

# **Genç Kadınlarda Menstrüasyon Semptomlarının İştah, Sezgisel Yeme ve İrrasyonel Besin İnançları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi**

**Elif İrem Sun**

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve  
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi  
Eylül 2019  
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

---

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy  
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

---

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer  
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

---

Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran  
Tez Danışmanı

---

Değerlendirme Komitesi

1. Yrd. Doç. Dr. Sema Erge

---

2. Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran

---

3. Yrd. Dr. Nazal Bardak Perçinci

---

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, genç kadınlarda menstrüasyon semptomlarının iştah, sezgisel yeme ve irrasyonel besin inançları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Yapılan literatür araştırmalarında ülkemizde, menstrüasyon ile ilişkili iştah, duygusal yeme, irrasyonel yeme ve beslenmeyi etkileyen faktörler arasında nasıl bir ilişki olduğuna dair yapılan araştırma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Bu sebeple bu çalışma menstrüasyon siklusunun duygusal iştah, irrasyonel besin inançları ölçeği ve menstrüasyon semptom ölçeği arasında nasıl bir ilişki olduğunu değerlendirmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Çalışma, Gazimağusa ilçesinde yer alan ve Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde öğrenim gören ve 18-24 yaş arası 357 kadın öğrenciyi kapsamaktadır. Çalışmaya katılan kadın öğrencilere, araştırma doğrultusunda hazırlanan anket formunda, sosyo-demografik özellikleri ve beslenme alışkanlıkları, menstrüasyon semptom ölçeği (MSÖ), duygusal iştah anketi (DİA), sezgisel yeme ölçeği, irrasyonel besin inançları ölçeği ve antropometrik ölçümler yer almıştır. Çalışmaya katılan kadın öğrencilerin ortalama BKİ değeri,  $\bar{x}=21,45\pm 3,13$  kg/m<sup>2</sup> dir. Kadınların BKİ sınıflarına göre menstrüasyon semptom ölçeğinde bulunan ağrı belirtileri alt boyutundan alınan puanlar arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Zayıf kadınların ise, sezgisel yeme ölçeğinin genelinden ve ölçekte bulunan açlık-doygunluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan almış olduğu puanlar, hafif şişman/obez bireylere göre, anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Hafif şişman/obez kadınların irrasyonel yeme alt boyutundan almış olduğu puanlar zayıf kadınlara göre, anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05). Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden almış olduğu puanlar arttıkça, sezgisel yeme ölçeğinden almış olduğu

puanlar azalmakta, duygusal iştah anketindeki duygusal yemek yeme-negatif duygu ve duygusal yemek yeme-negatif olay alt boyutundan ve irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından almış olduğu puanlar ise artış göstermektedir ( $p<0,05$ ). Kadınların, sezgisel yeme ölçeğinden almış olduğu puanlar arttıkça, duygusal iştah anketi alt boyutları duygusal yemek yeme-pozitif duygu, duygusal yemek yeme pozitif-olay alt boyutundan almış olduğu puanlar ise artış göstermektedir ( $p<0,05$ ). Kadınların, irrasyonel yeme alt boyutundan almış olduğu puanların artması ile, duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutundan aldığı puanlar da artış göstermektedir ( $p<0,05$ ). Kadınların, rasyonel yeme alt boyutu puanları arttıkça, duygusal yemek yeme pozitif duygu puanları da artış göstermektedir ( $p<0,05$ ). Kadınlarda, menstrüasyon semptomları ve bu çalışmada kullanılan ölçekler ilişkili bulunmuştur. Yaşanan semptomları en aza indirgemek için, menstrüasyon dönemindeki psikolojik faktörler de göz önüne alınarak bir plan oluşturulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** menstrüasyon, duygusal beslenme, irrasyonel besin inançları.

## ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the relationship between menstruation symptoms and appetite, intuitive eating and irrational food beliefs in young women. In literature studies, it is seen that the number of studies on the relationship between menstruation-related appetite, emotional eating, irrational eating and factors affecting nutrition are limited. Therefore, this study was planned and conducted to evaluate the relationship between menstruation cycle, emotional appetite, irrational nutritional beliefs scale and menstruation symptom scale. This study includes 357 female students who are studying at Eastern Mediterranean University in Famagusta and their age ranges vary between 18-24. Socio/demographic characteristics and nutritional habits, menstruation symptom scale, emotional appetite questionnaire, intuitive eating scale, irrational nutritional beliefs scale and anthropometric measurements were included in the questionnaire given to the female students participating in this study. The mean BMI of the female students participating in the study is  $\bar{x} = 21.45 \pm 3.13 \text{ kg / m}^2$ . It was found that the difference between the scores obtained from the pain symptoms sub-dimension in the menstruation symptom scale according to BMI classes of women was found to be statistically significant. ( $p < 0,05$ ). On the other hand, the scores of the thin women from the overall intuitive eating scale and the reliance on hunger/saturation clues in the scale were significantly higher than those of the slightly obese/obese individuals. ( $p < 0,05$ ). It was found that the scores of the women who were slightly obese / obese from the irrational eating sub-dimension were significantly higher than those of the thin women. ( $p < 0,05$ ). As the scores of the menstruation symptom scale increased, the scores obtained from the intuitive eating scale decreased and in the questionnaire of

the emotional eating/negative emotion and emotional eating/negative event subscale of the emotional appetite and the irrational eating and rational eating subscales, the scores increased. ( $p < 0,05$ ). As the scores of women on the intuitive eating scale increased, the scores of the emotional appetite questionnaire subscales from emotional eating-positive emotion and emotional eating positive-event subscales increased. ( $p < 0,05$ ). With the increase in the scores obtained from the irrational eating sub-dimension, the scores of the emotional eating-negative emotion and emotional eating-negative event sub-dimension also increased. ( $p < 0,05$ ). As the rational eating subscale scores of women increased, emotional eating-positive emotion scores increased as well. ( $p < 0,05$ ). Regarding women, the symptoms of menstruation and the scales used in this study were correlated. In order to minimize the symptoms experienced, a plan should be drawn up considering the psychological factors during the menstruation period.

**Keywords:** menstruation, emotional nutrition, irrational nutritional beliefs.

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanması, yürütölmesi ve yazımına kadar geçen süreçte her türlü bilimsel ve manevi desteği sağlayan, her daim sabırla yol gösteren, vaktini ve yardımını asla esirgemeyen tez danışanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilimsel ve manevi desteklerini esirgemeyen tüm hocalarıma,

Maddi manevi desteklerini esirgemeyen, uzakta olsalar da her zaman yanımda hissettiren, her anımı güzelleştiren, canım annem Gülseren Sun'a ve canım babam Ercüment Sun'a,

Bu zorlu süreçte son dakikaya kadar yanımda olan, bana güç veren değerli arkadaşlarım Uzm. Dyt. Gökem şen'e, Öğr. Sonay Gardiyanoglu'na, Uzm. Dyt. Yadigar Sorge'e ve Cemal Kılıç'a teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

ÖZ .....	iii
ABSTRACT .....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR .....	xi
TABLO LİSTESİ.....	viii
1 GİRİŞ .....	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam.....	1
1.2 Araştırma Amacı ve Hipotezi.....	3
1.3 Araştırmanın Önemi .....	4
2 GENEL BİLGİLER .....	5
2.1 Kadın Üreme Sistemi .....	5
2.1.1 Ovaryum ( Yumurtalık ).....	5
2.2 Menstrüasyon .....	6
2.2.1 Menstrüal Siklus Dönemleri.....	9
2.3 Premenstrual Sendrom .....	13
2.3.1 Premenstrual Sendrom Risk Faktörleri.....	14
2.4 Menstrual Sendrom ve Beslenme.....	17
2.4.1 Diyetin Enerji ve Makro Besin Ögesi İçeriği .....	18
2.4.2 Diyetin Mikro Besin İçeriği.....	20
2.4.3 Menstrüal Döngünün BKİ ve Vücut Bileşimine Etkisi .....	20
3 BİREYLER VE YÖNTEM.....	22
3.1 Araştırma Yeri ve Zamanı.....	22
3.2 Araştırmada Evren - Örneklem Seçimi .....	22



3.3 Araştırmanın Genel Planı .....	24
3.4 Verilerin Toplama Araçlarının Özellikleri .....	25
3.4.1 Genel Bilgiler .....	25
3.4.2 Menstrüal Semptom Ölçeği (MSÖ).....	25
3.4.3 Duygusal İştah Anketi (DİA) .....	26
3.4.4 Sezgisel Yeme Ölçeği.....	27
3.4.5 İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği (İBİÖ) .....	28
3.5 Antropometrik Ölçümler .....	28
3.5.1 Beden Kütle İndeksi (BKİ).....	29
3.5.2 Vücut Ağırlığı.....	30
3.5.3 Boy Uzunluğu.....	30
3.6 Verilerin Analizi.....	30
4 BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	32
5 TARTIŞMA.....	51
5.1 Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi .....	51
5.2 Bireyin Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi.....	55
5.3 Kadınların Antropometrik Ölçümlere Ait Değerlendirmesi .....	58
5.4 Menstrüasyon Semptom Ölçeği ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi .....	62
5.5 Sezgisel Yeme Ölçeği ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi .....	64
5.6 Duygusal İştah Anketi ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi.....	66
5.7 İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi.....	68
5.8 Öğrencilerin MSÖ, SYÖ, DİA ve İBİÖ Puanları Arasındaki Kolerasyonların Değerlendirilmesi .....	71

5.9 Kadınların BKI sınıflarına göre Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	74
6 SONUÇ .....	82
7 ÖNERİLER .....	89
KAYNAKLAR.....	91
EKLER.....	114
Ek 1: Etik Kurul Onayı.....	115
Ek 2: Onam Formu .....	116
EK 3: Anket Formu .....	118
EK 5: Duygusal İştah Anketi .....	126
EK 6: Sezgisel Yeme Ölçeği – İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği.....	127

## KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BİA	Biyoelektrik İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DİA	Duygusal İştah Anketi
FSH	Folikül Uyarıcı Hormon
GLA	Gama Linoleik Asit
İBİÖ	İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği
İES	Intuitive Eating Scale
Kg/m <sup>2</sup>	Kilogram/metrekare
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LH	Lüteinizan Hormon
MSÖ	Menstrüasyon Semptom Ölçeği
PGE1	Prostaglandin E1
RBİ	Rasyonel Besin İnançları
SPSS	Statistical-Package-for-Social-Sciences
SYÖ	Sezgisel Yeme Ölçeği
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TC	Türkiye Cumhuriyeti
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

## TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: WHO BKİ Sınıflaması.....	29
Tablo 4.1: Kadınların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 4.2: Kadınların Hastalık Durumlarına Göre Bilgiler .....	34
Tablo 4.3: Kadınların Sigara ve Alkol Kullanımına Yönelik Bilgiler .....	35
Tablo 4.4: Kadınların Genel Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Bilgiler.....	36
Tablo 4.5: Kadınların Antropometrik Ölçümlerine Ait Bilgiler .....	38
Tablo 4.6: Kadınların BKİ Değerlerine Göre Obezite Durumu Dağılımı .....	38
Tablo 4.7: Kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği puanları.....	39
Tablo 4.8: Kadınların BKİ sınıflarına göre Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	41
Tablo 4.9: Kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar .....	44
Tablo 4.10: Kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği Puanları ile Vücut Ağırlığı ve BKİ Arasındaki İlişki .....	47
Tablo 4.11: Kadınların Sezgisel Yeme Ölçeği Puanları İle Vücut Ağırlığı ve BKİ Arasında İlişki .....	48
Tablo 4.12: Kadınların Duygusal İştah Anketi Puanları ile Vücut Ağırlığı ve BKİ Arasında İlişki .....	49
Tablo 4.13: Kadınların İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanları ile Vücut Ağırlığı ve BKİ Arasında İlişki .....	50

# Bölüm 1

## GİRİŞ

### 1.1 Kuramsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Menstrüasyon, kadınlarda ergenlik dönemi ile başlayan ve menopoz ile sona eren, ortalama 30 – 35 yıl devam edebilen yaşamsal bir süreçtir. Bir çok kadında, 25–35 gün aralık göstererek seyretmekte ve kadınların, over işlevlerinde olan gelişmeler sonucu, üreme yeteneğini düzenlemektedir [1-2]. Ortalama 5 gün devam etmektedir. Menstrual döngünün süresi, her kadında değişiklik gösteriyor olsa da, ortalama bir döngü, 28 gün devam etmektedir. Menstrual döngü, endokrin sisteminin kontrolünde oluşur ve üreme için gereklidir [3-4-5].

Kadınların üreme çağı boyunca, sık olarak karşılaşılan menstrüasyon dönemi öncesinde meydana gelen, menstrüasyon döneminde de hızlı bir şekilde düzelen Premenstrual Sendrom (PMS) ise, bilişsel, somatik, davranışsal ve duygusal semptomların tümüdür. Premenstrual Sendrom, menstrüal siklusun, luteal evresinde oluşan ve menstrüasyon döneminin başlaması ile düzelme gösteren duygusal, davranışsal ve fiziksel değişimler, bozulmalar olarak tanımlanmaktadır [6-7], Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği incelendiğinde, bireye PMS tanısı konulması için, semptomların menstrüasyon döneminden önceki 5 gün de görülüyor olması ve menstrüasyon döneminin başlamasından sonra 4 gün içinde, son bulması gerekmektedir [8].

Orta derece ve şiddetli seyreden PMS görüldüğünde, PMS prevalansının %5 ile %43 arasında değişiklik gösterdiği gözlemlenmiştir [9-10]. Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarda ise, PMS’nin prevalansı %5.9 ile %76 olduğu görülmüştür [11-12-13].

PMS’nin ruhsal semptomları arasında, ağlama, irritabilite, depresif ruh hali sergileme, konsantre olmakta güçlük çekme, gerginlik, çarpıntı, kızgınlık, huzursuzluk, unutkanlık, bireyin vücudunda ödem oluşumu, vücut ağırlığında artma, baş ağrısı, bulantı, ishal, ciltte lezyonlar, ileri derecede susama hissi, kusma, eklem ve kaslarda ağrı, iştahta artış vb. görülebilir. Davranışsal semptomlar ise, bireylerde yorgunluk, uykuda güçlük çekme veya uykuya eğilim, cinsel istekte artma veya azalma ve baş dönmesi olarak sıralanabilir. [8].

PMS’nin ortaya çıkmasıyla, yalnızca hormonal değişimler değil, bireylerin kültür, annenin işi ve eğitim seviyesi, menstruasyon dönemi ile ilgili bilgisi, dismenore vb. menstrual rahatsızlıkların da etkin olabileceği gösterilmektedir [14]. PMS’li bireylerdeki, iştah durumunda artış veya azalmalara bağlı besin tüketimlerinde de değişimler gözlemlenmektedir [15-16]. Ayrıca PMS’ye bağlı olarak, enerji-karbonhidrat alımında bir artış olması ve kalsiyum, çinko, potasyum, sodyum mineralleri, magnezyum, tiamin, riboflavin, D vitamini, fitoöstrojenler ve B6 vitamininin, PMS ile ilişkisinin olabileceğini göstermektedir [17-18-19].

PMS’li bireylerde, menstruasyondan önceki evrede (premenstrual) ve menstruasyondan sonraki evrede (postmenstrual), besin tüketim durumuna bakıldığında, şeker içeriği yüksek içecek ve atıştırmalıklar olarak tanımlanan hazır paketli gıdalara yönelimin premenstrual dönemde artış gösterdiği gözlemlenirken, kompleks karbonhidrat tüketiminde ise azalmalar olduğu gözlemlenmiştir [16].

Alkol, asitli içecekler, kahve, çay ve çikolata alımlarında artış olması ve semptomların tetiklenmesinde rol oynayan unsurlar olarak görülmesinden dolayı, diyetle değişiklikler yapılması gerekliliği ve özellikle luteal fazda, sınırlamalar yapılması gerektiği, PMS’de vücutta su tutumuna karşı ödem oluşmasının engellenmesi için de sodyum kısıtlaması yapılmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır [20].

Elzem yağ asitlerinin alınmasının, PMS’nin şiddetinde azalmayı sağlamak için kullanılabileceği de saptanmıştır [21]. Yüksek miktarda yağ tüketen bireylerde, kandaki östrojen seviyelerinde artış görülürken, doymuş yağ tüketimindeki artışın ise, vücutta su tutulmasına neden olduğu saptanmıştır [22].

PMS ile yaşayan bireylerde, en çok luteal faz esnasındaki enerji alımlarında, önemli bir artma görüldüğü gözlemlenmiştir [18]. Enerji alımında artış görülmesinin sonuçlarından biri de, adipozite ve PMS’nin ilişkisi incelendiği zaman, Beden Kütle İndeksi (BKI) - PMS risk ve semptomlarının arasında hem kuvvetli, hem de doğrudan bir ilişkisi bulunduğu gözlemlenmektedir. Bu dönemde yaşanan hormonal değişimlerden dolayı, ruh hali de değişkenlik göstermektedir. Ruh halinde yaşanan değişimler de iştahı ve enerji alımını doğrudan etkilemektedir. Kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, iştahta azalma veya artmalar, şekerli yiyeceklere yönelimin artması gibi durumlar gözlenebilmektedir. [23].

Bu çalışma genç kadınlarda menstrüasyon semptomlarının iştah, sezgisel yeme ve irrasyonel besin inançları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yürütülmüştür.

## **1.2 Araştırma Amacı ve Hipotezi**

Bu araştırma, KKTC’de, Doğu Akdeniz Üniversitesi’nde eğitim gören 18–24 yaş arasında olan genç kadınlarda menstrüasyon semptomlarının iştah, sezgisel

yeme ve irrasyonel besin inançları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

1. Menstrüasyon semptomlarının şiddetinin artışı genç kadınlarda iştah düzeyini artırır mı?
2. Menstrüasyon semptomlarının şiddetinin artışı genç kadınlarda sezgisel yeme puanını etkiler mi?
3. Menstrüasyon semptomlarının şiddetinin artışı genç kadınlarda irrasyonel besin inançlarını etkiler mi?

### **1.3 Araştırmanın Önemi**

Yapılan literatür araştırmalarında ülkemizde, menstrüasyon ile ilişkili iştah, duygusal yeme ve beslenmeyi etkileyen faktörler arasında nasıl bir ilişki olduğuna dair yapılan araştırma sayısının az olduğu görülmektedir. Bu sebeple bu çalışma, menstrüasyon siklusunun duygusal iştah, irrasyonel besin inançları ölçeği ve menstrüasyon belirti ölçeği arasında nasıl bir ilişki olduğunu değerlendirmek amacıyla planlanmıştır ve yürütülmüştür.



## **Bölüm 2**

### **GENEL BİLGİLER**

#### **2.1 Kadın Üreme Sistemi**

Kadınların genital organları, vajina, rahim (uterus), fallopi tüpleri (uterus tüpleri) ve yumurtalıklardan (ovaryum) oluşmaktadır. Dar bir kanal biçiminde olan vajina, serviks uteriyle beraber kas formundaki uterusu açılmaktadır. Uterusun, üst bölgesi uterus boynuzundan çıkan ve ovaryuma doğru giden fallopi tüpleri, ovaryuma fimbriayla bağlanmaktadır [24]. Fallopi tüpleri ovumun geçtiği yol olmak ile birlikte, ek olarak ovumun döllendiği ve embriyo formuna geçtiği yer olarak bilinmektedir [25].

##### **2.1.1 Ovaryum ( Yumurtalık )**

Ovaryumlar, hem endokrin hem de ekzokrin salgısı salgılayan bezlerdir. Erişkin kadınlarda, 2-8 gram ağırlıktadır. Germinal epitelyumla çevrili olan ovaryum, epitelyumun altında çeşitli gelişmiş evrelerde olan birden fazla grafian foliküllerini içermektedir. Doğum sırasında 750.000'e kadar ulaşabilen folikül sayısı, 25-40 yaş aralığında 70.000, 40 yaş üstünde ise menopozun yaklaşması ile 10.000'lere kadar düşmektedir. Ergenlik dönemi ile olgunluk seviyesine ulaşmaya başlayan foliküller, gereken olgunluğa ulaştığı zaman ovumu çevrelemiş olan hücreler, hızla çoğalarak folikülün ortasında folikül sıvısıyla dolu bir alan oluşturmaktadır [26-27]. Olgunlaşmış olan folikül, büyüme evresine girmekte, böylece folikül hazır hale gelmiş olmaktadır. Ovulasyon esnasında folikül çatlamakta ve ovum karın boşluğuna

bırakılmaktadır. Bu süreçte ise yumurtada dölleme oluşmazsa, menstrüal siklusu başlamış olduğu anlamına gelmektedir [24-25].

## **2.2 Menstrüasyon**

Üreme fonksiyonlarının ve menstrüasyon döneminin, düzgün devam edebilmesi için bütün organizmada, özellikle de üreme organlarında aylık düzenli şekilde görülen değişikliklerin hepsine menstrüasyon döngüsü (menstrüasyon siklusu) adı verilmektedir [28]. Kadın doğurganlığının, yaşamın sürekliliğinin simgesi şeklinde kabul gören menstrüasyon, ilk kanama ile başlayıp (menarş), menapozla son bulan, her ay tekrarlanan periyodik endokrinik bir aktivitedir. Menstrüal döngü, adetini birinci günü ve sonraki döngü kanamasının ilk günü arasındaki zaman aralığını kapsamaktadır [2].

Normal şartlarda 28 günde bir tekrarlayan bu siklus kişiye, çevresel faktörlere, organizmalara, yaşam koşullarına göre değişiklikler gösterebilmektedir [3-4]. Ek olarak bireylerin beslenmesi, diyeti, egzersizi, duygusal durumları, doğumlar ve düşüklükler de döngü sürelerini etkilemektedirler. Bu sebeple 21–35 gün aralığında seyreden sikluslar da normal kabul görülmektedir. Menstrüasyonun, ortalama olarak 5 gün sürdüğü kabul edilmiş olsa bile 2–6 gün arası seyreden kanamaların da normal olarak kabul edilmeleri gerekir [29].

Menstrüasyon sırasında atılan kan miktarının, doğru bir şekilde bilinmesi zor olsa da, bu miktarın 60–100 mL arası değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Bu aşamada kanamanın fazlalığından veya azlığından daha çok, bireylerin alışmış olduğu her zamanki periyodunun dışında bir olayın gelişip, adet döneminde düzensizlik yaşaması gibi durumlar önem taşımaktadır [29].

Premenstrüal sendromun etiolojisi konusunda net olarak bilinen bir şeyin olmamasının yanında, görüşlerden en sık olanı, psikolojik duygu durum

bozuklukları, bireylerde stres seviyesi ve genetik faktörler olarak görülmektedir [30-31]. Östrojen düzeyinin yükselmesi ve ya düşmesi, aldosteron, adrenal bezlerin aktivitesindeki artmalar, prolaktin salınımındaki artmalar, östrojen ve progesteron oranlarında meydana gelen değişiklikler ve progesteron düzeyinin düşmesi, premenstrual sendromun meydana gelmesinde sorumlu olan hormonal değişikliklerdir [32].

Menstrüal nedenle olan kanamalar, endometriyumun yüzeysel fonksiyonel olan kısmının atılmasını gerçekleştirir. Bu tabakanın tekrar oluşması ve endometriyumdaki değişiklik, hipotalamus ve hipofiz yardımıyla salgılanmakta olan hormonlar sayesinde kontrol edilen overdan salgılanan, östrojenin ve progesteronun etkisi sayesinde gerçekleşmektedir [3]. Hafif ya da orta şiddetli PMS'den kaçınmak için, yaşam tarzını değiştirmek, stresten uzak durmak ve bireyin diyetinde değişiklikler ile birlikte genel anlamda, farmakolojik yönden tedavi gerekmeden düzelmeler görülebilir. Düzenli spor yapılması, diyetle yapılan düzeltmeler, günlük yazma alışkanlığı, vitamin – mineral takviyesi ve bilişsel-davranışsal terapi yapılmaktadır. Şiddetli görülen PMS'de ise, serotoninin geri alım inhibitör grubu adıyla faaliyet gösteren, gonadotropin salan hormon agonistleri, antidepresanlar, farmakolojik bulgular ve diüretikler de kullanılmaktadır [3-32-33].

Karbonhidrat tüketilmesi ile serotonin arasında ilişki olduğu, hayvan ve insan denekler üzerinde yapılmış olan araştırmalarda, serotonin düzeyinin beyinde azalmasının PMS'ye neden olabileceği bulunmuştur [16-18-19-34]. PMS'li bireylerde, günlük diyetten gelen glisemik indeks ile, konsantrasyon ve su tutumu gibi belirtiler arasında zıt yönlü ilişki olduğu görülmektedir.[35]. Karbonhidrat tüketilmesi ile serotonin arasında ilişki olduğu, hayvan ve insan denekler üzerinde

yapılmış olan araştırmalarda, serotonin düzeyinin beyinde azalmasının PMS'ye neden olabileceği bulunmuştur [24].

Menstrual döngü, sadece endometriyumdaki değişiklikler ile sınırlı kalmadığından, endometriyumu etkisi altına alan over hormonların etkileri ile de değerlendirilmesi gerekmektedir. Ek olarak sayısız büyüme faktörü, enzimler ve peptidler, steroidler, endometrial doku arası iletken olarak etkisini sürdürmektedir [29].

