısısının düzenlenmesine yardımcı olur. Vitaminleri yağda eriyen türleri içinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Günlük tüketilen yağın enerjinin %20-35'i oranında olması önerilmektedir. Tüketilen trans yağın ise \leq %1 olması istenir (32).

Proteinler; yetişkin bir insanın vücudunun yaklaşık olarak %16'sı proteinlerden oluşur. Depo edilme oranı oldukça azdır ve çoğunluğu doku ve hücre onarımında ve yapımında kullanılır ayrıca hormon ve enzimlerin düzenlenmesinde de oldukça gereklidir. Günlük olarak tüketiminin enerjinin %10-20'si olması önerilmektedir (32).

2.1.2.2. Mikro besin öğeleri; vitaminler ve mineraller

Vitaminler vücut için oldukça önemlidir. Yağda ve suda çözünenler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Enerji metabolizmasında, kan hücrelerinin oluşumunda ve immün sistemin gelişmesinde B ve C vitaminleri yer almaktadır. D vitamini ise kemik sağlığına gerekmektedir. A,C ve E vitaminleri antioksidan görevi görmektedir. Erişkin bir insanın %6'sını oluşturan mineraller iskelet ve diş yapısında görevlidir. Bazı mineraller kan hücrelerinin ve immün sistemin oluşmasında da oldukça önemli bir yere sahiptir (33). Tablo 2.1'de yetişkin kadınların günlük enerji ve besin ögesi ihtiyaçları verilmiştir (30).

Tablo 2.1. 19-65 yaş arası kadınlara önerilen günlük enerji ve besin ögesi alım miktarları (30)

Enerji ve Besin Ögeleri	Yaş grupları				
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-65
Enerji (kcal)	2041	1977	1934	1917	1717
Protein (%)	12-20	12-20	12-20	12-20	12-20
Protein (g)	49,8	56,1	61,4	62,7	63,7
Yağ (%)	20-35	20-35	20-35	20-35	20-35
Doymuş yağ asidi (g)	Mümkün olduğunca az				
Karbonhidrat (%)	45-60	45-60	45-60	45-60	45-60
Karbonhidrat (g)	130	130	130	130	130
Diyet lifi (g)	25	25	25	25	25
A vitamini (mcg)	650	650	650	650	650
E vitamini (mg)	11	11	11	11	11
D vitamini (mcg)	15	15	15	15	15
Tiamin (mg)	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Riboflavin (mg)	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Niasin (mg)	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7
Folat (mcg)	330	330	330	330	330
B ₁₂ vitamini (mcg)	4	4	4	4	4
C vitamini (mg)	95	95	95	95	95
Kalsiyum (mg)	1000	950	950	950	950
Magnezyum (mg)	300	300	300	300	300
Demir (mg)	16	16	16	11	11
Çinko (mg)	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7

2.2. Diyet Kalitesi

Bireyin sağlıklı olması başta beslenme olmak üzere birçok unsurun etkisi altındadır. Beslenmenin yetersiz veya dengesiz olması obezite, diyabet, kalp damar hastalıkları gibi rahatsızlıklara neden olmaktadır (Krebs-Smith S, 2018). Diyet kalitesi “enerji ve besin ögesi yeterliliği” olarak tanımlanmaktadır. Bahsi geçen kalite düzeyi ise bu bileşenleri kapsamaktadır;

- ❖ Besin ögesi alımında yeterlilik (önerilerle karşılaştırarak),
- ❖ Besin ögesi yoğunluğu (besin ögesinin gram olarak değerinin toplam enerji içeriğine oranı)
- ❖ Enerji yoğunluğu (besin kilogramı başına diyet enerjisi),
- ❖ Diyet çeşitliliği (farklı besin sayısının verilen süre içinde tüketilmesi)
- ❖ Diyet yoğunluğu (farklı besin öğelerinin aynı besin grubunda olması)

Diyet kalitesi bireyin; yaş ve cinsiyet, eğitim, meslek ve gelir durumu ve sosyoekonomik durum ile de ilgilidir. Sosyoekonomik durum ile ilgili değişkenler sağlıklı besinlere erişimden fiziksel aktivite imkanlarına kadar enerji dengesini tüm yönleriyle etkilemektedir (34, 35).

2.2.1. Diyet kalitesi ve sağlıkla ilişkisi

Obezite prevalansı dünyada gittikçe artış göstermektedir. Yetişkinlerde hafif şişman ve obez olma oranı sırasıyla; %34,6 ve %30,3'tür. Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde obezite görülme oranı düşük gelir düzeyindeki ülkelere oranla daha fazladır; fakat bu ülkelerde de obezite prevalansı oldukça yüksektir ve artış hızı yüksek bir ivmeye sahiptir (Finucane ve ark., 2011). Yapılan araştırmalar neticesinde kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve bazı kanser türlerinin görülme oranı BKİ değeri yüksek olan bireylerde daha fazla görülmüştür (Wiseman, 2008). Yüksek enerjili ve yetersiz besin ögesine sahip besinlerin yani boş enerji kaynaklarının tüketilmesi obezite görülme oranını arttırmakta iken, düşük glisemik indeksli ve lif oranı yüksek bir diyetin obezite oranını azalttığı çalışmaların sonucunda tespit edilmiştir (WHO, 2016). Ülkemizde periyodik olarak yapılan bir araştırmanın 1998 yılında olan sonucunda yetişkin bireylerde diyabet görülme oranı %7,2 iken 2010 yılında olan sonucunda bu oran %13,7 olarak artış göstermiştir (Satman ve ark., 2013). Bireyin vücut ağırlığının yüksek olması tip 2 diyabet için büyük risk olarak görülmektedir (Cornelis MC, Rimm EB). Diyet lifinin yüksek olması glikoz metabolizmasına etki ederek hastalığın insidansını düşürmektedir (Wolfram ve Ismail-Beigi, 2011). Önerilen miktarın üzerinde tüketilen doymuş yağ asidi tüketimi ise açlık kan şekeri ve insülin düzeyine etki ederek diyabetin oluşmasına, gelişmesine neden olur (WHO, 2013). Glisemik indeks düzeyi yüksek bir diyetle diyabet gelişimine neden olmaktadır (Fagherazzi ve ark., 2013).

Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, linoleik asit, omega 3 ve omega 6 (günlük enerjinin %1-2), potasyum, sebze ve meyve (>400 g/gün) tüketmek kalp damar hastalıkları riskini net olarak azaltmaktadır. Buna benzer şekilde günlük olarak

tüketilen 400 gram üzerinde sebze ve meyvenin kolon kanserini önleyici etkisi olduğu da araştırmalarda belirtilmiştir (WHO, 2013). Yaygın olarak görülen hastalıklardan biri olan alzheimer ile beslenme arasında da ilişki olduğu bilinmektedir (Gu ve ark., 2010).

Yapılan güncel araştırmalar bir tek besinin değil genel beslenme tarzının hastalıklarla ilişkili olduğunu belirtmektedir (Fallaize ve ark., 2018). Tek bir besinin vücut üzerinde etkisini incelemek oldukça güçtür (Alhazmi ve ark., 2014). Diyet kalitesi kavramı, birden fazla besin ve besin ögesinin tüketiminin özetlenen ölçüde kullanılarak hesaplanmasıyla belirlenir (Florence ve ark., 2008). Oluşturulan diyet kalite ölçekleri ise bireylerin besin alımlarını parametrik olarak hesap edip değerlendirmeye yarar (Marshall ve ark., 2014). Bu ölçeklerin oluşturulmasındaki hedef; bireylerin diyet kalitelerini değerlendirip, oluşan sonuca göre kişilere yönlendirmelerde bulunmak ve toplumda sağlıklı olmayı sağlamaktır. Diyet kalite indeksleri; besine dayalı, besin ögesine dayalı ve karma ölçekler olarak kategorilendirilmektedir. Diyet kalite indekslerinin büyük bir kısmı kombinasyon indeksleri kategorisinde olup; yeterli tüketilmesi gereken besinleri, besin çeşitliliğini ve makro besin ögelerinin genel dengesini araştırmaktadır (Gil ve ark., 2015). Erişkin bireylerin diyet kalitesinin belirlenmesinde sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazıları; Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ), Diyet Kalite İndeksi, Besin Bazlı Diyet Skoru, Akdeniz Diyeti Skalasıdır (Kourlaba ve Panagiotakos, 2009).

2.2.2. Sağlıklı yeme indeksi

Epidemiyolojik araştırmalarda, bireylerin diyet kalitelerinin ölçülmesinde ve toplumun beslenme tarzının izlenmesinde kullanılan, maliyetsiz bir ölçektedir (Krebs-Smith ve ark., 2015). Yapılan araştırmalarda SYİ'nin yeterli ve dengeli beslenmenin belirlenmesinde iyi bir kıstas olduğunu savunulmaktadır (Exebio ve ark., 2011) (Huffman ve ark., 2011) (Matheson ve ark., 2012). Bu indeks ABD'li kişilerin diyetlerinin kalitesinin incelenmesi için geliştirilmiştir. Bireylerin beslenmesinin, beslenme rehberi ve besin piramidinde yer alan önerilere uygunluğunu test etmek için

kullanılmaktadır. Ölçek ilk olarak 1995'te oluşturulmuş ve yıllar içerisinde de belirli periyodlarla güncellenmiştir (63).

Sağlıklı yeme indeksi 9 besin/besin ögesinin yeterli tüketimini, 4 besin/besin ögesinin de sınırlı tüketimini sorgulamaktadır. Bireylerin ölçekten alacakları en yüksek puan 100'dür; en düşük puan ise 0'dır. Alınan toplam ölçek puanı; A (90-100 puan), B (80-89 puan), C (70-79 puan), D (60-69 puan) ve F (0-59 puan) olarak sınıflandırılmaktadır. Toplam diyet puanının yüksek olması diyetin kalitesinin yüksek olduğunu, düşük olması ise yetersiz bir diyet olduğunu göstermektedir (55).

Bir çalışmanın sonucunda bireylerin SYİ puanı arttıkça kronik hastalıkların görülme durumunun azaldığı belirtilmiştir (Drewnowski ve ark., 2016). Bir başka araştırmada ise SYİ'ne göre iyi diyet kalitesi olan bireylerin alınan kan örneklerinde serum C vitamini, serum E vitamini, serum folat konsantrasyonunu kötü diyet kalitesine sahip bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Weinstein ve ark., 2014). Depresyon ve diyet kalitesi arasındaki ilişkinin konu edildiği bir araştırmanın sonucunda ise; negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Kuczmarski ve ark., 2010). Yaşlı katılımcıların dahil edilmesiyle gerçekleştirilen bir çalışmada da kötü diyet kalitesine sahip bireylerin iyi diyet kalitesine sahip olanlara göre daha fazla kronik hastalıklara bağlı ölüm yaşadığı tespit edilmiştir (Rathod ve ark., 2012).

2.3. Fiziksel Aktivite

İskelet kasları kasıldığında bazal düzeyin üstünde bir enerji harcanması sağlayan vücutla yapılan eylemlere fiziksel aktivite denir (64). Spor dallarının yanı sıra; egzersiz, dans ve bireylerin günlük yaşamındaki yürüme, koşma, baş/boyun, kol/bacak hareketleri de fiziksel aktivite olarak tanımlanmaktadır (65). Fiziksel aktivite aynı zamanda bireyin doğal ortamdan beşerî ortama geçmesini, yeteneklerinin gelişmesini sağlayan, materyal kullanarak veya kullanmayarak, yalnız ya da grup halinde olan bazen hobi olarak nitelendirilen, bireyin sosyal olmasına katkı sağlayan, ruhsal ve

fiziksel olarak gelişime yardımcı olan bir olgudur (66). Fiziksel aktivite içerisinde birçok öge barındırır. Çok yönlüdür. Bireye eğlenme, dinlenme, sosyallik sağlama, sağlığı koruma gibi geniş bir fayda alanı sağlar (65, 66).

Sanayileşmesinin artış göstermesi ile birlikte bireylerin yaşam tarzlarında da değişimler meydana gelmiştir. Durum böyle iken fiziksel aktivite bireylerin için rekreasyonel bir eylem halini almış ve bireylerin yaşam standartlarının yükselmesine, mental ve fiziksel yetersizliklerin giderilmesine katkı sağlamıştır (67). Teknolojinin gelişmesi, insan gücüne duyulan ihtiyacı azaltmış ve bireyleri hareketsiz bir yaşama yöneltmiştir. Hareketsiz yaşam da beraberinde birçok sağlık problemini getirmiştir (68). Bireyin günlük yaşamında araba yerine bisiklet kullanması veya yürümesi, keyfi ya da sağlığı için egzersiz yapması, bahçe işleriyle ilgilenmesi, dans etmesi, asansör yerine merdiven kullanması vb. aktiviteler aktif bir yaşamı benimsemesi için faydalıdır (69). Hareketsiz yaşam tarzından uzaklaşmak için bazı ülkelerde çeşitli politikalar geliştirilmektedir. Amerikan Spor Hekimleri Birliği ve Amerikan Diyetisyenleri Birliği Rehberi günlük olarak minimum 30 dakika fiziksel aktivite önermektedir (70).

Ulaşım, spor/serbest zaman, okul/iş veya ev işleri gibi aktiviteler sporun değişik boyutlarındandır. Fiziksel aktivitenin konu edildiği çalışmalarda aktivite çeşitliliğinin yanı sıra, yapılan aktivite sıklığı, yoğunluğu ve süresinin de önemi vurgulanmaktadır.

Bireyin fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesinde çeşitli yöntemler kullanılır. En sık kullanılan yöntemlerden biri aktivitenin; türü, süresi ve sıklığının sorgulandığı fiziksel aktivite ölçekleridir (71).

2.3.1. Fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkileri

Tüm bireyler için fiziksel aktivite artışı oldukça elzemdir. Fiziksel aktivitenin faydaları göz önünde bulundurulduğunda bireyin ve bireylerin oluşturduğu toplumun

sağlığı için fiziksel aktiviteye yönlendirilmeleri gerekir. Bu yönelim insan ömrünün uzaması ve yaşam kalitesi için de oldukça önemlidir (72). Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin birçok kronik hastalık riskini azalttığı ve hastalıkların tedavisinde oldukça etkili ve maliyetsiz bir yöntem olduğu bilinmektedir (64). WHO yetişkin bireylerin haftalık olarak 150 dakika orta veya 75 dakika şiddetli aktivite yapmasını önermektedir (73).

Obezite etiyojisi incelendiğinde beslenme tarzındaki olumsuzlukların beraberinde yetersiz fiziksel aktivite de önemli bir role sahiptir. Fiziksel aktivite yetersizliğinin iştah metabolizması üzerine negatif etki ettiği ve obeziteye neden olduğu çok bilinen bir literatür bilgisidir (74).

Amerika'da yapılan bir araştırmada günlük fiziksel aktivitenin son 50 yılda oldukça azaldığı ve bu azalmanın vücut ağırlığında artışla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (75). Fiziksel aktivite ve iştah düzeyinin incelendiği bir araştırmada; yetersiz aktivite düzeyine sahip bireylerin 1 yılda yeterli aktivite yapan bireylere oranla daha fazla vücut ağırlığı artışı olduğu belirtilmiştir (76). Bir başka çalışma da ise fiziksel aktivite düzeyi düşük bireylerin daha fazla yemek yeme arzusuna sahip olduğu gösterilmiştir (75). Bir araştırmada ise fiziksel aktivite yapan bireylerin yapmayanlara oranla daha düşük BKİ değerine sahip olduğu belirtilmiştir (77).

Fiziksel aktivitenin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı ve uyku derinliğini arttırdığı birçok çalışmanın sonucudur (78). Sağlıklı bireylerin daha kaliteli uykuya sahip oldukları ve düşük yoğunluklu yapılan bir saatlik egzersizin uyku kalitesine olumlu etki ettiği çalışmalarla saptanmıştır (79).

Fiziksel aktivite bireylerde enerji depolamayı sağlar ve dolayısıyla bireyin bedensel ve mental yorgunluklara karşı direncini artırır. Bunun yanında kılcal damar sayısını arttırarak kalp sağlığı üzerine de olumlu etkiler yaratır (80).

Bireylerin mental sağlığı ve fiziksel aktivite düzeyi arasında ilişkiyi araŐtıran birçok çalışma bulunmaktadır. Bireylerin kısa süre de olsa çeşitli fiziksel aktivite ve egzersiz yapması depresyon öfke paylamaları gibi olumsuz davranıŐların azalmasını sağlamakta ve bireylerde fiziksel, ruhsal olarak rahatlık ve beden hazzının artması gözlenmektedir (81).

2.3.2. Fiziksel aktivite ve enerji gereksinmesi

Fiziksel aktivite yapan bir bireyin enerji ihtiyacının hesaplanması, kullanılan formül ve yapılan aktivite türüne göre değişiklik göstermektedir. Fiziksel aktivite yapan bireylerde enerji ihtiyacı bireyin BKİ değerine göre de hesaplanabilmektedir. Buradaki ama   zayıf bireyin vücut ağırlığı kazanmasını sağlamak, hafif ŐıŐman veya obez bireyin ise vücut ağırlığı kaybını sağlamaktır. Günlük harcanan enerjinin hesaplanabilmesi i  in bireyin BMH, fiziksel aktivite ile harcadığı enerji ve yiyeceklerin termik ısısının bilinmesi gereklidir. BMH'ın hesaplanması i  in de birçok formül bulunmaktadır; ancak en pop ler formül Harris- Benedict formülüdür (36-38). Enerji ihtiyacı yapılan egzersizin türü ve yoğunluğuna göre de farklılaŐmaktadır. Bu durumda da besin ögelerine duyulan gereksinimde farklılık göstermektedir (37).

2.4. Duygu Durum Bozukluğu

Duygu durum bozukluğu (DDB) başlıca sağlık problemlerinden birisidir; ancak tanı konma aşamasında problemler yaŐanır. Bu hastalık kendini tekrarlayabildiği gibi kronik hale de gelebilir (82). Hastalığın olmasıyla birlikte bireylerin bilişsel ve yaŐamsal kalitelerinde düŐüŐler meydana gelebilir (83). DDB ve buna benzer birçok psikiyatrik hastalığın etiyolojisi incelendiğinde bu hastalıkların nörotrofik etmenlerin normal olmamasından kaynaklandığı kanıtlanmıŐtır (84, 85).

DDB kavramı, Şiddetli depresyon veya manik depresyon gibi hastalıkların tanımlamasında kullanılan genel bir kavramdır. Bir çalışmanın verileri duygu durum

bozukluğu yaşayan erişkinlerin oranını %20,8 olarak saptamıştır. Duygu durum bozuklukları kendi içinde majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluk olarak iki grupta belirlenmektedir (86).

2.4.1. Majör depresif bozukluk

Depresyon hemen hemen her bireyin yaşamında en az bir kere yaşadığı, oldukça sık görülen psikopatolojik bir hastalıktır. Depresyon kavramı; derin bir hüžün, kaygı, suçluluk ve değersizlik hissi, insanlardan uzak durma hali, sürekli uykulu olma, iştahsızlık, cinsel isteksizlik ve genel ilgisizliğin görülebildiği duygu halidir (86).

2.4.2. Bipolar bozukluk

Bu duygu durumunda manik nöbetler ve şiddetli depresyonlar takip halindedir. Manik nöbet geçiren bir bireyde; anormal sevinmeler ve coşku dolu davranışlar görülmektedir; bu durum dönem dönem alingan bir halle de değişkenlik gösterebilir. Birey baskı duygusu hissettiğinde manik nöbet geçirebilir ve şiddetli özsaygı hissi duyar veya doğaüstü ve gerçek olmayan güçlerinin olduğu duygusuna kapılır. Bu hastalıktta DDB süresi ve sıklığı kişiye göre farklılık gösterir. Kimi bireylerde uzun süre içerisinde sık sık geçirilen manik nöbetler yaşar fakat genel ruh hali normaldir. Bipolar bozukluklar (BB) majör depresif bozukluklara kıyasla daha az görülür. Yetişkin bireylerin yaklaşık %3,9’unda BB görülmektedir (86).

2.4.3. Depresyon

Depresyon kavramını kategorize etmenin tarihi M.Ö 4. yy’a kadar varlık göstermiştir. Bu kavram için Hipokrat ‘melankoli’ terimini kullanmıştır. Fransız bilim insanları 1800’lü yılların ortalarında ise bu hastalığın bir döngü içerisinde olduğuna karar verip ‘folie circulaire’ terimini kullanmışlardır. Sonraki dönemlerde ise bu hastalığı tetikleyen bir unsurun da olduğu düşünölüp belirgin olarak tetikleyen bir unsurun varlığına göre kategorize edilmiş ve DSM III’e göre tanı koyma unsurları

belirlenmiştir. Tetikleyen unsurun varlığının; tedavi sürecine ve tedavinin sonucuna etkisi bilinmediği için, bazı tanı kriterlerinin belli olmasıyla tetikleyen unsurdan farklı olarak depresyon tanısı konabilmektedir (87).

Olumsuz durumlar karşısında bireylerde oluşan doğal tepkiye mutsuzluk denir. Bu durum bireyde beklenenin üzerinde bir süre içinde geçmezse ve kontrol bireyde değilse çökkün duygu durumu (ÇDD) ile ilgili belirti olabilir (87).

Fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar sırasında ÇDD meydana gelebilir. Depresyonda ÇDD, enerji düşüklüğü, genel ilgisizlik ve haz duymama görülür. Odaklanamama, özgüvensizlik, karamsar ruh hali, intihara meyil ve cinsel sorunlar da depresyonda gözlenen belirtilerdendir. Bireye depresyon tanısı koyulabilmesi için belirtilerin minimum iki hafta boyunca sürmesi gerekir. Depresyon atakları farklı şiddetlerde olabilir. Şiddeti; belirtilerin sayısı, meydana gelme aralığı ve tipi belirlemektedir. DSM-IV-TR (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) depresyonu hafif, orta ve şiddetli derece olarak üçe ayırmıştır (87). 2013 yılında ise güncellenerek DSM-V yayımlanmıştır (89).

Majör depresyonun belirtilerinin iki yıl ve üzerinde sürmesi durumunda 'kronik depresyon' tanısı konabilir. Depresyon tanı kriterlerini dönemsel olarak periyodik şekilde meydana gelmesi ise 'mevsimsel affektif bozukluk' olarak tanımlanır. Kadının doğumundan sonraki bir ay içinde başlayan belirtiler varsa 'postpartum depresyon' söz konusudur (88). Tepkisel duygu durumu mevcutsa ve normal uyku süresinden daha fazla uyuma, çok yemek yeme ve insan ilişkilerinde reddedilme duyarlılığı varsa 'atipik depresyon' tanısı konulur (88).

Kadınların hayatları boyunca majör depresyon yaşama oranları %10-25, erkeklerin %5-12 olarak saptanmıştır. Depresyon bireyin 6 aylık olduğu zamandan ömrünün sonuna kadar olan bir dönemde görülebilir (90). Norepinefrin, serotonin

nörotransmitterleri ve dopamin depresyonun fizyopatolojisinde yer alan biyolojik aminlerdir. Depresyonda nöroendokrin sistem oldukça önemli bir rol oynar. Adrenal hormonlar, tiroid ve büyüme hormonları depresyonda rol oynayan başlıca nöroendokrin unsurlardır. Depresyon sırasında fazla kortizol salınımı meydana gelir. Depresyonda tiroid problemlerinin görülme oranı %5-10'dur. Bu sebeple depresyonu olan bireylerde tiroit durumu inceleme altına alınmalıdır. Depresyonda uykunun indüklediği büyüme hormonu salınımı da küntleşmiştir (91).

2.4.4. Duygu durumunun diyet kalitesi ve beslenme durumu ile ilişkisi

İnsanların ruh hali beslenmesini etkilemektedir. Kişinin stres altında olduğu zaman çok yemek yemesi oldukça çok görülen bir durumdur. Yapılan çalışmalar sonucunda da bireylerin stresli iken yemek yeme davranışlarında değişiklik olduğu saptanmıştır (92). Bireyin ruh hali beslenmesini etkilediği gibi besinler de bireyin ruh haline etki edebilir. Diyet kalitesi kavramı bir bireylerin diyetindeki; besin ögesi yeterliliğini ve yoğunluğunu, enerji yoğunluğunu, diyet çeşitliliği ve yoğunluğu kavramlarını barındırmaktadır (34). Birtakım araştırmalar günlük sebze meyve tüketimi ve depresyon durumu arasında ters ilişki saptamıştır; yani sebze meyve tüketen bireylerin ruh halinin depresyondan uzak olduğunu belirtmiştir (93). Başka araştırmaların sonucunda ise omega-3'ün vücutta az olmasını ruhsal rahatsızlıklarla ilişkilendirmiştir (94-96).

Orta çağ insanlarına göre doğada yer alan her besin oldukça büyük öneme sahiptir. Bu önem ise besinlerin insanlar üzerinde zamanla ya da hemen yarattığı ruhsal etkileri olduğu inancından gelmektedir. Bu çağda, yumurta, nar, elma gibi besinlerin cinsel yaşama pozitif etkisi olduğu, ayva, marul, semizotu gibi besinlerin ise bireye sakinlik verdiği saptanmıştır (97). Kaliteli bir diyete sahip olan kadınların daha düşük kaliteli diyete sahip olan kadınlara göre; daha az DDB yaşadığı belirlenmiştir (99). Bazı araştırmalarda besinlerin anksiyete, demans ve şizofreni de etki ettiğini belirtmiştir (98). Nörotransmitterler ve nöromodülatörler, sinir sistemi içerisindeki kimyasal ilişkinin ana birimleridir. Serotonin; triptofandan ürettiği önemli bir nörotransmitterdir.

Uyku ve iştah metabolizmasındaki kontrol serotonin fonksiyonlarındandır. Serotonin seviyesinin yüksek olması pozitif ruh durumuyla ilişkilidir (101).

Esansiyel aminoasitlerden birisi triptofandır. Triptofanın %1'i protein sentezinde görev alır. oğunluğu ise, nöroimmünolojik sinyal proseslerinde büyük etkiye sahip moleküllere dönüştürölür (102). Beyinde gerçekleşen serotonin sentezi triptofanın varlık durumuyla ilişkilidir. Triptofan diyet protein kaynaklarında az bulunur. Proteince zengin bir besinin tüketilmesi kanda bulunan aminoasit seviyesinin artmasını sağlar. Bu aa'ler triptofandan çok nötröl aalerdir. Sonuç olarak beyne triptofan girişi azaldığı için serotonin seviyesinde de azalma görölür (100). Proteince zengin diyet serotonin seviyesinde azalmaya neden olurken, karbonhidrattan zengin bir diyet serotonin seviyesinin artmasını sağlar. Yüksek CHO içeren bir diyet kanda bulunan aa oranının da değişmesine neden olabilir (97). Bireyler karbonhidrat içeren bir ürün tükettiklerinde kan glukoz seviyelerinde artma meydana gelir ve pankreastan insülin salgılanır. İnsülin albümine bağlı olan triptofan dışında birçok aa kas dokuları tarafından emilir. Sonuç olarak; karbonhidrattan zengin beslenen bireyler, beyindeki triptofan seviyesinin artmasını ve dolaylı olarak serotonin seviyesinin artmasını sağlar bu durum da bireyin duygu durumun pozitif olarak değişmesine katkı sağlar (97, 100, 101). Bir yurtdışı çalışmasının sonucunda; sebze meyve tüketiminin fazla olduğu bir diyetle bireylerin daha mutlu ve enerji dolu oldukları belirtilmiştir (93).

Diyette yer alan omega-3'ünde duygu durumu ile bağlantısı bulunmaktadır. Antiinflamatuvar ve kardiyoprotektif etkileri dolayısıyla omega-3, ÇDYA, EPA ve DHA kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde etkilidir (94). Güncel veriler omega-3 ve ÇDYA'nin mental problemlerin tedavisinde etkili olabileceğini belirtmiştir (94-96). Vücuda alınan omega-3'ün depresyon prevalansını azalttığını belirten birçok araştırma mevcuttur. Bazı klinik araştırmalarda da depresyonu bulunan bireylerin plazma veya kırmızı kan hücrelerinin zarlarında ÇDYA ve omega-3 yağ asitinin düşük oranda olduğu saptanmıştır (92, 95, 96).

Güncel çalışmalar bağırsak beyin arasında etkili, enerji homeostazisi ve duygu durum değişikliğine neden olan yeni araçları incelemektedir (104). Zeytinyağı, balık, sebze, meyve vb. birçok sağlıklı besinin kişinin duygu durumuna pozitif etkileri olduğu saptanmıştır. Bu besinlerin depresyon tedavisinde kullanılabileceği de belirtilmiştir. Ek olarak şekerli içecek, işlenmiş rafine ürünler gibi boş enerji kaynaklarının ve yüksek oranda yağ içeren süt ve süt ürünlerinin, kızartılmış besinlerin de depresyon riskini arttırdığını belirtilmiştir. Antidepresan tedavisi gören bireylerde Ca, Cr, Zn, Mg, folat, ÇDYA, D ve B₁₂ vitaminlerinin ek olarak tedaviye yardımcı olacağı vurgulanmıştır (103).

Bireylerin diyet tarzının; çevresel, beşeri ve mental faktörlerin etkisi altında olduğu bilinmektedir. Tüketilen besinler de bağırsak mikrobiyotasını etkilemektedir. Bağırsak hormonları da bireyin duygu durumu ve depresyon seviyesine etki etmektedir (106). İnsanlarda beyin ve mikrobiyota gelişimi paralel olarak ilerlemektedir. Hayatın ilk evrelerinde mikrobiyotada oluşan anormallikler nörolojik gelişimi etkilemekte ve bir dönem sonra mental sağlıkta olumsuzluklar yaratabilmektedir (107). Yapılan birçok inceleme sağlıklı popöler diyetlerin depresyonu arttığını vurgulamıştır (108-110). Akdeniz diyeti gibi zeytinyağı, omega-3, sebze, meyve ve lif tüketiminin çok olduğu sağlıklı diyetlerin ise depresyonla negatif korelasyonu olduğu belirtilmektedir (108).

Depresyon semptomlarını Mg, Ca, Fe ve Zn alımıyla negatif ilişkili olduğu çalışmalarla desteklenmektedir (109). Bir kohort çalışmasında diyet çinko tüketiminin depresyon seviyesini düşürdüğü belirtilmiştir (110). Bir başka çalışmada ise erişkin kadınlarda takviye olarak alınan çinkonun duygu durumunu iyileştirdiği saptanmıştır (111). Yapılan bir araştırmanın sonucunda Mg depresyon semptomlarını azalttığı belirtilmiştir, bu çalışmada antidepresan etkisi olan bir hap ile magnezyumun benzer etkiler gösterdiği de belirtilmiştir (105). Bir araştırmanın sonucunda çok güçlü bir antidepresan ile C vitamininin eşit etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda da yüksek depresyonlu bireylerinde folik asit eksikliğinin de yüksek olduğu belirtilmiştir. Beynin işlevlerini sorunsuz bir şekilde yerine getirebilmesi için yeterli

folik asit olması şarttır. Birçok çalışmada da folik asitin depresyon tedavisinde etkili olduğu belirtilmiştir (112). Japonya’da yapılan bir araştırmada yoğurda eklenmiş kalsiyum takviyesinin gebelik süresince depresyon belirtilerinin azalmasında etkili olduğu belirtilmiştir (113). Menopoza girmiş bireylerde kullanılan d vitamini ve kalsiyum takviyesinin de bireylerin duygu durumu üzerine pozitif etkisi olduğu belirtilmiştir (114). Bir başka araştırmada da şizofreni hastalarında d vitamini yetersizliğinin şiddetli olduğu belirtilmiştir (115). Su tüketimi ve duygu durumunun ilişkisinin incelendiği bir araştırmada bireyler düşük, orta ve yüksek düzey su tüketenler olarak üç gruba ayrılmış ve bunun sonucunda yüksek su tüketimi bulunan bireylerde depresyon skorları daha düşük bulunmuştur (116).

Depresyon; obezite, diyabet ve birçok kronik hastalıkla ilişkilidir (105). Yapılan araştırmalar depresif ruh halinin yaşam kalitesini bozmasının yanında, obezitenin komplikasyonlarının riskini de artırdığını belirtmiştir. Karın çevresindeki yağlanmanın depresyon için kuvvetli bir belirtken olduğu da vurgulanmaktadır. Depresyon diyet kalitesi ve BKİ için anlamlı bir prokürsördür, yani yüksek depresif semptomatoloji puanları, düşük diyet kalitesi ve BKİ ile ilişkilidir (117). Bir araştırmanın sonucuna göre; obez bireylerde depresyon oluşma riski normal vücut ağırlığına sahip bireylerde depresyon oluşma riskine göre daha fazla bulunmuştur (118).

Obezitenin depresyonla ilişkisinin bir yanı da benlik saygısı ile ilgilidir. Obez bireylerde benlik saygısının daha düşük olduğu ve özgüvensiz olduğu çalışmalarla desteklenmiştir (119). Bir araştırmada obez bireylerin benlik saygısı puanı normal kilolu bireylere göre daha düşük bulunmuştur (120). Yapılan bir araştırmada da vücut ağırlığı kaybı yaşayan bireylerde depresyon belirtilerinin ağırlık kaybı yaşayamayanlara göre daha az olduğu saptanmıştır (121). Bir çalışmanın sonucunda ise BKİ değeri arttıkça depresyon düzeyinin arttığı saptanmıştır (122).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırma olup, 20.12.2019 ve 16.03.2020 tarihleri arasında Gaziantep ili Şehitkamil Belediyesi'ne ait Batıkent Kadın Spor Merkezi'ne devam eden gönüllü 140 kişi ile yürütülmüştür.

Araştırmaya 19-65 yaş aralığındaki gönüllü kadınlar dahil edilip, 18 yaş altı ve 65 yaş üstü kadınlar, gebeler ve psikiyatrik hastalık tanısı bulunan bireyler dahil edilmemiştir.

Bu çalışma, 19.12.2019 tarih, 2019/20 sayılı Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu Toplantısı'nda görüşülmüş olup 2019/20-14 karar numarası ile Etik Kurul onayı alınmıştır (Ek-1).

3.2. Araştırma Genel Planı

Araştırmaya katılmadan önce araştırmacı tarafından onam formunun okunup, araştırmacıya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilmiştir.

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu gönüllülere yüz yüze uygulanmıştır. Bu form 7 başlıktan oluşmaktadır. Birinci aşamada Demografik Özellikler, Beslenme Alışkanlıkları, Sağlığı Etkileyen Kişisel Bilgiler, Fiziksel Aktivite Durumu, Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ) başlıklı sorular sorulmuştur. İkinci aşamada besin tüketim sıklığı formu ve besin tüketim kaydı alınmıştır. Araştırmanın üçüncü aşamasında ise antropometrik ölçümler alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler toplamı anket kağıdına kaydedilmiştir. Soru kağıdı EK-4’te verilmiştir.

3.2.1. Demografik özellikler

Burada katılımcılara yaş, medeni hal, çocuk sayısı, öğrenim durumu ve çalışıp çalışmadıklarına dair kişisel bilgiler sorulmuştur. Bunun dışında katılımcıların antropometrik ölçümleri alınmıştır.

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun belirlenmesinde protein ve yağ deposunun göstergesi olduğundan önemlidir (123). Bu çalışmadaki kadınların vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), bel çevresi (cm) ve kalça çevresi (cm) ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır; bu ölçümlerden beden kütle indeksi (BKİ), bel-kalça ve bel-boy oranı hesaplanmıştır.

Vücut Ağırlığı: Vücut ağırlığı ölçümü beslenme durumunun göstergesi olarak kullanılmaktadır. Vücut ağırlığı protein kütesinin ve enerji deposunun dolaylı göstergesidir (123). Gönüllü kadınların vücut ağırlığı baskül tartı ile ölçülmüştür.

Boy Uzunluğu: Ayaklar yan yana, baş Frankfort düzlemde, stadiometre ile ölçüm yapılmıştır (123).

Beden Kütle İndeksi: Beden kütle indeksinin(BKI) saptanması hem PEM hem de şişmanlık zayıflık değerlendirilmesi için kullanılmaktadır (123). BKİ değeri ağırlığın (kg) boy uzunluğunun (m²) karesine bölünmesi ile hesaplanmıştır. BKİ sınıflaması Tablo 3.1.’de olduğu gibi yapılmıştır (123).

Tablo 3.1. Beslenme durumunun BKİ’ye göre değerlendirilmesi

BKİ (kg/m ²)	DSÖ’ne göre sınıflama
< 18.5	Zayıf
≥18.5 -- <24.99	Normal
≥25.0 -- <29.99	Hafif Şişman
≥30.0	Şişman

Bel Çevresi: Bireylerin en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası belirlenip mezura ile bel çevresi ölçümü alınmıştır. Bel çevresi değeri kronik hastalıklara yakalanma riskinin göstergelerinden biridir (123). Aşağıdaki tabloya göre sınıflandırılmıştır.

Tablo 3.2. Bel çevresi ölçüm sınıflandırılması

	Normal	Risk	Yüksek risk
Kadın	≤ 80	≥ 80 cm	≥ 88 cm
Erkek	≤ 94	≥ 94 cm	≥ 102 cm

Kalça Çevresi: kadınların yan taraflarında durulup, mezura ile en yüksek noktadan kalça çevresi ölçümü alınmıştır.

Bel/Kalça Oranı: Yetişkinlerdeki bel/kalça oranı ve bel çevresi kalınlığının kronik hastalıklarla ilişkisi epidemiyolojik araştırmalarla gösterilmiştir. Android ve jinoid şişmanlığı tanımlamaktadır (123). Bel/kalça oranı (BKO) bel çevresi (cm)/kalça çevresi (cm) ile hesaplanmıştır; aşağıdaki tablodaki gibi sınıflandırılmıştır (124).

Tablo 3.3. Bel/kalça oranı ölçüm sınıflandırılması

Sınıflandırma	Kadın	Erkek
Normal	<0.85	<0.90
Risk	≥ 0.85	≥ 0.90

3.2.2. Beslenme alışkanlıkları

Bu bölümde katılımcıların ana öğün sayıları, ara öğün tüketip tüketmedikleri, besin destek ürünü kullanıp kullanmadıkları, sigara-alkol kullanım durumları, günlük tüketilen su miktarları ve hangi durumlarda iştahlarında değişiklik olduğu sorulmuştur.

3.2.3. Sağlığı etkileyen kişisel bilgiler

Bu bölümde sağlıklı beslendiklerini düşünüyorlar mı bu sorulmuştur. Bunun dışında hangi sporu ne süreyle yaptıkları, varsa doktor tarafından aldıkları tanılar, daha önce psikoloğa gidip gitmedikleri ve günlük uyku süreleri öğrenilmiştir.

3.2.4. Besin tüketim sıklığı

Besin tüketim sıklığı kişinin besin tüketim örüntüsünü saptamak dışında hastanın beslenmesindeki değişiklikler hakkında bilgi almak amacıyla da kullanılmaktadır. Diyet ve hastalık riski arasındaki ilişkilerin saptanması için geçerli ve güvenilir bir yöntemdir (123).

Anketin bu ikinci aşamasındaki bu form süt ve süt ürünleri, et-yumurta-kurubaklagil, sebze ve meyveler, ekmek ve tahıllar, gazlı ve diğer içecekler, şeker-yağ ve hazır besinler olmak üzere 7 besin grubu ve 61 besinin tüketim sıklıklarının ve miktarlarının sorgulanmasını içermektedir. Bu bölümde bireylerin son 3 ay içerisinde hangi besini ne kadar ve ne sıklıkla tükettikleri sorgulanmıştır. Besinlerin tüketim miktarları ölçü ve gram/mililitre cinsinden kaydedilmiş ve günlük tüketim miktarı hesaplanmıştır. Katılımcıya tüketim sıklığı için 8 seçenek tanımlanmıştır. Bunlar her öğün, her gün, haftada 5-6 kez, haftada 3-4 kez, haftada 1-2 kez, 15 günde 1, ayda 1 ve hiç tüketmiyor şeklindedir. Bu seçeneklerden birini seçen katılımcıya, o besinden tek seferde ne kadar tükettiği sorulmuştur. Bunun sonucunda katılımcının bir günde 61 besinden ne miktarda tükettiği hesaplanmıştır. Bu çalışmada besin tüketim sıklığı diyet kalitesini belirlemek amacıyla uygulanmıştır.

3.2.4.1. Diyet kalitesinin değerlendirilmesi

Diyet kalitesini belirlemek için birçok indeks bulunmaktadır. Bu çalışmada diyet kalitesi Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 ile hesaplanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin 1995 yılındaki beslenme rehberi önerilerine göre ABD Tarım Bakanlığı tarafından Sağlıklı Yeme İndeksi (SYİ) oluşturulmuştur (125).

SYİ, genel beslenme kalitesinin göstergesi olan toplam bir puan ve çoklu beslenme boyutlarına ilişkin bir kalite modelini ortaya çıkarmak için toplu olarak incelenebilecek ayrı bileşen puanları vermektedir (39). İndeks, diyet kalitesi ile kronik hastalıklar mortalitesi riski arasındaki hem ileriye dönük hem de kesitsel ilişkileri incelemek için kullanılmaktadır (126).

3.2.4.2. Sağlıklı yeme indeksi (syi) -2015

Amerikan Beslenme Rehberi (DGA), her 5 yılda bir güncellenmektedir ve sağlıklı beslenmeye dair kanıtlar zamanla geliştikçe vurgu ve miktarlarda değişikliklere yol açmaktadır. SYİ-2015, 2015-2020 yılları için kullanıma uygun ölçektir.

Bileşenlerin listesi SYİ-2010'dakilerle aynıdır. Doymuş yağ ve eklenmiş şekerler boş kalorilerin yerini almaktadır ve 12 bileşen yerine 13 bileşen elde edilmektedir (39). Bu 13 bileşenden 9'u yeterlilik, 4'ü sınırlılıkları belirlemek amaçlıdır. Toplam meyve, bütün meyve, toplam sebze, koyu yeşil yapraklılar ve kuru baklagiller, tam tahıllar, süt ve 24 süt ürünleri, toplam protein içeren besinler, deniz ürünleri ve bitkisel proteinler ile yağ asitleri yeterli alınması gereken besinlerdir. Sınırlı alınması gereken besinler ise rafine edilmiş tahıllar, sodyum, ilave şeker ile doymuş yağdır (127-128). Her bir grup ayrı olarak 5/10 puan olacak şekilde değerlendirilmiştir. Önceki SYİ'lerdeki gibi, SYİ-2015 sıfırdan 100'e kadar puanlanacak şekilde tasarlanmıştır (129) (Bkz. Tablo: 3.4.)

Tablo 3.4. Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 (SYİ)

Yeterlilik	Maksimum puan	Maksimum skor standardı	Minimum skor 0 için standart
Toplam meyve	5	Her 1000 kalori başına 189,27 gr ve üstü	0 Meyve
Tam meyve	5	Her 1000 kalori başına 94,635 gr ve üstü	0 Tam meyve
Toplam sebze	5	Her 1000 kalori başına 260,24 gr ve üstü	0 Sebze
Koyu yeşil yapraklı sebzeler ve kurubaklagiller	5	Her 1000 kalori başına 47,31 gr ve üstü	0 Koyu Yeşil yapraklı Sebze veya kurubaklagil
Tam tahıllar	10	Her 1000 kalori başına 42,52 gr ve üstü	0 Tam tahıl
Süt grubu	10	Her 1000 kalori başına 307,50 gr ve üstü	0 Süt grubu
Toplam protein Yiyecekleri	5	Her 1000 kalori başına 70,87 gr ve üstü	0 Toplam Protein Yiyecekleri
Deniz ürünü ve bitki Proteinleri	5	Her 1000 kalori başına 22,67 gr ve üstü	0 Deniz ürünü ya da bitki proteini
Yağ asitleri	10	(PUFA+MUFA)/Doymuş yağ oranı 2.5'a eşit veya 2.5 tan fazla	(PUFA + MUFA)/Doymuş yağ oranı 1.2 den az veya 1.2'ye eşit
Sınırlı Tüketim			
İşlenmiş Tahıllar	10	Her 1000 kalori başına 51,02 gr ve altı	Her 1000 kalori başına 121,90 gr ve üstü
Sodyum	10	Her 1000 kalori başına 1.1 gr ve altı	Her 1000 kalori başına 2 gr ve üstü
İlave Şeker	10	Enerjinin %6.5'i ve altı	Enerjinin %26'sı ve üstü
Doymuş yağlar	10	Enerjinin %8'i ve altı	Enerjinin %16'sı ve üstü

Değerlendirme sonucuna göre 51 puandan düşük puana sahip olanlar zayıf diyet kalitesine sahip, 51-80 puan aralığına sahip olanlar geliştirilmesi gereken, 80 puanın üzerinde değer alanların ise diyet kalitesi iyi olarak değerlendirilmiştir (127).

3.2.5. Besin tüketim kaydı formu

"24 saatlik geriye dönük bireysel besin tüketim kaydı" bireylerin gün boyunca aldığı besinlerin tür ve miktarlarının saptanıp, enerji ve besin öğelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Besin tüketim kaydı alınırken bireylere ölçü birimleri anlatılarak ve sorular yöneltilerek 24 saatlik besin tüketimleri hatırlatılarak kaydedilmiştir. Bireylerin 24 saatlik besin tüketimlerinin ortalama enerji ve besin ögesi değerleri Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) 8.2 tam sürümü kullanılarak hesaplanmıştır. Kadınların tükettiği enerji ve besin ögesi gereksinmelerinin yeterliliği Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi önerilerine göre değerlendirilmiştir ve enerji ve besin ögesi gereksinmelerinin karşılanma yüzdeleri hesaplanmıştır.

3.2.6. Fiziksel aktivite kaydı

İnsanların günlük fiziksel aktivite durumları hakkında bilgi edinmek için "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi" (IPAQ) kısa formu ile ölçülmüştür. Bu kısa form anket dört bölümden oluşan toplam yedi sorudan oluşmaktadır (130).

Ankette son yedi güne ait şiddetli, orta dereceli fiziksel aktivite, yürüme ve bir günlük oturma süreleri sorgulanmıştır. "Şiddetli fiziksel aktivitelerde" 8.0 MET, "orta şiddetli fiziksel aktivitelerde" 4.0 MET ve "yürüyüş"te ise 3.3 MET alınmıştır.

Hesaplama yapılan aktivitenin MET değeri dakika ve sıklık (gün) ile çarpılarak toplam MET değeri bulunmuştur. Son olarak çarpılan değerler toplanarak bireylerin toplam fiziksel aktivite değerleri bulunmuştur. Toplam fiziksel aktivite skoruna göre kadınların fiziksel aktivite düzeyleri haftalık MET değeri 600'ün altında olanlar düşük, MET değeri 600-3000 arası olanlar orta ve 3000 üzeri olanlar yüksek olarak değerlendirilmiştir (131).

3.2.7. Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

Beck depresyon ölçeği (BDÖ) depresyonun varlığını ve derecesini belirlemek amaçlı kullanılan bir ölçektir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (132). Ölçek, Teğin ve Hisli tarafından uyarlanmıştır (133-134). Ölçeğin esas amacı depresyon tanısı koymak değil; depresyonun derecesini belirlemektir. Bu çalışmada bu ölçekten yararlanılmıştır.