Hipotalamus, hipofiz bezi n lob hücrelerinden, Folikül Stimlizan (uyarıcı) Hormon (FSH) ve de Lüteinizan Hormon (LH) salgılanmasını oluşturan, Gonadotropin Salgılatıcı Hormonu (GnRH) retmektedir. Normal LH ve FSH salınımını sağlamak için hipofiz n lobunun, bir GnRH uyarıya ihtiyaı vardır. GnRH, ayrıca n lob hücrelerinin, östrodiol duyarlılıklarını da arttırmaktadır. Fakat retilen FSH ve LH'ın, kana salgılanmasına etkisi oldukça az olmaktadır. Overler, bu iki hormonun kana salgılanmasını, hipotalamus merkezlerinin pozitif ve negatif geri bildirim ile beraber veya durdurarak kontrol altında tutmaktadır. Overler ek olarak progesteron, östrodiol ve de androjen üretim yeridir [36-37-38].

Östradiol retimi, FSH etkisi altında olup, folikül fazının sonlarına doğru giderek artmaktadır. Kanda derecesi, riskli eşiği atlatınca pozitif feed-back işlemeye başlar ve n loba dolan LH kana salınır. Buna LH piki denmektedir. LH piki, Graaf foliklnde yaptığı değişimler ile, ovulasyonu gerçekleştirmektedir. Folikül en ince olan yerinden çatlamakta, ovum dışarı atılmaktadır [36-37-38].

Progesteron, luteal faz hazırlığını oluşturan Corpus Luteum'da üretilmektedir. Corpus Luteum, fonksiyonlarını LH etkisi ile yürütmektedir. Luteal faz sırasında kanda LH derecesi bazal derecededir. Progesteron retimi yükseldikçe, bir köşeden preovulatar foliküllerin gelişimi durur, ayrıca yüksek seviyedeki strodioln etkisini

de yok etmektedir. Böylece Luteal Faz korunmuştur. Yeni bir FSH – LH piki baskılanmış olmaktadır. Fertilizasyon gerçekleşmemiş olursa, 14 – 15 günlük yaşam süresi son bulan Corpus Luteum “luteoliz” ile küçülmeye uğramaktadır ve fonksiyonu sonlanmaktadır. Progesteron üretimi durmakta, progesteron bloğu ortadan kalkmaktadır. Yeni baştan foliküllerin gelişme süresi serbest hale gelmekte, yeni döngü yolunun açılması sağlanmış olmaktadır [36-37-38].

### **2.2.1 Menstrüal Siklus Dönemleri**

Başlangıcı puberte olan ve menapoz görülene kadar görülen 28 günlük döngü, 4 ayrı evrede tanımlanmaktadır;

#### **a. Foliküler Faz (Proliferasyon Fazı)**

FSH ve LH etkisi altında overlerde, folikül gelişimi gerçekleşmektedir. Gelişen foliküllerden salgılanmaya başlayan östrojenin etkisiyle, endometriyumda proliferasyon görülmektedir. Menstrüal kanamanın ilk gününden ovulasyona kadar geçen sürede, foliküler fazı üç dönemde incelemek mümkün olmaktadır. Buna göre; erken foliküler faz, 4-7.günler arası, orta foliküler faz, 8-10. günler arası, geç foliküler faz ise 11-14. günler arasında gerçekleşmektedir [36].

Döngünün 8–12. günlerinde, bir folikül, diğer gelişmekte olanlardan öne geçmektedir ve ikinci foliküller atreziye uğramaktadır. LH eğrisinden bir kaç gün evvel ise olgunlaşmış durumda olan bu folikül (preovulatar folikül), ovulasyon adayı olmuş, “graaf folikülü” adını almaktadır [36-37-38].

Östrodiol, baskın olan folikül oluşumuna yardım ederken, aynı zamanda foliküler faz ortalarında LH reseptörlerini de arttırmaya başlamaktadır. Foliküler faz sonlarındaysa, granüloza hücrelerindeki LH reseptörlerinin bariz bir şekilde artışına yol açmaktadır [36-37-38].

Artmakta olan östrodiol, endometrial hücrelerde proliferasyonu, gland oluşmasını ve vasküler gelişmeyi uyarmaktadır. Ayrıca hem kendi reseptörlerini, hem de progesteron reseptörlerini arttırmaktadır. Proliferatif fazın sonunda ise endometrium kalınlaşmaktadır [36-37-38].

#### **b. Periovulatuvar Faz**

Periovulatuvar faz, 3 gün sürmektedir. LH eğrisi başlangıcından önceki 5 saatlik bir dönemde, serum östrodiol ve progesteron seviyelerinde bir artış olmaktadır. LH eğrisinin oluşması, östrodiol ve progesteron artışı ile meydana gelmektedir. Bu eğrinin ortalama süresi 48 saat olup, ilk 14 saatinde çıkış, 14 saati pik, 20 saati ise iniş olarak kabul görmektedir [36-37-38].

Ovülasyon yani yumurtlama, LH eğrisinin başlamasından 16 saat önce başlayabileceği gibi, 40 – 48 saat sonra da başlayabilmektedir. LH pikindense, yaklaşık 10 – 30 saat sonra gerçekleşmektedir. Bu eğrinin ilk 12 saatinde, östrojen ve progesteron seviyelerinde değişimler yaşanmaktadır. Östrodiolde ani bir şekilde düşüş meydana gelirken, progesteron seviyesinde artış ortaya çıkmaktadır. Bu durumda da folikül duvarını zayıflatan kollajenolitik enzimleri aktif hale getirerek artış göstermiş olan folikül içi basıncı etkisi altında, folikül çeperinden oosit (dişi gamet) atılmaktadır [36-37-38].

#### **c. Luteal Faz (Sekresyon Faz)**

Bu dönemde ise ovülasyon sonrası oluşmuş olan korpus luteumdan salgılanmaya başlayan progesteronun etkisiyle birlikte, endometriumda sekretuar değişimler olmaktadır. Bunun olmasındaki amaç, fertilize ovumun implantasyonu ile gebeliğin erken dönemde devamlılığı olmasını sağlamaktır. Ovulasyondan, menstrüel kanamaya kadar devam eden süreyi kapsamaktadır [36-37-38].

Yukarda anlatıldığı gibi ovulasyon ile beraber, progesteron salınımının başlaması ile birlikte, endometrium, farklı bir histolojik görüntü kazanarak, yaklaşık 14 gün devam eden sekretuar faz meydana gelmektedir. Bu faz da, erken, orta, geç sekretuar faz olarak 3 fazda incelenmiştir. Bu biçimde incelenmesi, klinik açıdan da çok önemlidir [39].

**Erken Sekretuar Faz;** Erken sekretuar faz, normal devam eden döngünün 14. gününde, kendini göstermektedir. En bilinen histolojik görünümü, gland epitelinin, bazal tarafında subnükleol vakuollerin görülmesidir [39]. Progesteron, gland gelişimini ve damarlarda bulunan kıvrımları daha da artırarak, stromal hücrelerin, desidüalizasyonuna sebebiyet vermektedir [36-37-38].

**Orta Sekretuar Faz;** Normal olan menstrüal döngüde, 20-21. günlerde görülmektedir. En belirgin histolojik görünümü, subnükleol vakuollerin, lümene dökülerek kaybolması ve ek olarak bu esnada stromada ödemin oluşmasıdır [39].

**Geç Sekretuar Faz;** Geç sekretuar faz ise, normal menstrüasyon döngüsünün, 23-24. günlerinde meydana gelmektedir. Bu fazda oluşan ödemin geçmesi ve spiral arteriollerin net bir şekilde çıkması ile birlikte, karakterize olan dönemdir [39]. Endometrial gelişim, menstrüasyon başlamadan 5-6 gün evvel durmaktadır. Ovulasyondan 10 gün sonra ise, korpus luteum gerileme göstermeye başlamaktadır. Östrodiol ve progesteron azalmaya başlar. Endometrial glandların, mukus salgısı da azalır. Ovulasyondan 11 gün sonra ise, lenfositler endometriumu baskılamaya başlar ve endometrial stromada, lokal granüloze lenfositler olarak bilinen Kornchenzellein hücreleri, çoğalmaya başlar. Stroma incelik, ödem oluşumu başlayarak premenstrüal desidüal reaksiyon oluşmaya başlar [36-37-38].

#### **d. Menstrüel Faz**

Var olan histolojik, hisitokimyasal ve immunohisto kimyasal veriler, menstrüasyon esnasında vücuttan dışarı verilen menstrual dokuların, gebelikle ilgili olmadan, östrojen-progestin tarafından meydana getirilen endometriumun, kendi kendine sindirmesi sonucunda olduğu düşünülmektedir [40].

Menstrüel sıvı, inflamatuvar faktörler ile birlikte eritrosit ve proteolitik enzimler bakımından fazlasıyla zengin olan endometriumun, otolize uğramış hali yani kendi kendini sindirmiş olan kısmından oluşmaktadır. Ayrıca proteolitiklerden, plazmin menstrüel kanın, pıhtılaşma durumunun önüne geçtiği düşünülmektedir. Plazminojeni, plazmine çevirmekle görevli olan plazminojen aktivatörleri, endometriumda, hem geç sekresyon fazında hem de menstrüasyon fazında görülmüştür. Ve bozulmuş olan endometriumun, vaskular endotelinden salgılanmaktadır. Sonuç olarak ta, perimenstrüel endometrium, uterus kavitesinin tamamının en kolay dökülebileceği şekilde oluşmakta ve hazırlanmaktadır [40].

Maymun çalışmalarına bakıldığında, klinik açıdan menstrual kanamanın başlamasının endometrial spiral arteriollerde, aniden ve güçlü vazokonstrüksiyonla karakterize bir şekilde meydana geldiği gösterilmektedir. Bununla birlikte, endometriyumun, fonksiyonel olan kısmında, iskemik değişmelerin meydana geldiği ve alt tabaka ile sınırın tam olarak ayrılabilirdiği, sonuç olarak ta ayrılan bu fonksiyonel kısmın, menstrual kan olarak uterusun dışına doğru atıldığı belirlenmiştir. İnsan çalışmalarına bakıldığında ise, menstrüasyon dönemi sırasında, perfüzyonun azalış gösterdiği veya kaybolduğunu göstermekte başarılı bir sonuç alınamamıştır. İnsan endometriumunda fonksiyonel tabakadaki damarların elastin tabakasının olmadığı ve sonuçta kontrakte olamadıkları bulunmuştur [22].



Döllenme gerçekleşmezse, progesteron ve östrojenin ani kaybı, spiral arterlerde spazmodik kasılmaların ortaya çıkmasına neden olur. Kan desteği ortadan kalkarak doku ölümüne sebebiyet verir. Yüzeysel endometrium hücreleri, pıhtılaşmış kan ile birlikte dışarı atılır, menstruasyon kanamasını meydana getirir [33].

### **2.3 Premenstrual Sendrom**

Premenstrual sendrom (PMS), menstrüal kanamadan 1 hafta - 10 gün önce başlayan, farklı bir takım bilişsel, fiziksel ve duygusal belirtilere neden olan bir dönemdir [41]. PMS kadınlarda ortak bir sorun olup, menstrual siklusun ikinci yarısından, menstrüasyon başlayana kadar süren, menstrüasyon ile beraber bulguları kaybolan, fiziksel ve mod değişiklikleri ile seyreden bir bozukluktur. PMS tanısında, bu şikayetlerin evde, işyerinde ve sosyal ilişkilerde, problem yaratacak derecede şiddetli olması gerekmektedir [41].

PMS'nin ruhsal semptomları olarak, ağlama, depresif tavırlar, sinirlilik, unutkanlık, gerginlik, konsantrasyon eksikliği, şiddete eğilimli olma, panik atak, kendini yalnız hissetme veya yalnızlığı istemek gibi belirtilerden meydana gelmektedir. PMS tanısı konulması için, yaşanan belirtilerin, bireyin günlük yaşantısını olumsuz yönde etkilemesi gerekmektedir [25].

Fiziksel semptomlar ise, hassasiyet, ağırlık kazanma, göğüslerde şişme, bölgesel baş ağrısı, vücutta ödem oluşumu, diyare, kusma, iştahın artması, iştahın azalması ciltte akne oluşumu, baş dönmeleri, bulantı, cinsel istekte azalma veya artma, gibi belirtilerden oluşmaktadır [26-27].

Doğurganlık çağındaki kadınlardan bir çoğu, menstrüasyon dönemine bağlı olarak, bir takım sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır PMS'nin sürekli olarak tekrarlamasından rahatsızlık duyan ve şikayetçi olan kadınların oranı %70-90'dır [29]. Menstrüasyonda yaşanan ağrı, bir diğer adıyla dismenore ve kanamaların

şiddetli oluşu, bu dönemlerde en çok görülen şikayetler arasında bulunmaktadır. Bu şikayetler ile karşılaşma oranı, yetişkin kadınlarda %25, adolesan çağında ise %90 oranlarında görülmektedir [42].

### **2.3.1 Premenstrual Sendrom Risk Faktörleri**

#### **2.3.1.1 Yaş**

Ovulatuvar menstrüal döngünün, PMS ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Menapoz dönemine yaklaşıldıkça da bu nedenle, PMS şiddetinde azalma görüldüğü, raporlarda yer almıştır. Semptom şiddeti seviyesinin, 30'lu yaşlarda, pik yaptığı gözlemlenen bir çok araştırma bulunmasına rağmen, bazı araştırmalarda ise, gençlik dönemi sırasında yaşanan belirtilerin, sayısının ve şiddetinin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. PMS semptomlarından şikayet ederek hastanelere başvuran bireylerin genellikle 20'li yaşlar ve 30'lu.yaşlar arasında olduğu belirtilmektedir [37].

#### **2.3.1.2 Stres**

Bazı kadınlarda, menstrüasyon döneminde yaşanan ruhsal ve fiziksel değişimlerden dolayı stres vb. etkiler görülebilmektedir. Yapılan araştırmalarda, yüksek stres seviyeleri ve stres seviyesindeki artma, PMS için risk etkeni olarak tanımlanmaktadır. Yani stres altında veya travmatik olayların sonucunda premenstrual rahatsızlıkların ortaya çıkma olasılığı 4 kat artış gösterebilmektedir [37].

#### **2.3.1.3 Genetik**

Genetik yatkınlıkların ve etkenlerin PMS belirtilerinde etkili olabileceğini gösteren araştırmalar mevcuttur. Premenstrual depresyon ve panik ataklar arasında kalıtsal olarak ilişki olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir araştırmada ise,

PMS'ye bağlı olarak ruhsal belirtilerin, kalıtsal bipolar bozukluklar ve major depresif bozukluklar ile ilişkili olmadığı görülmektedir [37].

#### **2.3.1.4 Obezite**

PMS ve beden kütle indeksinin, kuvvetli bir ilişkisi olduğu raporlarda gösterilmiştir. BKİ değerindeki artışın, ilk olarak abdominal kramplar, sırt kısımlardaki ağrı şiddetinin artması vb., PMS'deki artış ile doğrudan ilişki olduğu bulunmuştur [37].

#### **2.3.1.5 Diğer Risk Etmenleri**

PMS nin bireyin eğitim düzeyi, ilişki durumu, çocuk sayısı ve ekonomik farklar gibi demografik özellikler ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda, siyahi kadınlarda, beyaz kadınlara oranla daha çok fiziksel belirti ve depresif ruh hallerinin grldğu çalışmalar sonucu ortaya çıkmıştır. Fakat bu konudaki bulgular tutarsızdır ve iyi planlanmış potansiyel risk etmenlerinin daha ayrıntılı olarak araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır [37].

#### **2.3.1.6 Premenstrual Sendromda Psikolojik Faktörlerin Etkisi**

Premenstrual Sendrom yaşayan kadınlarda fiziksel ve duygusal olarak değişimler yaşandığını bilinmektedir. Bu durumlardan etkilenerak yeme davranış bozuklukları, aşırı yeme isteği veya iştahsızlık gibi durumlar ile karşı karşıya kalınabilmektedir. Duygu durum bu alanda önemli bir yer taşımaktadır. PMS'li kadınlarnn %90'ı fiziksel ve duygusal şikayetlerde bulunarak, olumsuz etkilenmektedir. Bunlardan en yaygın olarak görülenler ise, depresyon, anksiyete, derin düşüncelere dalma ve huzursuzluktur [43].

PMS durumunda ağrı şiddetinin boyutu oldukça önemlidir. Hafif, orta veya ağır derecede yaşanan semptomların hepsi, bireyde PMS olduğu anlamına gelmemektedir. Hafif ve orta şiddetteki semptomlar menstruasyon dönemi öncesi

değişikliklerdir ve PMS değildir. Bu değişiklikler aşırı uçlarda olan davranış biçimleri ve anti-sosyal davranış halleri değildir. Hafif dereceli PMS yaşayan bir birey, kişisel yaşamında, sosyal yaşamında ve iş hayatında PMS'den dolayı etkilenmemektedir. Orta dereceli semptomlar yaşayan bireylerde, yaşamlarında bu üç önemli noktada etki altında kalmakta fakat yaşamlarına yine de devam edebilmektedirler. Ağır dereceli semptomlar yaşayan bireylerde ise yaşam standartları tamamen düşmektedir [44].

380 genç kadın üzerinde yapılmış olan bir çalışmada, kadınların, %65.7'si sinirlilik yaşadığını, %65.3'ünde şişkinlik olduğunu, %47.7'si yorgunluk yaşadığını, %51.3'si depresif duygular yaşamakta olduğunu, %61.7'si ağrı, %46.7'si ise uyku düzenlerinin değişmekte olduğunu, %68'i iştahlarında değişimler yaşadıklarını, %34'ü depresif düşünceler içinde olduğunu ve %18.7'si ise endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada, adet ağrısı olan kadınların, %52.1'inde PMS görülmüştür [11].

Menstrüasyona bağlı olarak, bireylerin duygusal ve fiziksel değişimleri sonucu iştahlarının artması veya azalması gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Yemek yeme davranışındaki duyguduruma bağlı değişimlerin değerlendirilmesi için çeşitli uygulamalar vardır. Bunlardan ikisi, sezgisel yeme ölçeği, diğeri ise duygusal iştah anketi olarak tanımlanabilir [45-46-47].

Duygusal iştah anketi, hem olumlu hem de olumsuz duygularla ilgili maddeleri içeren ve bireylerde yeme davranışlarının, yaşanan duygularla ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Sezgisel yeme ölçeği ise, duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yemek, koşulsuz yeme kısıtlamalarını değerlendiren yeme izni, açlık ve tokluk ipuçları ve vücut-yemek seçimi arasındaki uyum gibi durumları değerlendirmektedir [45-46-47].

Besinlerle ilgili sağlıksız veya gerçek dışı inançlara, haz almanın kaynağı yemek yemektir gibi ifadeler örnek gösterilmektedir. Kişilerin beden imajları, ince veya kalın olma endişesi, rol modelleri, aile, arkadaş vb. arası etkenleri, ağırlık kaybını amaçlayan davranışları değerlendirmektedir. Özel dönemlerdeki beslenme ile ilgili yanlış dışunceler ve irrasyonel besin inançları leğinin farklı alt boyutlarının değerlendirilmesi ve uzun dönem ağırlık kontrolü korumasının geliştirmesi amacıyla yapılmıştır [48].

Bazı besinlerin olumsuz olarak nitelendirdiğimiz duyguları yatıştırmak için veya bireylerin içinde buldukları stres, depresyon, anksiyete vb. durumları baskılamak, bireylerin hayatlarında eksik olan bazı durumların, (duygu durum vb.), eksikliğini giderme hissi ve çabası, bireylerde stres oluşması halinde besinlerin ödül niteliğinde olduğu gözlemlenmiştir. Bireylerin besinler ile ilgili sağlıksız inanç ve tutumlarının, bazı durumlarda devam ettiği görülmüştür. Bunlardan bazıları anksiyete, depresyon gibi depresif bozukluklarda, bireyler arası ilişkilerde belli besinler ile kısıtlı bir biçimde devam etme, sağlıksız besinleri tercih etme gibi durumlardan oluşmaktadır [47].

## **2.4 Menstrual Sendrom ve Beslenme**

Menstrüal döngüye bağlı olarak hormonal değerisimlerin, yeme davranışları ve iştah kontrolü üzerine önemli bir etkisi vardır [49]. Bazı besinlerin tkerimlerinin azalması veya artması, PMS ile ilişkili bulunmuştur. Alkollü içecekler, şeker, kolalı içecekler, kahve, okolata, çay, paketli hazır gıdalar, süt gibi besinler PMS ile ilişkilendirilen besinlere örnektir [21]. Kafein içeriği bakımından zengin olan çay, kahve, kolalı içeceklerin, sinirlilik, meme hassasiyetinde artış, uykusuzluk gibi problemlere sebebiyet verdiğinden dolayı, bu dönemlerde ve her dönemde tüketimlerinin sınırlandırılması gerektiği önerilmektedir [21-49]. Alkollü içecek

tüketiminin ise PMS insidansı üzerinde direkt etkili bir etmen olmamasına ve hatta baş ağrısı ve premenstrual dönem ruh hali değişimlerinde olumlu etkisinin olabileceği öne sürülmesine karşın; erken yaşta ve uzun süreli alkol tüketiminin artmış PMS riskini artırabileceği bildirilmektedir [49].

Premenstrual dönemde, kadınların çikolata tüketme isteği ve tüketiminde bir artış olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çikolata isteğinin menstrual siklusla yakından ilişkili olduğu ve çikolata tüketiminin postmenopozal dönemde %38 oranında azaldığı gözlenmiştir [23]. Artan çikolata tüketme isteğinin altında iki temel biyokimyasal mekanizma yatmaktadır. Bunlardan birisi, premenstrual dönemde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve buna bağlı çikolata içerisinde bulunan bazı öğelere (magnezyum, serotonin) duyulan ihtiyaçtan dolayı çikolata yeme isteğinin artmasıdır. İkincisi ise, direkt veya dolaylı olarak bazı nörotransmitterler (endojen opioidler) üzerinden bireylerin özellikle premenstrual dönemde arzuladığı haz hissinin oluşmasını sağlamasındandır [33].

Süt tüketimi ile PMS ilişkisi incelendiğinde, abdominal şişkinlik, bazı yiyecekleri yeme arzusu ve genel iştah durumundaki artış, kramp, baş ağrısı, sosyal olarak geri çekilme gibi semptomların süt tüketimiyle azaldığı saptanmıştır [10-24]. PMS'li kadınların şeker oranı yüksek yiyecekler ile atıştırma tüketiminin premenstrual dönemde artarken, kompleks karbonhidrat içeren besinlerin tüketiminin azaldığı saptanmıştır [25-49].

#### **2.4.1 Diyetin Enerji ve Makro Besin Ögesi İçeriği**

Menstruasyona bağlı besin alımının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların premenstrual, menstrual ve postmenstrual olmak üzere üç ayrı dönemde besin tüketimleri incelenmiş ve sonuçta premenstrual dönemde alınan karbonhidrat, protein ve yağ miktarlarının menstrual döneme göre anlamlı ölçüde

yüksek olduğu saptanmıştır [26]. PMS yaşayan kadınların enerji alımlarında, en fazla artışın luteal fazda olduğu saptanmıştır [50]. Enerji alımının fazla olmasının bir sonucu olan adipozitenin PMS ile ilişkisi incelendiğinde, BKİ ile PMS riski ve semptomları arasında hem kuvvetli hem de doğrudan bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir [20]. Diyetle karbonhidrat alımı serotonin düzeyi ile ilişkilendirilmiş olup; beyindeki düşük serotonin düzeyinin PMS'ye yol açabildiği tespit edilmiştir [25-27]. Karbonhidrat alımına ilişkin bir diğer çalışmada, PMS tanısı almış kadınların, diyetlerinin glisemik indeksi ile PMS semptomları arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir [29].

Konuya ilişkin çalışmalar sonucunda varılabilecek genel kanı, karbonhidrat alım miktarı kadar karbonhidrat türünün de önemli olduğu ve diyetteki karbonhidrat kaynaklarının kompleks karbonhidratlar içerecek şekilde modifiye edilmesi ve şeker alımının kısıtlanması yönündedir [21-25-27].

Elzem yağ asitlerinin yeterli miktarda alımının PMS semptomları üzerinde olumlu etki gösterdiği, özellikle depresyon, anksiyete, abdominal şişkinlik, konsantrasyon yetersizliği gibi semptomlarda azalma olduğu saptanmıştır [42]. Prostaglandin E1 (PGE1), insüline bağlı olan glukoz yanıtında inhibasyona yol açmasından dolayı, gama-linoleik asite (GLA) dönüşmesinde ortaya çıkan bir problemin sonucunda meydana gelen eksiklik, hipoglisemi, iştah düzeyinde artışa ve tatlı yeme isteğinin artması gibi PMS yaşayan kadınların çoğunda görülen semptomların görülmesine neden olabilmektedir [16]. Prolaktin fazlalığı ise, PMS'nin ortaya çıkışında etkili olduğu bilinen hormonal değişikliklerden biridir [42].

### **2.4.2 Diyetin Mikro Besin İçeriği**

Dengesiz ve yetersiz beslenmek, menstrüal siklusu ve cinsiyet hormonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. PMS etiyolojisine bakıldığında, B,E,A vitaminleri, çinko, magnezyum, demir gibi minerallerin, yetersizliği rol almaktadır. B vitaminleri ve magnezyumun eksikliğine bağlı olarak, noradrenalin ve serotonin seviyesinde artma, dopamin seviyesinde azalma olması sonucunda, anksiyete, gerginlik, huzursuzluk gibi belirtilere rastlanırken, yine B vitaminleri ve magnezyum eksikliğinde, glikojenin glikoza dönüşmesi ve beyindeki glikozun düşmesine bağlı tatlı yeme isteğinde ve iştahta artış görülür. B vitaminleri, çinko, magnezyum ve C vitamini, cis-linoleik asit eksikliğinde, pankreasta prostoglandin sentezinde azalış, glikoza insülin yanıtında artış, santral sinir sisteminde prostoglandin salgılanmasında azalış, karbonhidrat toleransında ise yükselişle birlikte iştahın artması, baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, göz kararması ve anksiyete gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Ek olarak, A vitamininin, tiroid hiperfonksiyonuna engel olarak veya direkt olarak anti östrojenik etki ile, veya diüretik etkisi ile PMS'nin azalabileceği, E vitamininin doymamış yağ asitlerinde, toksik peroksit üretimine dönüşmesi engellenerek göğüslerde gerginlik hissi ve şişme gibi şikayetlerin azaltılabileceği ifade edilmektedir [51-52].