Toplam 21 madde vardır. Her birinde 0'dan 3'e kadar puan verilecek bir madde vardır. Her maddedeki puanların toplanmasıyla Beck Depresyon Ölçeği'nin puanı elde edilir. Toplanan puan depresyonun seviyesini belirler. $(21 \times 3=63)$ Beck Depresyon Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek puandır (135).

Ölçeğin kesim noktası 17'dir. Toplanan puanlara göre 0-9 puan arasında alan minimal, 10-16 puan arası alan hafif, 17-29 arası orta ve 30-63 puan arası alanlar şiddetli depresyonda olarak belirlenmektedir (136).

3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışma esnasında bireylere uygulanan anket formu ve ölçeklerde yer alan sorulara verilen cevaplar IBM SPSS Statistics 23 programına analizi yapılmak üzere kaydedilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum) verilmiştir (137). Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için parametrik testler, normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için parametrik olmayan testler kullanılmıştır (138).

Normal dağılım göstermeyen iki bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığına bağımsız örneklem Mann-Withney U ile bakılmıştır. İki bağımsız kategorik değişken

arasında ilişki olup olmadığına Ki-Kare Testi ile bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen üç veya daha fazla sayıda grubun ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlılığı Kruskal Wallis Testi, normal dağılım gsterenlerinki ise Anova Testi ile bakılmıştır (138).



4. BULGULAR

4.1. Kadınların Genel Özellikleri

Araştırma Gaziantep ilinde yer alan Şehitkamil Belediyesi Batıkent Kadın Spor Merkezine kayıtlı yaşları 19-64 arasında olan 140 kadın birey üzerinde yürütülmüştür.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $38,1 \pm 11,1$ yıldır. Çalışmaya dahil edilen bireylerin en fazla (%29,3) yer aldığı yaş grubu 30-39 yaş grubudur. Bu oranı ise %27,1 ile 19-29 yaş grubu takip etmektedir. Elli yaş ve üzerinde bulunan bireylerin oranı ise %20,7'dir.

Bireylerin %66,4'ü evli, %33,6'sı bekar olduğunu belirtmiştir.

Kadınların %54,3'ü bir önlisans/lisans programından mezun olduğunu belirtirken, lisansüstü eğitim aldığını belirten bireylerin oranı %8,6'dır.

Bireylerin %53,6'sı çalışmadığını belirtirken, %46,4'ü aktif iş yaşamlarının olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların Bazı Demografik Bilgileri

Antropometrik ölçümler	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst
Boy uzunluğu (cm)	164,3±6,5	140,0	180,0
Vücut ağırlığı (kg)	66,7±10,2	48,0	100,0
BKİ (kg/m ²)	24,8±4,0	17,6	37,1
Bel çevresi (cm)	82,8±13,9	60,0	120,0
Kalça çevresi (cm)	100,6±10,6	75,0	130,0
Bel boy oranı	0,5±0,1	0,4	0,8
Bel kalça oranı	0,8±0,1	0,5	1,2

4.2. Kadınların Antropometrik Ölçümleri

Kadınların antropometrik ölçüm değerleri tablo 4.2’de verilmiştir. Bu tabloya göre; kadınların boy uzunluğu ortalaması $164,3\pm 6,5$ cm ve vücut ağırlığı $66,7\pm 10,2$ kg’dır. Kadınların BKİ ortalaması ise $24,8\pm 4,0$ kg/m²’dir. Bel çevresi ortalaması ise $82,8\pm 13,9$ cm olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların Antropometrik Ölçüm Değerleri

	n	%
Yaş grubu (yıl)		
19-29	38	27,1
30-39	41	29,3
40-49	32	22,9
50 ve üzeri	29	20,7
Medeni durum		
Evli	40	28,6
Bekar	93	66,4
Boşanmış/ayrı yaşıyor	7	5,0
Eğitim durumu		
Lise	52	37,1
Önlisans/lisans	76	54,3
Lisansüstü	12	8,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	65	46,4
Çalışmıyor	75	53,6

Tablo 4.3’te bireylerin antropometrik ölçüm değerlerinin sınıflaması verilmiştir. Bu tabloda yer alan BKİ sınıflaması incelendiğinde; kadınların %2,1’i zayıf, %54,3’ü normal, %32,1’i hafif şişman ve %11,4’ü obez sınıfında yer almaktadır.

Bel çevresi değerleri incelendiğinde; bel çevresi 80 cm den küçük olan yani risk sınıflamasına göre normal sınırlarda bel çevresi değerine sahip olan bireylerin oranı %45,7’dir. Bireylerin %25,0’i risk sınıfında yer alırken %29,3’ü yüksek risk sınıfında yer almaktadır.

Bel boy oranı ve bel kalça oranı risk sınıfında olan bireylerin oranı sırasıyla; %46,4 ve %35,7’dir.

Tablo 4.3. Kadınların Sınıflandırılmış Antropometrik Ölçüm Değerleri

	n	%
BKİ sınıflandırması		
Zayıf ($\leq 18,5$ kg/m ²)	3	2,1
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	76	54,3
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m ²)	45	32,1
Obez (30-39,9 kg/m ²)	16	11,4
Bel Çevresi Risk Sınıflaması		
Normal (K < 80 cm)	64	45,7
Risk (K:80-88 cm)	35	25,0
Yüksek Risk (K \geq 88 cm)	41	29,3
Bel Boy oranı sınıflaması		
Normal (<0,5 cm)	75	53,6
Risk (\geq 0,5 cm)	65	46,4
Bel Kalça oranı sınıflaması		
Normal (K < 0,85 cm)	90	64,3
Risk (K \geq 0,85 cm)	50	35,7

4.3. Kadınların Beslenme Alışkanlıkları

Tablo 4.4'te çalışmaya dahil olan bireylerin beslenme alışkanlıkları verilmiştir.

Bu tabloda yer alan bilgilere göre; bireylerin %40'ı üçten az ana öğün yapıyor yani ana öğünlerini atlıyor iken; %60'ı ana öğünlerini atlamadığını yani üç ana öğün yaptığını belirtmiştir. Ara öğün yapma durumunun sorgulandığı soruya bireylerin %52,9'u evet, %36,4'ü bazen ve %10,7'si hayır yanıtını vermiştir.

Kadınların %74,3'ü besin desteği kullandığı %25,7'si kullanmadığını belirtmiştir. Besin desteği kullandığını belirten bireylerin ise %41,7'si vitamin takviyesi, %27,8'erlik dilimi ise probiyotik ve omega 3 takviyesi aldığını belirtmiştir.

Kadınların %10,7'si sigara, %11,4'ü alkol kullandığını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Kadınların Bazı Beslenme Alışkanlıkları

	n	%
Ana öğün sayısı		
<3	56	40,0
3	84	60,0
Ara öğün tüketme durumu		
Evet	74	52,9
Hayır	15	10,7
Bazen	51	36,4
Besin desteği kullanma durumu		
Evet	36	25,7
Hayır	104	74,3
Kullanılan besin desteği*		
Vitamin	15	41,7
Mineral	5	13,9
Probiyotik	10	27,8
Omega 3	10	27,8
Diğer	6	16,7
Sigara kullanma durumu		
Evet	29	20,7
Hayır	111	79,3
Alkol kullanma durumu		
Evet	16	11,4
Hayır	124	88,6

*Bir birey birden fazla besin desteği işaretleyebilir

Tablo 4.5'te yer alan verilere göre; kadınların %17,1'i sınav zamanları iştahı azaldığını, %16,4'ü arttığını ifade etmiştir. Hastayken iştahı azalan bireylerin oranı %71,4'tür. Yorgunken iştah durumunda değişiklik yaşamayan bireylerin oranı %47,1'dir. Bireylerin %42,9'u seyahat döneminde iştahının değişmediğini ifade ederken, %60 oranında birey depresyonda iştahında azalma yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların Bazı Beslenme Alışkanlıkları

	Azalır		Artar		Değişmez	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sınav dönemi*	24	17,1	23	16,4	12	8,6
Hastayken	100	71,4	7	5,0	33	23,6
Yorgunken	58	41,4	16	11,4	66	47,1
Seyahat döneminde	34	24,3	46	32,9	60	42,9
Depresyundayken	84	60,0	35	25,0	21	15,0
Diğer	80	57,1	35	25,0	25	17,9

*Bireylerin %57,9'u bu seçeneğe yanıt vermemiştir.

4.4. Kadınların Sağlığını Etkileyen Kişisel Bilgileri

Bireylerin sağlık durumuna ilişkin bazı bilgiler Tablo 4.6’da verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; kadınların %70,7’si sağlıklı olarak beslendiğini belirtmiştir.

Çalışmaya dahil olan bireylere doktor tarafından tanısı konulan bir hastalığının varlığı sorulduğunda %29,3 oranında birey evet yanıtını vermiştir. Bu soruya evet diyen bireylerin; %29,2’si hipertansiyon, %24,4’ü tiroit, %19,5’i diyabet yanıtını vermiştir.

Daha önce psikoloğa başvurduunuz mu sorusuna bireylerin %22,1’i evet yanıtını vermiştir.

Tablo 4.6. Kadınların Sağlığına İlişkin Bazı Bilgiler

	N	%
Bireyin beslenmesini değerlendirme durumu		
Sağlıklı	99	70,7
Sağlıksız	41	29,3
Hastalık durumu		
Var	41	29,3
Yok	99	70,7
Hastalık nedir?*		
Kalp damar hastalıkları	6	14,6
Hipertansiyon	12	29,2
Diyabet	8	19,5
Hiper-kolesterolemi	7	17,1
Kanser	3	7,3
Tiroit	10	24,4
Romatizmal hastalıklar	3	7,3
Diğer	4	9,8
Psikoloğa daha önce başvurma durumu		
Evet	31	22,1
Hayır	109	77,9

*Bir birey birden fazla hastalığa sahip olabilir.

Tablo 4.7’de yer alan bilgilere göre bireylerin %35,7’si yürüyüş, %22,1’i pilates ve zumba yapmakta iken %2,9’u aeorobik ve pilates yaptığını belirtmiştir.

Bireyler haftada ortalama $3,0 \pm 1,3$ gün spor yaptığını ifade ederken ortalama spor yapma süresinin $61,1 \pm 24,0$ dk olduğu saptanmıştır. Bireylerin günlük uyku süresi ise $7,4 \pm 1,1$ saat olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Kadınların Yaptıkları Spora İlişkin Bilgiler

	n	%
Yapılan spor türü		
Pilates+Zumba	31	22,1
Aeorobik+Pilates	4	2,9
Fitness+Pilates	12	8,6
Fitness	16	11,4
Pilates	27	19,3
Yürüyüş	50	35,7
	$\bar{x} \pm SS$	Alt-Üst
Spor yapma sayısı (gün/hafta)	$3,0 \pm 1,3$	1,0-7,0
Spor yapma süresi (dk)	$61,1 \pm 24,0$	30,0-180,0
Uyku süresi (saat/gün)	$7,4 \pm 1,1$	4,0-12,0

4.5. Kadınların IPAQ-SF Testine Dair Bulguları

Tablo 4.8’de bireylerin IPAQ-SF testine verdikleri yanıtlar yer almaktadır. Son 7 gün içerisinde minimum 10 dk şiddetli aktivite yaptığını söyleyen bireylerin oranı %46,4’tür. Bu bireylerin şiddetli aktivite yaptığını gün ortalaması ise $2,9 \pm 1,0$ ’dır. Tek seferde yapılan şiddetli aktivite süresi ise $42,0 \pm 17,7$ dk’dır.

Son 7 gün içerisinde minimum 10 dk orta aktivite yaptığını ifade eden bireylerin oranı %27,9’dur. Aktivite yapan bireyler 7 gün içerisinde ortalama olarak $2,7 \pm 1,1$ gün orta aktivite yaptığını ve tek seferde ortalama $48,3 \pm 22,2$ dk yaptığını belirtmiştir.

Yürüyüş yapan bireylerin oranı %80’dir. Bireyler son 7 günün ortalama $3,9 \pm 1,9$ günü tek seferde ortalama olarak $39,9 \pm 27,9$ dk yürüdüğünü belirtmiştir.

Oturarak geçirdikleri süreye %40,7 oranında birey bilmiyorum yanıtını vermiştir. Yanıt veren bireyler ise günlük olarak ortalama 252,0±165,3 dakika oturduklarını belirtmiştir.

Tablo 4.8. Kadınların IPAQ-SF Testine Verdiği Cevaplar

	n	%
Şiddetli aktivite yapma durumu		
Yapmadım	75	53,6
Yaptım	65	46,4
Aktivite yapma sayısı (haftalık)		2,9±1,0
Aktivite yapma süresi (dk/tek sefer)		42,0±17,7
Orta aktivite yapma durumu		
Yapmadım	39	27,9
Yaptım	101	72,1
Aktivite yapma sayısı (haftalık)		2,7±1,1
Aktivite yapma süresi (dk/tek sefer)		48,3±22,2
Yürüyüş yapma durumu		
Yapmadım	28	20,0
Yaptım	112	80,0
Aktivite yapma sayısı (haftalık)		3,9±1,9
Aktivite yapma süresi (dk/tek sefer)		39,9±27,9
Oturarak harcanan zaman		
Fikrim yok	57	40,7
Fikrim var	83	59,3
Oturma süresi (dk/gün)		252,0±165,3

Bireylerin IPAQ-SF testine verdikleri cevaplara göre hesaplanan fiziksel aktivite sınıflaması Tablo 4.9’da verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; fiziksel aktivite yapmayan bireylerin oranı %25,0 iken yetersiz ve yeterli fiziksel aktivite yapan bireylerin oranı %69,3 ve %5,7’dir.

Bireylerin toplam MET x gün x dk değeri ortalaması 1301,9±1089,3’dür.

Tablo 4.9. Kadınların IPAQ-SF Testi Sonucu Sınıflaması

	n	%
Fiziksel aktivite yapmıyor (< 600 MET x gün x dk)	35	25,0
Yetersiz fiziksel aktivite (600-3000 MET x gün x dk)	97	69,3
Yeterli fiziksel aktivite (≥ 3000 x gün x dk)	8	5,7
Toplam MET x gün x dk değeri		1301,9±1089,3

Tablo 4.10’da yer alan bilgilere göre; fiziksel aktivite yapmayan, yetersiz fiziksel aktivite yapan ve yeterli fiziksel aktivite yapan bireylerin vücut ağırlığı ortalamaları sırasıyla; $69,6 \pm 10,5$ kg, $66,1 \pm 10,1$ kg ve $61,4 \pm 8,4$ kg’dır. Bu sonuçlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,068$, $p>0,05$).

Fiziksel aktivite yapmayan bireylerin BKİ ortalaması $25,6 \pm 4,2$ kg/m² iken yeterli fiziksel aktivite yapanların değeri $22,7 \pm 3,8$ kg/m²’dir. Bu sonuçlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0,108$, $p>0,05$).

Bireylerin bel, kalça çevresi, bel-boy oranı ve bel-kalça oranları ortalamasının IPAQ-SF sınıflamasına göre anlamlı bir farklılığı bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Kadınların IPAQ-SF Sınıflamasına Göre Antropometrik Değerlerinin Ortalamaları

* Kruskal-Wallis testi

	IPAQ-SF Sınıflaması			P değeri*
	FA	Yetersiz	Yeterli	
	yapmayan	FA	FA	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Vücut ağırlığı (kg)	$69,6 \pm 10,5$	$66,1 \pm 10,1$	$61,4 \pm 8,4$	0,068
BKİ (kg/m²)	$25,6 \pm 4,2$	$24,7 \pm 4,0$	$22,7 \pm 3,8$	0,108
Bel çevresi (cm)	$85,7 \pm 16,1$	$81,9 \pm 13,1$	$80,4 \pm 13,6$	0,586
Kalça çevresi (cm)	$101,1 \pm 9,8$	$100,6 \pm 10,5$	$99,6 \pm 15,6$	0,801
Bel boy oranı	$0,5 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1$	0,729
Bel kalça oranı	$0,8 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1$	0,762

Tablo 4.11’de verilen bilgilere göre; fiziksel aktivite yapmayan bireylerin %40’ı normal BKİ değerinde iken %37,1’i hafif şişman %20,0’ı obezdir. Yetersiz fiziksel aktivite yapan bireylerin %58,8’i normal BKİ aralığındayken %30,9’u hafif şişmandır. Yeterli fiziksel aktivite yapan bireylerin ise %62,5’i normal, %25,0’ı hafif şişman BKİ aralığındadır. Yeterli fiziksel aktivite yapan bireyler içerisinde obez birey

bulunmamaktadır. IPAQ-SF sınıflaması ve BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=108$, $p>0,05$).

Bireylerin fiziksel aktivite yapma oranı artıka bel çevresinin normal olma oranı da artmaktadır; ancak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Bel boy oranı ve bel kalça oranının IPAQ-SF sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 4.11. Kadınların IPAQ-SF Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Sınıflaması

	IPAQ-SF Sınıflaması						P
	FA		Yetersiz		Yeterli		
	yapmayan		FA		FA		
	n	%	n	%	n	%	
BKİ sınıflandırması							
Zayıf ($\leq 18,5$ kg/m ²)	1	2,9	1	1,0	1	12,5	0,108
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	14	40,0	57	58,8	5	62,5	
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m ²)	13	37,1	30	30,9	2	25,0	
Obez (30-39,9 kg/m ²)	7	20,0	9	9,3	-	-	
Bel Çevresi Risk Sınıflaması							
Normal (K < 80 cm)	15	42,9	45	46,4	4	50,0	0,830
Risk (K: 80-88 cm)	8	22,9	26	26,8	1	12,5	
Yüksek Risk (K \geq 88 cm)	12	34,3	26	26,8	3	37,5	
Bel Boy oranı sınıflaması							
Normal (<0,5 cm)	17	48,6	54	55,7	4	50,0	0,754
Risk (\geq 0,5 cm)	18	51,4	43	44,3	4	50,0	
Bel Kalça oranı sınıflaması							
Normal (K < 0,85 cm)	20	57,1	65	67,0	5	62,5	0,576
Risk (K \geq 0,85 cm)	15	42,9	32	33,0	3	37,5	

*Ki Kare Testi

4.6. Kadınların Beck Depresyon Ölçeğine Dair Bulguları

Tablo 4.12’de kadınların Beck depresyon ölçeğine verdiği yanıtlar sonucunda aldıkları puan sınıflamasına dair bilgiler verilmiştir. Bu tabloda yer alan verilere göre; minimal depresyon yaşayan bireylerin oranı %50, hafif depresyon yaşayanların oranı %29,3, orta ve ciddi depresyonu olan bireylerin oranı da %18,6 ve %2,1’dir. Bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $10,8\pm 6,9$ ’dur.

Tablo 4.12. Kadınların Beck Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları ve Beck Depresyon Puan Ortalamaları

	n	%
Minimal depresyon	70	50,0
Hafif depresyon	41	29,3
Orta depresyon	26	18,6
Ciddi Depresyon	3	2,1
Toplam Ölçek puanı		$10,8\pm 6,9$

Kadınların Beck depresyon ölçeği sınıflamasına göre bazı antropometrik değerlerinin sınıflaması Tablo 13’te verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; minimal depresyonu olan bireylerin BKİ değerleri ortalaması $24,9\pm 4,1$ kg/m^2 iken ciddi depresyon yaşayan bireylerinki $27,0\pm 8,0$ kg/m^2 ’dir; ancak bu sonuçlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hafif depresyonu bulunan bireylerin bel çevresi ortalaması $80,2\pm 11,6$ cm iken ciddi depresyonu bulunan bireylerinki $93,0\pm 24,3$ cm’dir; ancak bu sonuçlar arasında da istatistiksel olarak bir anlam bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Kadınların Beck Depresyon Sınıflamasına Göre Antropometrik Değerlerinin Ortalamaları

	Beck Depresyon Sınıflaması				P
	Minimal depresyon	Hafif depresyon	Orta Depresyon	Ciddi Depresyon	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Vücut ağırlığı (kg)	67,2±9,7	64,2±8,4	68,0±11,8	79,0±21,5	0,240
BKİ (kg/m²)	24,9±4,1	24,0±3,2	25,7±4,4	27,0±8,0	0,371
Bel çevresi (cm)	83,2±14,7	80,2±11,6	84,5±13,9	93,0±24,3	0,347
Kalça çevresi (cm)	101,1±11,3	100,5±9,5	99,5±11,1	100,0±5,0	0,976
Bel boy oranı	0,5±0,1	0,5±0,1	0,5±0,1	0,5±0,1	0,606
Bel kalça oranı	0,8±0,1	0,8±0,1	0,8±0,1	0,9±0,2	0,410

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 4.14'e göre; minimal depresyon yaşayan bireylerin %57,1'i hafif depresyon yaşayan bireylerin ise %61,0'ı normal BKİ aralığındadır. Ciddi depresyon yaşayan bireylerin ise %33,3'ü obezdir. BKİ sınıflaması ve Beck depresyon puan sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bel çevresi sınıflaması, bel-boy oranı sınıflaması, bel-kalça sınıflaması ve Beck depresyon puan sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Kadınların Beck Depresyon Puan Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Sınıflaması

	Beck Depresyon puan sınıflaması								P
	Minimal depresyon		Hafif depresyon		Orta depresyon		Ciddi depresyon		
	N	%	n	%	n	%	n	%	
BKİ (kg/m²)									
Zayıf ($\leq 18,5$ kg/m ²)	1	1,4	1	2,4	1	3,8	-	-	0,356
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	40	57,1	25	61,0	10	38,5	1	33,3	
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m ²)	21	30,0	14	34,1	9	34,6	1	33,3	
Obez (30-39,9 kg/m ²)	8	11,4	1	2,4	6	23,1	1	33,3	
Bel Çevresi Risk Sınıflaması									
Normal (K < 80 cm)	33	47,1	22	53,7	8	30,8	1	33,3	0,720
Risk (K:80-88 cm)	17	24,3	9	22,0	8	30,8	1	33,3	
Yüksek Risk (K \geq 88 cm)	20	28,6	10	24,4	10	38,4	1	33,3	
Bel Boy oranı sınıflaması									
Normal (<0,5 cm)	40	57,1	22	53,7	12	46,2	1	33,3	0,699
Risk (\geq 0,5 cm)	30	42,9	19	46,3	14	53,8	2	66,7	
Bel Kalça oranı sınıflaması									
Normal (K < 0,85 cm)	47	67,1	27	65,9	14	53,8	2	66,7	0,674
Risk (K \geq 0,85 cm)	23	32,9	14	34,1	12	46,2	1	33,3	

*Ki Kare Testi

Tablo 4.15'e göre; minimal depresyonu bulunan bireylerin fiziksel aktivite yapmama oranları %30,0 iken yetersiz ve yeterli fiziksel aktivite yapanların oranı %67,1 ve %2,9'dur. Hafif, orta ve ciddi depresyonu olan bireylerin fiziksel aktivite yapmama oranları sırasıyla; %17,1, %19,2 ve %66,7 olarak saptanmıştır. Bireylerin

ruhsal durumları ve fiziksel aktivite yeterlilikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Kadınların Fiziksel Aktivite Sınıflamasına Göre Ruhsal Durumlarının Dağılımları

IPAQ-SF Sınıflaması	Beck Depresyon puan sınıflaması								p
	Minimal depresyon		Hafif depresyon		Orta Depresyon		Ciddi Depresyon		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Fiziksel aktivite yapmıyor	21	30,0	7	17,1	5	19,2	2	66,7	
Yetersiz fiziksel aktivite	47	67,1	30	73,2	19	73,1	1	33,3	0,283
Yeterli fiziksel aktivite	2	2,9	4	9,8	2	7,7	-	-	

*Ki Kare Testi

4.7. Kadınların Enerji ve Besin Öğeleri Alımı

Çalışmaya dahil olan bireylerin 3 ay geriye dönük olarak alınan besin tüketim sıklıklarından yola çıkılarak günlük olarak tüketilen enerji ve besin öğeleri hesaplanmış ve bu değerler Tablo 4.16’da verilmiştir. Tabloda yer alan bilgilere göre; bireylerin günlük olarak aldıkları enerji ortalaması $2198,5\pm 644,1$ kkal olarak saptanmıştır bu değer ise DRI’nın %127,6’sını karşılamaktadır.

Bireylerin enerjilerinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen oranlarının ortalaması sırasıyla; $41,8\pm 7,4$, $14,1\pm 2,8$ ve $44,1\pm 7,3$ ’dür.

Bireylerin tükettikleri posa miktarı ortalaması $24,6\pm 9,3$ gramdır ve DRI’nın %98,5’ini karşılamaktadır.

Günlük tüketilen doymuş, tekli doymamış, çoklu doymamış yağ asidi miktarı ve kolesterol miktarı sırasıyla; 38,7±13,2 g, 46,1±16,2 g, 16,2±7,1 g, ve 345,0±110,6 mg olarak saptanmıştır.

DRI'ya göre günlük alınan potasyum, demir, C ve D vitamini alımını yetersiz iken (<%67), günlük alınan enerji, protein, toplam diyet lifi, A, E ve K vitaminleri, tiamin, pirimidin, folat, kalsiyum, magnezyum ve çinko alımı ise yeterli düzeydedir (%67-133). Fazla alımı bulunan besin öğeleri ise; karbonhidrat, B 12 vitamini, riboflavin ve sodyumdur (>133).

Tablo 4.16. Kadınların Son 3 Ayda Aldıkları Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarları Ortalaması ve DRI Karşılama Oranı

Enerji ve Besin Öğeleri	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	DRI %
Enerji (kkal)	2198,5±644,1	741,2	4109,5	127,6
Karbonhidrat (g)	228,9±87,2	61,3	579,0	176,1
Karbonhidrat (%)	41,8±7,4	23,0	65,0	%45-60
Protein (g)	74,1±20,4	33,3	161,2	103,8
Protein (%)	14,1±2,8	7,0	25,0	%10-20
Bitkisel protein (g)	39,7±13,6	16,7	113,4	-
Yağ (g)	108,8±33,6	26,9	197,8	-
Yağ (%)	44,1±7,3	24,0	61,0	%20-35
Doymuş yağ asidi (g)	38,7±13,2	10,6	80,1	-
Tekli doymamış y.a (g)	46,1±16,2	8,8	81,3	-
Çoklu doymamış y.a (g)	16,2±7,1	3,9	44,3	-
Kolesterol (mg)	345,0±110,6	82,5	654,1	-
Diyet lifi (g)	24,6±9,3	10,3	69,8	98,5
Çözünebilir diyet lifi (g)	6,3±2,5	1,9	20,2	-
Çözünmez diyet lifi (g)	16,5±6,6	6,5	44,5	-
A vitamini (mcg)	660,5±202,9	196,2	1406,0	101,6
E vitamini (mg)	13,7±6,1	3,9	41,0	124,9
D vitamini (mcg)	5,2±3,0	1,2	28,9	34,8
K vitamini (mcg)	115,2±56,1	28,9	362,4	128,0
B ₁₂ vitamini (mcg)	5,7±3,6	1,1	23,0	142,8
Tiamin (mg)	1,2±0,4	0,5	3,3	107,7
Riboflavin (mg)	1,6±0,4	0,7	2,7	147,8
Pirimidin (mg)	1,3±0,4	0,5	2,5	112,7
Folat (mcg)	308,7±104,6	132,6	823,6	93,6
Sodyum (mg)	1765,7±791,2	570,8	5257,7	135,7
Potasyum (mg)	2811,0±835,8	1215,0	6310,8	59,7
C vitamini (mg)	58,6±27,0	10,8	154,3	61,7
Kalsiyum (mg)	781,6±241,4	288,2	1435,2	80,6
Magnezyum (mg)	301,7±86,0	144,5	687,1	100,6
Demir (mg)	9,9±3,2	4,3	26,0	66,2
Çinko (mg)	10,3±2,8	4,4	24,1	99,8

Tablo 4.17’de bireylerden alınan geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydı sonucunda tüketilen enerji ve besin öğelerinin miktarları verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; günlük tüketilen ortalama enerji 1256,8±471,0 kkal’dır ve DRI’nın %72,9’unu karşılamaktadır. Tabloda yetersiz alınan besin öğeleri; D vitamini, tiamin, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve demir iken fazla alınan besin öğeleri; A vitamini ve sodyumdur. Yeterli alınanlar ise; enerji, protein, karbonhidrat, diyet lifi, E, K, C ve B12 vitaminleri, riboflavin, pirimidin, folat ve çinkodur.

Tablo 4.17. Kadınların 24 Saat İçinde Aldıkları Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarları Ortalaması ve DRI Karşılama Oranı

Enerji ve Besin Öğeleri	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	DRI %
Enerji (kkal)	1256,8±471,0	349,2	2767,0	72,9
Karbonhidrat (g)	126,7±63,4	20,3	365,1	97,4
Karbonhidrat (%)	40,6±10,6	17,0	73,0	%45-60
Protein (g)	51,3±20,7	14,1	117,2	71,8
Protein (%)	17,4±5,7	8,0	54,0	%10-20
Bitkisel protein (g)	20,9±10,9	2,0	78,0	-
Yağ (g)	58,9±25,2	8,6	171,9	-
Yağ (%)	42,1±9,4	15,0	60,0	%20-35
Doymuş yağ asidi (g)	22,6±10,6	2,5	60,2	-
Tekli doymamış y.a (g)	20,5±13,1	1,5	127,4	-
Çoklu doymamış y.a (g)	9,3±6,1	1,3	35,1	-
Kolesterol (mg)	301,1±164,4	18,0	737,0	-
Diyet lifi (g)	15,2±7,5	2,2	51,8	60,8
Çözünbilir diyet lifi (g)	4,4±2,5	0,6	13,5	-
Çözünmez diyet lifi (g)	9,6±4,7	1,1	31,5	-
A vitamini (mcg)	1114,9±2342,4	92,8	19811,4	171,5
E vitamini (mg)	8,1±6,0	1,8	57,2	73,7
D vitamini (mcg)	3,7±3,4	0,0	19,1	24,7
K vitamini (mcg)	92,5±104,1	1,8	764,3	102,8
B ₁₂ vitamini (mcg)	4,0±5,1	0,2	41,3	100,0
Tiamin (mg)	0,7±0,3	0,2	1,9	59,3
Riboflavin (mg)	1,2±0,7	0,3	5,8	104,7
Pirimidin (mg)	0,9±0,4	0,2	3,4	80,0
Folat (mcg)	222,1±94,3	59,1	617,8	67,3
Sodyum (mg)	2099,2±1090,7	147,5	6414,2	161,5
Potasyum (mg)	1816,4±684,3	575,7	5061,0	38,6
C vitamini (mg)	90,7±83,1	0,7	706,0	95,5
Kalsiyum (mg)	596,0±221,6	129,6	1130,5	61,4
Magnezyum (mg)	198,0±79,1	70,2	673,6	66,0
Demir (mg)	7,0±3,3	1,8	25,7	46,8
Çinko (mg)	7,5±3,3	2,3	21,9	73,2

4.8. Kadınların SYİ-2015 Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin besin tüketim sıklığı kullanılarak hesaplanan SYİ-2015 puanı ortalaması ve sınıflaması Tablo 4.18’de verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre çalışmaya katılan bireyler arasında diyet kalitesi A ve B sınıfında olan birey bulunmamaktadır. Bireylerin %4,3’ü C, %64,3’ü D ve %31,4’ü F sınıfında yer almaktadır. Bireylerin toplam diyet kalitesi puanı ortalaması ise $62,1 \pm 4,8$ ’dir.

Tablo 4.18. SYİ-2015 Puan Sınıflamasının Dağılımı

	N	%
SYİ-2015 puan sınıflandırması		
A (90-100 puan)	-	-
B (80-89 puan)	-	-
C (70-79 puan)	6	4,3
D (60-69 puan)	90	64,3
F (0-59 puan)	44	31,4
Toplam puan		
$\bar{x} \pm S$		62,1±4,8
Alt-Üst		49,0-73,3

Bireylerin bazı demografik özelliklerinin kategorilerine göre SYİ-2015 puan ortalaması Tablo 4.19’da verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; 19-29 yaş grubunda bulunan bireylerin puan ortalaması $61,4 \pm 4,4$ iken 50 yaş ve üzerindeki bireylerin puan ortalaması $63,8 \pm 5,3$ ’tür. Yaş grubuna göre SYİ-2015 puan ortalamasının anlamlı bir farklılığı bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Evli, bekar ve boşanmış bireylerin diyet kalitesi puanları sırasıyla; $61,8 \pm 4,8$, $62,1 \pm 5,0$ ve $63,1 \pm 2,9$ ’dur. Medeni duruma göre diyet kalitesi puanlarının ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Çalışan bireylerin diyet kalitesi puanları $61,2 \pm 4,4$ iken çalışmayan bireylerinki $62,8 \pm 5,1$ puandır. Bu iki ortalama arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,040$).

Tablo 4.19. Kadınların Bazı Demografik Özelliklerine Göre SYİ-2015'ten Aldıkları Puanlar

	SYİ-2015 Puanı			p
	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	
Yaş grubu (yıl)				
19-29	61,4±4,4	50,5	68,3	
30-39	61,1±4,7	49,0	71,1	0,080 ⁺
40-49	62,6±4,7	51,4	72,0	
50 ve üzeri	63,8±5,3	52,0	73,3	
Medeni durum				
Evli	61,8±4,8	50,5	71,1	0,821 ⁺
Bekar	62,1±5,0	49,0	73,3	
Boşanmış/ayrı yaşıyor	63,1±2,9	59,0	67,8	
Eğitim durumu				
Lise	63,2±5,2	49,0	73,3	0,093 ⁺
Önlisans/lisans	61,4±4,6	51,4	71,1	
Lisansüstü	61,2±3,9	54,7	67,3	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	61,2±4,4	52,0	71,1	0,040*
Çalışmıyor	62,8±5,1	49,0	73,3	

*Mann-Withney U,
+Anova Testi

Tablo 4.20'de yer alan bilgilere göre; zayıf, normal kilolu, hafif şişman ve obez bireylerin diyet kalitesi puanları sırasıyla; $63,1 \pm 1,5$, $61,5 \pm 4,8$, $62,2 \pm 5,1$ ve $64,2 \pm 4,0$ 'dır. BKİ sınıflaması ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Bel çevresi normal bireylerin diyet kalitesi puanları $61,0 \pm 4,7$ iken yüksek risk bel çevresine sahip bireylerinki $63,5 \pm 4,8$ 'dir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,034$).

Bel boy oranı normal ve risk grubunda olan bireylerin diyet kalitesi puanları; $61,2 \pm 4,6$ ve $63,1 \pm 4,9$ 'dur. Bu iki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,030$).

Tablo 4.20. Kadınların Antropometrik Değerlerinin Sınıflamasına Göre SYİ-2015'ten Aldıkları Puanlar

	SYİ-2015 Puanı			p
	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	
BKİ sınıflandırması				
Zayıf ($\leq 18,5$ kg/m ²)	63,1 \pm 1,5	61,9	64,8	0,230
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	61,5 \pm 4,8	49,0	70,5	
Hafif şişman (24,9-29,9 kg/m ²)	62,2 \pm 5,1	51,4	73,1	
Obez (30-39,9 kg/m ²)	64,2 \pm 4,0	59,0	73,3	
Bel Çevresi Risk Sınıflaması				
Normal (K < 80 cm)	61,0 \pm 4,7 ^a	49,0	70,5	0,034*
Risk (K:80-88 cm)	62,3 \pm 4,9	52,0	72,0	
Yüksek Risk (K \geq 88 cm)	63,5 \pm 4,8 ^b	51,4	73,3	
Bel Boy oranı sınıflaması				
Normal (<0,5 cm)	61,2 \pm 4,6	49,0	70,5	0,030*
Risk (\geq 0,5 cm)	63,1 \pm 4,9	51,4	73,3	
Bel Kalça oranı sınıflaması				
Normal (K < 0,85 cm)	61,8 \pm 4,9	49,0	72,0	0,476
Risk (K \geq 0,85 cm)	62,5 \pm 4,7	51,4	73,3	

Tablo 4.21'de yer alan verilere göre fiziksel aktivite yapmayan bireylerin ortalama diyet kalitesi puanları 62,9 \pm 3,9 iken yetersiz ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanların 61,8 \pm 5,1 ve 61,7 \pm 5,9 puandır. Bireyin fiziksel aktivite sınıflamasına göre diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.21. Kadınların IPAQ-SF Sınıflamasına Göre SYİ-2015'ten Aldıkları Puanlar

	SYİ-2015 Puanı			p
	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	
Fiziksel aktivite yapmıyor	62,9 \pm 3,9	56,0	72,0	0,491
Yetersiz fiziksel aktivite	61,8 \pm 5,1	49,0	73,3	
Yeterli fiziksel aktivite	61,7 \pm 5,9	53,8	73,1	

Tablo 4.22’de yer alan verilere göre; minimal, hafif, orta ve ciddi depresyon düzeylerinde olan bireylerin ortalama diyet kalitesi puanları sırasıyla; 62,2±4,9; 61,4±4,5; 62,1±5,0 ve 68,0±3,6’dır. Depresyon düzeyi ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 4.22. Bireylerin Depresyon Düzeylerine Göre SYİ-2015’ten Aldıkları Puanlar

	SYİ-2015 Puanı			p
	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	
Minimal depresyon	62,2±4,9	50,5	73,3	0,144
Hafif depresyon	61,4±4,5	53,6	73,1	
Orta depresyon	62,1±5,0	49,0	68,4	
Ciddi Depresyon	68,0±3,6	65,2	72,0	

Tablo 4.23’de yer alan korelasyona göre bireylerin vücut ağırlığı ve IPAQ-SF değerinin arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır; yani vücut ağırlığı arttıkça MET x gün x dk değeri azalmaktadır yani bireyin fiziksel aktivitesi azalmaktadır.

IPAQ-SF değerinin enerji ve herhangi bir besin ögesinin alımıyla arasında korelasyon bulunmamaktadır.

IPAQ-SF değeri ve depresyon ölçeği puanı arasında da korelasyon bulunmamaktadır.

Tablo 4.23. Kadınların IPAQ-SF Değerinin Bazı Parametreler ile Korelasyonu

	r	P
SYİ-2015 puanı	0,018	0,830
Beck depresyon puanı	0,054	0,528
ANTROPOMETRİK ÖZELLİKLER		
Yaş (yıl)	-0,003	0,972
Vücut ağırlığı (kg)	-0,172	0,042
BKİ (kg/m²)	-0,117	0,169
Bel çevresi (cm)	-0,083	0,329
Kalça çevresi (cm)	-0,108	0,204
Bel boy oranı	-0,054	0,527
Bel kalça oranı	-0,013	0,882
ENERJİ VE BESİN ÖGELERİ		
Enerji (kcal)	-0,061	0,475
Karbonhidrat (g)	-0,054	0,525
Karbonhidrat (%)	-0,026	0,765
Protein (g)	-0,040	0,641
Protein (%)	0,052	0,542
Bitkisel protein (g)	0,026	0,763
Yağ (g)	-0,060	0,479
Yağ (%)	0,008	0,929
Doymuş yağ asidi (g)	-0,064	0,453
Tekli doymamış y.a (g)	-0,099	0,245
Çoklu doymamış y.a (g)	0,050	0,555
Kolesterol (mg)	-0,087	0,305
Diyet lifi (g)	0,006	0,942
Çözünbilir diyet lifi (g)	-0,023	0,784
Çözünmez diyet lifi (g)	0,036	0,673
A vitamini (mcg)	0,018	0,828
E vitamini (mg)	0,023	0,788
D vitamini (mcg)	-0,057	0,503
K vitamini (mcg)	0,060	0,479
B₁₂ vitamini (mcg)	0,033	0,701
Tiamin (mg)	0,073	0,389
Riboflavin (mg)	0,037	0,667
Pirimidin (mg)	0,010	0,903
Folat (mcg)	0,071	0,403
Sodyum (mg)	-0,032	0,707
Potasyum (mg)	0,027	00,750
C vitamini (mg)	00,114	00,180
Kalsiyum (mg)	00,020	00,811
Magnezyum (mg)	00,024	00,777
Demir (mg)	-00,026	00,759
Çinko (mg)	00,012	00,891

Tablo 4.24'te yer alan bilgilere göre Beck depresyon ölçeğinden alınan puan ile vücut ağırlığı arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. Bireylerin vücut ağırlığı arttıkça depresyon seviyesi artmaktadır.

Bireylerin günlük enerjiden gelen protein yüzdesi, kolesterol ve depresyon puanı arasında negatif korelasyon bulunmaktadır. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi, kolesterol alımı azaldıkça depresyon seviyesi artmaktadır.

Tablo 4.24. Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Bazı Parametreler Korelasyonu

	r	P
ANTROPOMETRİK ÖZELLİKLER		
Yaş (yıl)	-0,003	0,972
Vücut ağırlığı (kg)	-0,172	0,042
BKİ (kg/m ²)	-0,117	0,169
Bel çevresi (cm)	-0,083	0,329
Kalça çevresi (cm)	-0,108	0,204
Bel boy oranı	0,054	0,527
Bel kalça oranı	-0,013	0,882
ENERJİ VE BESİN ÖGELERİ		
Enerji (kcal)	0,124	0,145
Karbonhidrat (g)	0,158	0,063
Karbonhidrat (%)	0,127	0,136
Protein (g)	-0,085	0,318
Protein (%)	-0,332	0,000
Bitkisel protein (g)	0,091	0,287
Yağ (g)	0,104	0,220
Yağ (%)	-0,011	0,901
Doymuş yağ asidi (g)	0,108	0,205
Tekli doymamış y.a (g)	0,099	0,243
Çoklu doymamış y.a (g)	0,070	0,412
Kolesterol (mg)	-0,197	0,020
Diyet lifi (g)	-0,115	0,176
Çözünbilir diyet lifi (g)	0,103	0,224
Çözünmez diyet lifi (g)	0,117	0,169
A vitamini (mcg)	0,027	0,752
E vitamini (mg)	-0,018	0,835
D vitamini (mcg)	0,124	0,146
K vitamini (mcg)	-0,106	0,211
B ₁₂ vitamini (mcg)	0,079	0,354
Tiamin (mg)	-0,057	0,504
Riboflavin (mg)	0,012	0,887
Pirimidin (mg)	0,075	0,380
Folat (mcg)	0,068	0,422
Sodyum (mg)	0,067	0,430
Potasyum (mg)	0,113	0,184
C vitamini (mg)	0,045	0,601
Kalsiyum (mg)	0,070	0,409
Magnezyum (mg)	0,126	0,138
Demir (mg)	-0,032	0,703
Çinko (mg)	0,013	0,882

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Duygu durumu ve beslenme arasında ilişki vardır. Bireylerin hissettikleri duygulara göre tükettikleri besinler ve miktarları değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin bazı insanlar stresli olduğu zamanlarda stresini ihtiyacı olandan fazla yemek yemekle azaltırken, bazıları stresli olduğu zaman ağzına tek bir besin koyamamaktadır.

National Public Radio, Robert Wood Johnson Foundation ve Harvard School of Public Health (2014) tarafından yürütülen ulusal bir çalışmaya katılan bireylerin bir bölü üçünden fazlası, stresli zamanlarda yedikleri besin çeşitlerini değiştirdiklerini belirtmiştir (139).

On sekiz çalışma dahil edilen, diyet ve ruh hali arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için yapılmış sistematik bir derlemede Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımları (DASH), sebze bazlı, glisemik yük bazlı, ketojenik ve Paleo tarzı beslenmelerin ruh halini diğerlerinden daha fazla iyileştirebileceği görülmüş; diyet ve ruh hali arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (140).

Yetişkin 140 kadının beslenme durumu ve diyet kalitesi ile duygu durum düzeyi arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla planlanan bu çalışmada da bireylerin demografik özellikleri, antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteleri, depresyon seviyeleri değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

5.1. Kadınların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin tümü yetişkin kadındır ve yaş ortalamaları $38,1 \pm 11,1$ yıldır. Kadın ve erkeklere yapılan benzer bir çalışmada erkeklerin yaş ortalaması $22,1 \pm 2,8$ ve kadınlarınkı ise $21,7 \pm 3,0$ yıldır (125). Kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise yaş ortalaması $35,3 \pm 7,7$ olarak bulunmuştur (141).

Bu çalışmaya katılan kadınların %66,4'ü evlidir ve kadınların %54,3'ü bir önlisans/lisans mezunu, %8,6'sı ise lisansüstü eğitim mezunudur. Kadınlarda yapılmış benzer bir çalışmada bireylerin %50'si okur-yazar/ilkokul mezunu iken, %12 'sinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada bireylerin %86'sı evli, %14'ü bekardır (142).

Çalışmaya katılan kadınların %53,6'sı çalışmadığını belirtirken, buna benzer olan çalışmada ise %73'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır (142).

5.2. Kadınların Antropometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin beslenme durumunun saptanması amacıyla alınan antropometrik ölçümleri incelendiğinde çalışmadaki kadınların boy uzunluğu ortalaması $164,3 \pm 6,5$ cm, vücut ağırlığı $66,7 \pm 10,2$ kg'dir ve BKİ ortalaması ise $24,8 \pm 4,0$ kg/m² olarak bulunmuştur. Kadınlarda yapılan bir başka çalışmada, bireylerin boy uzunluğu ortalaması $158 \pm 0,04$ cm, vücut ağırlığı ortalaması $67,3 \pm 11,8$ kg ve BKİ ortalamaları $26,8 \pm 4,4$ kg/m² olarak bulunmuştur (141).

Araştırmaya katılan bireylerin kalça çevresi ortalamaları $100,6 \pm 10,6$ 'dır. Kadınlar ve erkekler üzerinde yapılan benzer bir çalışmada kadınların kalça çevresi ortalaması $104,0 \pm 10,92$ cm ve erkeklerinki $107,2 \pm 7,54$ cm'dir (135).

Bu çalışmada bireylerin bel çevresi ortalaması $82,8 \pm 13,9$ cm'dir. TBSA 15 yaş ve üzeri kadın ve erkek verilerinde 19-64 yaş kadınlarda bel çevresi ortalaması bu çalışmaya benzer, $90,2 \pm 15,50$ cm olarak belirlenmiştir (180). Erkekler ve kadınlar üzerinde yapılan, beslenme durumu ve diyet kalitesi ile ilgili bir çalışmada, bel çevresi ölçümü ortalaması erkek gönüllülerde $98,4 \pm 9,7$ cm, kadınlarda $87,7 \pm 15,7$ cm olarak belirlenmiştir (143).

WHO'ya göre bel çevresi 80 cm'den küçük olan yani risk sınıflamasına göre normal sınır değerine sahip kadınların oranını %45,7 olarak bulunmuştur. Risk sınıfındaki bireylerin oranı %25,0 iken, yüksek risk sınıfında %29,3 birey yer almaktadır. Çalışan ve çalışmayan kadınlar üzerinde yapılmış başka bir araştırmada ise çalışan kadınların bel çevresi değerleri %46,7'sininki normal, %17,1'ininki riskli, %36,2'sininki yüksek riskli olup çalışmayan kadınların %41,0'i normal, %25,7'si riskli ve %33,3'ü yüksek risk grubunda yer aldığı saptanmıştır (144).

Bel/kalça oranı ve bel çevresi kalınlığının kronik hastalıklarla ilişkilendirildiği çalışmalarla gösterilmiştir (123). Bu çalışmadaki gönüllülerin bel/kalça oranı risk sınıfında olan bireylerin oranı ise %35,7'dir. Bel/kalça oranı kadınlarda $\geq 0,85$ cm, erkeklerde $\geq 0,90$ cm üstü risk sınıfında kabul edilmektedir (124). Bir çalışmadaki katılımcıların bel/kalça oranı; kadınların %88'ininki normal, %12'sininki riskli grupta, erkeklerin %60'ıninki normal, %40'ıninki riskli grupta yer aldığı görülmüştür (135).