### **2.4.3 Menstrüal Döngünün BKİ ve Vücut Bileşimine Etkisi**

Menstrüal döngünün vücut bileşimine etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Yapılan çalışmalardan bir tanesinde, çalışmanın amacı, menstrüasyon öncesinde ve sonrasında vücut bileşiminde oluşan değişimleri, biyoelektrik impedans analizi (BİA) ve de antropometrik ölçümlerle değerlendirmektir [53].

Çalışma, 18 – 30 yaş aralığında, menstrüasyon döngüsüne sahip olan 31 kadın üzerinde yapılmıştır. Ölçümler menstrüasyon başlamadan 1-4 gün önce,



menstrüasyon sonlandıktan sonraki gün olarak 2 defa yapılmıştır. Kadınların vücut ağırlıkları, boy uzunlukları, bel, kalça, üst orta kol, göğüs ölçümleri yapılmıştır. Vücut bileşimleri BIA ile belirlenmiştir. Ve sonuç olarak, menstruasyon öncesi toplam vücut suyundaki artış nedeni ile vücut ağırlığında, iskelet kas kitlesine, yağsız vücut kitlesindeki artma ve vücut yağ oranında azalma olduğu belirlenmiştir [53].

Literatür BKİ ve menstrüal semptomlar arasında çelişkili sonuçlar göstermektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında, PMS'li kadınlardaki BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir [128]. Başka bir araştırmada ise, BKİ değerleri,  $25\text{kg/m}^2$  üzerinde olan bireylerin, premenstrual yeme arzusunu, daha fazla gösterdikleri belirtilmektedir [129]. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, BKİ değerinin  $30\text{kg/m}^2$  den yüksek olmasıyla menstrüal semptomlar arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir [123]. Ancak, bir diğer çalışmada ise obezitenin PMS için bir risk oluşturmadığı belirtilmektedir [124].

## **Bölüm 3**

### **BİREYLER VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırma Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde eğitim alan 18–24 yaş aralığındaki 357 bireyin katılımı ile Mayıs 2018 – Eylül 2019 tarihleri arasında genç kadınların menstrüasyon semptomlarının iştah, sezgisel yeme ve irrasyonel besin inançları ölçeğine göre değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. 18 yaşından küçük kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu araştırma, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 21.05.2018 tarih ve 2018/59-22 sayılı kararı gereğince yayın etik kurulu tarafından onaylanmıştır [EK-2]. Çalışmaya dahil olan her katılımcı, yapılan çalışma ile ilgili bilgilendirilmiş olup, onay formunu okumuş ve imzalamıştır.

#### **3.2 Araştırmada Evren - Örneklem Seçimi**

Araştırma, KKTC Gazimağusa'da Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde öğrenim gören genç kadınlar, araştırma evrenini oluşturmuştur. Araştırma evrenini KKTC Gazimağusa Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde öğrenim gören 18–24 yaş arası kadın bireyler oluşturmaktadır. Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde KKTC ve TC uyruklu 5057 kadın öğrenci öğrenim görmektedir. Bu bilgi DAÜ Bilgi İşlem Merkezi'nden edinilmiştir.

Eylül 2018–Şubat 2019 tarihler arasında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Gazimağusa Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde öğrenim gören 18–24 yaş arası 357 kadına ulaşılmıştır. Araştırmanın evreninin hepsine ulaşmak maliyet, zaman ve de

kontrol açısından zor olacağı için araştırma içinde çalışma evrenini, temsil edebilecek şekilde örneklem belirlemek için basit ve tesadufi örneklem yöntemi tercih edilmiştir. Evreni temsil edebilecek yeterli sayıda kadına ulaşmak adına, evreni bilinen, örneklem sayısı formülü kullanılmıştır ve %95 güven düzeyi, %5 örneklem hatasıyla 5057 kişilik çalışma evreninden seçilmesi gereken birey sayısı; 357'dir.

Örneklem sayısı ;

N: Çalışma Evrenindeki kişi sayısı

n:Örnekleme alınacak birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t:Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

$$N * t^2 * p * q$$

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1)d^2 + t^2 * p * q}$$

$$(N - 1)d^2 + t^2 * p * q$$

$$n = \frac{5057 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(5057)(0.50)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.5} = 357$$

$$(5057)(0.50)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.5$$

### 3.3 Araştırmanın Genel Planı

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu (EK-3) kullanılmıştır. Anketler 6 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ait yaş, eğitim durumu ve beslenme öğün alışkanlıkları sorgulanmış ve bazı antropometrik ölçümleri alınmıştır. İkinci bölümde Menstrüasyon Semptom Ölçeği [54] yer almaktadır. Adet öncesi, sonrası ve sırasındaki ağrı düzeyleri ve fiziksel değişimleri sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde Sezgisel Yeme Ölçeği [55] kullanılmıştır. Bu ölçek ile bireylerin yeme tutum davranışları ve besinleri seçerken kısıtlayıp kısıtlamamaları sorgulanmıştır. Dördüncü Bölümde Duygusal İştah Ölçeği [56] kullanılmıştır. Bu ölçek ile de bireylerin duygu durumlarına göre iştahları sorgulanmıştır. Beşinci bölümde ise İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği [48] kullanılmıştır. Bireylerin vücut imajlarına dair ince olma ve ya kalın olma endişesini, rol modelleri, aileleri, arkadaşları gibi kişiler arası etkileri, reklamların bireyler üzerindeki etkisini ve ağırlık kaybını amaçlayan davranışları sorgulanmaktadır. Altıncı bölümde ise bireylerin antropometrik ölçümleri sorgulanmaktadır.

Anketler bire bir görüşme yöntemi kullanılarak ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formunun alınması ile yürütülmüştür. Anketin yapılış süresi yaklaşık 10 dakika sürecek şekilde belirtilmiştir. Elde edilmiş olan bilgilerin, gizlilik esası dahilinde, katılımcıların kimlik bilgisini içermeyecek şekilde alınmış ve kişisel bilgiler, araştırmada yer alanlar dışında kimse ile paylaşılmamıştır. Anketin uygulanacağı katılımcılara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiştir. Kişiler gönüllülük esası çerçevesinde çalışmaya katılım göstermişlerdir.

## 3.4 Verilerin Toplama Araçlarının Özellikleri

### 3.4.1 Genel Bilgiler

Kadınların yaş, eğitim durumu, hangi bölümde okuduğu, sigara ve alkol tüketimi, doktor tarafından tanı koyulan bir hastalık durumu, beslenme öğün alışkanlıkları ve kaç öğün tükettikleri gibi genel bilgileri bulunmaktadır.

### 3.4.2 Menstrüal Semptom Ölçeği (MSÖ)

Menstrüasyon semptom ölçeği (MSÖ), önce 1975 yılında, Chesney ve Tasto tarafından, menstrüasyon ağrısı ve semptomlarını değerlendirmek için İngilizce olarak geliştirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve bir çok ülkede, genel olarak kullanım gören bir ölçektir [57]. Sonrasında 2009 yılında, Negriff ve ark. tarafından, adolesan çağındaki bireylerin üzerindeki faktör yapısı kullanılabilirliği tekrar değerlendirilmiş ve güncellenmesi sağlanmıştır. 24 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir [54]. Ölçeğin geçerliliği; içerik, dil, yapı adolesanlar üzerinde faktör yapısı, kullanılabilirliği tekrar ve ölçüt bağımlı geçerlilik ile güvenilirliği ise, iç tutarlık ve zamana göre değişmezlik için, gerekli olan analizlerin yapılması ile değerlendirilmiştir [45].

Menstrüasyon semptom ölçeği (MSÖ), menstrüasyona bağlı olarak yaşanan sorunları, ayrıntılı bir şekilde değerlendiren ölçeklerden birisidir. Katılımcılardan menstrüasyon ile ilgili yaşadığı belirtilere 1 (hiçbir zaman) ve adolesanlar üzerinde faktör yapısı, kullanılabilirliği tekrar 5 (her zaman) arası bir numara vermeleri söylenmektedir. MSÖ puanı, ölçekte bulunan her bir maddenin, toplam puan ortalamasının alınması ile hesaplanmıştır. Puan ortalamasının yükselmesi, menstrüal semptomların şiddetinin adolesanlar üzerinde faktör yapısı, kullanılabilirliği tekrar arttığını, adolesanlar üzerinde faktör yapısı, kullanılabilirliği tekrar işaret etmektedir. Ölçeğin orijinalinde 'negatif etkiler-somatik yakınmalar', 'ağrı belirtileri, ve 'baş

etme yöntemleri' olmak üzere üç alt boyutu vardır. Alt boyutlardan alınmış olan puanlar, alt boyutlarda yer edinen maddelerin, toplam adolesanlar üzerinde faktör yapısı kullanılabilirliği tekrar puan ortalaması alınarak hesaplanmaktadır [54]. Alt boyutlar için, puan ortalamasının yükselmesi, o alt boyut ile ilişkili menstrual semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir [45]. Ölçek Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması'nda, 24 maddeden 2'sinin çıkarılmasına karar verilmiştir. Bunun nedeni 6. ve 17. maddelerin kolerasyon katsayısının 0.30'un altında çıkmış olmasıdır. İki maddenin çıkarılmasının Cronbach's Alpha değerini yükselttiği görüldüğü için çıkarılması uygun bulunmuştur [45]. Menstrual Semptom Ölçeğini Türkçe'ye uyarlayan, Gülten Güvenç ve ark(2014) dır. Ölçeğin, Cronbach's Alpha değeri 0,86'dır [45].

(Ölçek izni alınmış olup EK – 4 de sunulmuştur.)

### **3.4.3 Duygusal İştah Anketi (DİA)**

Nolan ve arkadaşları, duygusal iştah anketini 2010'da geliştirmişlerdir [56]. Türkçeye uyarlayanlar, Demirel ve ark. tarafından 2014 yılında yapılmıştır [47]. Hem olumlu duyguları hem de olumsuz duygularla ilgili maddeleri barındıran ve bireylerde yeme davranışlarının, yaşanan duygular ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir [47]. Tüm test için, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı,  $r=0.730$  şeklinde saptanmıştır [47]. Yirmi iki maddeden meydana gelen ölçek, likert tipi 9'lu puanlama sistemine uyarınca tasarlanmıştır. Duygusal yemek yemeyi değerlendirmeyi amaç gören ölçekte katılımcılar, her maddedeki ifadelerin iştahlarını etkileme düzeyini "daha az (1-4), aynı(5) ve daha fazla(6-9)" şeklinde puanlamaktadırlar [47]. Bu değer de duygusal iştah anketinin iyi bir dereceye sahip olduğunu gösterir. Duygusal yemek yemenin varlığı, olumsuz-olumlu duygularda (14 madde) ve olumsuz-olumlu durumlara göre (8 madde) değerlendirilmektedir.

olumsuz duygular/olumsuz durumların puanlarının toplamı ile, DİA olumsuz toplam puanı, olumlu duygular / olumlu durumların puanlarının toplamı ile de, DİA olumlu toplam puanına ulaşılmaktadır [56].

Duygusal yemek yeme ile ilgili, herhangi bir kesme puanı bulunmayan bu ölçek, hangi duygularda ve durumlarda, duygusal yemek yemenin, var olabileceğini değerlendirmektedir [47].

(Ölçek için izin alınmış olup EK-5 da sunulmuştur).

#### **3.4.4 Sezgisel Yeme Ölçeği**

Sezgisel yeme, ‘‘zihin, beden ve gıda dinamik süreç entegrasyon uyumu’’ şeklinde tanımlanmaktadır. Tylko ve Kroon Van Diest (2013) sezgisel yeme ölçeğini geliştirip doğrulamışlardır [55]. Baş ve arkadaşları ise (2017) sezgisel yeme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik için yaptıkları çalışma Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bireylerin ne zaman, ne kadar yiyeceğini belirlerken fiziksel açlık ve tokluk ipuçlarını takip etme eğilimini ölçmektedir [46].

Orjinal IES’ten sezgisel yemeğe ilişkin alt ölçekler; duygusal sebeplerden ziyade fiziksel olarak yemek, koşulsuz yeme kısıtlamalarını değerlendiren yeme izni, açlık ve tokluk ipuçları ve vücut-yemek seçimi uyumu olarak 4 alt ölçeği vardır [46].

Anket 23 maddeden oluşmaktadır. Puanlama sistemi 5 li likert tipi şeklindedir. Uyumu temsil eden puanlar, yüksek puanlardır. Sorular 1 den 5 kadar numaralandırılır ve değerlendirilir. 1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum şeklindedir.

Çalışmanın sonucunda cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Bu sonuç sezgisel yeme ölçeğinin, kuvvetli bir şekilde iç tutarlılık gösterdiğini saptamaktadır [46].

Ölçekte puanlama ile ilgili kesim noktası bulunmamaktadır. Belirli bir puanın üzerinde çıktı ise yüksek, belirli bir puanın altında çıktıysa düşük şeklinde değerlendirilemez. Ölçekte yükselen puanlar, sezgisel yeme tutum ve davranışları gösterme eğilimindeki artışı işaret etmektedir [46].

(Ölçek için izin alınmış olup EK -6 de sunulmuştur).

### **3.4.5 İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği (İBİÖ)**

Osberg ve ark (2008) tarafından geliştirilmiş ve doğrulanmıştır [48] . İrrasyonel besin inançları ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışmasında Baş ve diğ. Arkadaşları (2016) tarafından yürütülmüştür. Bireylerin vücut imajlarına dair ince olma ve kalın olma endişesini, rol modelleri, aileleri; arkadaşları gibi kişiler arası etkileri, reklamların bireyler üzerindeki etkisini ve ağırlık kaybını amaçlayan davranışları değerlendirir [58].

Toplam 57 sorudan oluşan anketin 41 maddesi İBİÖ olarak bilişsel bozuklukları, sağlıksız inançları ve yiyeceklere ilişkin tutumları değerlendirirken, 16 maddesi ise rasyonel besin inançları (RBİ) alt ölçeği olarak sağlıklı beslenme ile ilgili inançları değerlendirmektedir. Çalışmanın ana amacı, özel durumlardaki beslenme ile ilgili hatalı bireysel düşünceler ve İBİÖ'nün farklı boyutlarının değerlendirmesi bunun yanında uzun dönem ağırlık kontrolü ve ağırlık korumasının geliştirilmesidir. Cronbach alpha değeri ise kadınlarda 0.960, erkeklerde 0.964 ve tüm katılımcılarda 0.962 çıkmıştır [58].

(Ölçek kullanımı için izin alınmış olup EK-6 de sunulmuştur).

### **3.5 Antropometrik Ölçümler**

Bu bölümde kişilerin vücut ağırlıkları boy uzunlukları alınmış, Beden Kütle İndeksi (BKI) değerleri hesaplanmıştır.



### 3.5.1 Beden Kütle İndeksi (BKİ)

BKİ, bireyin vücut ağırlığının, boyunun karesine bölünmesi ile bulunan bir değerdir ( $\text{kg/m}^2$ ). BKİ, yetişkin bireyleri değerlendirmek için yaş ve cinsiyet sorunu olmadan kullanılma özelliğine sahiptir. Kullanım açısından bakıldığı zaman, kolay ve zahmetsiz olması, epidemiyolojik çalışmaların ve araştırmaların kullanımında çok sık tercih edilen yöntemler arasında yer almaktadır [59].

Kişinin ağırlık kazanımını etkileyen diğer faktörlerden bir tanesi de, kişinin ruhsal durumudur. Bu durumlara bakılacak olursa, bir tanesi bireyin yaşadığı stres seviyesidir. Stres, kişinin açlık hissini arttırabilir veya azaltabilir. Başka bir faktör ise bireyin duygularıdır. Duygusal yeme, genel olarak olumsuz duyguların ortaya çıkmasıyla görülen, bireyin aşırı yeme davranışı içinde olmasıdır. Obezite sorunu yaşayan bireylerde ve normal ağırlıklı bireylerde gözlemlenebilmektedir. Menstrüasyon döneminde de kadınların duygularının hızlı değişkenlik göstermesi de, menstrüasyon döneminde bu olaylarla ilişkilidir [59]. BKİ sonuçları, WHO'nun kendi sınıflamasına göre, aşağıda verilen sınıflamaya göre değerlendirilmiştir [60]. (Tablo 3.1).

Tablo 3 1: WHO BKİ Sınıflaması

WHO Sınıflaması	BKİ ( $\text{kg/m}^2$ )
$\leq 18,5$	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Hafif Şişman
$\geq 30$	Şişman

### **3.5.2 Vücut Ağırlığı**

Araştırmaya katılanların vücut ağırlıkları için, 0.5 kg'a hassas olarak ayarlanan standart tartı ile ölçülmüştür. Bireylerin kıyafetlerinin ince olmasına ve ayakkabı olmadan tartılmalarına özen gösterilmiştir. Vücut ağırlığı ölçülmeden önce en az 3 saatlik bir açlık durumu sorgulanmış ve dışkılama sonrasında ölçüm alınmıştır [61].

### **3.5.3 Boy Uzunluğu**

Araştırmaya katılanların boy uzunlukları, esnemeyen mezura ile alınmıştır. Boy uzunluğu ölçümünün doğru bir şekilde yapılması için, dik bir pozisyonda, frankfort adı verilen düzlemde ve orbita-göz çukuru alt sınırı ile kulak kanalının aynı düzdizgide ve yer ile paralel olmasına, kalçaların ve omzun düz duvar önünde olmasına dikkat edilmiş ve ayakkabısız ölçüm alınmıştır [61].

## **3.6 Verilerin Analizi**

Araştırmaya dahil olan kadınlardan toplanan verilerin, istatistiksel açıdan çözümlenmesinde "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) 24.0 programı kullanılmıştır.

Kadınların genel özelliklerine, hastalık durumlarına, sigara ve alkol tüketim durumlarına ve genel beslenme alışkanlığına göre dağılımının belirlenmesinde, frekans analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların antropometrik ölçümlerine, menstrüasyon semptom ölçeği, sezgisel yeme ölçeği, duygusal iştah anketi ve irrasyonel besin inançları ölçeği puanlarına ait ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum gibi tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir.

Kadınların menstrüasyon semptom ölçeği, sezgisel yeme ölçeği, duygusal iştah anketi ve irrasyonel besin inançları ölçeği puanlarının normal dağılıma uyumu kolmogorov-smirnov testiyle incelenmiş ve normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir.

Buna göre kadınların BKİ değerlerine göre menstrüasyon semptom leği, sezgisel yeme leği, duygusal iştah anketi ve irrasyonel besin inançları leği puanlarının karşılaştırılmasında ANOVA testi uygulanmış ve post-hoc test olarak Tukey testi kullanılmıştır. Araştırmaya dahil olan kadınların, vücut ağırlıkları, menstrüasyon semptom leği, BKİ, sezgisel yeme leği, duygusal iştah anketi ve irrasyonel besin inançları leği puanları arasındaki korelasyonlar Pearson testiyle saptanmıştır.

## Bölüm 4

### BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 4.1: Kadınların Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş grubu</b>		
20 yaş ve altı	78	21,85
21-22 yaş	173	48,46
23 yaş ve üzeri	106	29,69
<b>Yaş Ortalaması</b>		21,63±1,45
<b>Uyruk</b>		
TC	286	80,11
KKTC	35	9,80
TC VE KKTC	36	10,08
<b>Bölüm</b>		
Beslenme ve diyetetik	23	6,44
Fizyoterapi ve Reh.	20	5,60
Hemşirelik	28	7,84
Eczacılık	9	2,52
Tıp	3	0,84
Sağlık hizmetleri yönetimi	7	1,96
Spor bilimleri	2	0,56
Sağlık Hiz. Tek.	9	2,52
Mimarlık	21	5,88
Hukuk	57	15,97
Eğitim bilimleri	81	22,69
Fen ve Edebiyat	68	19,05
İletişim	5	1,40
İşletme/Ekonomi	9	2,52
Mühendislik	6	1,68
Turizm	3	0,84
Diğer	6	1,68
<b>Sınıf</b>		
Hazırlık	9	2,52
1.'nci sınıf	58	16,25
2.'nci sınıf	102	28,57
3.'ncü sınıf	99	27,73
4.'ncü sınıf	82	22,97
Lisansüstü	7	1,96

<b>Yaşanılan yer</b>		
Evde ailesi ile birlikte	52	14,57
Evde arkadaşları ile birlikte	36	10,08
Evde tek başına	18	5,04
Yurtta/Misafirhanede	251	70,31

Tablo 4.1’de araştırmaya dahil edilen kadınların genel özelliklerine göre dağılımına ilişkin bulgular yer verilmiştir.

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların %21,85’inin 20 yaş ve altı, %48,46’sının 21-22 yaş arası, %29,69’unun 23 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının  $21,63 \pm 1,45$  olduğu görülmüştür. Kadınların %80,11’inin yalnız TC, % 9,80’inin yalnız KKTC ve %10,08’inin TC ve KKTC uyruklu olduğu saptanmıştır. Kadınların %15,97’sinini hukuk, %22,69’unun eğitim bilimleri ve %19,05’inin Fen ve Edebiyat bölümlerinde öğrenim gördüğü, %16,25’inin 1.’nci sınıf, %28,57’sinin 2.’nci sınıf, %27,73’ünün 3.’ncü sınıf ve %22,97’sinin 4.’ncü sınıfta öğrenim gördüğü tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %14,57’sinin evde ailesiyle birlikte, %10,08’inin evde arkadaşlarıyla birlikte ve %70,31’inin yurtta/misafirhanede yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2: Kadınların Hastalık Durumlarına Göre Bilgiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Tanısı konulan kronik hastalık</b>		
Yoktur	327	91,60
Vardır	28	8,40
<b>Hastalık (n=28)</b>		
Astım	8	28,57
Tiroid/Guatr	6	21,43
Kalp Hast.	3	10,71
İnsülin Direnci	2	7,14
Migren	2	7,14
PCOS	2	7,14
Diğer	5	17,86
<b>Düzenli kullanılan ilaç</b>		
Kullanmayan	331	92,72
Kullanan	26	7,28

\* *Anemi, Diyabet, Skolyoz, Vertigo,*

Tablo 4.2’de yer alan araştırmaya dahil edilen kadınların, hastalık durumlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların %91,60’ının tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, %8,40’ının ise tanı alan kronik hastalığının olduğu, hastalık bulunan kadınların %28,57’sinde astım, %21,43’ünde tiroid/guatr ve %10,71’inde kalp hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. Kadınların %92,72’sinin düzenli olarak kullandığı herhangi bir ilaç bulunmamaktadır.

Tablo 4.3: Kadınların Sigara ve Alkol Kullanımına Yönelik Bilgiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Kullanmayan	226	63,31
Kullanan	131	36,69
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Kullanmayan	235	65,83
Kullanan	122	34,17

Tablo 4.3'te yer alan araştırmaya katılan kadınların sigara ve alkol kullanımına yönelik bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 4.3 incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların %36,69'unun alkol, %34,17'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4: Kadınların Genel Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Bilgiler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Günlük tüketilen ana öğün sayıları</b>		
Bir öğün	21	5,88
İki öğün	231	64,71
Üç öğün	105	29,41
<b>Günlük tüketilen ara öğün sayıları</b>		
Hiç tüketmeyen	91	25,49
Bir öğün	116	32,49
İki öğün	116	32,49
Üç veya üzerinde öğün	34	9,52
<b>Sabah</b>		
Tüketen	310	86,83
Tüketmeyen	47	13,17
<b>Öğle</b>		
Tüketen	168	47,06
Tüketmeyen	189	52,94
<b>Akşam</b>		
Tüketen	335	93,84
Tüketmeyen	22	6,16
<b>Ara öğün</b>		
Tüketen	266	74,51
Tüketmeyen	91	25,49
<b>Öğün atlama nedenleri</b>		
Öğün Atlamayan	114	31,93
Zaman yetersizliği	63	17,65
Canı yemek istemiyor, iştahsız	55	15,41
Hazır yemek bulunmadığı için	56	15,69
Zayıflamak istediği için	14	3,92
Alışkanlığı olmadığı için	38	10,64
Maddi bakımdan yeterli olmadığı için	11	3,08



Tablo 4.4'te araştıramaya dahil edilen kadınların genel beslenme alışkanlıklarına göre bilgiler gösterilmiştir.

Tablo 4.4 incelendiğinde kadınların %5,88'inin günde 1 ana öğün, %64,71'inin günde 2 ana öğün, %29,41'inin ise günde 3 ana öğün tükettiği, %32,49'unun günde 1 ara öğün, %32,49'unun günde 2 ara öğün, %9,52'sinin günde üç ve üzeri sayıda ara öğün tükettiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %13,17'sinin sabah öğününü, %52,94'ünün öğle öğününü, % 6,16'sının akşam öğününü ve %25,49'unun ara öğünü tüketmediği belirlenmiştir. Kadınların %17,65'inin zaman yetersizliğinden dolayı, %15,41'inin canı istemediğinden dolayı, %15,69'unun hazır yemek olmayışından dolayı ve %10,64'ünün ise alışkanlığı olmadığı için öğünlerini atladıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.5: Kadınların Antropometrik Ölçümlerine Ait Bilgiler

	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Boy uzunluğu (m)	357	165,08	6,06	145,00	190,00
Vücut ağırlığı (kg)	357	58,53	9,60	40,00	110,00
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	357	21,45	3,13	15,15	38,06

Tablo 4.5'te araştırmaya katılan kadınların boylarının uzunluğu, vücut ağırlıkları ve Beden Kütle İndeksleri (BKI) gibi antropometrik ölçümlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler gösterilmiştir.