Bel boy oranı ve bel kalça oranı risk sınıfında olan bireylerin oranı sırasıyla; %46,4 ve %35,7'dir. Yine benzer bir çalışmada bel-kalça oranı erkek bireylerde $0,82 \pm 0,05$, kadın bireylerde $0,75 \pm 0,08$ ve bel-boy oranı erkeklerde $0,46 \pm 0,04$, kadınlarda $0,45 \pm 0,06$ olduğu görülmüştür (125).

Kadınların BKİ sınıflaması incelendiğinde; BKİ oranı $\leq 18,5$ kg/m² altı yani zayıf sınıfında %2,1 birey, 18,5-24,9 kg/m² BKİ aralığı yani normal(sağlıklı) sınıfta %54,3

birey, 24,9-29,9 kg/m² BKİ aralığında yani hafif şişman sınıfında %32,1 ve 30-39,9 kg/m² BKİ aralığında yani obez sınıfında olan %11,4 birey olduğu saptanmıştır. Buna benzer hem kadın hem erkeklerde uygulanan bir çalışmada BKİ sınıflamasında kadınların %6'sı zayıf, %64'ü normal, %22'si kilolu, %8'i şişman sınıfta; erkeklerin ise %32'sinin normal kiloda, %40'ının kilolu, %28'inin şişman olduğu görülmüştür (135).

5.3. Kadınların Beslenme Alışkanlıklarının ve Sağlığa İlişkin Bazı Bilgilerinin Değerlendirilmesi

TÜBER yetişkinlerin günlük beslenmesinde 3 ana, 2 veya 3 ara öğün ile besin alımını önermektedir. Bireylerin beslenme alışkanlıklarına bakıldığında (Tablo 4.4) %40'ı üçten az ana öğün yapıyor yani ana öğünlerini atlıyor iken; %60'ı ana öğünlerini atlamadığını yani üç ana öğün yaptığını bildirmiştir. Ara öğün yapma durumunun sorgulandığı soruya ise bireylerin %52,9'u evet yanıtını, %36,4'ü bazen ve %10,7'si hayır yanıtını vermiştir. Benzer bir çalışmadaki bireylerin %70,0'ı günde 3 ana öğün tüketirken, %50,0'ı ara öğün yapmamaktadır. Ana ve ara öğünü atlayan bireylerin %52,9'u sabah öğününü atladığını ve %35,6'sı canı istemediği için öğün atladığını belirtmiştir (145).

Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (NHANES) 1999-2000 yılı verilerinden elde edilen bir araştırmada eğitim seviyeleri yüksek olan, vücut kitle indeksi düşük olan ve fiziksel aktivite seviyesi daha yüksek olan kadınların vitamin-mineral takviyesi kullanımlarının bildirme eğilimlerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (146).

Bireylerin duygu durumlarına göre tükettikleri besinler ve iştah durumları değişiklik gösterebilmektedir (177). Çalışmaya katılan gönüllülerin %17,1'i sınav zamanları iştahı azaldığını, %16,4'ü arttığını belirtmiştir. Hastayken iştahı azalan bireylerin oranı %71,4'tür. Yorgunken iştah durumunda değişiklik yaşamayan

bireylerin oranı ise %47,1'dir. Kadınların %42,9'u seyahat döneminde iştahının değişmediğini ifade ederken, %60 oranında birey depresyonda iştahında azalma yaşadığını belirtmiştir. Benzer çalışmalarda da duygu durumuna göre tüketilen besin oranı ve çeşitliliğinin değiştiği görülmüştür (135, 147). Yetişkin kadınlarda yapılan beslenme durumu ile alakalı bir çalışmada zayıf ve normal BKİ'ye sahip bireylerin %13,5'i, hafif şişman grubundakilerin %25,5'i ve obez sınıftaki bireylerin %46,2'si üzgünken iştahının arttığını belirtmiştir. Öfkeliyken; zayıf ve normal BKİ grubundakilerin %13,5'i, hafif şişman grubundakilerin %23,5'i ve obez grubunun %53,9'u iştahının arttığını belirtmiştir. Stresliyken ise zayıf ve normal BKİ'ye sahip bireylerin %19,2'sinin, hafif şişman grubundakilerin %33,3'ünün ve obez grubunun %59,6'sının iştahının arttığı saptanmıştır (147). Duygu durumu üzerine yapılmış bir başka çalışmadaki bireylerin ise %43'ü stresliyken, %29'u kaygılı iken, %31'i üzgün, %47'si mutlu olduğunda, %7'si boşlukta hissettiğinde ve %7'si heyecanlıyken daha fazla yemek yediğini belirtmiştir (135). Çalışmalarda da görüldüğü gibi bireylerin yaşadıkları duygu durumlarına karşı verdikleri tepkiler birbirinden farklıdır. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması ve değişen duygu durumlarına göre beslenmelerine bakılıp alınacak önlemlerin tespit edilmesi gerekmektedir.

Fiziksel aktivitenin sağlık üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Bireylerin fiziksel aktivite seviyeleri azaldıkça obezite, kardiyovasküler hastalıklar, DM, kanser, HT, depresyon ve osteoporoz gibi hastalıkların oluşma olasılığının arttığı bilinmektedir (176). Araştırmadaki bireylerin %29,2'si hipertansiyon (HT), %24,4'ü tiroid, %19,5'i diyabet (DM) hastası, %14,6'sı kalp damar hastalıklarına sahiptir. Benzer bir çalışmadaki bireylerin %16,7'si DM, %7,1'i HT, %4,8'i kardiyovasküler, %11,9'u tiroid, %23,8'i insülin direnci, %9,5'i DM+HT, %4,8'i KOAH, %21,4'ü de diğer kronik hastalıklara sahiptir. Depresyonda olan bireylerin ise %25,0'inin DM, %4,2'sinin HT, %8,3'ünün kardiyovasküler hastalıklar, %8,3'ünün tiroid, %20,8'inin insülin direnci, %12,5'inin hem DM hem HT, %4,2'sinin kronik obstrüktif akciğer, %16,7'sinin de diğer kronik hastalıklara sahip oldukları görülmekte olup depresyonda olmayan bireylerin ise %5,6'sının DM, %1,1'inin HT, %16,7'sinin tiroid, %27,8'inin insülin direnci %5,6'sının hem diyabet hem hipertansiyon, %5,6'sının kronik obstrüktif akciğer ve %27,8'inin de diğer kronik hastalıklara sahip olduğu görülmüştür

(148). Bir başka çalışmada bireylerin %21,8'inde anksiyete ve %42,0 bireyde depresyon gözleendiği 400 birey DM hastalığına sahiptir (149).

Türkiye Diyabet Vakfı fiziksel aktivite ile kan şekerinin düşürülebileceğini ve özellikle şişman diyabet hastalarında vücut ağırlığının azaltılabileceğini vurgulamaktadır (183). Çalışan bireylerin fiziksel aktivite düzeyine bakan bir çalışmada fiziksel aktivite düzeyinin düşmesinin, obezite ve buna bağlı olarak da başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere birçok hastalık için risk faktörü olabileceğini belirtmiştir (182).

5.4. Kadınların Yaptıkları Sporlar ve IPAQ Anketi Sonucuna Göre Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışma belediyeye ait sadece kadınlara özel bir spor salonunda yapılmıştır. Pilates-zumba, aerobik-zumba, fitness-pilates, yalnız fitness, yalnız pilates vb. grup dersleri bulunan spor merkezine gelen ve çalışmaya katılan gönüllülerden 27'si sadece pilates, 31'i ise pilates ve zumba yaparken, 50 birey yürüyüş yapmaktadır. Çalışmadaki bireylerden 20'si kontrol grubu olan ve duyu durumuna bakılan bir çalışmada ise katılımcılardan 21'i yürüyüş, 22'si ise pilates yapmaktadır (150). Fiziksel aktivite, duyu durumu ve beslenme alışkanlıkları üzerine yapılmış başka bir çalışmada ise çalışmaya katılan bireylerin %65'inden fazlasının futbol, voleybol, basketbol, koşu gibi sporları yapmadığı genelde %60'ının yürüyüş yaptığı ve yürüyüş yapanların %22'sinin haftada 2-3 kez yürüdüğü saptanmıştır (145). Duyu durumu ile alakalı başka bir çalışmada ise araştırmaya katılan bireylerin %66'sının yürüyüş, %47'sinin koşu, %16'sının aerobik, %16'sının pilates, %3'ünün yoga yaptığı ve %19'unun ise yüzme sporları yaptığı görülmüştür (135). Kanserli kadınlar üzerinde yapılmış; beslenme ve fiziksel aktivite desteği sağlanan randomize kontrollü bir çalışmada kontrol grubundaki hastaların, müdahale sonunda vücut ağırlığını, orta üst kol çevresini ve vücut yağını önemli ölçüde azalttığı görülmüştür. Ayrıca hastalar, çalışma sonunda yaşam kalitesi alanları altında yorgunluk ve iştah puanlarında da belirgin bir iyileşme olduğu bildirmiştir (151). Gerber ve diğerlerinin (2014) üniversite

öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada, topla oynanan sporlar ve dans etmenin stres ve depresyon belirtilerini azalttığı, direnç egzersizlerinin düşük depresyon belirtileri ve düşük stres algısıyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada aerobik sporlarının ise stres üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür. Araştırmaya göre stres ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi hafifletme konusunda bazı egzersizlerin diğerlerinden daha etkili olabileceği gösterilmiştir (179).

Amerikan Beslenme Rehberi, yetişkinlerin haftalık en az 150 dakikalık orta şiddette fiziksel aktivite yapmalarını ve haftada 2 veya daha fazla gün kas güçlendirme egzersizleri yapmalarını önermektedir (180). Bu çalışmadaki bireyler haftada ortalama $3,0 \pm 1,3$ gün spor yaptığını ifade ederken ortalama spor yapma süresinin $61,1 \pm 24,0$ dk olduğu saptanmıştır. Beslenme durumu, antropometrik özelliklere de bakılan benzer bir çalışmada bireylerin haftalık egzersiz sıklığı ortalama $1,3 \pm 0,58$ gün ve egzersiz süresinin $60,0 \pm 0,00$ dk olduğu bulunmuştur (152).

“Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi” (IPAQ) insanların günlük fiziksel aktivite durumlarını öğrenmek amacıyla uygulanmaktadır. Bu formun kısa hali dört bölümden ve toplam yedi sorudan oluşmaktadır (130). Çalışmada uygulanan IPAQ anketine göre son 7 gün içerisinde minimum 10 dk şiddetli aktivite yaptığını söyleyen bireylerin oranı %46,4, orta şiddette aktivite yaptığını belirten bireylerin oranı %27,9, yürüyüş yapan bireylerin oranı %80’dir. Yirmi yaş üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite düzeylerine (IPAQ) kısa formu ile bakılmış ve anket sonucuna göre; son 1 haftada 10 dakikadan uzun süre şiddetli fiziksel aktivite yapan kadınların sıklığı %9,7, orta şiddette fiziksel aktivite yapanların sıklığı %30,7, hafif düzeyde fiziksel aktivite yapanların sıklığının ise %59,6 olduğu görülmüştür (153).

Bu çalışmada fiziksel aktivite yapmayan bireylerin oranı %25,0 yetersiz fiziksel aktivite yapanların oranı %69,3 ve yeterli fiziksel aktivite yapan bireylerin oranı %5,7’dir. Benzer bir çalışmada daha IPAQ sonucuna göre kadınların büyük kısmının fiziksel aktivite düzeyleri bulunmuştur (153). Benzer çalışmalar ve bu çalışmanın sonucu incelendiğinde fiziksel aktivite düzeyinin düşük olmasında katılımcıların

sadece kadın olmasıyla beraber yaş, eğitim gibi farklılıkların etkili olabileceği ve bunun yanında tesise gelen kadınların daha kısa zamanlı olarak yürüyüş ve hafif sporları tercih ettiklerinden kaynaklı olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan gönüllülere uygulanan IPAQ kısa formu sonucuna göre antropometrik ölçümlerine bakıldığında; fiziksel aktivite yapmayan bireylerin %40'ı normal BKİ değerinde iken %37,1'i hafif şişman %20,0'ı obez sınıfında olduğu saptanmıştır. Yetersiz fiziksel aktivite yapan bireylerin %58,8'i normal BKİ aralığında iken %30,9'u hafif şişmandır. Yeterli fiziksel aktivite yapan bireylerin ise %62,5'i normal, %25,0'ı hafif şişman BKİ aralığındadır. Yeterli fiziksel aktivite yapan bireyler içerisinde obez birey bulunmamaktadır. IPAQ-SF sınıflaması ve BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=108$, $p>0,05$). Yirmi yaş üzeri 218 kadında yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde IPAQ kısa formu uygulanmış ve bireylerden 18-29 yaş arasında olanların %66,7'sinin BKİ 25 kg/m^2 altında; 50-70 yaş arasında olanların %91,7'sinin BKİ 25 kg/m^2 ve üstünde olduğu görülmüştür (153). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Hamer ve ark. (181), fiziksel aktifliği olan bireylerin BKİ'lerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Fakat bizim çalışmamızda BKİ ile IPAQ değerleri arasında ilişki bulunamamasının sebebinin çalışmadaki kadınların yarısından fazlasının normal BKİ değeri aralığında olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

5.5. Kadınların BECK Depresyon Ölçeğine Dair Bulgularının Değerlendirilmesi

Beck depresyon ölçeği (BDÖ) depresyonun varlığını ve derecesini belirlemek amaçlı kullanılan bir ölçektir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (132). Minimal, hafif, orta ve şiddetli depresyon olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyonun derecesini belirlemektir. Bu çalışmadaki kadınların Beck depresyon ölçeğine verdiği yanıtlar sonucunda aldıkları puan sınıflaması; minimal depresyon yaşayan bireylerin oranı %50, hafif depresyon yaşayanların oranı %29,3, orta ve ciddi depresyonu olan bireylerin oranı da %18,6 ve %2,1'dir. Bireylerin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $10,8 \pm 6,9$ olarak belirlenmiştir (Tablo:4.12). Diyarbakır ilindeki bir Toplum Sağlığı Merkezi'ne

başvuran gebe ve emzikli kadınlar hariç yetişkin bireylerde yapılan benzer bir çalışmada ise erkek bireylerin %44,6'sı, kadınların %34,3'ü minimal depresyondadır. Erkeklerin %24,8'i hafif depresyonda, %22,8'i orta depresyonda ve %7,8'i şiddetli depresyonda olduğu saptanırken çalışmaya katılan kadın bireylerin %20,2'sinin hafif depresyonda, %37,4'ünün orta depresyonda ve %8,1'inin şiddetli depresyonda olduğu görülmüştür. Çalışmadaki bireylerin BDÖ puan ortalamaları ise erkeklerde $13,9 \pm 9,12$, kadınlarda $15,8 \pm 9,79$ ve tüm bireylerinki $14,7 \pm 9,77$ puan olarak bulunmuştur (154).

Bireylerin fiziksel sağlık ve ruhsal sağlıkları arasında önemli ama karmaşık bir ilişki olduğu bilinmektedir (155). Yapılan araştırmalar, depresif duygu durum ve depresyon tanısı ile obezitenin arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (186, 187).

Bu çalışmadaki kadınların Beck depresyon ölçeği sınıflamasına göre bazı antropometrik değerleri incelendiğinde; minimal depresyon yaşayan bireylerin %57,1'i hafif depresyon yaşayan bireylerin ise %61,0'ı normal BKİ aralığındadır. Ciddi depresyon yaşayan bireylerin ise %33,3'ü obezdir. BKİ sınıflaması ve Beck depresyon puan sınıflaması arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Daha önce yapılan buna benzer başka araştırmalarda da duygu durumu ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (135, 148). Fakat bir meta analiz çalışmasında obezite ile depresyon arasında karşılıklı bir ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Obez bireylerde depresyon gelişme riski sağlıklı bireylere oranla daha yüksek olduğuna ve depresyonlu bireylerde ise obezite gelişme riskinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanında, depresyonun obezite gelişiminin habercisi olduğu sonucuna varılmıştır (172). Karagöl ve ark. (156) yaptığı araştırmada ise BKİ'ye göre BDÖ puanında arasında önemli farklar görülmüştür. Obez bireylerin %37'si depresyonda, sağlıklı vücut ağırlığına sahip bireylerin ise %29'unun depresyonda olduğu saptanmıştır. Benzer başka bir çalışmada, yetişkin bireylerde duygu durumu üzerine yapılan bir araştırma sonucunda, duygu durum düzeyi normal olan bireylerin %1,3'ü zayıf, %47,5'i normal, %33,8'i kilolu, %17,5'i ise şişman oldukları görülmüştür. Hafif ruhsal sıkıntısı olanların %15,4'ü zayıf, %46,2'si normal, %7,7'si kilolu, %30,8'ininde şişman sınıfta olduğu; sınırda klinik depresyonu olan bireylerin ise %50'sinin normal, %50'sinin kilolu olduğu belirlenmiştir. Duygu durum

düzeıı orta derecede depresyon olan bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre %66,7'sinin normal ve %33,3'ünün kilolu olduğu saptanmıştır (135). Yapılan alışmaların BKİ ve duığu durumu arasında farklı sonuçlar vermesine bakılarak daha fazla çalışmaya gerek olduğu düşünölmüştür.

Bu araştırmadaki kadınların bel kalça oranları ve Beck depresyon ölçeği sonucuna göre minimal depresyonda olanların %32,9'unun, hafif derece depresyonda olanların %34,1'inin, orta derecede depresyonu olanların %46,2'sinin ve ciddi depresyonda olanların %33,3'ünün bel kalça oranı sınıflamasında risk grubunda oldukları görölmüştür. Bel evresi sınıflaması, bel kalça sınıflaması ve Beck depresyon puan sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Başka bir çalışmadaki kadınların duığu durumu normal olanların %5'inin, sınırda klinik depresyonda olanların %1'inin bel kalça oranı sınıflamasının risk grubunda yer aldığı görölmüştür. Aynı çalışmadaki erkeklerin ise normal duığu durumunda olanların %20'sinin bel kalça oranı risk grubunda olduğu belirlenmiştir (135).

Bu çalışmada bireylerin fiziksel aktivite yapmama oranları; minimal depresyonu olanların %30,0, hafif depresyonu olanların %17,1, orta ve ciddi depresyonu olan bireylerin ise sırasıyla; %19,2 ve %66,7 olduğu görölmüştür. Buna bağlı olarak bireylerin ruhsal durumları ve fiziksel aktivite yeterlilikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Üniversite öğrencilerinde yapılmış depresyon, fiziksel aktiviteyle ilgili bir çalışmada da farklı fiziksel aktivite seviyelerinde olan erkek ve kız öğrencilerin depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı görölmüştür (157). Sistematik bir derlemede ise fiziksel aktivitenin yağlanmayı önlediği vurgulanmıştır. Fakat bu çalışmaya benzer şekilde mental sağlıkla anlamlı bir ilişkisi bulunamadığı söylenmiştir (159). Bu çalışmada fiziksel aktivite ve ruhsal durum arasında anlamlı bir fark bulunmayıp; çalışmayı destekleyici benzer çalışmalar olsa da yapılan farklı çalışmalarla fiziksel aktivitenin depresyon üzerindeki olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (157). Takip edilen kişi sayısı toplam 1.837.794 olan 49 prospektif kohort çalışmada yüksek seviyede fiziksel aktivite yapan bireylerde daha düşük seviyede fiziksel aktivite yapanlara kıyasla depresyon gelişme olasılığının daha düşük olduğu görölmüştür (158). Thome ve Espelage (184) üniversitede

öğrencilerinde çalışma yaptıkları ve sonucunda psikolojik sağlık ile fiziksel aktivite arasında bir ilişki olduğunu görülmüştür. Tekin (2009) de serbest zamanlarda yaptırılan step, halk oyunundan oluşan fiziksel aktivitelerin depresyonu olumlu düzeyde etkilediği saptanmıştır (185).

5.6. Kadınların 24 Saatlik Besin Tüketim Kaydı Sonucunda Tüketilen Enerji Ve Besin Öğeleri Değerlendirmesi

TÜBER'e göre çeşitli besin tüketmek sağlıklı beslenmenin temelini oluşturmaktadır. Sağlıklı beslenmenin temelini oluşturan yeterli ve dengeli beslenme için; makro ve mikro besin öğelerinden sağladığımız günlük enerjiye, cinsiyete, fiziksel aktivite şiddetine, fizyolojik durumlara, hastalıklara, genetiğe ve çevresel şartlara bağlı olarak değişmektedir (30).

Çalışmadaki kadınlardan yirmi dört saatlik geriye dönük besin tüketim formuyla besin tüketim kayıtları alınmış olup, günlük aldıkları makro ve mikro besin öğesi miktarlarına bakılarak beslenme durumları saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların tükettiği enerji ortalaması $1256,8 \pm 471,0$ kkal'dir (Tablo: 4.17) ve DRI'nın %72,9'unu karşılamaktadır. TÜBER (2015) diyetle alınan günlük enerjinin %45-60'ının karbonhidratlardan, %20-35'inin yağlardan ve %10-20'sinin proteinlerden gelmesini önermektedir (30). Günlük ortalama karbonhidrat, protein, yağ alımları sırasıyla; $126,7 \pm 63,4$ g, $51,3 \pm 20,7$ g, $58,9 \pm 25,2$ g olarak bulunmuş olup; karbonhidrat, protein ve yağdan gelen günlük enerji oranı ortalamaları sırasıyla; %40,6 \pm 10,6, %17,4 \pm 5,7 ve %42,1 \pm 9,4 olarak hesaplanmıştır. Geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydı uygulanmış başka bir çalışmada günlük diyetle alınan enerjinin ortalama değeri araştırmaya katılan çalışan kadınlarda $2029,58 \pm 545,03$ kkal, çalışmayan kadınlarda ise $2243,66 \pm 440,16$ kkal olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada diyetle alınan günlük ortalama karbonhidrat çalışan kadınlarda $234,72 \pm 81,54$ g, çalışmayan kadınlarda $269,46 \pm 68,48$ g olup; kh yüzdesi çalışan kadınlar için %46,96 \pm 8,71, çalışmayan kadınlar için %49,02 \pm 7,26, protein alım ortalaması çalışan kadınlarda $78,74 \pm 25,30$ g, çalışmayan kadınlarda $85,56 \pm 25,69$ g, protein yüzdesi çalışan kadınlar için

%16,17±4,08, çalışmayan kadınlar için ise %15,59±3,65 olarak belirlenirken günlük ortalama toplam yağ alımı çalışan kadınlar için 83,29±29,01 g, çalışmayan kadınlar için 88,33±22,16 g ve son olarak enerjinin toplam yağdan gelen yüzdesi çalışan kadınlar için %36,74±8,16 ve çalışmayan kadınlar için %35,20±6,33 olduğu saptanmıştır (144).

Geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydına göre araştırmadaki bireyler D vitamini, tiamin, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve demiri yetersiz miktarda alırken; A vitamini ve sodyumu fazla almıştır. Yeterli alınanlar ise; enerji, protein, karbonhidrat, diyet lifi, E, K, C ve B12 vitaminleri, riboflavin, pirimidin, folat ve çinko olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17). TBSA verilerinde kadınlarda A, E, C, B12 vitamini, folat, niasin, fosfor ve bakır günlük önerilen miktarı karşılarken; B6, B1, B2, D vitamini, kalsiyum, magnezyum, demir, çinko, potasyum miktarının önerilenin altında kaldığı görülmüştür (178).

5.7. Kadınların SYİ Bulgularına Göre Değerlendirilmesi

Diyet kalitesini ölçmek amaçlı olan sağlıklı yeme indeksi, beslenmenin sağlık üzerindeki etkisinin artmasıyla zaman zaman güncellenmektedir. İlk kez 1995 yılında oluşturulmuş olup, 1998, SYİ-2005, 2010 ve son olarak Sağlıklı Yeme İndeksi-2015 olmak üzere beslenme rehberi önerilerine uygun olarak güncellenmiştir (160).

SYİ-2015'deki bileşenlerin listesi SYİ-2010'dakilerle aynıdır; aralarındaki fark SYİ-2015'den 12 bileşen yerine 13 bileşen elde edilmektedir (39). Bu 13 bileşenden 9 besin/besin ögesinin yeterli tüketimini, 4 besin/besin ögesinin de sınırlı tüketimini sorgulamaktadır (127-128).

Bu çalışmada diyet kalitesinin belirlenmesi amacıyla besin tüketim sıklığı anketi uygulanmış ve diyet kalitesini belirlerken Sağlıklı Yeme İndeksi'nin en güncel formu

olan SYİ-2015 ile değerlendirilmiştir. Fakat literatürde henüz SYİ-2015 ile ilgili çok fazla kaynak olmamasından dolayı daha çok SYİ-2010 ile kıyaslanmıştır.

Çalışmaya dahil olan bireylerin besin tüketim sıklıklarından yola çıkılarak günlük olarak tüketilen enerji ve besin öğeleri hesaplanmıştır (Tablo: 4.16). Kadınların günlük olarak aldıkları enerji ortalaması $2198,5 \pm 644,1$ kkal olarak saptanmıştır; bu değer DRI'nın %127,6'sını karşılamaktadır. Bireylerin enerjilerinin karbonhidrat, protein ve yağdan gelen oranlarının ortalaması ise sırasıyla; $41,8 \pm 7,4$, $14,1 \pm 2,8$ ve $44,1 \pm 7,3$ 'tür. Yetişkinler üzerinde yapılmış buna benzer bir çalışmada kadın ve erkek bireylerden alınan besin tüketim sıklığı anketi sonucuna göre kadınların günlük enerji alım ortalaması $1998,8 \pm 523,0$ kkal, toplam enerjinin proteinden gelen oranı $18,2 \pm 4,9$, yağdan gelen oranı $41,1 \pm 5,1$, karbonhidrattan gelen oranı ise $40,3 \pm 7,2$ 'dir (135).

Bu çalışmadaki bireylerin 3 aylık besin tüketim sıklığı sonuçlarına göre tükettikleri posa miktarı ortalaması ise $24,6 \pm 9,3$ gramdır. Tüketilen doymuş yağ asidi, tekli doymamış yağ asidi, çoklu doymamış yağ asidi miktarı ve kolesterol miktarı sırasıyla; $38,7 \pm 13,2$ g, $46,1 \pm 16,2$ g, $16,2 \pm 7,1$ g, ve $345,0 \pm 110,6$ mg olarak bulunmuştur. Diyet kalitesi ile ilgili yapılmış bir başka çalışmada yetişkin kadın ve erkeklerin toplam posa miktarı ortalaması $28,3 \pm 12,5$ gram olarak belirlenmiştir. Doymuş yağ asidi, tekli doymamış, çoklu doymamış yağ asidi ve kolesterol miktarı ortalaması erkek ve kadınların toplamında sırasıyla; $26,7 \pm 13,2$ g, $28,0 \pm 14,1$ g, $23,9 \pm 16,4$ g, $264,2 \pm 143,8$ mg, olarak saptanmıştır. Aynı sıralama yalnız kadınlarda ise $27,2 \pm 13,4$ g, $28,5 \pm 14,4$ g, $24,4 \pm 16,9$ g, $260,4 \pm 129,5$ mg olarak bulunmuştur (161).

Bu çalışma sonucunda bireylerin SYİ-2015 puanı ortalaması $62,1 \pm 4,8$ olarak bulunmuştur. Besin alımı ve diyet kalitesini belirlemek amaçlı besin tüketim kaydı uygulanmış ve sağlıklı yeme indeksi-2015 ile değerlendirilmiş bir çalışmada SYİ-2015 puan ortalaması $54,4$ 'tür (162). İki çalışmanın SYİ puan ortalamaları birbirine yakın olduğu görülmektedir.

SYİ puanları 0–50 puan arası yetersiz, 51–80 puan arası normal beslenme ve 81–100 puan arası sağlıklı beslenme olarak değerlendirilmektedir (188). Çalışmada SYİ'den 80 üzeri puan alan birey bulunmamaktadır. Benzer şekilde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da SYİ puanları 20 ile 80 arasında değişmektedir (188). Yani iki çalışmada da benzer olarak SYİ puanlarına göre sağlıklı beslenen birey bulunmamaktadır.

Bu çalışmada medeni duruma göre diyet kalitesi puanlarının ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gaziantep ilinde yapılan başka bir çalışmada daha bireylerin medeni durumu ve SYİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (163).

Çalışan bireylerin diyet kalitesi puanları $61,2\pm 4,4$ iken çalışmayan bireylerinki $62,8\pm 5,1$ 'dir. Bu iki ortalama arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,040$). Bel çevresi normal bireylerin diyet kalitesi puanları $61,0\pm 4,7$ iken yüksek risk bel çevresine sahip bireylerinki $63,5\pm 4,8$ 'dir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,034$). Bel boy oranı normal ve risk grubunda olan bireylerin diyet kalitesi puanları; $61,2\pm 4,6$ ve $63,1\pm 4,9$ 'dur. Bu iki ortalama arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır ($p=0,030$). Başka bir çalışmadaki temizlik personellerinde bel kalça oranı riskli olan ve olmayanlarda Sağlıklı Yeme İndeksi toplam puanı arasındaki fark anlamlı bulunurken; diğer antropometrik ölçümlerin risk grupları sınıflarında benzerlik göstermiştir. Aynı çalışmada idari personellerde antropometrik ölçümlerin risk sınıfları arasında SYİ toplam puanları arasında fark bulunmamıştır. Aşçılarda da BKİ, bel çevresi, bel-kalça oranı ve bel-boy oranı risk sınıfları arasında fark görülmemiştir (143). Bizim çalışmamıza ve benzer başka çalışmalara bakıldığında bireylerin diyet kalite puanları; antropometrik özellikleri, çalışıp çalışmama durumlarına ve hangi işte çalıştıkları durumuna göre değişiklik gösterebildiği düşünülmüştür.

Bireylerin BKİ'lerine göre diyet kaliteleri incelendiğinde; zayıf, normal kilolu, hafif şişman ve obez bireylerin diyet kalitesi puanları sırasıyla; $63,1\pm 1,5$, $61,5\pm 4,8$, $62,2\pm 5,1$ ve $64,2\pm 4,0$ 'dır. BKİ sınıflaması ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir

farklılık bulunmamaktadır. Diyet kalitesi ile ilgili yapılmış benzer çalışmalarda da diyet kalitesi ve BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (163, 164).

Depresyon ve beslenme arasında birçok görüş bulunmaktadır (173). Bu çalışmada depresyon düzeyi ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yüksek kaliteli bir diyetin depresif semptomların başlangıcı için daha düşük bir riskle ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır, fakat sistematik bir derlemede mevcut tüm sonuçların diyetin depresyon riskini etkilediği hipoteziyle tutarlı olmadığını belirtmiştir (174). Düşük diyet kalitesi, depresyon için risk faktörü sayıldığına dair de çalışmalar vardır (174, 175); fakat bulguların geçerliliğini arttırmak için ileriye dönük randomize kontrollü araştırmalara ihtiyaç vardır (174). Randomize kontrollü bir çalışmada beslenmesini balık yağı ile destekleyen depresyondaki insanlarda zihinsel sağlığı iyileştirebileceğini göstermiştir (165). Yine aynı çalışmada sebze, meyve, fındık, baklagiller, tahıl, sebze çeşitliliği tüketimi arttırılıp, sağlıksız besinler ve kırmızı et / tavuk) tüketiminin azaltılmasıyla Akdeniz diyeti skorlarında artış ve 3 ayda depresyonda daha fazla azalma görülmüştür. Diğer ruhsal sağlık gelişmelerinde, özellikle sebze çeşitliliği ve baklagillerdeki artış ile benzer korelasyonlar bulunmuştur. Ve yine artan omega-3 ve azalan omega-6 ile iyileşen zihinsel sağlık arasında bazı korelasyonlar bulunmuştur (165). Bizim çalışmamızı destekleyici çalışmalar olduğu gibi tersi yönde çalışmalar da bulunmaktadır; daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Kadınların IPAQ-SF değeri parametreler korelasyonu ile incelendiğinde; bireylerin vücut ağırlığı ve IPAQ-SF değerinin arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır (Tablo 4.23); yani vücut ağırlığı arttıkça bireyin fiziksel aktivitesi azalmaktadır. Başka bir çalışmada ise vücut ağırlığı ve fiziksel aktivite seviyesi arasında düşük pozitif ilişkiler olduğunu görülmüştür (190).

IPAQ-SF değerinin enerji ve herhangi bir besin ögesinin alımıyla arasında korelasyon bulunmamaktadır. Bireylerin beslenme durumlarını saptamak amacıyla Besin Tüketim Kaydı alınan ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (kısa form) uygulanan bir çalışmada da bireylerin fiziksel aktivite düzeylerine göre beslenme durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir (189).

IPAQ-SF değeri ve depresyon ölçeği puanı arasında da korelasyon bulunmamaktadır. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada IPAQ değerlerine göre; fiziksel aktivite ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı bulunamamıştır (157).

Kadınların Beck depresyon ölçeği bazı parametreler korelasyonu ile incelendiğinde; araştırmaya katılan gönüllülerin yaş ve Beck depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. DDB olan hafif şişman ve şişman bireylerde diyet kalitesi ile ilgili yapılan bir çalışmada da bu çalışmaya benzer şekilde bireylerin yaş grupları ve depresyonda olup olmama durumları arasında da önemli bir fark görülmemiştir (148).

Bireylerin günlük enerjiden gelen protein yüzdesi, kolesterol ve depresyon puanı arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi, kolesterol alımı azaldıkça depresyon seviyesi arttığı saptanmıştır. Katılımcı sayısı 7172 olan bir araştırmada kolesterol alımının depresyon skoru ile önemli bir korelasyon içerisinde olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (166). Erkek ve kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise depresyonda olan erkeklerin depresyonda olmayanlara göre daha fazla kolesterol alımlarının olduğu görülmüştür ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Fakat kadınlarda aynı düzeyde saptanmamıştır ($p > 0.05$) (148).

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre sağlık, sadece hastalık veya sakatlık olmaması değil; bedenen, mental olarak ve sosyal yönden iyilik halidir. Bunun yanında yeterli ve dengeli beslenmekte önem taşımaktadır (145).

Yukarıdaki bilgilerde incelenen benzer araştırmaların sonuçları doğrultusunda, bu çalışmanın sonucuna göre depresyon düzeyi ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo: 4.22). Fakat güncel araştırmalara göre başlıca sağlık sorunlarından biri de duygu durum bozukluğudur (167). İnsanların günlük yaşantılarındaki ruh halleri yemek yeme davranışlarını etkilemektedir (168). Depresyon, anksiyete gibi duygu durum bozukluklarında iştah azalırken, duygusal yeme davranışı gösteren bireyler aşırı yemek yeme davranışı sergileyebilmektedirler (169). Depresyonda olan ve depresyonda olmayan 29 bireyin 3 günlük besin tüketim kaydına göre besin tüketimlerinin karşılaştırılan bir çalışma sonucuna göre ise bireylerin karbonhidrat dışında benzer besin ögesi aldıkları görülmüştür. Depresyonda olan bireylerin karbonhidrat içerikli besin tüketimlerinin fazla olduğu görülürken depresyonda olmayan bireylerin protein içerikli besin tüketimleri fazla bulunmuştur. Artan karbonhidrat alımının sebebi ise depresyonun bulgusu olan “karbonhidrat içerikli besin tüketim isteğinin artması ” duygu durumundan kaynaklanmaktadır (Christensen L. ve ark., 1996).

Bireylerin vücut ağırlığı ve IPAQ-SF değerinin arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır; yani vücut ağırlığı arttıkça MET x gün x dk değeri azalmaktadır ve bireyin fiziksel aktivitesi azalmaktadır. IPAQ-SF değeri ve depresyon ölçeği puanı arasında korelasyon bulunmamaktadır. Sağlığın korunmasında beslenmenin etkisi başta gelirken, beslenmede yapılan yanlışlar ve hareketsiz yaşam stili obeziteye neden olabilmektedir.

Yapılan araştırmalarda, depresyonun obezite riskini arttırdığı veya obezitenin depresyon riskini arttırdığı gibi de birbirinden farklı sonuçlar görölmektedir; fakat bu ilişkinin depresyon ve obezite arasında karşılıklı etkileşimden kaynakladığı belirtilmiştir (171). Bu çalışma sonucunda da Beck depresyon ölçeğinden alınan puan ile vücut ağırlığı arasında pozitif bir korelasyon olduğu görölmüştür (Tablo: 4.24). Yani bireylerin vücut ağırlığı arttıkça depresyon seviyesinin arttığı saptanmıştır.

Bazı çalışmalar bu araştırmadaki sonuçlarla benzerlik gösterse de tam tersi yönde sonuçlanan çalışmalar da vardır; bu yüzden daha çok araştırmaya gerek vardır.

5.8. Sonuçlar

Bu çalışma Gaziantep ili Şehitkamil Belediyesine ait Batıkent Kadın Spor Merkezine gelen 18-65 yaş arası kadınların; beslenme durumu ve diyet kalitesi ile duyu durum düzeyi arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla planlanıp yürütölmüştür. Bu çalışmadan elde edilen bulgular:

1. Çalışma, yaşları 19-64 arasında olan 140 kadın birey üzerinde yürütölmüştür.
2. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması $38,1 \pm 11,1$ yıldır.
3. Bireylerin %66,4'ü evli, %28,6'sı bekar ve %5'i bekar veya boşanmıştır.
4. Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde %54,3'ünün bir önlisans/lisans programından mezun olduğu, %8,6'sının ise lisansüstü eğitim aldığı görölmüştür.
5. Kadınların %53,6'sı çalışmıyorken, %46,4'ünün aktif iş yaşamı vardır.
6. Bireylerin antropometrik ölçüm değerleri incelendiğinde, kadınların boy uzunluğu ortalamasının $164,3 \pm 6,5$ cm, vücut ağırlığının $66,7 \pm 10,2$ kg olarak belirlenmiştir. Bireylerin BKİ ortalaması ise $24,8 \pm 4,0$ kg/m²'dir. Bel çevresi ortalaması ise $82,8 \pm 13,9$ cm olarak saptanmıştır.

7. Çalışmaya katılan kadınların BKİ sınıflamasına bakıldığında; kadınların %2,1'i zayıf, %54,3'ü normal, %32,1'i hafif şişman ve %11,4'ü obez sınıfında yer aldığı saptanmıştır.

8. Çalışmaya katılan bireylerin bel çevresi değerleri incelendiğinde; 80 cm'den az olanların oranı %45,7 olduğu görülmüştür. %25,0 oranında birey risk sınıfında yer alırken, %29,3 oranında bireyin yüksek risk sınıfında olduğu saptanmıştır.

9. Bireylerden bel boy oranının risk sınıfında olanların oranı %46,4'dür.

10. Bireylerden bel kalça oranının risk sınıfında olanların oranı %35,7'dir.

11. Kadınların beslenme alışkanlıklarına bakıldığında; %60'nın üç ana öğün yaptığı, %40'nın ise üç ana öğünden daha az ana öğün yaptığı belirlenmiştir. Bireylerin %52,9'u ara öğün yaptığını, %36,4'ü bazen yaptığını ve %10,7'si ara öğün yapmadığını belirtmiştir. Bireylerin %74,3'ü besin desteği kullanırken, %25,7'sinin besin desteği kullanmadığı görülmüştür.

12. Kadınların %10,7'sinin sigara, %11,4'ünün ise alkol kullandığını belirlenmiştir.

13. Bireylerin iştah durumları incelendiğinde; %17,1'i sınav zamanları iştahının azaldığını, %16,4'ü arttığını bildirmiştir. %71,4 oranında bireyin hastayken iştahlarının azaldığı görülmüştür. Yorgunken iştah durumunda değişiklik yaşamayan bireylerin oranı %47,1 ve seyahat döneminde iştahının değişmediğini ifade edenlerin oranı %42,9'dur. %60 oranında bireyde ise depresyon durumunda iştahında azalma yaşadıkları belirlenmiştir.

14. Çalışmaya katılan kadınların %70,7'si sağlıklı beslendiğini düşünmektedir.

15. Bireylerin sağlık durumları incelendiğinde; %29,2'sinin hipertansiyon, %24,4'ü troid, %19,5'i diyabet, %17,1'inin hiper-kolesterolemi, %14,6'sının kalp damar hastalıkları, %7,3'ü kanser, %7,3'ü romatizmal hastalıklar ve %9'8'inin diğer hastalıkları olduğu görülmüştür. Daha önce psikoloğa başvuranların oranı ise %22,1'dir.

16. Bireylerin %35,7'si yürüyüş, %22,1'i pilates+zumba, %19,3'ü yalnızca pilates, %11,4'ü fitness, %8,6'sı fitness+pilates ve %2,9'u aerobik+pilates yapmaktadır. Bireyler haftada ortalama $3,0 \pm 1,3$ gün spor yapmaktadır; ortalama spor yapma süreleri ise $61,1 \pm 24,0$ dk olarak saptanmıştır.

17. Çalışmadaki kadınların günlük uyku süresi $7,4 \pm 1,1$ saat olarak belirlenmiştir.

18. Bireylerin IPAQ-SF testine verdikleri yanıtlar incelendiğinde; son 7 gün içerisinde minimum 10 dk şiddetli aktivite yapan bireylerin oranı %46,4, orta şiddetli aktivite yapanların oranı %27,9'dur. Yürüyüş yapan bireylerin oranı %80'dir. %40,7 oranında birey oturarak geçirdiği süreyi bilmemektedir.

19. Bireylerin toplam MET x gün x dk değeri ortalaması $1301,9 \pm 1089,3$ 'dür.

20. Son 7 gün içinde fiziksel aktivite yapmayan bireylerin BKİ'isine bakıldığında %40'ının normal, %1'inin hafif şişman %20,0'ı obez sınıfında olduğu görülmüştür. Yetersiz fiziksel aktivite yapan bireylerin ise %58,8'inin normal, %30,9'unun hafif şişman olduğu belirlenmiştir. Yeterli fiziksel aktivite yapan bireylerin BKİ değerleri ise %62,5'i normal, %25,0'ı hafif şişmandır.

21. Çalışmaya katılan kadınların Beck depresyon ölçekleri sonucuna göre; %50'si minimal depresyonda, %29,3'ü hafif depresyonda, %18,6'sının orta şiddette depresyonda ve %2,1'nin ciddi şiddette depresyonda olduğu saptanmıştır. Depresyon ölçekleri puan ortalaması ise $10,8 \pm 6,9$ 'dur.

22. Minimal depresyonu olan bireylerin BKİ değerleri ortalaması $24,9 \pm 4,1$ kg/m² dir. Ciddi depresyon yaşayan bireylerin BKİ değerleri ortalaması $27,0 \pm 8,0$ kg/m² dir.

23. Hafif depresyonu bulunan bireylerin bel çevresi ortalaması $80,2 \pm 11,6$ cm'dir. Ciddi depresyon yaşayan bireylerin bel çevresi ortalaması $93,0 \pm 24,3$ cm'dir.

24. Depresyonda olan bireylerin BKİ değerleri incelendiğinde; minimal depresyon yaşayanların %57,1' i, hafif depresyon yaşayanların %61,0'ı, orta derece depresyon yaşayanların %38,5'i ve ciddi depresyon yaşayan bireylerin %33,3'ü normal BKİ aralığında olduğu görülmüştür. Ciddi depresyon yaşayan bireylerin %33,3'ü obez sınıfında olduğu belirlenmiştir.

25. Depresyonda olan bireylerin fiziksel aktivite yapma durumlarına bakıldığında; minimal depresyon yaşayan bireylerin fiziksel aktivite yapmama oranları %30,0'dur. Hafif, orta ve ciddi depresyonu olan bireylerin fiziksel aktivite yapmama oranları sırasıyla; %17,1, %19,2 ve %66,7 olarak belirlenmiştir.

26. Bireylerin 3 ay geriye dönük olarak alınan besin tüketim sıklıklarından hesaplanan enerji ve besin öğelerine göre bireylerin günlük aldıkları enerji ortalaması 2198,5±644,1 kkal olarak saptanmıştır ve bu değer DRI'nın %127,6'sını karşılamaktadır.

27. Bireylerin %41,8±7,4 karbonhidrattan, %14,1±2,8 proteinden ve %44,1±7,3 yağdan olacak şekilde aldıkları enerjiler belirlenmiştir.

28. Bireylerin tükettikleri posa miktarı ortalaması 24,6±9,3 gramdır. Bu oran DRI'nın %98,5'ini karşılamaktadır.

29. Tüketilen doymuş yağ 38,7±13,2 g, tekli doymamış yağ asidi 46,1±16,2 g, çoklu doymamış yağ asidi 16,2±7,1 g, ve kolesterol miktarı 345,0±110,6 mg olarak saptanmıştır.

30. Bireylerden alınan 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı sonucunda tüketilen enerji ve besin öğelerinin miktarları ortalaması 1256,8±471,0 kkal'dir ve bu değer DRI'nın %72,9'unu karşılamaktadır.

31. Çalışmaya katılan bireylerin besin tüketim sıklığı kullanılarak hesaplanan HEİ-2015 puanına göre toplam diyet kalitesi puanı ortalaması 62,1±4,8'dir.

32. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin kategorilerine göre HEİ-2015 puan ortalaması değerlendirildiğinde; 19-29 yaş arası bireylerin puan ortalaması 61,4±4,4 ve 50 yaş ve üzerindeki bireylerin puan ortalaması 63,8±5,3 olarak belirlenmiştir. Yaşa göre HEİ-2015 puan ortalamasının anlamlı bir farklılığı bulunmamaktadır ($p>0,05$).

33. Evli bireylerin diyet kalite puanı 61,8±4,8, bekar bireylerinki 62,1±5,0 ve boşanmış bireylerin diyet kalitesi puanı 63,1±2,9 olarak saptanmıştır. Medeni duruma göre diyet kalitesi puanlarının ortalamasına bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

34. Çalışan kadınların diyet kalitesi puanı $61,2 \pm 4,4$ 'dir. Çalışmayan bireylerin diyet kalitesi puanı $62,8 \pm 5,1$ 'dir. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,040$).

35. Çalışmaya katılan zayıf, normal kilolu, hafif şişman ve obez kadınların diyet kalitesi puanı sırasıyla; $63,1 \pm 1,5$, $61,5 \pm 4,8$, $62,2 \pm 5,1$ ve $64,2 \pm 4,0$ 'dir. BKİ sınıflaması ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

36. Bel çevresi normal bireylerin diyet kalitesi puanları $61,0 \pm 4,7$ 'dir. Bel çevreleri yüksek risk grubundaki bireylerinki $63,5 \pm 4,8$ 'dir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlam göstermektedir ($p=0,034$). Bel kalça oranına bakıldığında ise oranları normal değerde olan bireylerin diyet kalitesi puanı $61,8 \pm 4,9$ ve risk grubundaki bireylerin puanı $62,5 \pm 4,7$ 'dir.