Tablo 4.5 incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların, boy uzunluklarının  $\bar{x}=165,08\pm 6,06$  cm, vücut ağırlıklarının  $\bar{x}=58,53\pm 9,60$  kg ve BKI değerlerinin  $\bar{x}=21,45\pm 3,13$  kg/m<sup>2</sup> olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6: Kadınların BKI Değerlerine Göre Obezite Durumu Dağılımı

<b>BKI</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Zayıf	54	15,13
Normal	251	70,31
Hafif şişman	47	13,17
Şişman	5	1,40

Tablo 4.6'da kadınların BKI sınıflamalarına göre dağılımı verilmiş olup, araştırmaya alınan kadınların %15,13'ünün zayıf, %70,31'inin normal kilolu, %13,17'sinin hafif şişman ve %1,40'ının şişman (obez) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7: Kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği puanları

	n	$\bar{x}$	s	Min	Max
Negatif Etkiler/Somatik Yakınmalar	357	2,84	0,40	1,46	4,23
Ağrı Belirtileri	357	2,46	0,44	1,33	3,83
Baş Etme Yöntemleri	357	2,45	0,54	1,00	4,00
<b>Menstrüasyon Semptom Ölçeği</b>	357	2,58	0,38	1,26	4,02
Şartsız Yemeye İzin Verme	357	3,47	0,86	1,00	5,00
Duygusal Değil Fiziksel Sebeplerle Yeme	357	3,01	0,69	1,50	4,50
Açlık ve Doygunluk İpuçlarına Güvenme	357	3,46	0,96	1,00	5,00
Beden-Yiyecek Seçim Uyumu	357	3,60	0,98	1,00	5,00
<b>Sezgisel Yeme Ölçeği</b>	357	3,38	0,54	1,67	4,75
Duygusal Yemek Yeme Negatif Duygu	357	37,72	15,33	9,00	81,00
Duygusal Yemek Yeme Pozitif Duygu	357	27,91	8,35	5,00	45,00
Duygusal Yemek Negatif Olay	357	16,95	9,03	5,00	45,00
Duygusal Yemek Pozitif Olay	357	15,48	5,40	3,00	27,00
İrrasyonel Yeme	356	2,26	0,39	1,24	3,54
Rasyonel Yeme	357	2,75	0,36	1,19	3,75

Tablo 4.7’ de araştırmaya katılan kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 4.7 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinde yer alan negatif etkiler/somatik yakınmalar alt boyutunda  $\bar{x}=2,84\pm 0,40$  puan, ağrı belirtileri alt boyutundan  $\bar{x}=2,46\pm 0,44$  puan ve baş etme yöntemleri alt boyutundan  $\bar{x}=2,45\pm 0,54$  puan aldıkları saptanmıştır. kadınların menstrüasyon semptom ölçeği genelinden  $\bar{x}=2,58\pm 0,38$  puan aldıkları ve ölçekten alınan en düşük puanın 1,26, en yüksek puanın 4,02 olduğu görülmüştür.

Kadınların sezgisel yeme ölçeğinde yer alan şartsız yemeye izin verme alt boyutunda  $\bar{x}=3,47\pm 0,86$  puan, duygusal değil fiziksel sebeplerle yeme alt

boyutundan  $\bar{x}=3,01\pm0,69$  puan, açlık ve doyunluk ipuçlarına güvenme alt boyutunda  $\bar{x}=3,46\pm0,96$  puan, beden-yiyecek seçim uyumu alt boyutundan  $\bar{x}=3,60\pm0,98$  puan aldıkları saptanmıştır. Kadınlar sezgisel yeme ölçeği genelinden en düşük 1,0 ve en yüksek 5,0 puan alırken, ölçekten alınan puan ortalaması  $\bar{x}=3,38\pm0,54$  bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların duygusal iştah anketinde bulunan duygusal yemek yeme negatif duygu alt boyutundan  $\bar{x}=37,72\pm15,33$  puan, duygusal yemek yeme pozitif duygu alt boyutundan  $\bar{x}=27,91\pm8,35$  puan, duygusal yemek negatif olay alt boyutundan  $\bar{x}=16,95\pm9,03$  puan ve duygusal yemek pozitif olay alt boyutundan  $\bar{x}=15,48\pm5,40$  puan aldıkları belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınları irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme alt boyutundan  $\bar{x}=2,26\pm0,39$  puan alırken, rasyonel yeme alt boyutundan  $\bar{x}=2,75\pm0,36$  puan almıştır.

Tablo 4.8: Kadınların BKI sınıflarına göre Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	<b>BKI</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>s</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
Negatif Etkiler/ Somatik Yakınmalar	Zayıf	54	2,80	0,38	2,08	3,69	0,525	0,592	
	Normal	251	2,84	0,39	1,46	4,23			
	H.Şiş./Obez	52	2,88	0,48	1,85	3,85			
Ağrı Belirtileri	Zayıf	54	2,40	0,43	1,50	3,33	3,685	0,026*	1-3
	Normal	251	2,44	0,43	1,33	3,83			
	H.Şiş./Obez	52	2,61	0,49	1,33	3,67			
Baş Etme Yöntemleri	Zayıf	54	2,44	0,48	1,00	3,67	1,465	0,233	
	Normal	251	2,42	0,55	1,00	4,00			
	H.Şiş./Obez	52	2,56	0,59	1,00	3,67			
<b>Menstrüasyon Semptom Ölçeği</b>	Zayıf	54	2,55	0,34	1,86	3,32	2,257	0,106	
	Normal	251	2,57	0,38	1,26	4,02			
	H.Şiş./Obez	52	2,68	0,43	1,50	3,67			
Şartsız Yemeye İzin Verme	Zayıf	54	3,50	0,96	1,80	5,00	0,509	0,602	
	Normal	251	3,49	0,85	1,00	5,00			
	H.Şiş./Obez	52	3,36	0,84	1,80	5,00			
Duygusal Değil Fiziksel Sebeplerle Yeme	Zayıf	54	3,09	0,71	1,63	4,38	2,205	0,112	
	Normal	251	3,03	0,68	1,50	4,50			
	H.Şiş./Obez	52	2,83	0,70	1,50	4,00			
Açlık ve Doygunluk İpuçlarına Güvenme	Zayıf	54	3,64	1,07	1,00	5,00	3,480	0,032*	1-3
	Normal	251	3,48	0,94	1,00	5,00			
	H.Şiş./Obez	52	3,17	0,87	1,17	5,00			
Beden-Yiyecek Seçim Uyumu	Zayıf	54	3,81	0,96	1,50	5,00	1,649	0,194	
	Normal	251	3,58	0,98	1,00	5,00			
	H.Şiş./Obez	52	3,48	0,96	1,50	5,00			
<b>Sezgisel Yeme Ölçeği</b>	Zayıf	54	3,51	0,58	2,09	4,55	4,325	0,014*	1-3
	Normal	251	3,39	0,53	1,67	4,63			
	H.Şiş./Obez	52	3,21	0,49	2,07	4,75			
Duygusal Yemek Yeme Negatif Duygu	Zayıf	54	33,93	14,61	9,00	65,00	2,439	0,089	
	Normal	251	38,01	15,48	9,00	81,00			
	H.Şiş./Obez	52	40,27	14,85	9,00	69,00			
Duygusal Yemek Yeme Pozitif Duygu	Zayıf	54	30,17	9,22	5,00	45,00	2,355	0,096	
	Normal	251	27,48	8,05	5,00	45,00			
	H.Şiş./Obez	52	27,63	8,63	5,00	45,00			
Duygusal Yemek Negatif Olay	Zayıf	54	15,04	8,55	5,00	39,00	2,179	0,115	
	Normal	251	17,01	9,24	5,00	45,00			
	H.Şiş./Obez	52	18,67	8,19	5,00	39,00			
Duygusal Yemek Pozitif Olay	Zayıf	54	15,02	6,47	3,00	27,00	0,240	0,787	
	Normal	251	15,54	5,16	3,00	27,00			
	H.Şiş./Obez	52	15,65	5,36	3,00	27,00			
İrrasyonel Yeme	Zayıf	54	2,19	0,38	1,44	3,17	3,329	0,037*	1-3
	Normal	250	2,25	0,38	1,24	3,54			

	H.Şiş./Obez	52	2,38	0,39	1,34	3,29		
	Zayıf	54	2,85	0,32	2,25	3,50	2,365	0,095
Rasyonel Yeme	Normal	251	2,74	0,36	1,19	3,75		
	H.Şiş./Obez	52	2,72	0,38	1,44	3,38		

\* $p < 0,05$

Tablo 4.8’ de araştırmaya katılan kadınların BKİ sınıflarına göre menstrüasyon semptom ölçeği, sezgisel yeme ölçeği, duygusal iştah anketi ve irrasyonel besin inançları ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin ANOVA sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 4.8 incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen kadınların bki sınıflarına göre menstrüasyon semptom ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan negatif etkiler/somatik yakınmalar ve baş etme yöntemleri alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Kadınların BKİ sınıflarına göre menstrüasyon semptom ölçeğinde bulunan ağrı belirtileri alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Hafif şişman/obez kadınların ağrı belirtileri alt boyutundan aldıkları puanlar zayıf ve normal kilolu kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların BKİ sınıflarına göre sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyumluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Zayıf kadınların sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyumluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan aldıkları puanlar hafif şişman/obez bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadınların BKİ sınıflarına göre sezgisel yeme ölçeğinde bulunan şartsız yemeye izin verme, duygusal değil fiziksel sebeplerle yeme ve

beden-yiyecek seçim uyumu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Kadınların BKİ sınıflarına göre duygusal iştah anketinde bulunan duygusal yemek yeme negatif duygu, duygusal yemek yeme pozitif duygu, duygusal yemek negatif olay ve duygusal yemek pozitif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya alınan kadınların BKİ sınıflara göre irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan rasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hafif şişman/obez olan kadınların irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar zayıf kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.9: Kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Negatif Etkiler/ Somatik Yakınmalar (1)	r	1														
	p															
Ağrı Belirtileri (2)	r	0,618	1													
	p	0,000*														
Baş Etme Yöntemleri (3)	r	0,536	0,445	1												
	p	0,000*	0,000*													
<b>Menstrüasyon Semptom Ölçeği (4)</b>	r	0,840	0,811	0,832	1											
	p	0,000*	0,000*	0,000*												
Şartsız Yemeye İzin Verme (5)	r	0,115	0,131	0,048	0,114	1										
	p	0,029*	0,013*	0,362	0,032*											
Duygusal Değil Fiziksel Sebeplerle Yeme (6)	r	-0,308	-0,307	-0,249	-0,343	-0,213	1									
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*										
Açlık ve Doygunluk İpuçlarına Güvenme (7)	r	-0,224	-0,217	-0,170	-0,242	-0,032	0,417	1								
	p	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*	0,546	0,000*									
Beden-Yiyecek Seçim Uyumu (8)	r	-0,123	-0,162	-0,013	-0,111	-0,149	0,250	0,622	1							
	p	0,020*	0,002*	0,807	0,035*	0,005*	0,000*	0,000*								
<b>Sezgisel Yeme Ölçeği (9)</b>	r	-0,209	-0,217	-0,142	-0,224	0,251	0,537	0,853	0,755	1						
	p	0,000*	0,000*	0,007*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*							
Duygusal Yemek Yeme Negatif Duygu (10)	r	0,208	0,202	0,176	0,234	0,048	-0,464	-0,275	-0,157	-0,325	1					
	p	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*	0,369	0,000*	0,000*	0,003*	0,000*						
Duygusal Yemek Yeme Pozitif Duygu (11)	r	0,063	0,059	-0,018	0,036	0,184	-0,037	0,084	0,080	0,136	-0,069	1				
	p	0,235	0,262	0,733	0,494	0,000*	0,486	0,113	0,130	0,010*	0,195					
Duygusal Yemek Negatif Olay (12)	r	0,107	0,199	0,085	0,154	0,047	-0,263	-0,152	-0,136	-0,196	0,676	-0,142	1			
	p	0,043*	0,000*	0,107	0,003*	0,371	0,000*	0,004*	0,010*	0,000*	0,000*	0,007*				
Duygusal Yemek Pozitif Olay (13)	r	0,081	0,127	0,003	0,079	0,176	-0,085	0,097	0,051	0,110	0,017	0,569	0,011	1		
	p	0,125	0,017*	0,952	0,138	0,001*	0,111	0,068	0,332	0,037*	0,754	0,000*	0,837			
İrrasyonel Yeme (14)	r	0,660	0,755	0,471	0,744	0,183	-0,378	-0,276	-0,248	-0,284	0,213	0,015	0,194	0,089	1	
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,775	0,000*	0,092		
Rasyonel Yeme (15)	r	0,543	0,289	0,346	0,465	-0,022	0,002	0,055	0,115	0,069	0,038	0,138	0,028	0,060	0,243	1
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,673	0,967	0,300	0,030*	0,195	0,475	0,009*	0,598	0,256	0,000*	

\* $p < 0,05$



Tablo 4.9’da araştırma kapsamına alınan kadınların menstrüasyon semptom ölçeği, sezgisel yeme ölçeği, duygusal iştah anketi ve irrasyonel besin inançları ölçeği puanları arasındaki korelasyonlara ilişkin Pearson testi sonuçları gösterilmiştir.

Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar ile sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü, duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından ve irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre araştırmaya katılan kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar azalmakta, duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından ve irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından aldıkları puanlar ise artmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar ile duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu, duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından ve irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü, duygusal yemek yeme pozitif duygu, duygusal yemek yeme pozitif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu, duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından ve irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları

puanlar azalmakta, duygusal yemek yeme pozitif duygu, duygusal yemek yeme pozitif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar ise artmaktadır.

Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar ile duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kadınların irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır. Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan rasyonel yeme alt boyutu puanları ile duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme pozitif duygu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmış olup, kadınların rasyonel yeme alt boyutu puanları arttıkça, duygusal yemek yeme pozitif duygu puanları da artmaktadır.

Tablo 4.10: Kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği Puanları ile Vücut Ağırlığı ve BKI Arasındaki İlişki

		<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	<b>BKI (kg/m<sup>2</sup>)</b>
Negatif Etkiler/Somatik Yakınmalar	r	0,116	0,136
	p	0,028*	0,010*
Ağrı Belirtileri	r	0,160	0,200
	p	0,002*	0,000*
Baş Etme Yöntemleri	r	0,136	0,125
	p	0,010*	0,019*
<b>Menstrüasyon Semptom Ölçeği</b>	r	0,166	0,184
	p	0,002*	0,000*

\* $p < 0,05$

Tablo 4.10.'da araştırmaya alınan kadınların menstrüasyon semptom ölçeği puanları ile vücut ağırlığı ve BKI arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kullanılan Pearson testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.10 incelendiğinde, kadınların menstrüasyon semptom ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar ile vücut ağırlığı ve bki değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif korelasyonlar saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Kadınların vücut ağırlığı ve BKI değerleri arttıkça, menstrüasyon semptom ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlarda artmaktadır.

Tablo 4.11: Kadınların Sezgisel Yeme Ölçeği Puanları İle Vücut Ağırlığı ve BKİ Arasında İlişki

		<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>
Şartsız Yemeye	r	-0,051	-0,049
İzin Verme	p	0,334	0,354
Duygusal Değil Fiziksel	r	-0,154	-0,162
Sebeplerle Yeme	p	0,004*	0,002*
Açlık ve Doğunluk	r	-0,261	-0,282
İpuçlarına Güvenme	p	0,000*	0,000*
Beden-Yiyecek	r	-0,135	-0,168
Seçim Uyumu	p	0,011*	0,001*
<b>Sezgisel Yeme</b>	r	-0,248	-0,275
<b>Ölçeği</b>	p	0,000*	0,000*

\* $p < 0,05$

Tablo 4.11’ de kadınların sezgisel yeme ölçeği puanları ile vücut ağırlığı ve BKİ arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kullanılan Pearson testinden elde edilen bulgular gösterilmiştir.

Tablo 4.11 incelendiğinde araştırmaya alınan kadınların sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duygusal değil fiziksel sebeplerle yeme, açlık ve doğunluk ipuçlarına güvenme ve beden-yiyecek seçim uyumu alt boyutlarından aldıkları puanlar ile vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Kadınların sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan duygusal değil fiziksel sebeplerle yeme, açlık ve doğunluk ipuçlarına güvenme ve beden-yiyecek seçim uyumu alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri azalmaktadır.

Tablo 4.12: Kadınların Duygusal İştah Anketi Puanları ile Vücut Ağırlığı ve BKİ Arasında İlişki

		<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>
Duygusal Yemek Yeme	r	0,160	0,145
Negatif Duygu	p	0,002*	0,006*
Duygusal Yemek Yeme	r	-0,072	-0,053
Pozitif Duygu	p	0,175	0,318
Duygusal Yemek	r	0,134	0,120
Negatif Olay	p	0,011*	0,023*
Duygusal Yemek	r	-0,021	0,010
Pozitif Olay	p	0,687	0,851

\* $p < 0,05$

Tablo 4.12’de araştırma kapsamına alınan kadınların duygusal iştah anketi puanları ile vücut ağırlığı ve BKİ arasındaki ilişkinin incelenmesi için yapılan Pearson testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4.12 incelendiğinde araştırmaya katılan kadınların duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar ile vücut ağırlığı ve bki değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Kadınların duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri de artmaktadır.

Tablo 4.13: Kadınların İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanları ile Vücut Ağırlığı ve BKİ Arasında İlişki

		<b>Vücut ağırlığı (kg)</b>	<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>
İrrasyonel Yeme	r	0,167	0,201
	p	0,002*	0,000*
Rasyonel Yeme	r	-0,050	-0,049
	p	0,341	0,360

\* $p < 0,05$

Araştırma kapsamına alınan kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme puanları ile vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasındaki ilişkinin saptanması için kullanılan Pearson testi sonuçları Tablo 14.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme puanları ile vücut ağırlığı ve bkı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme puanları arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri de artış göstermektedir.

## Bölüm 5

### TARTIŞMA

#### 5.1 Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırma evrenini KKTC Gazimağusa Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde öğrenim gören 18–24 yaş arası genç kadınlar oluşturmaktadır. 18-24 yaş aralığının seçilmiş olmasının nedeni, Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde bulunan genç kadın öğrencilerin çalışmaya dahil edilmesinin amaçlanmış olmasıdır.

Çalışmaya toplamda 18-24 yaş aralığında 357 kadın öğrenci katılmıştır. Çalışmaya katılan kadın öğrencilerin yaş aralığı, 3 gruba ayrılmıştır. 78 öğrenci 20 yaş ve altı, 173 öğrenci 21-22 yaş aralığında, 106 öğrenci ise 23 yaş ve üzeri olarak ayrılmıştır. Yaş ortalaması ise  $21,63 \pm 1,45$  dir (Tablo 4.1). İnönü Üniversitesi merkez kampüsünde 17.129 kadın öğrenci üzerinde yapılan ve menstrual semptomların, yaşama durumu ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada, kadınların yaş ortalaması  $20.82 \pm 1.67$  bulunmuştur [62].

Menstruasyon semptomlarının etkisi değerlendirildiğinde, PMS semptomlarının şiddeti, 20-35 yaş aralığında kendini gösterdiği, 30'lu yaşlarda ise en yüksek seviyede olduğu belirtilmiştir [63]. Yapılan bir çalışmada, kadınlarda yaş ortalamasının artmasının, premenstrual sendrom semptomlarını arttırdığı görülmüştür. Bunun nedeni olarak ise, yaşın ilerlemesi ile zorlaşan yaşam koşullarının ve sosyal yapının etkili olduğu gösterilmiştir [64].

Kadınların %80,11'inin yalnız TC, % 9,80'inin yalnız KKTC ve %10,08'inin TC ve KKTC uyruklu olduğu saptanmıştır. Kadınların %15,97'sinini hukuk,

%22,69'unun eğitim bilimleri ve %19,05'inin Fen ve Edebiyat bölümlerinde öğrenim gördüğü, %16,25'inin 1.'nci sınıf, %28,57'sinin 2.'nci sınıf, %27,73'ünün 3.'ncü sınıf ve %22,97'sinin 4.'ncü sınıfta öğrenim gördüğü tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %14,57'sinin evde ailesiyle birlikte, %10,08'inin evde arkadaşlarıyla birlikte ve %70,31'inin yurttan ve ya misafirhanede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

KKTC Doğu Akdeniz Üniversitesi öğrencilerinin beslenme durumlarının incelendiği bir çalışmada, katılımcılardan %53.8 i, 268 i kadındır. Yaş ortalamaları  $21.7 \pm 3.0$  dır. Bireylerin çoğu, (%42.9) aile ve ya da akraba ile kalmaktadır. Yurttan kalan kız öğrenciler ise %23,1'dir [65].

Bu çalışmada ise öğrencilerin %70,31'i yurt veya misafirhanede yaşamaktadır. Bunun nedeni araştırmamıza katılan öğrencilerin %80,11'inin TC'den, KKTC'e gelmiş olmaları olabilir.

Bu çalışmada, kadınları hastalık durumlarına göre değerlendirdiğimizde, araştırmaya katılan genç kadınların, %91,60'ının tanısı konmuş olan herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, %8,40'ının ise tanısı konmuş olan kronik hastalığının olduğu, hastalığı olan kadınların %28,57'sinde astım, %21,43'ünde tiroid/guatr ve %10,71'inde kalp hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. Kadınların %92,72'sinin düzenli olarak kullanmış oldukları ilaç ise bulunmamaktadır (Tablo 4.2). Kardiyovasküler hastalıkların, dünya üzerinde ölüm nedeni olarak 1.sırada geldiğini Dünya Sağlık Örgütü (WHO) belirtmiştir. Tütün kullanımındaki artış, yetersiz ve dengesiz beslenme ve alkol tüketimi, kardiyovasküler hastalıkların nedenlerinden olabileceği de bildirilmiştir [66]. Sağlıksız ve düzensiz beslenmenin KVH ve diyabet ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir [67].



20–45 yaş aralığında 231 kadının yer aldığı bir çalışmada, kadınların %25.97 unda tanısı konmuş kronik bir hastalığın bulunduğu gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %23,33 ünde ülser, %16,67 sinde hipertansiyon, %45 inde ise diyabet, kalp damar hastalıkları vb. görüldüğü gözlemlenmiştir [68].

Oranların farklılık göstermesinin nedeni bu çalışmadaki çalışma grubunun yaş aralığının (18-24) daha genç olmasından kaynaklanabilir (Tablo 4.1).

Sigara, vücudumuzdaki hemen hemen her organa zarar vermekte ve ölümcül sonuçlar için zemin hazırlamaktadır. Sigara, akciğer rahatsızlıkları, kalp hastalıkları başta olmak üzere, kronik bronşit, ve kanser türleri arasında özellikle akciğer kanseri için risk faktörü oluşturmaktadır. Sigara kullanımı, romatoid artrit, kısırlık, tüberküloz ve daha birçok hastalığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sigara kullanan kişilerde, diyabet görülme olasılığı, kullanmayan kişilere göre, %40 yüksektir. Sigara kullanımının bu kadar artmış olması ABD’de her yıl, 480.000’den fazla ölümlerle sonuçlanmaktadır [69].

Fazla alkol tüketiminin 2006 – 2010 yıllarında, ABD’de 88.000 gibi yüksek bir sayıda ölüme yol açtığı görülmüştür. Ek olarak alkol tüketimi, karaciğer hasarı, kronik kalp-damar hastalıkları, yüksek tansiyon, kolon kanseri, meme kanseri, ağız kanseri, çarpıntı, karaciğer kanseri ve depresyon riskini de arttırmaktadır [70].

Sigara ve alkol, insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen, en önemli küresel sorunların başında yerini almaktadır. Sigara içmeyi bir kez bile denemiş olan her dört bireyden üçünün sigara içmesi, sigaranın bağımlılık yaptığını ve ne kadar güçlü olduğunu gözler önüne sermektedir. Sigara bağımlılığının bu kadar önemli oluşu aynı zamanda önlenemez mortalite ve morbidite sorunlarından bir tanesidir. Dünyada ki gelişmiş ülkelerin ve gelişmekte olan ülkeler de olduğu gibi bizim de en önemli toplum sağlığı sorununuz sigara bağımlılığıdır [71].

Yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %60'ının sigara kullandığı, başka bir çalışmada ise, %35,3'ünün sigara kullandığını görülmektedir [72]. Ayrıca literatürde sigara içme nedenlerinden olarak gösterilen sosyalleşme ve de etkileşimin üniversitede fazla olması [73] nedeni ile bizim çalışmamızda da sonucun %34,17 çıkması, benzer bir sonuç olarak değerlendirilebilir (Tablo 4.3).

Uludağ üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerin, sigara tüketim durumlarına bakılan bir çalışmada, toplamda 763 öğrencinin, %16,5'inin sigara içtiği belirtilmiştir. Başka bir çalışmada ise, Üniversite de öğrenim gören öğrencilerin, sigara ve alkol tüketim durumları incelendiğinde, öğrencilerin %48,8 inin sigara içtiği, %15,0 mın ise alkol tükettiği ortaya çıkmıştır [74-75].

Alkol ve sigara, kullanan bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, üniversitede öğrenim gören öğrencilerin, alkol-sigara tüketiminin oldukça fazla olduğu görülmektedir. Bu olayın da nedenlerinden bazıları, içinde buldukları stres, ebeveynlerinden uzakta oldukları için daha rahat olma, arkadaş çevresi veya psikolojik faktörler olarak değerlendirilebilir [76].

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya genelinde 2 milyar insanın alkol tükettiği belirtilmiştir. Alkol, hastalık riski bakımından dünya genelinde üçüncü sırada yer almakta olan risk faktörlerindedir. Kadınlar için günlük önerilen miktar günde  $\leq 14$  gram dır [77].

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, 666 kız öğrencinin olduğu toplam 1218 öğrencinin katıldığı bu araştırmada, öğrencilerin yaş ortalaması 23.22 olarak bulunmuştur. Kadın öğrencilerin %42'si sigara kullandıklarını, %20'si de alkol kullandıklarını, haftada bir kaç kez alkol kullananların ise yaklaşık yarısının kadın olduğu görülmektedir [71].

Türkiye'nin Gençlik Profili (2012) çalışmasında, 15-29 yaş aralığındaki kadınların %23.1'inin sigara kullandığı saptanmıştır [78]. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %15.2'si sigara içtiği görülmektedir [71]. Alaçam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada [79] kadın öğrencilerin %23,7'sinin sigara içtiği, Durmuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada [80] ise kadınların %35.2'sinin sigara içtiği bulunmuştur. Bu çalışmada ise %34,17'sinin sigara içtiği saptanmış olup diğer çalışmalar ile sonuçlar benzer bulunmuştur (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan 90 kadın öğrenci olduğu, yaş ortalamasının ise 20,20±1,25 olduğu farklı bir çalışmada, öğrencilerin %5,6'sı sigara kullanırken, %17,8'i ise alkol kullandığı gözlemlenmiştir [67].

Bu çalışmada, kadınların sigara ve alkol kullanımı değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan kadınların %36,69'unun alkol, %34,17'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

## **5.2 Bireyin Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**

İnsan vücudunun yaşamını sürdürebilmesi ve dengesini koruyabilmesi için sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmeye önemli derecede ihtiyacı vardır. Sağlıklı ve dengeli bir şekilde beslenmenin, gün içinde sağlanmasında tercih edilen öğünlerin önemi oldukça yüksektir. Beslenme durumunun değerlendirilmesi için, bireylerin öğün atlama durumları ve öğünler arasındaki süre farkı da oldukça önemli bir rol oynamaktadır [77].

Uzun süreli açlık, veya kısa süreli aralıklar ile aşırı beslenme durumu, vücudun enerji ve metabolik dengesinin bozulmasına neden olur. Öğün tüketimi, bireyi günlük yaşamın stresine hazırlama, yorgunluğun giderilmesine yardımcı olma, sağlıklı bir şekilde düşünebilmeyi sağlama ve hastalıklara karşı korunmasını sağlamak açısından oldukça önemli rol oynar. Bu nedenle, sağlıklı beslenme için

yapılan bilgilendirmelerde, günde 3 öğünden az besin tüketilmemesi gerektiğinin önemi her zaman vurgulanmaktadır [77].

Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %59,5 'i günde 3 öğün tükettikleri, %20,9'u iki öğün tükettikleri, %19,6'si ise dört veya üzerinde öğün tükettikleri belirlenmiştir [81].

Yürütülen bu çalışmada, kadınların genel beslenme alışkanlıkları incelendiğinde, %5,88'inin günde 1 ana öğün, %64,71'inin günde 2 ana öğün, %29,41'inin ise günde 3 ana öğün tükettiği, %32,49'unun günde 1 ara öğün, %32,49'unun günde 2 ara öğün, %9,52'sinin günde üç ve üzeri sayıda ara öğün tükettiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %13,17'sinin sabah öğününü, %52,94'ünün öğle öğününü, % 6,16'sının akşam öğününü ve %25,49'unun ara öğünü tüketmediği belirlenmiştir. Kadınların %17,65'inin zaman yetersizliğinden dolayı, %15,41'inin canı istemediğinden dolayı, %15,69'unun hazır yemek olmaması ve %10,64'ünde alışkanlığı olmadığı için öğün atladığını, %31,93'ünün ise öğün atlamadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Yaş ortalaması  $20,20 \pm 1,25$  olan 90 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, öğün atlama durumları incelendiğinde, öğrencilerin %44,4'ü bazen öğün atladığı belirtilirken, %38,9'u ise; öğün atlama alışkanlıklarının olmadığı bildirilmiştir. Atlanılan öğünlerin ise %42,3'ü sabah öğünü olduğu belirlenmiş ve %56,7'sinin ise düzenli olarak ara öğün tükettiği saptanmıştır [67].

Yapılan bir tez çalışmasında katılımcıların %43,6'sı öğün atlamayı alışkanlık haline getirdiğini ve en çok atladıkları öğünün yürütülen bu çalışmaya benzer olarak; %38,3 oranında öğle öğünü olduğunu belirlemiştir. Katılımcıların öğün atlama sebebine en çok verdikleri yanıt ise, yapılan bu çalışmaya benzer bir şekilde %50 oranıyla zaman yetersizliği olarak belirtilmiştir [82].

Yürütülen çalışmalarda bireysel alışkanlıklar, zaman ve sosyal çevrenin farklı olması nedenleriyle sabah veya öğle öğününün daha sık atlanmış olabileceği düşünülmektedir.

Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının çoğunlukla zaman yetersizliği, iştahın az oluşu ve hazır yemek olmamasından kaynaklanmaktadır. Üniversite öğrencilerinin okul saatlerinin erken oluşu ve yemek saatleri ile kesişmesi, öğün atlama sebebi olarak gösterilmiştir. Bunun yanında kadın öğrencilerde menstrüasyon semptomlarının da beslenme durumunu etkileyeceğini unutmamak gerekmektedir [82].

Yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin en çok atladığı öğünün %52,6 ile öğle öğünü olduğu ortaya çıkmıştır. Öğün atlama nedenleri ise diğer çalışmalar saptandığı gibi %17,65 oranında “zaman yetersizliği” olarak bulunmuştur [83]. Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının değerlendirildiği bir araştırmada, öğrencilerin, %90,3 ün öğün atladıkları, en çok atlanan öğün olarak %65,8 oranı ile öğle öğünü olduğu, nedeninin ise %51,3 oranı ile “zaman yetersizliği” olduğu çalışmada görülmüştür [84].

Isparta ilinde yapılmış bir çalışmada, yaş ortalamalarının 21.3 olduğu belirlenen 144 öğrencinin, %16,7’si kahvaltı yapmadıklarını, %32,6’sı kahvaltı yaptıklarını, %75,0’ı akşam öğünü tükettiklerini, %23,6’sının ise ara öğün tükettiğini bildirmiştir. Ara öğünlerinde ise, %75,7’si fast-food ile beslendikleri gözlemlenmiştir [85].

Çukurova Üniversitesi’nde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin, %72,5’i kahvaltı yaptığını, %88,4’ünün öğle öğünü tükettiğini, %98,5’inin ise akşam öğünü tüketme alışkanlığı olduğu belirtilmiştir [86].

Bu çalışma ve bulduğumuz diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere, öğrencilerin en çok atladıkları öğün, öğle öğünüdür [83-84]. Atlanılan her öğün, diğer öğünlerde aşırı besin tüketmek ile sonuçlanabilir. Bu da bir öğünde daha fazla kalori almasına neden olabilir. Öğrencilerin öğle öğününü atlamalarının sebebi, üniversitede olmalarından dolayı, yemek saatlerinin ders saatleriyle beraber olmasından, uyku düzeninin bozuk olmasından ve kişisel tercihlerinden dolayı olabilir. Öğrencilere, öğün atlamanın ne kadar zararlı olduğu konusunda bilinçlendirilmesi için bu konuda eğitici çalışmaların yapılması gerekmektedir.

### **5.3 Kadınların Antropometrik Ölçümlere Ait Değerlendirmesi**

Bireylerin, sağlık ve beslenme durumlarının incelenmesinde antropometri, yaygın olarak kullanılmaktadır. Hem ucuz olmasından hem de pratik bir teknik olmasından dolayı çok sık tercih edilmektedir. Dünyada ve ülkemizde yetişkin bireylerde beslenme sorunlarının arttığı, bunun yanında obezite oranlarının da hızla arttığı görülmektedir. Bu nedenle, beslenme sorunlarının belirlenmesi ve önleminin alınması için yapılan çalışmalar büyük ölçüde önem taşımaktadır [87].

Kadınların antropometrik ölçümleri incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların boy uzunluklarının  $\bar{x}=165,08\pm 6,06$  cm, vücut ağırlıklarının  $\bar{x}=58,53\pm 9,60$  kg ve BKİ değerlerinin  $\bar{x}=21,45\pm 3,13$  kg/m<sup>2</sup> olduğu saptanmıştır. Ortalama BKİ değerine göre kadınların %70'inin, normal kilolu oldukları görülmektedir (Tablo 4.5).

Yapılan bir çalışmanın örneklem grubunu oluşturan 209 kadının yaş ortalaması,  $20,60\pm 1,71$ 'dir. BKİ değerlerine bakıldığında, kadınların %58,86'sının normal kilolu olduğu görülmektedir. Bu çalışmadaki değerlerin benzer olma sebebi yaş aralıklarının yakın olmasından ve üniversitede eğitim gören öğrencilerin örneklemini oluşturmasından kaynaklanabilir [87].

Ankara’da dört ayrı üniversitede okuyan öğrenciler üzerinde yapılan kapsamlı bir tez çalışmasında, yalnız kadınların değerleri ele alındığında (n:474), boy uzunlukları ortalama  $160\pm 6.1$  cm, vücut ağırlıkları ise ortalama  $56.9\pm 8.0$  kg olarak bulunmuştur [88]. Afyon’da yapılan araştırmada, 18 ve 27 yaş arasındaki kadınların boy uzunlukları ortalaması  $162.62\pm 5.39$  cm, vücut ağırlığı ortalama değeri ise  $59.50\pm 11.38$  kg olarak bulunmuştur [89]. Bu çalışma ile karşılaştırıldığı zaman, çalışma gruplarının yaş ortalaması yakın olduğu için yürütülen bu çalışmadaki sonuçlar ile benzerlik gösterdiği düşünülebilir.

Üniversite öğrencilerinde yapılan farklı bir çalışmada, kadın öğrencilerde, BKİ ortalamasının  $21.0\pm 2.7$   $\text{kg/m}^2$  olduğu, başka bir çalışmada ise, BKİ değerlerinin ortalama  $21.23\pm 3.18$   $\text{kg/m}^2$  olduğu gözlemlenmiştir [90-91].

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan değerlendirmelerde, BKİ değerlerinin ortalaması benzerlik göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada, İstanbul, Marmara ve Koç Üniversitelerinden toplamda 368 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalamasının  $19.9\pm 0.9$  olduğu, vücut ağırlığına göre %79.0’unun normal, %15.7’sinin zayıf ve %5.3’ünün hafif şişman ve şişman olarak bulunmuştur [65].

Aynı çalışmada öğrencilerin antropometrik ölçümlerine bakıldığında, ortalama boy uzunluğu  $163\pm 0,05$  cm, vücut ağırlığı  $60,7\pm 5,22$  kg, BKİ ise  $22,6\pm 5,88$   $\text{kg/m}^2$  olarak belirlenmiştir [65].

İki farklı öğrenci yurdunda kalan kadın öğrencilerin BKİ değerleri sırası ile  $20.8\pm 2.3$  ve  $20.3\pm 1.7$   $\text{kg/m}^2$  olarak saptanmıştır. Öğrencilerin vücut ağırlıklarına bakıldığında genel olarak normal sınırlarda görüldüğü belirtilmiştir. Yetersiz ve dengesiz beslenme üniversite öğrencilerinin sağlığını, okul başarısını olumsuz etkilemesinden dolayı, öğrencilerin beslenmelerine önem vermesi gerekmektedir

[66]. Yaş ortalamaları 33.88 olan kadın yetişkin bireylerde BKİ değerlerine bakıldığı zaman ise ortalama değerin  $24,99 \pm 5,27 \text{ kg/m}^2$  olduğu saptanmıştır [92].

Bu çalışma ile karşılaştırıldığında, yaş ortalamasının  $21,63 \pm 1,45$  olduğundan genç kadınlar üzerinde yapılmasından dolayı BKİ değeri daha düşük çıkmış olabilir. Grupların yaş ortalamasının artması ile BKİ arasında pozitif bir ilişki olduğu söylenebilir [92].

Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması (TBSA) 2010'dan ulaşılan veriler incelendiğinde, 19-30 yaş arası, kentsel ve kırsal bölgelerde yaşayan kadınların ortalama boy uzunlukları sırasıyla;  $159,8 \pm 5,8 \text{ cm}$  ve  $158,3 \pm 5,6 \text{ cm}$ , 31-50 yaş arası kadınlar içinde  $158,0 \pm 6,2 \text{ cm}$  ve  $156,3 \pm 5,9 \text{ cm}$  olduğu ve ortalama BKİ değerlerinin, 19-30 yaş arası kadınlarda,  $24,5 \pm 5,2 \text{ kg/m}^2$  ve  $23,9 \pm 4,6 \text{ kg/m}^2$  olduğu, 31-50 yaş arası kadınlarda ise  $29,2 \pm 6,0 \text{ kg/m}^2$  ve  $30,5 \pm 6,3 \text{ kg/m}^2$  şeklinde olduğu belirtilmiştir [93].

Obezite, tüm dünyada, yaygın olarak görülen halk sağlığı sorunlarının başında gelmektedir. Birçok değişkene bağlı olarak obezitenin ortaya çıkması fizyolojik ve de psikolojik açıdan istenmeyen sorunlara yol açmaktadır. WHO 2014 verilerine bakıldığı zaman, kadınların %40'ı fazla kilolu, %15'i ise obez olarak sınıflandırılmaktadır [94]. WHO 2016 verilerine bakıldığı zaman, 18 yaşın üzerindeki 1.9 milyardan fazla yetişkinin aşırı derecede kilolu olduğu, bunlardan 650 milyonu aşkın yetişkinin ise obez olduğu belirtilmiştir. 18 yaşın üzerindeki kadınların %40'ı obez olarak sınıflandırılmaktadır [95].

Kadınların BKİ sınıflamalarına göre dağılımı verilmiş olup, araştırmaya alınan kadınların %15,13'ünün zayıf, %70,31'inin normal kilolu, %13,17'sinin hafif şişman ve %1,40'ının şişman (obez) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).



Bu çalışmada, kadınların %70,31'inin normal kilolu olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri, çalışma grubunun 18-24 yaş aralığında, yani genç kadın öğrenciler üzerinde yapılmış olması ve çalışmaya dahil olan kişi sayısının 357 olmasından kaynaklanabilir.

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2011-2012 sonuçlarına bakıldığı zaman, ABD'deki kadınların %36.1'inin obez olduğu belirlenmiştir. Avrupa Sağlık Araştırması sonucuna göre katılımcıların %37'si fazla kilolu, %56.7 si ise obez olarak değerlendirilmiştir. Obezite, toplumlarda çeşitli yaş gruplarında değişen oranlar ile görülen, vücut yağ oranının yüksek oranlarda seyretmesi ile kendini gösteren bir sorundur. Obezitenin günümüzdeki bu artan oranı, genetik, psikolojik ve yaşam şekli gibi faktörleri ile ilişkilendirilmektedir [94-96].

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün Asya, Afrika, ve Avrupa'da 6 ayrı bölgede yaptığı, 12 yıl devam eden 'MONICA' çalışmasında, obezite prevalansı, 10 yılda %10-30 aralığında bir artış göstermiştir [92].

Yapılan çalışmaları incelediğimizde, üniversite öğrencilerinde, vücut ağırlığı durumuyla ilişkili, yapılan müdahale araştırmalarının sistematik derlemesinde, beş araştırmadaki müdahale sonrasındaki deney ve kontrol grupları arasında, vücut ağırlığı değişimiyle ilgili önemli bir fark gözlemlendiği belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, motivasyon görüşmeleri sonucunda ayda bir defa BKİ ölçümü yapılmıştır. 5 ay boyunca ölçümler devam etmiş ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [97].

Yukarıda yapılan literatür taramasında, müdahalelerin deney grubu BKİ değerlerinde olumlu şekilde değişimlere neden olduğu görülmektedir.

Bu çalışma sonuçlarının, BKİ üzerindeki etkisinin olumlu olması, farklı müdahale içeriklerine sahip olmuş olmaları ve uzun süren çalışmalar olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir [97].

Türkiye'deki üniversite öğrencinde yapılan bir araştırmada, öğrencilerin BKİ durumları incelendiğinde, %16,3 zayıf, %77,7 normal kilolu, %5,6 hafif şişman ve de %0,4'ünün ise obez olduğu görülmüştür [98].

İspanya'da kadın öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise, %12,8'inin zayıf, %82,8'inin normal, %4,2'sinin hafif şişman ve %0,2'sinin ise obez olduğu bildirilmiştir [99]. Bu çalışmalarda da görüldüğü gibi kız öğrencilerin çoğunluk olarak BKİ değerlerinin normal aralıkta olduğu göze çarpmaktadır ( Tablo 4.6).

#### **5.4 Menstrüasyon Semptom Ölçeği ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmaya dahil edilen kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinde yer alan ağrı belirtileri alt boyutundan  $\bar{x}=2,46\pm 0,44$  puan, negatif etkiler-somatik yakınmalar alt boyutunda  $\bar{x}=2,84\pm 0,40$  puan, ve baş etme yöntemleri alt boyutundan  $\bar{x}=2,45\pm 0,54$  puan aldıkları saptanmıştır. Kadınların, menstrüasyon semptom ölçeği genelinden  $\bar{x}=2,58\pm 0,38$  puan aldıkları ve ölçekten alınmış olan en az puanın 1,26, en fazla puanın ise 4,02 olarak bulunduğu görülmüştür ( Tablo 4.7).

Menstrüasyona bağlı olarak semptomların, genç kızlar üzerinde yaratmış olduğu sosyal, psikolojik ve fiziksel baskıların en aza indirgenmesi için, ilk olarak menstrüasyon semptomlarının belirlenmesi gerekir. Belirlenen bu belirtilerin, yaşamı olumsuz etkilememesi için, bireysel baş etme yöntemlerinin geliştirilip, yaşam davranışlarının sağlıklı olması hedeflenmelidir [100].

Erzurum Atatürk Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmaya, 269 genç kız öğrenci katılmıştır. MSÖ kullanılarak yapılan bu çalışma incelendiğinde,

öğrencilerin MSÖ toplam puan ortalamalarının,  $65.34 \pm 15.65$  olduğu görülmektedir.  $37.69 \pm 9.57$ , "menstrual ağrı belirtileri" alt boyut puan ortalamasına bakıldığında "negatif etkiler/somatik yakınmalar" alt boyut puan ortalamasına bakıldığında  $20.91 \pm 5.70$ , ve "baş etme yöntemleri" alt boyut puan ortalamasına bakıldığında ise  $6.74 \pm 3.51$  olduğu belirlenmiştir [100].

Bu bulgu artan menstrual semptom şiddetinin öğrencilerdeki yaşam kalitesini düşürdüğü ve öğrencilerin yaşam kalitesini yükseltmek için daha fazla baş etme yöntemlerine başvurduğu şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan çalışmaları incelediğimizde, hemşirelik bölümü öğrencilerinin %60,1'inde PMS şikayetlerinin görüldüğü gözlemlenmiştir [101]. Üniversite öğrencileri üzerine yapılan başka bir çalışmada, %57,4'ünün PMS'den şikayetçi olduğu, %67,7'sinde ise dismenore görüldüğü saptanmıştır [102-103].

Atatürk Üniversitesi'nde yapılan araştırmada ise, PMS oranının %33 olduğu gözlemlenmiştir [100].

MSÖ geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını incelediğimizde, Ankara'da bir hemşirelik yüksekokulunda öğrenim gören 356 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,35 ( $\pm 1,12$ ) dir. Araştırmaya katılan öğrencilerin, "ağrı belirtileri" alt boyutunda 2,92 ( $\pm 0,92$ ) "negatif etkiler/somatik yakınmalar" alt boyutu için için 2,83 ( $\pm 0,89$ ), "baş etme yöntemleri" alt boyutu için ise, 2,32 ( $\pm 1,11$ ) olarak bulunmuştur [45].

Yürütülen bu çalışmada ise negatif etkiler-somatik yakınmalar alt boyutunda  $\bar{x}=2,84 \pm 0,40$  puan, ağrı belirtileri alt boyutundan  $\bar{x}=2,46 \pm 0,44$  puan ve baş etme yöntemleri alt boyutundan  $\bar{x}=2,45 \pm 0,54$  puan aldıkları gözlemlendiğine göre, kişi sayısı ve yaş ortalamalarının yakın olmasından dolayı sonuçlar benzerlik göstermektedir (Tablo 4.7).

Yapılan bir araştırmada, menstrüasyon sırasında kızların %56'sında abdominal ağrı hissettikleri görülmüştür [104]. Ağrının genel olarak karında ya da sırt kısımlarında, adetın ilk günü yaşandığı, orta şiddette görüldüğü bildirilmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise, lise öğrencilerinin çoğunluğunda, ağrının 1-3 gün arasında devam ettiği gözlemlenmiştir. Ağrının boyutu açısından değerlendirilen bir çalışmada, menstrüasyon süresinde şiddetli bir şekilde ağrı görölme oranının %14 ile %20 arasında değişkenlik gösterdiği, genel olarak ağrı seviyesinin yürütölen bu çalışma ile benzer olarak orta şiddette görüldüğü belirtilmektedir [105].

### **5.5 Sezgisel Yeme Ölçeği ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi**

Sezgisel yeme, bireylerin vücudunun vermiş olduğu açlık-tokluk ve doyma sinyallerine göre, bu sinyallere güvenip, uyum sağlayan bir yemek yeme biçimi olarak görölmektedir. Sezgisel yeme, beslenme ve diyetetik alanındaki diyetsiz yaklaşımlar, normal beslenme, akıllıca beslenme ve bilinçli beslenme gibi kavramlara da işaret eder. Fizyolojik açlık-tokluk ipuçlarına cevap olarak beslenmeyi vurgulayan, uyumlu bir diyet anlayışıdır [106].

Kadınların Sezgisel yeme ölçeğinde yer alan duygusal değil-fiziksel sebeplerle yeme alt boyutundan  $\bar{x}=3,01\pm 0,69$  puan, şartsız yemeye izin verme alt boyutunda  $\bar{x}=3,47\pm 0,86$  puan, açlık-doygunluk ipuçlarına güvenme alt boyutunda  $\bar{x}=3,46\pm 0,96$  puan, beden ve yiyecek seçim uyumu alt boyutundan  $\bar{x}=3,60\pm 0,98$  puan aldıkları saptanmıştır.

Kadınlar sezgisel yeme ölçeği genelinden en düşük 1,0 ve en yüksek 5,0 puan alırken, ölçekten alınan puan ortalaması  $\bar{x}=3,38\pm 0,54$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).

Yaş aralığı 18–24 olan, 230 kız öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada, şartsız yemeye izin verme alt boyutunda  $\bar{x}=3,66$  puan, açlık-doygunluk ipuçlarına

güvenme alt boyutunda  $\bar{x}=3,04$  puan, duygusal değil-fiziksel sebeplerle yeme alt boyutundan  $\bar{x}=3,07$  puan, beden ve yiyecek seçim uyumu alt boyutundan  $\bar{x}=3,00$  puan aldıkları saptanmıştır. Ölçekten alınan genel puan ortalamasının ise  $\bar{x}=3.36$  puan olduğu görülmektedir [107]. Bu çalışma ile yukarıdaki çalışma karşılaştırıldığında;

bu çalışmada, ankette yer alan alt boyutları ve ölçek genelinden alınan puan, yukarıdaki çalışmaya göre daha yüksek iken, şartsız yemeye izin verme alt boyutunda ise düşük çıktığı görülmektedir.

Ancak yaş ortalamasının benzer olması ve aynı üniversitede yürütülmüş olmasından dolayı sonuçlar birbirine yakınlık gösterebilir.

Sezgisel yeme yaklaşımı, üç temel kavrama dayanmaktadır. Yemek yemeye koşulsuz izin verme (açlığın ne zaman ortaya çıktığı ve hangi besini tüketmek istediği), duygusal sebepler yerine, fiziksel sebeplere dayalı yemek yeme şekli ve fiziksel açlık-tokluk sinyallerine bağlı olarak yemek yeme (ne kadar ve ne zaman beslenmesi gerektiğini kendi içinde belirleme) dir [108-109].

Sezgisel yemede, duygusal sebeplerin yerine, fiziksel sebeplere dayanan beslenme davranışları içinde bulunan bireyler, yaşadıkları duygusal dalgalanmalar ya da içindeki buldukları stresli durumlardan dolayı değil, fiziksel olarak açlıklarını baskılamak ve doyurmak için besinlere yönelim göstermektedirler. Sezgisel yeme davranışlarında bulunmayan bireyler ise, duygusal olarak tatmin oldukları zaman beslenmeyi sonlandırırlar. Bu davranışın doğuştan gelen, bilinçlilik yetisi olduğu ve bireyin karnın açken beslen, karnın doyduğu zaman beslenmeye son ver ilkesiyle harekete geçtiği belirtilmiştir [106].