37. Bel boy oranı normal olan bireylerin diyet kalitesi puanı $61,2 \pm 4,6$ ve risk grubunda olan bireylerin diyet kalitesi puanı $63,1 \pm 4,9$ 'dur. Bu iki ortalama arasında istatistiksel açıdan anlam bulunmaktadır ($p=0,030$).

38. Bireylerin fiziksel aktiviteleri ve diyet kalite puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel aktivite yapmayan bireylerin ortalama diyet kalitesi puanları $62,9 \pm 3,9$ olarak bulunurken, yetersiz ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanlarınki $61,8 \pm 5,1$ ve $61,7 \pm 5,9$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre fiziksel aktivite sınıflaması ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

39. Kadınların depresyon düzeyleri ile diyet kalitesi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; minimal, hafif, orta ve ciddi depresyon düzeylerinde olan bireylerin ortalama diyet kalitesi puanları sırasıyla; $62,2 \pm 4,9$, $61,4 \pm 4,5$, $62,1 \pm 5,0$ ve $68,0 \pm 3,6$ olarak bulunmuştur. Bunun sonucuna göre de depresyon düzeyi ve diyet kalitesi puanı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

40. Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı ve IPAQ-SF değerinin arasında ters ilişki bulunmaktadır; yani vücut ağırlığı arttıkça MET x gün x dk değeri azalmaktadır; dolayısıyla bireyin fiziksel aktivitesi azalmaktadır.

41. IPAQ-SF değerinin enerji ve herhangi bir besin ögesinin alımıyla arasında kolerasyon saptanmamıştır.

42. IPAQ-SF değeri ve depresyon ölçeği puanı arasında da kolerasyon bulunmamıştır.

43. Beck depresyon ölçeğinden alınan puan ile vücut ağırlığı arasında pozitif bir kolerasyon bulunmuştur. Yani bireylerin vücut ağırlığı arttıkça depresyon seviyesinin arttığı görülmüştür.

44. Bireylerin günlük enerjiden gelen protein yüzdesi, kolesterol ve depresyon puanı arasında negatif kolerasyon bulunmaktadır. Enerjinin proteinden gelen yüzdesi, kolesterol alımı azaldıkça depresyon seviyesi artmaktadır.

5.9. Öneriler

Vücut ağırlığı ve mental sağlık arasındaki ilişki karışıkır. Günümüzde duygu durumu popülerleşen bir konu haline gelmiştir. Depresyonla ilişkisi ise artış göstermektedir. Özellikle obez bireylerde yüksek oranda görülmektedir. Obezite ve depresyon ilişkisi ile ilgili son yıllarda birçok araştırma yapılmıştır. Beslenme kadar fiziksel aktivite de fizyolojik ve psikolojik sağlık için önemlidir. Düzenli egzersiz hem mental sağlığa hem vücut ağırlığımızı etki etmektedir. Buna paralel bu çalışmada da vücut ağırlığı arttıkça depresyon seviyesinin arttığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda diyet kalitesinin duygu durumunu veya duygu durumunun diyet kalitesini etkilediği gösterilmiştir. Hızla değişen dünya ve gelişen teknolojiye iyi bir yaşam standardı için insanların beslenme konusunda bilinçlenmesi, sağlıklı beslenmeyi sürdürülebilir kılması gerekmektedir.

Bu çalışma daha önce yapılmış olan benzer bazı çalışmaların sonuçlarına destek verirken bazıları ile zıt ilişki içinde olduğu görülmüştür. Araştırmanın sonucunda diyet kalitesi, fiziksel aktivite arasında ve depresyon ile diyet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fakat daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Duygu durumu, depresyon, beslenme durumu ve diyet kalitesi ile ilgili çalışmaların diyetisyen katkılarıyla genişletilmesi gerekmektedir. Depresyon düzeyi hafif veya şiddetli farketmez bireylerin duygu durumları önemsenmelidir. Özellikle diyetisyenler danışanlarının vücut analizini, antropometrik ölçüm değerlerini, kronik hastalıklarını, ve beslenme düzenlerini sorgularken mental sağlıklarını da baz alarak diyet listelerini düzenlemeli ve onları bu konuda gerekirse psikoloğa yönlendirerek, ekip çalışması kurarak bilinçlendirmelidir.



6.KAYNAKLAR

1. Şeker EG. Sağlıklı Yaşam Biçimi: Sağlıklı Beslenme ve Egzersiz. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. (Alphan E.). 1.Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları. 3-85, 2013.
2. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guidelines for the Management of Overweight and Obesity in Adults, Adolescents and Children in Australia. Canberra. 2013.
3. Pi- Sunyer FX. Obesity: Criteria and classification, The Proceedings of the Nutrition Society. 2010. 59(4): 505-509.
4. WHO 10 facts on obesity. 2017. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/> [14/12/2019]
5. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatr Clin North Am 35(1): 51-71,2012.
6. Flegal, K.M., Kit, B.K., Orpana, H., et al. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis, Jama 309 (1), 71-82, 2013.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite Enerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış. Şubat - 2008 Ankara
8. Saraf-Bank S, Haghghatdoost F, Esmailzadeh A, et al., Adherence to Healthy Eating Index-2010 is inversely associated with metabolic syndrome and its features among Iranian adult women. Eur J Clin Nutr.71 (3): 425-430, 2016.
9. Goossens, L., Braet, C., Vlierberghe, L. et al. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. European Eating Disorders Review 17: 68-78, 2009.
10. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatr Clin North Am 35(1): 51-71,2012.
11. WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health Solarex. Erişim: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/> Erişim tarihi: 12/05/2019.
12. Lang UE, Beglinger C, Schweinfurth N, Walter M, Borgwardt S. Nutritional Aspects of Depression. Cell Physiol Biochem 2015;37:1029-43.
13. Jo-Eun Lee, You Jin Kim, Hee Jung Park, Saejong Park, Hyesook Kim and Oran Kwon. Association of recommended food score with depression, anxiety, and quality of life in Korean adults: the 2014–2015 National Fitness Award Project. Lee et al. BMC Public Health (2019) 19:956
14. Yılmaz, BÖ. Çiçek, B. & Kaner, G. (2018). Kayseri İlindeki Liselerde Öğrenim Gören Adölesanlarda Obezite Düzeyinin Ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Turk Hij Den Biyol Derg, 2018; 75(1): 77-88
15. Arslan M. Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin analizi: Marmara üniversitesi öğretim üyeleri üzerine bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi / Dicle Med J 2018;45(1):59-69.

16. Çakmur, H.,& Günes, Ü. B. (2018). Research the relationship between obesity and depression in outpatient clinics. *Turkish Journal of Family Practice*, 22(2), 58-65.
17. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi 2015. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yayımı. 1.baskı, Ankara, 2015.
18. Şeker Ş.E, Alphan M.E, Ozaydın N, Şensoy F, Aslanhan B, Özkan A. Tofaş otomobil fabrikasının montaj bölümünde çalışan işçilerin beslenme durumlarının antropometrik ölçümlerine ve kan bulgularına etkisi. *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi* 2015;(4):4-19.
19. Tayfur M, Besler HT, Kızıltan G, Yıldız E, Öztürk B, Türker PF, Pekcan G, Şanlıer N, Baş M. "Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015." T.C. Sağlık Bakanlığı. 2015, 1: 68-71.
20. Farvid M.S, Malekshah A.F, Pourshams A, Poustchi H, Sepanlou S.G and others. Dairy food intake and all cause, cardiovascular disease and cancer mortality. *Am J Epidemiol*. 2017;185(8):697–711.
21. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. 2015–2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition. December 2015.
22. National Health and Medical Research Council. Eat For Health Australian Dietary Guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council 2013.
23. Naug L.H, Colson J.N, Kundur A, Kumar A.S., Tucakovic L, Roberts M, Sın I. Occupational health and metabolic risk factors: a pilot intervention for transport workers. *IJOMEH* 2016;29(4):573-84.
24. Hoffman R, Gerber M. Food processing and the mediterranean diet. *Nutrients* 2015;(7): 7925-64.
25. Jonnalagadda S.S, Harnack L, Liu H, McKeown N, Seal C, Liu S, Fahey G. Putting the whole grain puzzle together: health benefits associated with whole grains. Summary of American Society for Nutrition 2010 Satellite Symposium *J. Nutr.* 2011;(141): 1011–22.
26. Okarter N, Liu R.H. Health benefits of whole grain phytochemicals. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2010;(50):193–208.
27. Qing Ye E, Chacko S, Chou E, Kugizaki M, Liu S. Greater whole-grain intake is associated with lower risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and weight gain. *J. Nutr.* 2012;(142): 1304–13.
28. Akbulut G. Kadın Beslenmesi Tedavisi Erkek Beslenmesi Tedavisi, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2019, 1.Baskı,
29. Akyol P. İmamoğlu O. Üniversite Öğrencilerinde Cinsiyete Göre Beslenme Alışkanlıkları. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2019; 17(3): 67-77.
30. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)-2015 (2016), T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara.
31. AmericanHeartAssociation
http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/NutritionCenter/HealthyEating/Sugar101_UCM_306024_Article.jsp AHA, 2013. Erişim tarihi: 09.12.2019.
32. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on Dietary reference values for water. *EFSA Journal* 2010; 8(3):1459. [48 pp.].

- 33.** LarsonDuyff R. Amerikan Diyetisyenler Derneği'nin Geliştirilmiş Besin ve Beslenme Rehberi. "The American Dietetic Association's Complete Food & Nutrition Guide. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey" (Çeviri Editörleri: Yücecan S, Nursal B, Pekcan G, Besler HT) Acar Matbaacılık Yay, Hiz. San ve Tic. A.Ş. İstanbul,2003.
- 34.** Falsarella, GR, Coimbra, IB, Neri, A.L, Barcelos, CC, Costallat, LT, Carvalho, OM. ve diğerleri. (2012) Impact of rheumatic diseases and chronic joint symptoms on quality of life in the elderly. Arch Gerontol Geriatr, 54 (2), e77-82.
- 35.** Li, Y., Li, Y., Yu Ng, E.H., Stener-Victorin, E., Hou, L., Wu, T. ve diğerleri. (2011) Polycystic ovary syndrome is associated with negatively variable impacts on domains of health-related quality of life: evidence from a meta-analysis. Fertil Steril, 96 (2), 452-458.
- 36.** Liang Y, Lee J, Tam CF, Bridges E, Keating XD. A two-generation study of body mass index, energy balance and specific physical activity of college students and their respective parents living in the same household at Los Angeles, California, USA. J Coll Stud. 2007;41(1):138-150.
- 37.** Podewils LJ, Guallar E, Kuller LH, Fried LP, Lopez OL, Carlson M, et al. Physical activity, APOE genotype, and dementia risk: findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. Am J Epidemiol. 2005;161(7):639-651.
- 38.** Kruk J. Physical activity and health. Asian Pac J Cancer Prev. 2009;10(5):721-728.
- 39.** Krebs-Smith S, Pannucci T, Subar A, Kirkpatrick S, Lerman J, Tooze J, Wilson MM, Reddy J. Update of the Healthy Eating Index: HEI-2015. J Acad Nutr Diet. 2018; 118(9): 1591-1602.
- 40.** Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin J, Paciorek CJ, Singh G, Gutierrez H, Lu Y, Bahalim A, Farzadfar F, Riley Y, Ezzati M. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants, 2011; 377, 9765: 557-567.
- 41.** Wiseman M. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Proceedings of the Nutrition Society, 2008; 67 (03), 253-256.
- 42.** World Health Organization. Global report on diabetes: World Health; Geneva, 2016.
- 43.** Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsıdag G, Genç S, Telci A, Canbaz B, Türker F, Yılmaz T, Çakır B, Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. European Journal of Epidemiology. 2013; 28(2):169-80.
- 44.** Cornelis MC, Rimm EB, Curhan GC, Kraft P, Hunter DJ, Hu FB, Van Dam RBI. Obesity susceptibility loci and uncontrolled eating, emotional eating and cognitive restraint behaviors in men and women. Obesity. 2014; 22(5): 135-141.
- 45.** Wolfram T, Ismail-Beigi F. Efficacy of high-fiber diets in the management of type 2 diabetes mellitus. Endocrine practice, 2011; 17 (1): 132-142.
- 46.** World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases - Introduction (Rapor No: 916). Geneva: World Health Organization, 2013.

47. Fagherazzi G, Vilier A, Sartorell DS, Lajous M, Balkau B, Chafelon FC. Consumption of artificially and sugar-sweetened beverages and incident type 2 diabetes in the Etude Epidémiologique auprès des femmes de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale–European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2013; 97(3): 517–523.
48. Gu Y, Nieves JW, Stern Y, Luchsinger JA, Scarmeas N. Food combination and Alzheimer disease risk: a protective diet. *Archives of Neurology*, 2010; 67 (6): 699-706.
49. Fallaize R, Livingstone K. M, Celis-Morales C, Mcready A, San-Cristobal R, Navas-Carretero S, Marsaux CFM, O'Donovan CB, Klossa S, Moschonis G. Association between diet-quality scores, adiposity, total cholesterol and markers of nutritional status in European adults: findings from the Food4Me study. *Nutrients*, 2018; 10(1): 49.
50. Alhazmi A, Stojanovski E, McEvoy M, Garg ML. The association between dietary patterns and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: the Official Journal of the BDA*, 2014; 27(3):251-60.
51. Florence MD, Asbridge M, Veugelers PJ. Diet Quality and Academic Performance. *J Sch Health*. 2008; 78(4): 209-215.
52. Marshall S, Burrows T, Collins CE. Systematic review of diet quality indices and their associations with health-related outcomes in children and adolescents. *Journal of human nutrition and dietetics :the official journal of the BDA*.2014; 27(6):577-98.
53. Gil A, Martinez de Victoria E, Olza J. Indicators for the evaluation of diet quality. *Nutricion hospitalaria*. 2015; 3: 128-44.
54. Kourlaba G, Panagiotakos DB. Dietary quality indices and human health: a review. *Maturitas*, 2009; 62 (1): 1-8.
55. Exebio JC, Zarini GG, Exebio C, Huffman F. Healthy Eating Index scores associated with symptoms of depression in Cuban-Americans with and without type 2 diabetes: a cross sectional study. *Nutr J* 2011; 10: 135.
56. Huffman FG, De La Cera M, Vaccaro JA. Healthy eating index and alternate healthy eating index among Haitian Americans and African Americans with and without type 2 diabetes. *J Nutr Metab*, 2011; 324-398.
57. Matheson EM, King DE, Everett CJ. Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals. *J Am Board Fam Med* 2012; 25(1): 9-15.
58. Drewnowski A, Aggarwal A, Cook A, Stewart O, Moudon A. Geographic disparities in Healthy Eating Index scores (HE_-2005 and 2010) by residential property values: Findings from Seattle Obesity Study (SOS). *Prev Med*. 2016; 83: 46-55.
59. Weinstein SJ, Vogt TM, Gerrior SA. Healthy Eating Index scores are associated with blood nutrient concentrations in the third National Health And Nutrition Examination Survey. *J Am Diet Assoc* 2014; 104(4): 576-584.

60. Kuczmarski MF, Cremer Sees A, Hotchkiss L, Cotugna N, Evans M, Zonderman A. Higher Healthy Eating Index-2005 scores associated with reduced symptoms of depression in an urban population, *J Am Diet Assoc*; 2010;110(3): 383- 389.
61. Rathod AD, Bharadwaj AS, Badheka AO, Kizilbash M, Afonso L. Healthy Eating Index and mortality in a nationally representative elderly cohort. *Arch Intern Med*, 2012; 172 (3): 275-277.
62. World Health Organization 2016 http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
63. Guenther, P.M., Casavale, K.O., Reedy, J., Kirkpatrick, S.I., Hiza, H.A., Kuczynski, K.J. ve diğeri. (2013). Update of the healthy eating index: HEI-2010. *Journal of Academic Nutrition and Dietetic*
64. Tuka V, Daňková M, Riegel K, Matoulek M. "Physical activity - the Holy Grail of modern medicine?", *Vnitr Lek. Fall*, 2017, 63(10): 729-736.
65. Kocatepe Tıp Dergisi The Medical Journal of Kocatepe 12: 145-150 / Eylül 2011 Afyon Kocatepe Üniversitesi Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması Investigation of Physical Activity and Quality of Life Differences between Male and Female Young Adults Abdurrahman Genç, Ümit Şener, Hatice Karabacak, Kağan Üçok
66. The Relation Between Physical Activity and Mental Health: Psychological Effects of Exercise-Biochemical, Physiological and Psychosocial Mechanisms Seçkin Şenışık Spor Hekimliği Ad, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir Türkiye Klinikleri *J Sports Med-Special Topics*. 2016;2(2):1-7
67. Kobel S, Wartha O, Dreyhaupt J, Kettner S, Steinacker JM. "Cross-sectional associations of objectively assessed sleep duration with Physical activity, BMI and television viewing in German primary school children." *BMC pediatrics*, 2019, 19(1): 54.
68. Yıldırım, D, Yıldırım, A, Eryılmaz, M. "Sağlık çalışanlarında fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi ilişkisi". *Cukurova Medical Journal* 44 (2019): 325-333
69. Bogdanovic G, Stojanovich L, Djokovic A, Stanisavljevic N. Physical activity program is helpful for improving quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Tohoku J Exp Med*. 2015;237:193-9. 5.
70. Arslan, M. (2018). Beslenme Alışkanlıkları Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Analizi: Marmara Üniversitesi Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Çalışma. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(1), 59-69.
71. Hekim, M., & Yüksel, Y. (2015). Ortaokul Öğrencilerinin Beden Kitle İndeksi Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Yaş, Cinsiyet Ve Spor Yapma Durumlarına Göre İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 259.
72. Rosen, LD, Lim AF, Felt J, Carrier LM, Cheever NA, Lara-Ruiz JM, Rokkum, J. "Media and technology use predicts ill-being among children, preteens and teenagers independent of the negative health impacts of exercise and eating habits", *Computers in human behavior*, 2014, 35: 364-375.
73. Church, TS, Thomas DM, Tudor-Locke C, Katzmarzyk PT, Earnest CP, Rodarte RQ, Bouchard C. "Trends over 5 decades in US occupation-related physical activity and their associations with obesity", *PloS one*. 2011, 6(5): e19657

74. Sormaz Ü, Şanlıer N. “Repast Consumption Habits And Health Issues Of Food and Beverage Services Department Apprentice Students”, K. Ü. Kastamonu Eğitim Dergisi 2015, 23 (4): 1619-1632.
75. Shook RP, Hand GA, Drenowatz C, Hebert JR, Paluch AE, Blundell JE, Blair SN. “Low levels of physical activity are associated with 84 dysregulation of energy intake and fat mass gain over 1 year”, The American journal of clinical nutrition, 2015, 102(6): 1332-1338.
76. Li J, Pursey K, Duncan M, Burrows T. “Addictive Eating and Its Relation to Physical Activity and Sleep Behavior”, Nutrients, 2018, 10(10): 1428.
77. Zhu Z, Tang Y, Zhuang J, Liu Y, Wu X, Cai Y, Chen P. “Physical activity, screen viewing time, and overweight/obesity among Chinese children and adolescents: an update from the 2017 physical activity and fitness in China—the youth study.” BMC public health, 2019, 19(1): 197.
78. Bulut S. “Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite”, Turkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology, 2013; 70(4) 23-25.
79. Borodulin K, Evenson KR, Monda K, Wen F, Herring A, Dole N. Physical activity and sleep among pregnant woman. Pediatric and Perinatal Epidemiology, 2010, 24(1): 45-52.
80. Kaur J, Sharma C. Exersize in sleep disorders. *Delphi Psychiatry Journal*, 2011, 14: 7-133.
81. Alpözgen AZ, Özdiñler AR. “Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri: derleme”, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2016;3(1), 66-72.
82. Ghaemi SN, Lenox ML, Baldessarini RJ, Effectiveness and safety of antidepressants in long term treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 62:565 – 569, 2011.
83. Hyman SE, Nestler EJ. The molecular foundations of psychiatry. American Psychiatric Pres. Inc. Washington DC, 2015.
84. Durany N, Michel T, Zöchling R, et al., Brain derived neurotrophic factor and neurotrophin 3 in schizophrenic psychoses. *Schizophr Res.* 52 (1-2):79-86, 2011.
85. Blugeot A, Rivat C, Bouvier E, et al., Vulnerability to depression: from brain neuroplasticity to identification of biomarkers. *The Journal of Neuroscience* 31(36): 12889-99, 2011.
86. Gerrig JR, Zimbardo PG. Psychology life.19th edition. New Jersey Pearson Education, 454-455, 2010.
87. Akiskal HS. Mood disorders: historical introduction and conceptual overview. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1559-75, 2015.
88. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 9. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press: 429-85, 2016.
89. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2013.
90. Rihmer Z, Angst J: Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 447-59, 2005
91. Lam RW, Mok H. Depression. 1. Baskı, New York: Oxford University Press: 21- 32, 2008.

- 92.** Jacquelyn H. Flaskerud. Mood and food. *Issues in Mental Health Nursing* 2015; 36:307–10.
- 93.** White BA, Horwath CC, Conner TS. Many apples a day keep the blues away – Daily experiences of negative and positive affect and food consumption in young adults. *British Journal of Health Psychology* 2013;18:782–98.
- 94.** Grosso G, Pajak A, Marventano S, Castellano S, Galvano F, Bucolo C, et al. Role of omega-3 fatty acids in the treatment of depressive disorders: A comprehensive meta-analysis of randomized clinical trials. *PLOS ONE* 2014; 9: e96905.
- 95.** Hennebelle M, Champeil-Potokar G, Laviaille M, Vancassel S, Denis I. Omega-3 polyunsaturated fatty acids and chronic stress-induced modulations of glutamatergic neurotransmission in the hippocampus. *Nutrition Review* 2014; 72: 99–112.
- 96.** Mischoulon D. The impact of omega-3 fatty acids on depressive disorders and suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry* 2011;72,1574– 6.
- 97.** Prasad C. Food, mood and health: a neurobiological outlook. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 1998;31,1517–27.
- 98.** Logan AC, Jacka FN. Nutritional psychiatry research: an emerging discipline and its intersection with global urbanization, environmental challenges and the evolutionary mismatch. *J Physiol Anthropol* 2014;33:22.
- 99.** Gold SS. Eat your way happy. The mood boosting benefit of food. *Yoga Journal* 2015.
- 100.** Hopf SM. You are what you eat: How food affects your mood. *Dartmouth Undergraduate Journal of Science* 2013. <http://dujs.dartmouth.edu/2011/02/you-are-what-you-eat-how-food-affectsyour-mood/#.V3PaHdKLTIU>
- 101.** Strasser B, Gostner JM, Fuchs D. Mood, food, and cognition: role of tryptophan and serotonin. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2016;19:55–61.
- 102.** Stone TW, Darlington LG. The kynurenine pathway as a therapeutic target in cognitive and neurodegenerative disorders. *Br J Pharmacol* 2013;169:1211–27.
- 103.** Lakhan SE, Vieira KF. Nutritional therapies for mental disorders. *Nutrition Journal* 2008; 7:2
- 104.** Wang Y, Kasper LH. The role of microbiome in central nervous system disorders. *Brain, Behavior, and Immunity* 2014; 38: 1–12.
- 105.** Lang UE, Beglinger C, Schweinfurth N, Walter M, Borgwardt S. Nutritional Aspects of Depression. *Cell Physiol Biochem* 2015;37:1029-43.
- 106.** Dash S, Clarke G, Berk M, Jacka FN. The gut microbiome and diet in psychiatry: focus on depression. *Curr Opin Psychiatry*. 2015;28:1-6.
- 107.** Borre YE, O’Keefe GW, Clarke G, Stanton C, Dinan TG, Cryan JF. Microbiota and neurodevelopmental windows: implications for brain disorders. *Trends Mol Med* 2014; 20:509-18.
- 108.** Miyake Y, Tanaka K, Okubo H, Sasaki S, Arakawa M. Intake of dairy products and calcium and prevalence of depressive symptoms during pregnancy in Japan: a cross-sectional study. *BJOG* 2015;122:336-43.