## 5.6 Duygusal İştah Anketi ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi

Duyguların beslenme davranışı üzerinde nasıl bir etki gösterdiği konusunda farklı görüşler vardır. Örneğin, negatif duygu durumunun, yüksek besin alımı ile nasıl bir ilişkisi olduğunu araştıran bir çalışmada, mutlu olma haline oranla, üzgün ruh halinin besin alımında daha çok etkili olduğu tespit edilmiştir [110]. Bu çalışmada, katılımcıların duygu durumlarını etkileyen en önemli faktör, menstrüasyon dönemindeki semptomlardan dolayıdır. Normal BKİ değerine sahip olan sağlıklı kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada olumlu duyguların, besin alımını arttırdığı ve yemek yemede artış olduğu gözlemlenmiştir [111].

Duygusal yeme, negatif duygular ile baş etmede, psikolojik açıdan destek olarak görülmektedir. Ek olarak, duyguları betimlemede ve ya algılamakta zorluk yaşanması, tıkanırcasına yemek yeme ataklarını aktifleştirebilir. Bireylerin, duygularını yoğun olarak yaşaması sürerken, duygularının, hissettikleri şeyin gerçek anlamda neyi ifade ettiğini bulmakta zorluk çekerlerse, bu duygu durumları ile başa çıkamayacaklarını düşünebilirler. Örneğin, “kendimi çok kötü hissediyorum” daki anlam daha genel bir anlamı betimlerken, “kendimi endişeli hissediyorum ve bundan utanç duyuyorum” cümlesindeki duyguların daha ayrıntılı ifade edildiği açıktır. Eğer, kişi duygularını betimlemekte zorlanıyorsa, içinde bulunduğu rahatsız edici bu durumdan kaçmak için dikkatini başka yöne çevirdiğinde, karşısına besinler çıkabilir ve kaçınma davranışları gösterebilmektedirler [112].

Bu çalışma incelendiğinde;

araştırma kapsamına alınan kadınların duygusal iştah anketinde bulunan, duygusal yemek yeme pozitif duygu alt boyutundan  $\bar{x}=27,91\pm 8,35$  puan, duygusal yemek yeme negatif duygu alt boyutundan  $\bar{x}=37,72\pm 15,33$  puan, ve duygusal yemek

pozitif olay alt boyutundan  $\bar{x}=15,48\pm5,40$  puan ve duygusal yemek negatif olay alt boyutundan  $\bar{x}=16,95\pm9,03$  puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Bu çalışmada, negatif duygu ve negatif olay alt boyutlarından alınan puanların, pozitif duygu ve pozitif olay alt boyutlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise, negatif duygu durumlarında bireylerin daha çok yemek yeme eğilimi göstermesinden kaynaklanabilir. Kadınlar MS etkisinden dolayı bu süreçte daha çok negatif duygulara kapılmaktadır [113].

Yapılan çalışmalarda, menstrüsyon dönemi sırasında, kadınların negatif duygu durumlarında duygusal yemenin arttığı gözlemlenmiştir. Kadınların vücut algısı ile ilgili yaşadıkları kaygılardan dolayı bu durumun arttığı saptanmıştır [113]. Benzer bir çalışmada, bireylerin negatif duygu durumlarının sonucunda, duygusal olarak yemek yemeye daha fazla eğilim gösterdiği belirtilmiştir [114].

Yukarıdaki çalışma ve yürütülen bu çalışma karşılaştırıldığında, pozitif duygu ve pozitif olay alt boyutlarının, istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, menstrüal dönemde kadınların daha depresif ruh halinde olmalarından kaynaklanabilir.

Kadınlar ve erkekler üzerinde yapılan duygusal yemenin negatif durumlar üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, kadınların negatif duygu durumlarının, erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [115].

Yukarıdaki çalışmalar ile bu çalışma karşılaştırıldığında, çalışmaların sonuçlarının benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bu çalışma menstrüasyon semptomları üzerinde yürütülmesinden dolayı, kadınların bu dönemlerdeki duygu değişimlerinin fazla olması, çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir.

## 5.7 İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği ile İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi

İrrasyonel besin inançları, besinler ile ilgili gerçek dışı inanışlar olarak betimlenmektedir. Bireylerin, kendine seçtiği rol modelleri, akraba, aile, arkadaş vb. kişiler arasındaki etkileşimi, reklamların bireyler üzerindeki etkisini, bireyin zayıf olma veya ağırlık kazanma endişesini ve zayıflamaya yardımcı olmayı amaç ediden davranışları değerlendirmektedir [58].

Bu ölçeğin amacı, özel durumlarda beslenme ile ilişkili yanlış düşünceler ve ölçeğin farklı boyutlarını incelemek, ek olarak uzun dönemde ağırlık kontrolünün sağlanmasıdır. Bilişsel ve davranışsal, stres bozuklukları ve besinlerle ilgili sağlıksız inançlar, ‘‘ Haz almanın ana kaynağı yemek yemekdir.’’ gibi söylemler, irrasyonel davranışlara örnek olarak verilmektedir [116].

Araştırmaya katılan kadınlar irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme alt boyutundan  $\bar{x}=2,26\pm 0,39$  puan alırken, rasyonel yeme alt boyutundan  $\bar{x}=2,75\pm 0,36$  puan almıştır (Tablo 4.7).

Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, kadınlarda İBİÖ ile irrasyonel besin inançları alt ölçeği arasında, negatif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu, RBİ alt ölçeği arasında ise orta şiddetli pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir [58].

Araştırmaya alınan kadınların BKİ sınıflara göre irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan, rasyonel yeme alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), İrrasyonel yeme alt boyutundan almış oldukları puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hafif şişman/obez olan kadınlarda irrasyonel yeme alt boyutundan alınan puanlar, zayıf kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).



Anketin büyük bir kısmını kapsayan, genel amacına yönelik bilgi veren, irrasyonel ölçek alt maddeleri, çeşitlilik gösteren ve günlük hayatta da beslenme işlevleri hakkında olan gerçekdışı inançları göstermektedir. Besinlerin sağlıklı olan inançlarına yönelik, Osberg'in 1997 yılında başlatmış olduğu rasyonel besin inançları maddeleri, Amerika Diyetisyenler Derneği (2005) tarafından hazırlanan beslenme ve diyet önerileriyle de tutarlılık göstermektedir [58].

İBİÖ'nün asıl amacını düşünecek olursak özel durumlardaki beslenme şekli ile ilgili düzeltilmesi gereken bireysel düşünceleri ve İBİÖ'nün farklı boyutlarının değerlendirmesini, bu duruma ek olarak uzun dönemde ağırlık kontrolünü ve ağırlığın korunmasının geliştirilmesini kapsamaktadır [58].

Çocukluk döneminden itibaren ön yargı ve özsaygı endişesinin, depresyona olan eğilimi arttırdığı belirtilmektedir. Obez bireylerin kendilerine duymuş olduğu özsaygının azalış göstermesi, bireylerde major depresyon gibi olayların artmasına sebep olmaktadır. Yapılan son çalışmalarda,  $BKI > 40 \text{ kg/m}^2$  (aşırı obez) olan bireylerde, depresyon riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Erişkinlerde ise, önce obezite görülüp, ardından depresyon eşlik etmektedir. Çocuklarda ise, ilk önce depresyon, sonrasında obezitenin ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. [58].

Bu çalışma incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen kadınların, irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanı ve vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanları arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri de artış göstermektedir (Tablo 4.13).

Bu durumun nedeni menstrüasyon semptomlarının kadınlar üzerinde yaratmış olduğu olumsuz etkilerden dolayı olabilir.

Sağlıklı ve düzenli beslenen kadınların, stres altında olduğu zamanlarda, yemek yeme ve enerjisi yüksek olan bazı besinlere karşı gelememe durumuyla karşılaşabileceği belirtilmektedir. Bazı besinlerin, olumsuz duygu durumlarındaki hisleri yatıştırma, yaşadıkları stres, depresyon gibi olayları bastırmak için, bireylerin hayatlarında o an eksik olan mutlu olma durumu gibi olayların eksikliğini gidermek için, bireylerin stresli olduğu ve duygu durumlarının kötü olduğu zamanlarda besinleri ödül olarak gördüğü belirtilmektedir [116]. Bu durum da BKİ değerlerinin yükselmesine sebep olabilmektedir.

Bu çalışma incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen kadınların, irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanları ve vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olan ve pozitif yönde korelasyonlar görüldüğü tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanları arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri de artış göstermektedir (Tablo 4.13).

Bunun nedeni kadınların içinde buldukları menstrüasyon döneminin etkisiyle duygusal durumlarının karmaşık oluşu sonucunda, yaşadıkları stres ile baş etmek için yemek yemeyi ödül olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Fakar Osberg'in orijinal çalışması RBİ ile ağırlık denetimi arasında, İBİÖ ve BKİ arasında bir ilişki saptamamıştır [116]. İspanya da yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında da, İBİÖ ve BKİ arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak, İBİÖ puanı ne kadar yüksek bulunursa, BKİ değerlerinin o kadar düşük olacağı saptanmıştır [117].

Yapılan orijinal araştırma ve İspanya da yapılan araştırmada BKİ değerleri arasındaki bu tutarsızlıkların, bireylerin ağırlıklarının ölçüm cihazlarında

ölçülmemesinden ve anket yolu ile kendileri tarafından doldurulması ile ortaya çıkan farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konu ile ilgili yapılacak sonraki araştırmalarda bu tutarsızlığın önüne geçilmesinin, önemli ve etkili olacağı düşünülmektedir [58].

## **5.8 Öğrencilerin MSÖ, SYÖ, DİA ve İBİÖ Puanları Arasındaki Kolerasyonların Değerlendirilmesi**

Bu çalışmadaki kadın öğrencilerin, menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanla ve sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü kolerasyon tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre, araştırmaya katılan öğrencilerin, menstrüasyon semptom ölçeğinden almış oldukları puanlar arttıkça, sezgisel yeme ölçeğinden alınan puanlar ise azalmaktadır (Tablo 4.9).

Sezgisel yemenin, duygusal değil fiziksel sebeplerle yeme şekli, açlık ve doyumluk ipuçlarına güvenme, beden-yiyecek seçim uyumu üzerine dayalı olması doğrultusunda [106], menstrual semptomlar nedeniyle kadınların duygu durum değişimi sonucunda bu iki anket arasında ters bir ilişki olduğu görülmektedir.

Bu çalışmadaki kadın öğrencilerin, menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar ile duygusal iştah anketinde bulunan, negatif duygu ile duygusal negatif olay alt boyutları arasında, pozitif yönlü kolerasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Buna göre araştırmaya katılan öğrencilerin, menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, duygusal iştah anketinde yer alan negatif duygu ve negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar ise artmaktadır (Tablo 4.9).

Menstrual semptomlarda da karşımıza çıkan negatif duygu durumunun etkisi ile MSÖ puanlarının artmasının, duygusal iştah anketinde, bireylerin negatif duygular

ile baş etmede, psikolojik açıdan destek olarak gördüğü besin alımı ile ilişkilidir [112].

Bu çalışmadaki öğrencilerin, menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar ile irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre, menstrüasyon semptom ölçeğinden alınan puanların arttıkça, irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından aldıkları puanları artmaktadır. (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan kadınların, sezgisel yeme ölçeğinden almış oldukları puanlar ile duygusal iştah anketinde bulunan, negatif duygu, negatif olay alt boyutları arasında negatif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). DİA'nin pozitif duygu, pozitif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ) Buna göre, kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, duygusal iştah anketinde yer alan negatif duygu, negatif olay alt boyutlarından alınan puanlar azalmaktadır. Pozitif duygu, pozitif olay alt boyutlarından alınan puanlar ise artmaktadır (Tablo 4.9).

Yapılan araştırmalarda, sezgisel yeme ve duygusal yeme arasında, bu çalışmada olduğu gibi negatif yönlü korelasyonlar olduğu belirtilmektedir [118-119]. Sezgisel yeme, fizyolojik açıdan, açlık ve de tokluk ipuçlarına göre yemek yeme eğilimini anlatmaktadır [118]. Duygusal yeme ise, olumlu ve olumsuz duygulara karşılık yemek yemeye yönelmektir [112].

Araştırmaya katılan kadınların, sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanların, irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan, irrasyonel yeme alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönlü korelasyonlar tespit edilmiştir( $p<0,05$ ). Buna göre kadınların, sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça, irrasyonel besin

inançları ölçeğinde bulunan irrasyonel yeme alt boyutundan almış oldukları puanlar azalmaktadır (Tablo 4.9).

Sezgisel yeme, bireyin fizyolojik olarak beslenmesi ve açlığını gidermesi, yeterli düzeyde besin almasından sonra da aşırı doyma hissi oluşmadan, beslenmeyi sonlandırabilmesi temeline dayanırken [106], irrasyonel besin inançları ise, bireyin, besinler ile ilgili gerçek olmayan tutumları veya inançları olarak belirtilmektedir [58].

Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan, irrasyonel yeme alt boyutundan almış oldukları puanlar ile duygusal iştah anketinde yer alan, negatif duygu ve negatif olay alt boyutlarından almış oldukları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kadınların irrasyonel yeme alt boyutundan almış oldukları puanlar arttıkça, DİA negatif duygu ve negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır (Tablo 4.9).

Irrasyonel besin inançları ölçeğinin, bireyin besinler üzerindeki gerçek olmayan inanışları, tutumları olduğu ve olumsuz bir durum olduğu, duygusal yemenin de, olumlu veya olumsuz duygusal durumlara karşı beslenmeye yönelme durumundan dolayı aralarında pozitif bir ilişki vardır.

Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan, rasyonel yeme alt boyutu puanları ile duygusal iştah anketinde yer alan, pozitif duygu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmış olup, kadınların rasyonel yeme alt boyutu puanları arttıkça, DİA pozitif duygu puanları da artmaktadır (Tablo 4.9).

Rasyonel yeme, besinler ile ilgili doğru olan inanışlar ve tutumlar anlamına gelmektedir. DİA pozitif duygu alt boyutu, olumlu duyguları ve olumlu durumları simgelediği için aralarında pozitif bir ilişki vardır.

## **5.9 Kadınların BKİ sınıflarına göre Menstrüasyon Semptom Ölçeği, Sezgisel Yeme Ölçeği, Duygusal İştah Anketi ve İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Yapılan bir araştırmada, kadınların hissettikleri yüksek stres seviyesi ve BKİ ilişkisi arasında doğru orantı saptanmıştır [120]. Stresli olan kadınların, yemek yemek için daha çok eğilim gösterdikleri, bu nedenle de BKİ'lerinin, daha yüksek olduğu vurgulanmıştır [121].

Yapılan araştırmada, BKİ'nin bir  $\text{kg/m}^2$  artış göstermesi, menstrüasyon semptomlarının riskini, %3 oranında artırdığı bildirilmiştir [122]. Başka bir çalışmada, BKİ değerinin  $30 \text{ kg/m}^2$ 'den yüksek olmasının, PMS görülme sıklığı ile güçlü bir ilişkisi olduğu görülmüştür [123].

Yapılan bir diğer çalışmada ise, sadece obezite ile PMS riski incelendiğinde, bir sonuç bulunamamıştır. Bunun nedeni ise bu çalışmaya dahil olan kadınların BKİ değerlerinin normal aralıkta olmasına rağmen, menstrual semptomlarını, güçlü bir şekilde hissetmiş olmalarıdır. Kadınlar normal BKİ değerine sahip olsalar da menstrüasyon semptomları yaşadıkları için, obezite ile ilgili bir ilişki saptanamışlardır [124].

Araştırmaya dahil edilen kadınların BKİ'lerine göre menstrüasyon semptom ölçeğinin genel olarak ve ölçekte yer alan, negatif etkiler/somatik yakınmalar ve baş etme yöntemleri alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Kadınların BKİ sınıflarına göre menstrüasyon semptom ölçeğinde bulunan, ağrı belirtileri alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Buna göre, hafif şişman/obez kadınların ağrı belirtileri alt boyutundan

aldıkları puanlar zayıf ve normal kilolu kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).

Menstrüasyon semptom ölçeği, ağrı belirtileri alt boyutu – BKİ değerlerine göre bakıldığında, zayıf bireylerde  $\bar{x}= 2,40$ , normal bireylerde  $\bar{x}=2,44$ , hafif şişman-şişman bireylerde ise  $\bar{x}=2,61$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.8).

Yapılan bir çalışmada, BKİ ve PMS arasındaki ilişkiye bakıldığında, BKİ değerinin artmasına bağlı olarak PMS'nin de artış gösterdiği görülmüştür [122].

Adolesanlar ile yapılan bir çalışmada, PMS ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [125]. Eskişehir'de yapılan başka bir çalışmada da bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir [126]. Hindistan'da yapılan çalışmada da, BKİ ve PMS arasında bir ilişki görülmemiştir [127].

Literatürde bu konuda farklılıklar karşımıza çıkmaktadır.

Başka bir çalışmada da, PMS 'li kadınlarda, BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür [128]. Bir diğer çalışmada, BKİ değeri 25 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olan kadınların, şişkinlik ve premenstrual yeme arzusunu daha çok gösterdiği belirtilmiştir [129]. Bu çalışmada da diğer çalışmalara benzer bir şekilde, obez olan ve hafif-şişman olan bireylerde zayıf bireylere oranla daha fazla ağrı yaşadıkları saptanmıştır.

Bu çalışmada, kadınların Menstrüasyon Semptom Ölçeği geneli ve ölçekte bulunan alt boyutlardan almış oldukları puanlar ile vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel düzeyde, anlamlı ve pozitif korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Kadınların vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arttıkça, Menstrüasyon Semptom Ölçeği geneli ve ölçekte yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlarda artmaktadır (Tablo 4. 10).

Araştırmaya dahil edilen kadınların BKİ sınıflarına göre SYÖ genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyumluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan almış

oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Bun göre, zayıf kadınların sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyumluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan aldıkları puanlar hafif şişman/obez bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Kadınların BKİ sınıflarına göre sezgisel yeme ölçeğinde bulunan 3 alt boyuttan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.8).

Sezgisel yeme davranışı, vücudun açlık durumuna odaklanmış olan, hangi besinin ne kadar tüketilmesi gerektiği yönünde ipuçları veren, farklı bir yaklaşım olarak görüldüğü için, BKİ ile ters ilişkisi olduğu bildirilmektedir. Bu sebeple obezite konusunda hem önlem hem tedavi durumuna katkı sağlayabilecek bir yaklaşım olabileceği düşünülmektedir [118-130].

Bu çalışma incelendiğinde, zayıf kadınların SYÖ genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyumluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan aldıkları puanlar BKİ değeri yüksek olan hafif şişman/obez bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).

Sezgisel yeme ve BKİ değerlerinin incelendiği bir araştırmada, Amerikan, Alman ve Fransız yetişkin kadınlarda yapılmış olan üç farklı araştırmada, normal BKİ değerlerine sahip olan bireylerin, hafif şişman veya obez bireylere göre daha yüksek puanlara sahip oldukları belirtilmiştir [119-131-132].

Bu çalışma incelendiğinde araştırmaya alınan kadınların SYÖ genelinden ve ölçekte bulunan üç alt boyutundan almış oldukları puanlar ile vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve de negatif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, kadınların SYÖ genelinden ve ölçekte



bulunan üç alt boyutundan almış oldukları puanlar arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri azalmaktadır (Tablo 4.11).

Bu çalışmadaki sonuçlara göre, sezgisel yeme, bireylerin kontrollü bir şekilde beslenmeyi öğrenmeleri anlamına geldiğinden, vücut ağırlıkları ve BKİ değerlerinin azalıyor olması mantıklıdır.

Bir çalışmada, 1349 kişinin katıldığı başka bir çalışmada, genç kadınların sezgisel yeme ve BKİ değerleri arasında ters ilişki gözlemlendiği görülerek benzer sonuçlara ulaşılmıştır [132].

Başka bir çalışmada, genç kadınlar üzerinde yapılan sezgisel yeme ve BKİ arasındaki ilişkiye bakıldığında, sezgisel yemenin artmasının BKİ değerini azalttığı görülmüş, sezgisel besin tüketmeyi tercih edenlerde vücut ağırlığını korumak için aşırı kontrolcü davranışlar sergileme olasılığının, %40 oranda daha düşük olduğu, sezgisel besin tüketmeyen kadınlara göre diyet yapma ihtimallerinin de, daha düşük olduğu görülmüştür [133-134].

Orta yaş kadınlarda yapılan bir araştırmada, açlık ve tokluk sinyallerine güvenerek yemek yeme davranışlarının, BKİ değerlerinin düşük olması arasında güçlü bir ilişki olduğu ve sezgisel yeme ölçeğinde 10 puanlık bir artışın, BKİ değerlerinde %5,1 kg/m<sup>2</sup> bir azalma gösterdiği, bu ilişkinin de tıkanırcasına yemek yeme sıklığına bir bakımdan aracı olduğu görülmüştür [135].

Bu çalışmada da düşük BKİ değerleri arasında olan genç kızlarda, sezgisel yeme puanlarında artış görülmektedir (Tablo 4.8).

Dört aylık bir müdahale ve de 12 ay süren bir takip sonucunda, sezgisel yeme müdahalesi yapılan katılımcıların, vücut ağırlıklarının azaldığı görülmüştür [136].

20-48 yaş aralığındaki kadın katılımcılardan oluşan bir araştırmada, sezgisel yemenin ağırlık kaybı sağlayıp sağlamadığını değerlendirmek için yapılmıştır.

Çalışma iki grup ile yürütülmüştür. Bir gruba enerji kısıtlı zayıflama diyeti uygulanırken, diğer gruba sezgisel beslenme ilkelerine bağlı olarak eğitim verilmiştir. Altı hafta süren bu çalışmanın sonunda, obez kadınlarda BKİ değerlerinin, sezgisel yeme ilkelerine bağlı olarak eğitim verilen grupta anlamlı bir azalma görülmezken, enerji kısıtlı zayıflama diyetinin, daha etkili olduğu görülmüştür [137].

Yukarıdaki çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının daha yüksek olmasından dolayı değişen metabolik olaylar sonucunda enerji kısıtlı zayıflama diyeti uygulanan kişilerde daha net bir sonuca varılmış olabilir.

Bireyler, olumsuzluğa kapıldıkları zamanlarda, bu duyguları baskılamak ve ya azaltmak için yemek yemeye yönelim gösterebilirler. Bunun sonucu olarak da ağırlık alabilir ve BKİ değerlerinde de artış görülebileceği belirtilmiştir [138].

Normal vücut ağırlığında olan sağlıklı kişilerde yapılmış olan bir çalışmada ise, pozitif duygu durumlarının yemek yemeyi arttırdığı belirtilmiştir [139].

BKİ düşük olan bireylerde ise olumlu duygu durumlarının daha fazla yemek yemeye eğilim gösterdiği saptanmıştır [138].

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, negatif duygusal durumların bireyler üzerinde yemek yemeye eğilimli olmalarında artış görülmesine ve sonuç olarak vücut ağırlıklarında artış görülmesine neden olabileceği belirtilmiştir [140-142].

Bu çalışma incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların DİA'da yer alan, negatif olay ve negatif duygu alt boyutlarından aldıkları puanlar ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında, istatistiksel düzeyde anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

Kadınların DİA'da yer alan, negatif duygu ve negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ'leri de artmaktadır. (Tablo 4.12).

Bu çalışma ile diğer çalışmalar karşılaştırıldığında sonuçların benzer olduğu görülmektedir [140-141-142].

Araştırmaya alınan kadınların BKİ sınıflara göre irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan, rasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), İrrasyonel Yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hafif şişman/obez olan kadınların irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar, zayıf kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).

Anketin büyük bir kısmını kapsayan, genel amacına yönelik bilgi veren, irrasyonel ölçek alt maddeleri, çeşitlilik gösteren ve günlük hayatta da beslenme işlevleri hakkında olan gerçektışı inançları göstermektedir. Besinlerin sağlıklı olan inançlarına yönelik, Osberg'in 1997 yılında başlatmış olduğu rasyonel besin inançları maddeleri, Amerika Diyetisyenler Derneği (2005) tarafından hazırlanan beslenme ve diyet önerileriyle de tutarlılık göstermektedir [58].

İBİÖ'nün asıl amacını düşünecek olursak özel durumlardaki beslenme şekli ile ilgili düzeltilmesi gereken bireysel düşünceleri ve İBİÖ'nün farklı boyutlarının değerlendirmesini, bu duruma ek olarak uzun dönemde ağırlık kontrolünü ve ağırlık korunmasının geliştirilmesidir [58].

Çocukluk döneminden itibaren ön yargı ve özsaygı endişesinin, depresyona olan eğilimi arttırdığı belirtilmektedir. Obez bireylerin kendilerine duymuş olduğu özsaygının azalış göstermesi, bireylerde major depresyon gibi olayların artmasına sebep olmaktadır. Yapılan son çalışmalarda,  $BKİ>40 \text{ kg/m}^2$  (aşırı obez) olan bireylerde, depresyon riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Erişkinlerde ise, önce

obezite görülüp, ardından depresyon eşlik etmektedir. Çocuklarda ise, ilk önce depresyon, sonrasında obezitenin ortaya çıktığı gözlemlenmiştir [58].

Bu çalışma incelendiğinde, çalışmaya katılan kadınların, irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanları ve vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanları arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri de artış göstermektedir (Tablo 4.13).

Bu durumun nedeni menstrüasyon semptomlarının kadınlar üzerinde yaratmış olduğu olumsuz etkilerden dolayı enerji alımının artması ile ilişkili olarak BKİ ve vücut ağırlığının artması ile ilişkili olabilir.

Sağlıklı ve düzenli beslenen kadınların, stres altında olduğu zamanlarda, yemek yeme ve enerjisi yüksek olan bazı besinlere karşı gelememe durumuyla karşılaşabileceği belirtilmektedir. Bazı besinlerin, olumsuz duygu durumlarındaki hisleri yatıştırma, yaşadıkları stres, depresyon gibi olayları bastırmak için, bireylerin hayatlarında o an eksik olan mutlu olma durumu gibi olayların eksikliğini gidermek için, bireylerin stresli olduğu ve duygu durumlarının kötü olduğu zamanlarda besinleri ödül olarak gördüğü belirtilmektedir [58]. Bu durumda BKİ değerlerinin yükselmesine sebep olabilmektedir.

Bu çalışma incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen kadınların, irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanları ve vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan, irrasyonel yeme puanları arttıkça, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri de artış göstermektedir (Tablo 4.13).

Bunun nedeni kadınların içinde buldukları menstrüasyon döneminin etkisiyle duygusal durumlarının karmaşık oluşu sonucunda, yaşadıkları stres ile baş etmek için yemek yemeyi ödül olarak görmelerinden kaynaklanabilir.

Fakar Osberg'in orijinal çalışması RBİ ile ağırlık denetimi arasında, İBİÖ ve BKİ arasında bir ilişki saptanmamıştır [116]. İspanya da yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında da, İBİÖ ve BKİ arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak, İBİÖ puanı ne kadar yüksek bulunursa, BKİ değerlerinin o kadar düşük olacağı saptanmıştır [143].

Yapılan orijinal araştırma ve İspanya da yapılan araştırmada BKİ değerleri arasındaki bu tutarsızlıkların, bireylerin ağırlıklarının ölçüm cihazlarında ölçülmemesinden ve anket yolu ile kendileri tarafından doldurulması ile ortaya çıkan farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılacak bir sonraki araştırmalarda bu tutarsızlığın önüne geçilmesi, önemli ve etkili olacağı düşünülmektedir [58].

## Bölüm 6

### SONUÇ

KKTC Gazimağusa - Doğu Akdeniz Üniversitesi'nde okuyan kız öğrenciler üzerinde yapılmış olup, genç kadınların menstrüasyon semptomlarının iştah, sezgisel yeme ve irrasyonel besin inançları ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yönelik gerçekleştirilen bu çalışmada, elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

1. Araştırmaya katılan kadınların genel özelliklerine göre bilgileri şu şekildedir. %21,85'inin 20 yaş ve altı, %48,46'sının 21-22 yaş arası, %29,69'unun 23 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının  $21,63 \pm 1,45$  olduğu görülmüştür.
2. Kadınların uyrukları değerlendirildiğinde, %80,11'inin yalnız TC, % 9,80'inin yalnız KKTC ve %10,08'inin TC ve KKTC uyruklu olduğu saptanmıştır.
3. Kadınların bölümlerine ve kaçınıcı sınıfta olduklarına göre değerlendirildiğinde, %15,97'sinini hukuk, %22,69'unun eğitim bilimleri ve %19,05'inin Fen ve Edebiyat bölümlerinde öğrenim gördüğü, %16,25'inin 1.'nci sınıf, %28,57'sinini 2.'nci sınıf, %27,73'ünün 3.'ncü sınıf ve %22,97'sinin 4.'ncü sınıfta öğrenim gördüğü tespit edilmiştir.
4. Kadınların yaşadıkları yer ile ilgili bilgileri değerlendirildiğinde, %14,57'sinin evde ailesiyle birlikte, %10,08'inin evde arkadaşlarıyla birlikte ve %70,31'inin yurtta/misafirhanede yaşadığı belirlenmiştir.
5. Kadınlar hastalık durumlarına göre değerlendirildiğinde, %91,60'ının tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığının olmadığı, %8,40'ının ise tanısı konmuş

kronik hastalığının olduğu, hastalığı olan kadınların %28,57'sinde astım, %21,43'ünde tiroid/guatr ve %10,71'inde kalp hastalıklarının olduğu belirlenmiştir.

6. Kadınların ilaç kullanımı değerlendirildiğinde, %92,72'sinin düzenli olarak kullandığı herhangi bir ilaç bulunmamaktadır.

7. Kadınların alkol ve sigara tüketme durumları değerlendirildiğinde, %36,69'unun alkol, %34,17'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir.

8. Kadınların öğün tüketimleri değerlendirildiğinde, %5,88'inin günde 1 ana öğün, %64,71'inin günde 2 ana öğün, %29,41'inin ise günde 3 ana öğün tükettiği, %32,49'unun günde 1 ara öğün, %32,49'unun günde 2 ara öğün, %9,52'sinin günde üç ve üzeri sayıda ara öğün tükettiği belirlenmiştir.

9. Kadınların öğün atlama durumları değerlendirildiğinde, %13,17'sinin sabah öğününü, %52,94'ünün öğle öğününü, % 6,16'sının akşam öğününü ve %25,49'unun ara öğünü tüketmediği belirlenmiştir.

10. Kadınların öğün atlama nedenleri değerlendirildiğinde, %17,65'inin zaman yetersizliğinden dolayı, %15,41'inin canı istemediğinden dolayı, %15,69'unun hazır yemek olmadığı için ve %10,64'ünün alışkanlığı olmadığı için öğün atladığı belirlenmiştir.

11. Kadınların antropometrik özellikleri değerlendirildiğinde, boy uzunluklarının  $\bar{x}=165,08\pm 6,06$  cm, vücut ağırlıklarının  $\bar{x}=58,53\pm 9,60$  kg ve BKI değerlerinin  $\bar{x}=21,45\pm 3,13$  kg/m<sup>2</sup> olduğu saptanmıştır.

12. Kadınların BKI sınıflamalarına dağılımı değerlendirildiğinde, kadınların %15,13'ünün zayıf, %70,31'inin normal kilolu, %13,17'sinin hafif şişman ve %1,40'ının şişman (obez) olduğu saptanmıştır.

13. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinde yer alan negatif etkiler/somatik yakınmalar alt boyutunda  $\bar{x}=2,84\pm 0,40$  puan, ağrı belirtileri alt boyutundan

$\bar{x}=2,46\pm0,44$  puan ve baş etme yöntemleri alt boyutundan  $\bar{x}=2,45\pm0,54$  puan aldıkları saptanmıştır.

14. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeği genelinden  $\bar{x}=2,58\pm0,38$  puan aldıkları ve ölçekten alınan en düşük puanın 1,26, en yüksek puanın 4,02 olduğu görülmüştür.

15. Kadınların sezgisel yeme ölçeğinde yer alan şartsız yemeye izin verme alt boyutunda  $\bar{x}=3,47\pm0,86$  puan, duygusal değil fiziksel sebeplerle yeme alt boyutundan  $\bar{x}=3,01\pm0,69$  puan, açlık ve doyumluk ipuçlarına güvenme alt boyutunda  $\bar{x}=3,46\pm0,96$  puan, beden-yiyecek seçim uyumu alt boyutundan  $\bar{x}=3,60\pm0,98$  puan aldıkları saptanmıştır.

16. Kadınlar sezgisel yeme ölçeği genelinden en düşük 1,0 ve en yüksek 5,0 puan alırken, ölçekten alınan puan ortalaması  $\bar{x}=3,38\pm0,54$  bulunmuştur.

17. Kadınların duygusal iştah anketinde bulunan duygusal yemek yeme negatif duygu alt boyutundan  $\bar{x}=37,72\pm15,33$  puan, duygusal yemek yeme pozitif duygu alt boyutundan  $\bar{x}=27,91\pm8,35$  puan, duygusal yemek negatif olay alt boyutundan  $\bar{x}=16,95\pm9,03$  puan ve duygusal yemek pozitif olay alt boyutundan  $\bar{x}=15,48\pm5,40$  puan aldıkları belirlenmiştir.

18. Kadınları irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme alt boyutundan  $\bar{x}=2,26\pm0,39$  puan alırken, rasyonel yeme alt boyutundan  $\bar{x}=2,75\pm0,36$  puan almıştır.

19. Kadınların BKI sınıflarına göre menstrüasyon semptom ölçeği genelinden ve ölçekte yer alan negatif etkiler/somatik yakınmalar ve baş etme yöntemleri alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

20. Kadınların BKI sınıflarına göre menstrüasyon semptom ölçeğinde bulunan ağrı belirtileri alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel açıdan



anlamli olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Hafif şişman/obez kadınlarnn ağrı belirtileri alt boyutundan aldıkları puanlar zayıf ve normal kilolu kadınlara göre anlamli düzeyde yüksek bulunmuştur.

21. Kadınlarnn BKI sınıflarına göre sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyunluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamli düzeyde farklılık olduğu görölmüştür ( $p<0,05$ ).

22. Zayıf kadınlarnn sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyunluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan aldıkları puanlar hafif şişman/obez bireylere göre anlamli düzeyde yüksek bulunmuştur.

23. Zayıf kadınlarnn sezgisel yeme ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan açlık ve doyunluk ipuçlarına güvenme alt boyutundan aldıkları puanlar hafif şişman/obez bireylere göre anlamli düzeyde yüksek bulunmuştur.

24. Kadınlarnn BKI sınıflarına göre sezgisel yeme ölçeğinde bulunan şartsız yemeye izin verme, duygusal değil fiziksel sebeplerle yeme ve beden-yiyecek seçim uyumu alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamli düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

25. Kadınlarnn BKI sınıflarına göre duygusal iştah anketinde bulunan duygusal yemek yeme negatif duygu, duygusal yemek yeme pozitif duygu, duygusal yemek negatif olay ve duygusal yemek pozitif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

26. Araştırmaya alınan kadınlarnn BKI sınıflara göre irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan rasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

27. İrrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
28. Hafif şişman/obez olan kadınların irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar zayıf kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
29. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar ile sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü kolerasyonlar tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).
30. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar ile duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar ile arasında, pozitif yönlü kolerasyonlar tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).
31. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar ile irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).
32. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar azalmakta, irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından aldıkları puanlar ise artmaktadır ( $p<0,05$ ).
33. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar artmaktadır ( $p<0,05$ ).
34. Kadınların menstrüasyon semptom ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça irrasyonel besin inançları ölçeğinde yer alan irrasyonel yeme ve rasyonel yeme alt boyutlarından aldıkları puanlar artmaktadır ( $p<0,05$ ).

35. Kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar ile duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu, duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutları arasında negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
36. Kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu, duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar azalmaktadır ( $p<0,05$ ).
37. Kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar ile irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
38. Kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar azalmaktadır ( $p<0,05$ ).
39. Kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar ile duygusal yemek yeme pozitif duygu, duygusal yemek yeme pozitif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ise pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
40. Kadınların sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanlar arttıkça duygusal yemek yeme pozitif duygu, duygusal yemek yeme pozitif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar ise artmaktadır ( $p<0,05$ ).
41. Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar ile duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

42. Kadınların irrasyonel yeme alt boyutundan aldıkları puanlar arttıkça, duygusal yemek yeme negatif duygu ve duygusal yemek yeme negatif olay alt boyutlarından aldıkları puanlar da artmaktadır ( $p<0,05$ ).

43. Kadınların irrasyonel besin inançları ölçeğinde bulunan rasyonel yeme alt boyutu puanları ile duygusal iştah anketinde yer alan duygusal yemek yeme pozitif duygu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

44. Kadınların rasyonel yeme alt boyutu puanları arttıkça, duygusal yemek yeme pozitif duygu puanları da artmaktadır ( $p<0,05$ ).

## Bölüm 7

### ÖNERİLER

1. Menstrüasyon semptomları, kadınların eğitimini, sosyal yaşantısını yani yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Bu semptomlar kadınları fiziksel, ruhsal, davranışsal olarak olumsuz yönde etkilediğinden dolayı, beslenme ile ilişkisini ortaya koyan daha fazla çalışma planlanması gereklidir.
2. Bu çalışmada da görüldüğü gibi menstrüasyon semptomlarının, normal vücut ağırlığına sahip olunması ile bu semptomların azaldığı konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir.
3. BKİ değerleri normalin üzerinde olan kadınların, içinde buldukları duygu durum karışıklığı sonucu besinlere yönelimin artacağından dolayı, kadınlara sezgisel yemenin önemi anlatılarak ve rasyonel besin inançlarını benimseterek, sağlıklı bir beslenme anlayışı kazanmalarını sağlanmalıdır.
4. Kadınların beslenme alışkanlıkları yanında psikolojik durumları da göz önünde tutulmalıdır. Buna yönelik diyetisyenin yanı sıra psikolog/psikiyatrist ile de birlikte çalışılmasının, bu semptomları en aza indirmelerinde yardımcı olacağını bilmeleri için üniversitelerin veya toplum sağlığı merkezlerinin bu konu ile ilgili seminerler düzenlemesi, kadınların bu konuda bilinçlenmesi için önemli bir adımdır.
5. Menstrüasyon semptomlarının ve besin ögesi ilişkisinin detaylı incelenmesi için, Besin Tüketim Kaydı kullanılması oldukça önemlidir. Çalışmalarda göz önüne alınması daha çarpıcı bulguların ortaya çıkmasına neden olabilir.

## **Limitasyon**

Araştırmaya katılan kadınlar arasında, kronik hastalığa sahip olanlar da çalışmaya dahil edilmişti. Bazı kronik hastalıklar (PCOS vs.) menstrüasyon semptomlarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle çalışmanın sadece sağlıklı bireyler ile yürütölmesi çalışma sonuçları açısından önem taşımaktadır. Bu durum çalışmanın limitasyonu olarak kabul edilmiştir.

## KAYNAKLAR

- [1] Kızılkaya N. & Coşkun A. (1994), *Perimenstrual Şikayetlerin Egzersiz, Progresif Gevşeme Ve Diyet Yöntemleriyle Hafifletilmesi Durumunun İrdelenmesi Ve Yöntemlerin Etkinlik Durumunun Değerlendirilmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(3):1-17.
- [2] Yoshiki, N., & Aso, T. (1997), *The Regulation Mechanism Of The Female Menstrual Cycle*. Nihon Rinsho. Japanese Journal Of Clinical Medicine, 55(11), 2840-2848.
- [3] Frisch, R. E. (1987), *Body fat, menarche, fitness and fertility*. Human Reproduction, 2(6), 521-533.
- [4] Parent, A. S., Teilmann, G., Juul, A., Skakkebaek, N. E., Toppari, J., & Bourguignon, J. P. (2003), *The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration*. Endocrine reviews, 24(5), 668-693.
- [5] Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2002), *Relation of age at menarche to race, time period, and anthropometric dimensions: the Bogalusa Heart Study*. Pediatrics, 110(4), e43-e43.

- [6] Mahesh, V. B. (1985), *The dynamic interaction between steroids and gonadotropins in the mammalian ovulatory cycle*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 9(2), 245-260.
- [7] Eke, A. C., Akabuike, J. C., & Maduekwe, K. (2011), *Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 112(1), 63-64.
- [8] Khaled, M., K Ismail, (2001), S.O.B. *Premenstrual syndrome*. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 11 (4), 251-255
- [9] Steiner, M., & Pearlstein, T. (2000), *Premenstrual dysphoria and the serotonin system: pathophysiology and treatment*. *The Journal of clinical psychiatry*, 61, 17-21.
- [10] Rizk, D. E., Mosallam, M., Alyan, S., & Nagelkerke, N. (2006), *Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates*. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(5), 589-598.
- [11] Adiguzel, H., Taskin, E. O., & Danaci, A. E. (2007), *The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey*. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215.



- [12] Derman, O., Kanbur, N. Ö., Tokur, T. E., & Kutluk, T. (2004), *Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(2), 201-206.
- [13] Erbil, N., Karaca, A., & Kırış, T. (2010), *Investigation Of Premenstrual Syndrome And Contributing Factors Among University Students*. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 40(4), 565-573.
- [14] Sule, S. T., Umar, H. S., & Madugu, N. H. (2007), *Premenstrual Symptoms And Dysmenorrhoea Among Muslim Women In Zaria, Nigeria*. *Annals Of African Medicine*, 6(2), 68.
- [15] Akturk, M., Toruner, F., Aslan, S., Altinova, A. E., Cakir, N., Elbeg, S., & Arslan, M. (2013), *Circulating Insulin And Leptin In Women With And Without Premenstrual Dysphoric Disorder In The Menstrual Cycle*. *Gynecological Endocrinology*, 29(5), 465-469
- [16] Reed, S. C., Levin, F. R., & Evans, S. M. (2008), *Changes In Mood, Cognitive Performance And Appetite In The Late Luteal And Follicular Phases Of The Menstrual Cycle In Women With And Without PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder)*. *Hormones And Behavior*, 54(1), 185-193.
- [17] Johnson, S. R. (2004), *Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder, And Beyond: A Clinical Primer For Practitioners*. *Obstetrics & Gynecology*, 104(4), 845-859.

- [18] Cross, G. B., Marley, J., Miles, H., & Willson, K. (2001), *Changes In Nutrient Intake During The Menstrual Cycle Of Overweight Women With Premenstrual Syndrome*. British Journal Of Nutrition, 85(4), 475-482.
- [19] Bryant, M., Cassidy, A., Hill, C., Powell, J., Talbot, D., & Dye, L. (2005), *Effect of consumption of soy isoflavones on behavioural, somatic and affective symptoms in women with premenstrual syndrome*. British journal of nutrition, 93(5), 731-739.
- [20] Chocano-Bedoya, P. O., Manson, J. E., Hankinson, S. E., Johnson, S. R., Chasan-Taber, L., Ronnenberg, A. G., & Bertone-Johnson, E. R. (2013), *Intake Of Selected Minerals And Risk Of Premenstrual Syndrome*. American Journal Of Epidemiology, 177(10), 1118-1127.
- [21] Rocha Filho, E. A., Lima, J. C., Neto, J. S. P., & Montarroyos, U. (2011), *Essential fatty acids for premenstrual syndrome and their effect on prolactinand total cholesterol levels: a randomized, double blind, placebo-controlled study*. Reproductive health, 8(1), 2.
- [22] Nagata, C., Hirokawa, K., Shimizu, N., & Shimizu, H. (2004), *Soy, fat and other dietary factors in relation to premenstrual symptoms in Japanese women*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111(6), 594-599.

- [23] Pray, L., Yaktine, A. L., & Pankevich, D. (2014), In *Caffeine in food and dietar supplements: examining safety. Workshop summary.* National Academies Press.
- [24] Derman, O., Kanbur, N. Ö., Tokur, T. E., & Kutluk, T. (2004), *Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls.* European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 116(2), 201-206.
- [25] Silva, C. M. L. D., Gigante, D. P., & Minten, G. C. (2008), *Premenstrual Symptoms And Syndrome According To Age At Menarche In A 1982 Birth Cohort In Southern Brazil.* Cadernos De Saude Publica, 24, 835-844.
- [26] Ju, H., Jones, M., & Mishra, G. D. (2014), *Premenstrual Syndrome And Dysmenorrhea: Symptom Trajectories Over 13 Years In Young Adults.* Maturitas, 78(2), 99-105.
- [27] Tschudin, S., Berteau, P. C., & Zemp, E. (2010), *Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample.* Archives of women's mental health, 13(6), 485-494.
- [28] Turgay, A., & Şahmay, S. (1996), *Obstetrik ve Jinekoloji.* Universal Bilimsel Yayınları, 6, 312-316.
- [29] W.R. Keyer, R.J. Chang, R.J. Rebar, ve M.R. Soules (Ed.). (1995), *The normal menstrual cycle.* Infertility Evaluation and Treatment 85-97.

- [30] Türkçapar, A. F., & Türkçapar, M. H. (2011), *Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 14(4). 241-253.
- [31] Daley, A. (2009), *Exercise And Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review*. Journal Of Women's Health, 18(6), 895-899.
- [32] Salamat, S., Ismail, K. M., & O'Brien, S. (2008), *Premenstrual syndrome*. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 18(2), 29-32.
- [33] Rodin, M. (1992), *The social construction of premenstrual syndrome*. Social Science & Medicine, 35(1), 49-56.
- [34] Freeman, E. W., Stout, A. L., Endicott, J., & Spiers, P. (2002), *Treatment of premenstrual syndrome with a carbohydrate-rich beverage*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 77(3), 253-254.
- [35] Murakami, K., Sasaki, S., Takahashi, Y., Uenishi, K., Watanabe, T., Kohri, T., & Takahashi, T. (2008). *Dietary Glycemic Index Is Associated With Decreased Premenstrual Symptoms In Young Japanese Women*. Nutrition, 24(6), 554-561.
- [36] Atasü, T. (2001), *Jinekoloji:(kadın hastalıkları)*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- [37] Günalp, S., & Tuncer, Z. S. (2004), *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi*, Pelikan Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 603-629.

- [38] Tekin, Y. (2006), *Kadın hastalıkları ve doğum*. Klinisyen Tıp Kitabevleri.
- [39] Yıldırım M. & Yıldırım *Klinik Jinekoloji*. (2002), Çağdaş Medikal Kitabevi, Ankara.
- [40] Nedim, Ç., & Akyürek, C., & Çelik, Ç., & Haberal, A. (2012), *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 3. Ankara, Atlas Kitapçılık.
- [41] Elkin, N. (2015), *Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı*. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2), 94 110.
- [42] Dinç, Ö. (2010), *Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Örneği)* (Master's thesis, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Ana Bilim Dalı).
- [43] Strine, T. W., Chapman, D. P., & Ahluwalia, I. B. (2005), *Menstrual-Related Problems And Psychological Distress Among Women In The United States*. Journal Of Women's Health, 14(4), 316-323.
- [44] Pal, S. A., Dennerstein, L., & Lehert, P. (2011), *Premenstrual Symptoms In Pakistani Women And Their Effect On Activities Of Daily Life*. JPMA-Journal Of The Pakistan Medical Association, 61(8), 763.

- [45] Güvenç, G., Seven, M., & Akyüz, A. (2014), *Menstrüasyon Semptom Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(5), 367-374.
- [46] Bas, M., Karaca, K. E., Sağlam, D., Arıtıcı, G., Cengiz, E., Köksal, S., & Buyukkaragoz, A. H. (2017). *Turkish version of the intuitive eating Scale-2: Validity and reliability among university students*. Appetite, 114, 391-397.
- [47] Demirel, B., Yavuz, K. F., Karadere, M. E., Şafak, Y., & Türkçapar, M. H. (2014). *Duygusal İştah Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, beden kitle indeksi ve duygusal şemalarla ilişkisi*. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 3, 171-81.
- [48] Eggert, M., & Osberg Timothy, M. (2012), *Direct and indirect effects of stress on bulimic symptoms and BMI: The mediating role of irrational food beliefs*, Niagra University. Eating Behaviors, 13, 54-57.
- [49] Daley, A. (2009), *Exercise And Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review*. Journal Of Women's Health, 18(6), 895-899.
- [50] Noyan, A. (1998), *Yaşamda ve hekimlikte fizyoloji*. Meteksan.
- [51] Samur, G. (2008). *Vitaminler, Mineraller Ve Sağlığımız*. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme Ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Ankara: Klasmat Matbaacılık.

- [52] Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Bendich, A., Johnson, S. R., Willett, W. C., & Manson, J. E. (2005), *Calcium And Vitamin D Intake And Risk Of Incident Premenstrual Syndrome*. Archives Of Internal Medicine, 165(11), 1246-1252.
- [53] Esin, K., Köksal, E., Hızlı, H., & Garipağaoğlu, M. (2016), *Menstrual Döngünün Vücut Bileşimine Etkisi*. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 23-27.
- [54] Negriff, S., Dorn, L. D., Hillman, J. B., & Huang, B. (2009). *The Measurement Of Menstrual Symptoms: Factor Structure Of The Menstrual Symptom Questionnaire In Adolescent Girls*. Journal Of Health Psychology, 14(7), 899-908.
- [55] Tylka T.L. Kroon Van Diest A.M. (2013), *The Intuitive Eating Scale-2: İtem Refinement And Psychometric Evaluation With College Women And Men*. J Couns Psychol.; 60(1):137-53,
- [56] Nolan, L. J., Halperin, L. B., & Geliebter, A. (2010), *Emotional Appetite Questionnaire. Construct Validity And Relationship With BMI*. Appetite, 54(2), 314-319.
- [57] Chesney, M. A., & Tasto, D. L. (1975). *The development of the menstrual symptom questionnaire*. Behaviour Research and Therapy, 13(4), 237-244.
- [58] Taylan & Melike Buse; Diyetetik, Beslenme, (2006), *İrrasyonel Besin İnançlari: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması*.