- 109.** Miki T, Kochi T, Eguchi M, Kuwahara K, Tsuruoka H, Kurotani K, et al. Dietary intake of minerals in relation to depressive symptoms in Japanese employees: the Furukawa Nutrition and Health Study. *Nutrition* 2015;31:686-90.
- 110.** Vashum KP, McEvoy M, Milton AH, McElduff P, Hure A, Byles J, et al. Dietary zinc is associated with a lower incidence of depression: findings from two Australian cohorts. *J Affect Disord* **2014;166:249- 57.**
- 111.** Sawada T, Yokoi K. Effect of zinc supplementation on mood states in young women: a pilot study. *Eur J Clin Nutr.* 2010;64:331-3.
- 112.** Lang UE, Borgwardt S. Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. *Cell Physiol Biochem* 2013;31:761-77.
- 113.** Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Forger NG, Powers SI, Willett WC, Johnson SR, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D and risk of premenstrual syndrome in a prospective cohort study. *BMC Womens Health* 2014;14:56.
- 114.** Hoang MT, Defina LF, Willis BL. Association between low serum 25-hydroxyvitamin D and depression in a large sample of healthy adults: the Cooper Center longitudinal study. *Mayo Clin Proc* 2011;86:1050–5.
- 115.** Yüksel RN, Altunsoy N, Tikir B, Cingi Külük M, Unal K, Goka S, Aydemir C, Goka E. Correlation between total vitamin D levels and psychotic psychopathology in patients with schizophrenia: therapeutic implications for add-on vitamin D augmentation. *Ther Adv Psychopharmacol* 2014;. 4: 268–75.
- 116.** Munoz CX, Johnson EC, McKenzie AL, Guelinckx I, Graverholt G, Casa DJ, et al. Habitual total water intake and dimensions of mood in healthy young women. *Appetite* 2015;92:81–6.
- 117.** Zhao G, Ford ES, Li C, Tsai C, Dhingra S, Balluz LS. Waist circumference, abdominal obesity, and depression among overweight and obese U.S. adults: national health and nutrition examination survey 2005-2006. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 130.
- 118.** Johnson C.L., Paulose-Ram R., Ogden C.L., Carroll M.D., Kruszan-Moran D., Dohrmann S.M. ve ark., National health and nutrition examination survey. Analytic guidelines 1999-2010, 2013.
- 119.** Sevinçer, G.M., Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3 (4), 171-178.
- 120.** Elçi Boğaz, M , Kutlu, R , Cihan, F . "Obezite ile yeme davranışı, beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki" . *Cukurova Medical Journal* 44 (2019): 1064-1073
- 121.** Okumuşoğlu S , Arkar H . Obeziteli Bireylerde Kilo Verme Başarısının Depresyon Yatkınlığı ile İlişkinin Araştırılması. *IJHE.* 2017; 3(1): 98-119.
- 122.** Pahalı C , Omay O , Bulut H , Hızlı Sayar G . Psikiyatrik Hasta Popülasyonunda Beden Kitle İndeksi ve İlişkili Faktörler. *J Contemp Med.* 2018; 8(4): 326-332.
- 123.** Pekcan, G. Beslenme Durumunun Saptanması. *Diyet El Kitabı* (Ed. Baysal ve ark.) 8. baskı.. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 67-142
- 124.** Waist circumference and waist-hip ratio- report of a WHO expert consultation. *World Health Organisation; Geneva, 8–11 December 2008*

- 125.** Erçim R.E. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi Ve Sağlıklı Yeme İndekslerinin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014(Danışman:Prof. Dr. Ayla Gülden Pekcan)
- 126.** Onvani S, Haghghatdoost F, Surkan PJ, Larijani B, Azadbakht L. Adherence to the Healthy Eating Index and Alternative Healthy Eating Index dietary patterns and mortality from all causes, cardiovascular disease and cancer: A meta-analysis of observational studies. *J Hum Nutr Diet.* 2017;30(2):216-226.
- 127.** Uçar EM. Yetişkin Bireylerde Yeni Besin Korkusu Ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018(Danışman: Doç. Dr. Mevlüde Kızıl)
- 128.** Panizza EC, Shvetsov BY, Harmon EB, Wilkens RL, Le Marchand L, Haiman C ve ark. Testing the predictive validity of the Healthy Eating Index-2015 in the Multiethnic Cohort: Is the score associated with a reduced risk of all-cause and cause-specific mortality? *Nutrients.* 2018;10(4).
- 129.** Guenther P, Reedy J, M. Krebs-Smith S, B. Reeve B, Basiotis P. Development and evaluation of the Healthy Eating Index-2005. *J Am Diet Assoc* 2008 Nov;108(11):1896-901.
- 130.** Uluslar Arası Fiziksel Aktivite Anketi <https://www.ftronline.com/uluslararası-fiziksel-aktivite-anketi/> Erişim Tarihi:05.12.2019
- 131.** Işık Ö., Özarslan A., Bekler F., Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Uyku Kalitesi Ve Depresyon İlişkisi, Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi Cilt 9, Özel Sayı, 2015
- 132.** Kırçalı N. Diyet Magnezyum Alımı İle Duygu Durum Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,2018 (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Pelin Bilgiç)
- 133.** Teğin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Doktora tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi; 1980.
- 134.** Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13.
- 135.** Pehlivan M. Yetişkin Bireylerde Kendine Saygı Ve Duygu Durumunun Antropometrik Ölçümler Ve Beslenme Durumu İle İlişkisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2015, (Danışman: Prof. Dr. Gül Kızıltan)
- 136.** Sibel Kılınç FT. Türkiye’de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2011;86(1):39-47.
- 137.** Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2016.
- 138.** George D, Mallery M. ‘‘SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide And Reference’’ 2012.
- 139.** Jacquelyn H. Flaskerud Mood and food. *Issues in mental health nursing* 2015; 36:307–10.
- 140.** Arman Arab, Sanaz Mehrabani, Sajjad Moradi, Reza Amani; The association between diet and mood: A systematic review of current literature. 2019 Jan;271:428-437

- 141.** Rodrigo Yáñez-Sepúlveda, Fernando Barraza-Gómez, Eduardo Báez-San Martín, Oscar F Araneda, Juan P Zavala, Gernot K Hecht, Marcelo Tuesta. Differences in energy expenditure, amount of physical activity and physical exertion level during a Zumba fitness class among adult women who are normal weight, overweight and obese. 2018;58(1-2):113-119.
- 142.** Özkan İ., Hafif Şişman/ Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı, Depresyon Ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Pelin Bilgiç)
- 143.** Özcan Ç., İş Stres Düzeyi, Beslenme Durumu, Diyet Kalitesi Ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2018 (Danışman: Doç. Dr. Mevlüde Kızıl)
- 144.** Dyt. Uluçay V., Manavgat İlçesinde Yaşayan Çalışan Ve Çalışmayan Kadınlarda Duygu Durumunun Beslenme Davranışı Üzerine Etkisi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi Ankara, 2018 (Danışman: Prof. Dr. Muhittin Tayfur)
- 145.** Selen Müftüoğlu, Ayça Parlakyiğit, Vardiyalı çalışan işçilerin fiziksel aktivite, duygudurumu ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye, Turkiye Klinikleri J Health Sci. 2020;5(1):10-21
- 146.** Rock, CL. (2007), Multivitamin multimineral supplements: Who uses them?. American Journal of Clinical Nutrition, 85(1):277S-279
- 147.** Öztaymıncı N., Beden Kütle İndeksi Farklı Yetişkin Kadınlarda Yeme Tutumu Ve Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019(Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aylin Açıkgöz)
- 148.** Güray A., Duygu Durum Bozukluğu Olan Hafif Şişman Ve Şişman Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları, Diyet Kalitesi Ve İştah Durumlarının Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019 (Danışman: Prof. Dr. Gül Kızıltan)
- 149.** Sönmez B, Kasım İ, Diabetes Mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri, Türk Aile Hek Derg 17(3): 119-124,2013.
- 150.** Rodrigo Luiz Vancini, Angeles Bonal Rosell Rayes, Claudio Andre Barbosa de Lira, Karine Jacon Sarro, Marilia Santos Andrade. Pilates and aerobic training improve levels of depression, anxiety and quality of life in overweight and obese individuals, 2017 Dec;75(12):850-857.
- 151.** Neha Kapoor, Jane Naufahu, Sundus Tewfik, Sushma Bhatnagar, Rakesh Garg, Ihab Tewfik. A prospective randomized controlled trial to study the impact of a nutrition-sensitive intervention on adult women with cancer cachexia undergoing palliative care in India, 2017 Mar;16(1):74-84.
- 152.** Dyt. Alpaslan A. Oruç Tutan Bireylerde Serum Fgf21 Düzeylerinin, Beslenme Durumunun Ve Bazı Antropometrik Ölçümlerin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Beslenmesi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018 (Danışman: Doç. Dr. Zeynep Göktaş)

- 153.** Yeter Kitiş, Yasemin Gümüş. 20 yaş ve üzeri kadınların fiziksel aktivite düzeyleri, fiziksel aktiviteye ilişkin inançları ve davranış aşamalarının belirlenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;4(3)
- 154.** Ekinci GK., Diyarbakır İli Yenişehir Toplum Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Bireylerin Uyku Kalitesinin Diyet Kalitesine Ve Antropometrik Ölçümlere Etkisinin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019 (Danışman: Prof. Dr. Ayla Gülten Pekcan)
- 155.** Yerlisu Lapa, T., & Haşıl Korkmaz, N.(2017). Fiziksel aktivite düzeyinin pozitif ve negatif duygu durumuna etkisinin cinsiyete göre karşılaştırılması: Akdeniz ve Uludağ Üniversiteleri örneği. Journal of Human Sciences, 14(4), 3177-3187. doi:10.14687/jhs.v14i4.4478
- 156.** Karagöl A., Özçürümez G., Taşkıntuna N., Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi, Anadolu Psikiyatri Derg 15: 207-213, 2014.
- 157.** Burçin Ölçücü, Şerife Vatansver, Gülsen Özcan, Akın Çelik, Yakup Paktaş, Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve anksiyete ilişkisi: Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi,2015(4) 294-303
- 158.** Felipe B Schuch, Davy Vancampfort, Joseph Firth, Simon Rosenbaum, Philip B Ward, Edson S Silva, Mats Hallgren, Antonio Ponce De Leon, Andrea L Dunn, Andrea C Deslandes, Marcelo P Fleck, Andre F Carvalho, Brendon Stubbs. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies, 2018 Jul 1;175(7):631-648.
- 159.** Amanda Baker, Héloïse Sirois-Leclerc, Heather Tulloch. The impact of long-term physical activity interventions for overweight/obese postmenopausal women on adiposity indicators, physical capacity, and mental health outcomes: A Systematic Review, 2016;2016:6169890.
- 160.** Guenther, PM., Casavale, KO., Reedy, J., Kirkpatrick, SI., Hiza, HA., Kuczynski, KJ. ve diğerleri. (2013). Update of the healthy eating index: HEI-2010. J Acad Nutr Diet. 2013 April ; 113(4): .doi:10.1016/j.jand.2012.12.016.
- 161.** Dyt. Şahin MA., Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014 (Danışman: Doç. Dr. Zehra Büyüktuncer Demirel)
- 162.** SL., Winter LL., Clark R., Ledoux T., Robinson-Whelen S. Baseline dietary intake of individuals with spinal cord injury who are overweight or obese. J Acad Nutr Diet 2019 Feb;119(2):301-309.
- 163.** Sağlam EE, Gaziantep İlinde Yaşayan Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Yetişkin Kadınların Beslenme Durumunun Sağlıklı Yeme İndeksi İle Değerlendirilmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2018 (Danışman: Prof. Dr. Mine Yurttagül)
- 164.** Bal E, Malkoç N, Yaşam bilimleri fakültesi öğrencilerinin yaşam ve diyet kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yaşam Bilimleri Fakültesi, Egzersiz Ve Spor Bölümü, İstanbul, Spormetre-The Journal Of Physical Education And Sport Sciences, 18(3), 2020, 157-168

- 165.** Parletta N, Zarnowiecki D, Cho J, Wilson A, Bogomolova S, Villani A, Catherine Itsiopoulos C, Niyonsenga T, Blunden S, Meyer B, Segal L, Baune BT, O'Dea K. A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: A randomized controlled trial (HELFIMED), 2019 Jul;22(7):474-487
- 166.** Banikazemi Z, Mokhber N, Safarian M. Dietary vitamin E and fat intake are related to Beck's depression score. *Clinical Nutrition ESPEN* 10:61-65, 2015.
- 167.** Ghaemi SN, Lenox ML, Baldessarini RJ, Effectiveness and safety of antidepressants in long term treatment of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 62:565– 569, 2011.
- 168.** Serin Y, Şanlıer N. Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. 1 Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara. 2 Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara DOI: 10.14744/Phd.2018.23600 *J Psychiatric Nurs* 2018;9(2):135-146
- 169.** Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Et Al. *Ann Intern Med* 2005;142:547–59.
- 170.** Christensen L, Somers S. Comparison of nutrient intake among depressed and nondepressed individuals. *Int J Eat Disord* 20:105-9, 1996.
- 171.** Güray A. The relationship between obesity and mood, diet quality and Appetite, 2019; 4(2), 147-157
- 172.** Luppino FS, De Wit ML, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Pennix B, Zitmann FG. Overweight, obesity and depression a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(3):220-229.
- 173.** Dyt. Yurtseven K. Depresyon Hastalarında Beslenme İle İlişkili Kan Çinko Ve Bakır Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019 (Danışman: Prof. Dr. F. Gülhan Samur)
- 174.** Molendijk M, Molero P, Sánchez-Pedreño FO, Does WVD, Martínez-González MA. Diet quality and depression risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. 2018 Jan 15;226:346-354.
- 175.** Bodnar LM, Wisner KL. Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biol Psychiatry* 2005;58:679- 85.
- 176.** Warburton, DE, Nicol, CW, Bredin, SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian medical association journal*, 2006; 174 (6), 801-809.
- 177.** Aliye Özenoğlu. Duygu durumu, besin ve beslenme ilişkisi, *ACU Sağlık Bil Derg* 2018; 9(4):357-365
- 178.** Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2019)[Elektronik Sürüm]. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü.
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf
- 179.** Gerber M, Brand S, Elliot C, Holsboer-Trachsler E ve Pühse U. Aerobic exercise, ball sports, dancing, and weight lifting as moderators of there lationship between stres and depressive symptoms:

an exploratory cross-sectional study with swiss university students. *Perceptual & Motor Skills*, 2014; 119(3): 679-697.

180. Dietary guidelines for Americans 2015–2020. U.S. Department of Physical Activity Guidelines for Americans. 2015: 73. (8th ed.).

181. Hamer M, Ingle L, Carroll S, Stamatakis E: Physical activity and cardiovascular mortality risk: possible protective mechanisms? *Med Sci Sports Exerc* 44: 84-8, 2012.

182. Erdoğan M, Certel Z, Güvenç A. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi: obezite ve diğer özelliklere göre incelenmesi (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği) *Spor Hekimliği Dergisi* Cilt: 46, S. 97-107, 2011

183. Türkiye Diyabet Vakfı <https://www.turkdiab.org/diyabet-hakkinda-hersey.asp?lang=TR&id=54> Egzersiz. Erişim tarihi: 28.11.2020

184. Thome J, Espelage D. Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors* 5 (2004) 337 – 351

185. Tekin G, Amman MT ve Tekin A (2009). Serbest zamanlarda yapılan fiziksel egzersizin üniversite öğrencilerinin depresyon ve atılganlık düzeylerine etkisi. *International Journal of Human Sciences*, 6(2):148-159.

186. Onyike CU, Crum RM, Lee HB. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*, 158: 1139-1147, 2003.

187. Zhong W, Cruickshanks KJ, Schubert CR. Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam Offspring Study population. *Depress Anxiety*, 27: 846- 851, 2010.

188. Mevra Aydın Çil, Zeynep Caferoğlu, Pelin Bilgiç. Üniversite öğrencilerinde diyet kalitesinin ve yeme davranışının antropometrik ölçümler ile ilişkisi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2020; 11(1):61-67

189. Turan G. Kadın Ve Erkek Paramedik Öğrencilerinin Fiziksel Uygunluk Beslenme Durumları Ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019 (Danışman: Doç. Dr. Ani AGOPYAN)

190. İpek C. Genç Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Vücut Kompozisyonu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2018 (Danışman Prof. Dr. Şükrü Serdar Balcı)

7.EKLER

EK 1. Etik Kurul Formu



EK 2. Belediye Onayı

Ek 3. Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

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

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Araştırmacı Diyetisyen Yüksek Lisans Öğrencisi Esra Nur DÖŞ tarafından Acıbadem Üniversitesi'nde bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

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

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

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

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

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

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

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

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ	Esra Nur Döş-Diyetisyen	
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

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

EK 4. Anket Formu

ŞEHİTKAMİL BELEDİYESİ BATIKENT KADIN SPOR MERKEZİNE DEVAM EDEN YETİŞKİN KADINLARIN BESLENME DURUMU VE DİYET KALİTESİ İLE DUYGU DURUM DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI ANKET FORMU

Sayın katılımcı, bu çalışma bilimsel bir amaca hizmet etmek için hazırlanmıştır ve bilgilerinizin gizliliği ön planda tutulacaktır. Lütfen her soruyu doğru ve eksiksiz cevaplayınız; çalışmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim..

A. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Anket No:
2. Doğum Tarihi (gün/ay/yıl) : Yaş (yıl):.....
3. Boy: Kilo: Bel: Kalça:
4. Medeni durumunuz:
a. Bekar b. Evli c. Boşanmış d. Dul e. Ayrı yaşıyor
5. Çocuk sayınız....
6. En son bitirdiğiniz okul: Lise () Üniversite() Yüksek lisans()
Doktora()
7. Çalışıyor musunuz?
Evet () Hayır()

B. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

8. Genellikle günde kaç ana öğün yersiniz?
9. Ara öğün tüketir misiniz?
Evet () Hayır () Bazen ()
10. Besin destek ürünü kullanıyor musunuz? (vitamin, omega-3, probiyotik vb.)
Evet () (cevap evetse nedir?.....) Hayır ()
11. Sigara kullanıyor musunuz?
Evet() Hayır ()

12. Alkol kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

13. Günde kaç bardak veya litre su içersiniz?

.....bardak veyalitre

14. Hangi durumlarda iştahınızda değişiklik olur? (yanlarına işaret koyunuz)

DURUM İŞTAHIM AZALIR İŞTAHIM ARTAR

İŞTAHIM DEĞİŞMEZ

- Sınav zamanları
- Hastayken
- Yorgunken
- Yolculukta
- Üzüntülü veya gerginken
- Depresyondayken
- Diğer(belirtiniz.....)

C. SAĞLIĞI ETKİLEYEN KİŞİSEL BİLGİLER

15. Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()

16. Haftada kaç gün hangi sporları yapmaktasınız? Gün sayısı..... Süre.....

- a.pilates-zumba b.aerobik-zumba c.fitness-pilates d.yalnız fitness
e.yalnız pilates f.diğer.....

17. Doktor tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı? Evet () Hayır ()

(varsa aşağıdan seçtiklerinizin yanına işaret koyunuz)

Kalp-damar Hastalıkları ()

Yüksek tansiyon ()

Yüksek kolesterol ()

Şeker hastalığı ()

Kanser () türü:.....

Diğer

18. Daha önce psikiyatriste ya da psikoloğa başvurduğunuz mu ?

Evet() Hayır()

19. Günde kaç saat uyursunuz?

.....saat

20.FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU

Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün. Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

a) Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım.(3. Soruya geçiniz) b) Haftada _____ gün

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

a) Bilmiyorum/Emin değilim b) Günde _____ dakika c) Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

a) Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. Soruya Geçiniz) b) Haftada _____ gün

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

a) Bilmiyorum/Emin değilim b) Günde _____ dakika c) Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde 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 içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

a) Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz) b) Haftada _____ gün

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

a) Bilmiyorum/Emin değilim b) Günde _____ dakika c) Günde _____ saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

a) Bilmiyorum/Emin değilim b) Günde _____ dakika c) Günde _____ saat

21.BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Sayın katılımcı aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümleye işaret koyunuz.

- A. (0)** Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B. (0)** Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C. (0)** Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D. (0)** Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam Anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- E. (0)** Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F. (0)** Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G. (0)** Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- H. (0)** Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ. (0)** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J. (0)** Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K. (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sınırlı değilim.

- (1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
- (2) Şimdi hep sinirliyim.
- (3) Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.

L. (0) Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

- (1) Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
- (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
- (3) Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. (0) Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiç karar veremiyorum.

N. (0) Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

- (1) Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

O. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

- (1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
- (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
- (3) Hiçbir şey yapamıyorum.

P. (0) Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

- (1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

- (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S. (0) İştahım her zamanki gibi.

- (1) İştahım her zamanki kadar iyi değil.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Artık hiç iştahım yok.

T. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.

- (1) İki kilodan fazla kilo verdim.
- (2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
- (3) Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

U. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

- (1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
- (2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
- (3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

- (1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
- (2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
- (3) Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim

Beck Depresyon Ölçeği Skoru.....

22. BESİN TÜKETİM SIKLIĞI (son 3 ayda tüketilenler)

BESİN GRUPLARI VE BESİNLER	Her Öğün	Her Gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 Günde 1	Ayda 1	Hiç	Miktar gr/cc
Süt ve Süt Ürünleri									
Süt									
Ayran									
Peynir									
Yoğurt									
Dondurma									
Et, Yumurta, Kurubaklagiller									
Kırmızı et									
Tavuk									
Balık									
Sakatat(cığır, böbrek vb.)									
Yumurta									
Kurubaklagiller(kuru Fasulye, nohut vb.)									
Yağlı Tohumlar(fındık, badem vb.)									
Sebze ve Meyveler									
Yeşil yapraklı sebzeler									
Diğer sebzeler									
Patates									
Taze meyveler									
Kuru meyveler									
Ekmek ve Tahıllar									
Beyaz ekmek ve türleri									
Kepekli ekmek ve türleri									
Diğer ekmek türleri(çavdar,tam buğday vb.)									
Makarna, erişte vb.									
Yufka									
Pirinç									
Bulgur									
Börek									
Kurabiye									
Kek									
Buğday unu									
Kahvaltılık tahıl ürünleri									
Mısır(patlamış)									
Cips vb.									

BESİN GRUPLARI VE BESİNLER	Her Öğün	Her Gün	Haftada 5-6	Haftada 3-4	Haftada 1-2	15 Günde 1	Ayda 1	Hiç	Miktar gr/cc
Gazlı ve Diğer İçecekler									
Kolalı içecek(normal/light)									
Hazır meyve suyu									
Kahve (hazır)									
Türk kahvesi									
Çay									
Bitki çayları(ıhlamur, ada çayı vb.)									
Maden suları									
Meyveli gazozlar									
Şeker ve Yağ									
Şeker(çay şekeri)									
Bisküvi(tatlı)									
Bisküvi(tuzlu)									
Bal									
Reçel									
Pekmez									
Tahin									
Hazır kek									
Şekerleme, lokum									
Çikolata									
Margarin									
Tereyağ									
Sıvı yağ(Ayçiçeği, mısır)									
Zeytinyağı									
Mayonez									
Hazır Besinler									
Dondurulmuş besinler									
Pide, lahmacun									
Ketçap									
Et suyu tabletleri									
Hamur işi tatlıları									
Sütlü tatlılar									
Diğer(.....)									

23.BESİN TÜKETİM KAYDI (Son 24 Saatte Tüketilen Besinler)**TARİH:/...../.....**

Öğünler	Yemek	Miktar
SABAHA		
KUŞLUK		
ÖĞLEN		
İKİNDİ		
AKŞAM		
GECE		

8. ÖZGEÇMİŞ