- [59] Aslan, N. (2018), *Kadınlarda Beden Kitle İndeksi İle İlişkili Psikososyal Faktörlerin Belirlenmesi*. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, syf 50-56.
- [60] World Health Organization, *Obesity* (2015), (Son Erişim: 12 Haziran 2019)  
Web: [Http://Who.Int/Bmi/Index](http://Who.Int/Bmi/Index)
- [61] Baysal, A. Ve Ark. (2008), *Diyet El Kitabı*, Beşinci Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- [62] Derya, Y. A., Erdemoğlu, Ç., & Özşahin, Z. (2019), *The Status Of Having The Menstrual Symptom In University Students And Its Effect On Quality Of Life*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(2).
- [63] Campagne, D. M., & Campagne, G. (2007), *The premenstrual syndrome revisited*. European Journal of obstetrics & Gynecology and reproductive biology, 130(1), 4-17.
- [64] Demir, B., Algül, L. Y., & Güven, E. G. (2006), *Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı Ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması*. Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3(4), 262-270.
- [65] Sağlık Bilimleri Dergisi (2006), *Journal of Health Sciences* 15(3) 173-180.
- [66] WHO,(2017),[http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (Son erişim: 6 Ağustos 2019)



- [67] Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E., & Bakır, B. (2008), *Ankara'da İki Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları*. Gülhane Tıp Dergisi, 50(2), 102-109.
- [68] Gökcem Ş. (2018), *Duygusal Yeme, Gece Yeme Ve Uyku Kalitesinin Beslenme Durumu Üzerindeki Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi.
- [69] CDC, Smoking and Tobacco Use. Health Effects of Cigarette Smoking, [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/health\\_effects/effects\\_cig\\_smoking/](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/) (Son erişim 10 ağustos 2019)
- [70] Alcohol And Public Health. *Facts Sheets-Alcohol Use And Your Health*, Web: <Http://Www.Cdc.Gov/Alcohol/Fact-Sheets/Alcohol-Use.Htm>, (Son Erişim 3 Ağustos 2019)
- [71] Akfert, S. K., Çakıcı, E., & Çakıcı, M. (2009), *Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı Ve Aile Sorunları İle İlişkisi*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10(40), 40-47.
- [72] Chuong, C. J., & Burgos, D. M. (1995), *Medical History In Women With Premenstrual Syndrome*. Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 16(1), 21-27.
- [73] Pıçakçıefe, M., Keskinöglü, P., Bayar, B., & Bayar, K. (2007), *Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçicilik Sıklığı Ve İçiciliği Arttıran Nedenler*. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4), 267-272.

- [74] Vatan, İ., Ocakođlu, H., & İrgil, E. (2009), *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(1).
- [75] Orak, S., Özen, T., & Orak, M. E. (2004), *Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara, Alkol Alışkanlıkları Ve Sosyokültürel Özelliklerinin İncelenmesi*. SDÜ Tıp Fakóltesi Dergisi, 11(3).
- [76] Havaçeliği Atlam, D., & Yüncü, Z. (2017), *Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki* (Tur).
- [77] *Türkiye Beslenme Rehberi* (2015), T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.
- [78] Oğuz, S., Çamcı, G. ve Kazan, M. (2018), *Üniversite Öğrencinin Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigaranın Neden Olduğu Hastalıkları Bilme Durumu*. Van Med J , 25 (3), 332-7.
- [79] Alaçam, H., Korkmaz, A., Efe, M., Şengül, C. B., & Şengül, C. (2015), *Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde alkol ve sigara bağımlılığı taraması*. Pamukkale Tıp Dergisi, (2), 82-87.
- [80] Durmuş, A. B., & Pirinçci, E. (2009), *Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumu ve öfke ile ilişkisi*. İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 16(2): 83-88

- [81] Sağlam, F., & Yörükçü, S. (1996), *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yüksekokul Öğrencilerinin Besin Tüketim Durumu, Beslenme Alışkanlıkları Ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Saptanması*. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 25(2), 16-23.
- [82] Sevinçer, G. M., & Konuk, N. (2013), *Emosyonel yeme*. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-8.
- [83] Ermiş, E., Doğan, E., Erili, N., Satıcı.,(2014), *Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Spor Ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 1-11.
- [84] Yılmaz, E., Özkan, S., (2016), *Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi*, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(2), 3-19.
- [85] Kişioğlu AN, & Öztürk M, & Demirel R, & Doğan M, & Uskun E. (2002), *Isparta İl Merkezi'ndeki Cafelere Giden Öğrencilerin Okul, Beslenme, Uyku Durumları Ve Sigara İle Alkol Alışkanlıkları Üzerine Bir Çalışma*. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 615-616.
- [86] Öztunç G, & Aytaç N, & Öztürk E, & Torun S. (2002), *Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf Öğrencileri İle Adana Laboratuar Sağlık Meslek Lisesi 3. Ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Ve Hemoglobin Düzeylerinin Saptanması Ve Bunların Beden Kitle İndeksleri İle İlişkileri*. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-28 Eylül, Diyarbakır. Kongre Özet Kitabı, 726-729.

- [87] Kaya, H., & Özçelik, O. (2009), *Vücut Bileşimlerinin Değerlendirilmesinde Vücut Kütleindeksi Ve Biyoelektrik Impedans Analiz Metodlarının Etkinliğinin Yaş Ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması*. FÜ Sağ Bil Tıp Dergi, 23, 1-5.
- [88] Vassigh, G. (2012), *Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumları ile Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi*.
- [89] Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Işık, Ö., Karagöz, Ş., Ersöz, Y., & Doğan, İ. (2017), *Üniversite Öğrencilerinde Farklı Ölçüm Yöntemlerine Göre Obezite Prevelansı*. İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 4(2), 20-33.
- [90] Şanlıer, N. (2005), *Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi*. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25(3).
- [91] Yıldız, M., Yücel, O. C. A. K., & Tuncbilek, A. (2015), *Bia Yöntemiyle Vücut Kompozisyonu Ölçümlerinde Akut Sivi Kaybı Ve Vücut Yağ Oranı İlişkisinin Araştırılması*. Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi, 9.26-30.
- [92] Bağrıaçık N, & İpbüker A, & Görpe U. (2003), Ulusal Diyabet Ve Obezite Programı. *Diyabet Ve Obezite Eğitim Kursu Notları*. İstanbul: Türk Diabet Ve Obezite Vakfı Yayını; 35-45.
- [93] Bakanlığı, T. S., & Üniversitesi, H. (2014). Türkiye beslenme ve sağlık araştırması (2010), *Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi*

*Sonuç Raporu.* SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

[94] WEB\_1.DSÖresmiwebsitesi <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>  
(Son Erişim 10 Temmuz 2019).

[95] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Son Erişim Tarihi 16 Ağustos 2019)

[96] Avrupa istatistikleri web sitesi <http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/OverweightandobesityBMIstatistics>

[97] Tuba Ö, & Belgin A, (2017), Selçuk Üniversitesi, *Koruyucu Hemşirelik Girişimlerinin Üniversite Öğrencilerinde Obezite Riskini Azaltmaya Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma*, Syf. 63-64.

[98] Neslişah, R., & Emine, A. Y. (2011), *Energy And Nutrient Intake And Food Patterns Among Turkish University Students*. Nutrition Research And Practice, 5(2), 117-123.

[99] Moreno-Gómez, C., & Romaguera-Bosch, D., & Tauler-Riera, P., & Bennasar-Veny, M., & Pericas-Beltran, J., & Martinez-Andreu, S., & Aguilo-Pons, A. (2012), *Clustering Of Lifestyle Factors In Spanish University Students: The Relationship Between Smoking, Alcohol Consumption, Physical Activity And Diet Quality*. Public Health Nutrition, 15(11), 2131-2139.

- [100] Sakar, T., Çapik, A., & Akkaş, M. *Ebelik Öğrencilerinde Menstruasyon Dönemine Yönelik Semptomların Değerlendirilmesi*. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(1), 25-32.
- [101] Kırca, N., Ergin, F., Adana, F., & Arslantaş, H. (2012), *Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı Ve Yaşam Kalitesi Ile İlişkisi*.13(1), 19–25.
- [102] Sezer, K. I. S. A., & Zeyneloğlu, S., & Güler, N. (2012), *Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(4), 284-297.
- [103] Aşçı, Ö., & Gökdemir, F., & Özcan, B. (2015), *Genç Kızların Premenstrüel Ve Menstrüel Yakınmalarla Baş Etme Yollarının Belirlenmesi*. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 3(1), 16-34.
- [104] Eryılmaz, G., & Özdemir, F., & Pasınlıoğlu, T. (2010), *Dysmenorrhea Prevalence Among Adolescents In Eastern Turkey: Its Effects On School Performance And Relationships With Family And Friends*. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 23(5), 267-272.
- [105] Wijesiri, H. S. M. S. K., & Suresh, T. S. (2013), *Knowledge And Attitudes Towards Dysmenorrhea Among Adolescent Girls In An Urban School In Sri Lanka*. Nursing & health sciences, 15(1), 58-64.

- [106] Tylka, T. L. (2006), *Development And Psychometric Evaluation Of A Measure Of Intuitive Eating*. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226.
- [107] Taş E. (2018), *Doğu Akdeniz Üniversitesinde Okuyan Öğrencilerin İştah, Duygusal Yeme ve Depresyonun Beslenme Durumu Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi*. syf;53
- [108] Akay, G. G. (2016), *Yeme Bozukluklarında Fiziksel Açlığı Duygusal Açlıktan Ayırt Edebilme*. *Turkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 1(2), 17-22.
- [109] Tylka T.L. Kroon Van Diest A.M. (2013), *The Intuitive Eating Scale-2: İtem Refinement And Psychometric Evaluation With College Women And Men*. *J Couns Psychol.*; 60(1):137-53, 2013.
- [110] Evers, C., Adriaanse, M., de Ridder, D. T., & de Witt Huberts, J. C. (2013), *Good Mood Food. Positive Emotion As A Neglected Trigger For Food Intake*. *Appetite*, 68, 1-7.
- [111] Racine, S. E., & Keel, P. K., & Burt, S. A., & Sisk, C. L., & Neale, M., & Boker, S., & Klump, K. L. (2013), *Individual differences in the relationship between ovarian hormones and emotional eating across the menstrual cycle: a role for personality?*. *Eating behaviors*, 14(2), 161-166.
- [112] Taitz J, & Safer DL. (2012), *End Emotional Eating*. *Oakland: New Harbinger*; 11–36.

- [113] Hildebrandt, B. A., Racine, S. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S. & Klump, K. L. (2015), *The effects of ovarian hormones and emotional eating on changes in weight preoccupation across the menstrual cycle*. International Journal of Eating Disorders, 48(5), 477-486.
- [114] Choo, S. Y., & Chan, C. K. (2013), *Predicting eating problems among Malaysian Chinese: Differential roles of positive and negative perfectionism*. Personality and Individual Differences, 54(6), 744-749.
- [115] Aslan, S. (2017), *Duygusal Yeme İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü., Klinik Psikoloji Anabilim Dalı İstanbul.
- [116] Eggert, M., & Osberg Timothy, M. (2012), *Direct and indirect effects of stress on bulimic symptoms and BMI: The mediating role of irrational food beliefs*, Niagra University. Eating Behaviors, 13, 54-57.
- [117] Lobera, I. J., & Bolaños, P. (2010), *Spanish Version Of The Irrational Food Beliefs Scale*. Nutricion Hospitalaria, 25(5), 852-859.
- [118] Camilleri, G. M., Méjean, C., Bellisle, F., & Andreeva, V. A., Kesse Guyot, E., Hercberg, S., & Péneau, S. (2016), *Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population based NutriNetSanté study*. Obesity, 24(5), 1154-1161.



- [119] Ruzanska, UA, Ve Warschburger, P. (2017), *Topluluk Örnekleminde Sezgisel Yeme Ölçeği-2'nin Almanca Versiyonunun Psikometrik Olarak Değerlendirilmesi*. *İştah* , 117 , 126-134.
- [120] Mouchacca J, & Abbott GR, & Ball K. (2013), *Associations Between Psychological Stress, Eating, Physical Activity, Sedentary Behaviors And Body Weight Among Women: A Longitudinal Study*. *BMC Public Health*; 13: 828-839.
- [121] Rasheed, N. (2017), *Stress-Associated Eating Leads To Obesity*. *International Journal Of Health Sciences*, 11(2).
- [122] Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Willett, W. C., Johnson, S. R., & Manson, J. E. (2010), *Adiposity And The Development Of Premenstrual Syndrome*. *Journal Of Women's Health*, 19(11), 1955-1962.
- [123] Masho, S. W., Adera, T., & South-Paul, J. (2005), *Obesity As A Risk Factor For Premenstrual Syndrome*. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 33-39.
- [124] Gold, E. B., Bair, Y., Block, G., Greendale, G. A., Harlow, S. D., Johnson, S., & Utts, J. (2007), *Diet And Lifestyle Factors Associated With Premenstrual Symptoms In A Racially Diverse Community Sample: Study Of Women's Health Across The Nation (SWAN)*. *Journal Of Women's Health*, 16(5), 641-656.

- [125] Kamacı, M., Önder, Y., & Akman, N. (1997), *Adolesanlardaki Primer Dismenorenin Vücut Kütle İndeksi ile İlişkisi*. Van Tıp Dergisi, 4(3), 154-157.
- [126] Ünsal, A., Ayrancı, U., Tözün, M., Arslan, G., & Çalık, E. (2010), *Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students*. Upsala journal of medical sciences, 115(2), 138-145.
- [127] Singh, A., Kiran, D., Singh, H., Nel, B., Singh, P., & Tiwari, P. (2008), *Prevalence and severity of dysmenorrhea: a problem related to menstruation, among first and second year female medical students*. Indian J Physiol Pharmacol, 52(4), 389-397.
- [128] Cheng, S. H., Shih, C. C., Yang, Y. K., Chen, K. T., Chang, Y. H., & Yang, Y. C. (2013), *Factors associated with premenstrual syndrome—A survey of new female university students*. The Kaohsiung journal of medical sciences, 29(2), 100-105.
- [129] Gold, E. B., Bair, Y., Block, G., Greendale, G. A., Harlow, S. D., Johnson, S. & Utts, J. (2007), *Diet and lifestyle factors associated with premenstrual symptoms in a racially diverse community sample: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*. Journal of Women's Health, 16(5), 641-656
- [130] Outland, L. (2010), *Intuitive eating: A holistic approach to weight control*. Holistic nursing practice, 24(1), 35-43.

- [131] Saunders, J. F., Nichols-Lopez, K. A., & Frazier, L. D. (2018), *Psychometric properties of the intuitive eating scale-2 (IES-2) in a culturally diverse Hispanic American sample*. *Eating behaviors*, 28, 1-7.
- [132] Bourdier, L., Orri, M., Carre, A., Gearhardt, A. N., Romo, L., Dantzer, C., & Berthoz, S. (2018), *Are Emotionally Driven And Addictive-Like Eating Behaviors The Missing Links Between Psychological Distress And Greater Body Weight?*. *Appetite*, 120, 536-546.
- [133] Denny, K. N., Loth, K., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2013), *Intuitive Eating In Young Adults. Who Is Doing It, And How Is It Related To Disordered Eating Behaviors?*. *Appetite*, 60, 13-19.
- [134] Cancian, A. C. M., De Souza, L. A. S., Liboni, R. P. A., De Lara Machado, W., & Da Silva Oliveira, M. (2017), *Effects Of A Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Group Intervention For Obese Individuals: A Brazilian Pilot Study*. *Eating And Weight Disorders-Studies On Anorexia, Bulimia And Obesity*, 1-13.
- [135] Madden, C. E., Leong, S. L., Gray, A., & Horwath, C. C. (2012), *Eating In Response To Hunger And Satiety Signals Is Related To BMI In A Nationwide Sample Of 1601 Mid-Age New Zealand Women*. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2272-2279.
- [136] Gagnon-Girouard, M. P., & Bégin, C., & Provencher, V., & Tremblay, A., Mongeau, L., & Boivin, S., & Lemieux, S. (2010). *Psychological Impact Of*

*A “Health-At-Every-Size” Intervention On Weight-Preoccupied Overweight/Obese Women.* Journal Of Obesity.

- [137] Anglin, J. C. (2012), *Assessing The Effectiveness Of Intuitive Eating For Weight Loss–Pilot Study.* Nutrition And Health, 21(2), 107-115.
- [138] Nolan, L. J., Halperin, L. B., & Geliebter, A. (2010), *Emotional Appetite Questionnaire. Construct Validity And Relationship With BMI.* Appetite, 54(2), 314-319.
- [139] Racine, S. E., Culbert, K. M., Keel, P. K., Sisk, C. L., Alexandra Burt, S., & Klump, K. L. (2012), *Differential Associations Between Ovarian Hormones And Disordered Eating Symptoms Across The Menstrual Cycle In Women.* International Journal Of Eating Disorders, 45(3), 333-344.
- [140] Bellisle, F., Louis-Sylvestre, J., Linet, N., Rocaboy, B., Dalle, B., Cheneau, F., & Guyot, L. (1990), *Anxiety And Food Intake In Men.* Psychosomatic Medicine. 52(4): 452–457.
- [141] Canetti, L., & Bachar, E., & Berry, E. M. (2002), *Food And Emotion.* Behavioural Processes, 60(2), 157-164.
- [142] Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002), *Stress-Related Eating And Drinking Behavior And Body Mass Index And Predictors Of This Behavior.* Preventive Medicine, 34(1), 29-39.

[143] Lobera, I. J., & Bolaños, P. (2010), *Spanish Version Of The Irrational Food Beliefs Scale*. *Nutricion Hospitalaria*, 25(5), 852-859.

## **EKLER**

## Ek 1: Etik Kurul Onayı

 <p><b>Doğu Akdeniz Üniversitesi</b> "Uluslararası Kariyer İçin"</p>	<p><b>Eastern Mediterranean University</b> "For Your International Career"</p>	<p>P.K.: 99628 Gazimagusa, KUZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 bayek@emu.edu.tr</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		
<p>Sayı: ETK00-2018-0207 Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.</p>	<p>24.07.2018</p>	
<p>Elif İrem Sun Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun <b>21.05.2018</b> tarih ve <b>2018/59-22</b> sayılı kararı doğrultusunda, "<b>Genç Kadınlarda Menstrüasyon Semptomlarının iştah, Sezgisel Yeme ve İrrasyonel Besin İnançları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi</b>" adlı çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran'ın danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilginize rica ederim.</p>		
<p> <b>Doç. Dr. Şükrü TÜZMEN</b> Etik Kurulu Başkanı</p>		
<p>ŞT/ba.</p>		
<p>www.emu.edu.tr</p>		

## Ek 2: Onam Formu



**Doğu Akdeniz Üniversitesi**  
**Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu**  
**Sağlık Etik Alt Kurulu**

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**ARAŞTIRMANIN ADI:**

Bu form ile “Genç Kadınlarda Menstrüasyon Semptomlarının İştah, Sezgisel Yeme ve İrrasyonel Besin İnançları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi.” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Dyt. Elif İrem SUN sorumluluğu altında yapılmaktadır.

**Araştırmanın Konusu ve Amacı:**

Bu araştırma Doğu Akdeniz Üniversitesi’nde eğitim gören 18 – 24 yaş aralığındaki kadın öğrenciler arasında, Menstrüasyon Semptomlarının İştah, Sezgisel Yeme ve İrrasyonel Besin İnançları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır.

**Araştırmanın Yöntemi:**

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılacaktır. Anketler 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, eğitim durumu ve beslenme öğün alışkanlıkları sorgulanmıştır. İkinci bölümde Menstrüasyon Semptom Ölçeği yer almakta ve adet öncesi sonrası ve sırasındaki ağrı düzeyleri ve fiziksel değişimleri sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde Sezgisel Yeme Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek ile bireylerin yeme tutum davranışları ve besinleri seçerken kısıtlayıp kısıtlamamaları sorgulanmıştır. Dördüncü Bölümde Duygusal İştah Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek ile de bireylerin duygu durumlarına göre iştahları sorgulanmıştır. Beşinci bölümde ise İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği kullanılmıştır. Bireylerin vücut imajlarına dair ince olma ve kalın olma endişesini, rol modelleri/ aileleri/ arkadaşları gibi kişiler arası etkileri, reklamların bireyler üzerindeki etkisini ve ağırlık kaybını amaçlayan davranışları sorgulanmaktadır.



**Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :**  
Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Elif İrem SUN  
Görevi : Diyetisyen  
Telefon: 0533 845 13 10

**Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:**

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağı şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Dyt. Elif İrem SUN ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

**Gönüllü/Katılımcı**

Adı, soyadı:  
Adres:  
Tel:  
İmza:  
Tarih:

**Görüşme Tanığı**

Adı, soyadı:  
Adres:  
Tel:  
İmza:  
Tarih:

**Araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı: Dyt. Elif İrem SUN  
Adres: Sakarya Bölgesi, Suay 3 apt. Kat:3 Daire:11 - Gazimağusa  
Tel: 0533 845 13 10  
İmza:  
Tarih:

## EK 3: Anket Formu

### GENÇ KADINLARDA MENSTRÜASYON SEMPTOMLARININ İŞTAH, SEZGİSEL YEME VE İRRASYONEL BESİN İNANÇLARI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ANKET NO:

TARİH:

#### 1. GENEL BİLGİLER

1.	Doğum Tarihi	.../.../.....(Gün/Ay/Yılı)
2.	Uyruğunuz	1.TC 2.KKTC 3.TC ve KKTC 4.Diğer(.....)
3.	Bölümünüz	1.Beslenme ve Diyetetik 2.Fizyoterapi ve Rehabilitasyon 3.Hemşirelik 4.Eczacılık 5.Tıp 6.Sağlık Hizmetleri Yönetimi 7.Spor Bilimleri 8.Sağlık Hizmeti Teknikerleri 9.Mimarlık 10.Hukuk 11.İçim Bilimleri 12.Fen ve Edebiyat 13.İletişim 14.İşletme/Ekonomi 15.Mühendislik 16.Turizm 17.Diğer(.....)
4.	Şu anda okuduğunuz sınıf	0.Hanlık 1.Sınıf 2.Sınıf 3.Sınıf 4.Sınıf 5.Yüksek Lisans
5.	Yaşadığınız yer	1.Evde ailesi ile birlikte 2.Evde arkadaşları ile birlikte 3.Evde tek başına 4.Yurtta/Misafirhanede 5.Diğer(.....)
6.	Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı ?	1.Hayır 2.Evet (Açıklayınız.....)
7.	Son bir yılda, doktor önerisi ile düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?	1.Hayır 2.Evet (Açıklayınız.....)

8.	Sigara kullanıyor musunuz?	1.Hayır
		2.Evet
9.	Alkol kullanıyor musunuz?	1.Hayır
		2.Evet

#### BESLENME ALIŞKANLIKLARI

10.	Günde kaç öğün yemek yersiniz?	..... Ana öğün ..... Ara öğün	
11.	Aşağıdaki tabloda, öğünleri tüketip tüketme durumunuzu işaretleyiniz.		
		Sabah      Öğle      Akşam      Ara Öğün	
	1.Tüketiyor		
	2.Tüketmiyor		
12.	Öğün atılma nedeniniz nedir?	1.Zaman yetersizliği 2.Canı istemiyor, iştahsız 3.Hazır yemek olmadığı için 4.Zayıflamak istiyor 5.Alişkanlığı yok 6.Maddi olanaksızlık 7.Diğer.....	

#### 2) Menstrüasyon Semptom Ölçeği

1: Hiç Bir Zaman / 2: Nadiren / 3: Sık Sık / 4: Bazen / 5: Her Zaman

\*1'den 5'e kadar numaralandırma yapınız

1-Adetimin başlamasından birkaç gün önce kendimi sinirli hissedirim, kolayca öfkelenirim ve sabırsız olurum	
2- Adetimin birinci gününde karnımda kramp tarzı kasılmalar olur	
3- Adetimin başlamasından bir kaç gün öncesinde kendimi depresif hissedirim	
4- Adetimin başlamasından bir gün önce karnımda ağrı ya da rahatsızlık olur	
5- Adetimin başlamasından günler öncesinde Halsiz, keyifsiz ya da yorgun hissedirim	
6- Adetim başlamadan önce kilo artışı olur	
7- Adetim sırasında doktorum ağrı için yazdığı bir ilaç kullanma ihtiyacı hissedirim	
8- Adetim sırasında güçsüzlük ve baş dönmesi hissedirim	
9- Adet olmadan önce kendimi gergin ve sinirli hissedirim	
10- Adet döneminde ishal olurum	
11- Adetim başlamadan birkaç gün öncesinde bel ağrım olur	
12- Adetim süresince kendi kendime ağrı kesici ilaç kullanırım	

13- Adetimdön birkaç gün önce göğüslerimde gerginlik ve ağrı hissedirim	
14- Adetimin ilk günü belimde, karnımda ve kaslarımda gerginlik ve acı hissedirim	
15- Adetim boyunca ya da adetimin ilk günü karnımın üzerine, sıcak su torbası ya da sıcak havlu kullanarak yatağta kavrulurum veya sıcak duş alırım	
16- Adetimin ilk günü başlayan, zaman zaman azalan veya kaybolan ve tekrar başlayan ağrım olur	
17- Adetim boyunca yoğun olmayan, fakat sürekli hafif haff devam eden ağrım olur	
18- Adetim başlamadan önce karnımda bir günden uzun süren rahatsızlık olur	
19- Adet günü başlayan bel ağrım olur	
20- Adetim başlamadan birkaç gün önce karnımın ağrısını hissedirim	
21- Adetim boyunca ya da adetimin ilk günü mide bulantısı hissedirim	
22- Adetim başlamadan birkaç gün önce baş ağrım olur	

### 3) Sergisel Yeme Öçeği

Her madde için, sizin tutum veya davranışınıza en uygun olan cevabı yuvarlak içine alın.

1: Kesinlikle Katılmıyorum / 2: Katılmıyorum / 3: Kararsızım / 4: Katılıyorum / 5: Kesinlikle Katılıyorum

	1	2	3	4	5
1. Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.					
2. Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.					
3. Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızanırım.					
4. Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.					
5. Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.					
6. Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip <b>ETMEM.</b>					
7. Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
8. Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
9. Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.					
10. Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
11. Beni rahatlatması için yiyeceklere başvurmana gerek kalmadan olumsuz duygularımı (ör. endişe, üzümlük) bağ edebilirim.					
12. Sıkılmaktan, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek <b>YEMEM.</b>					
13. Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye <b>BAŞVURMAM.</b>					
14. Stres ve kaygıyla bağ etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.					

15. Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.											
16. Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.											
17. Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.											
18. Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.											
19. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.											
20. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.											
21. Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzulam.											
22. Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemesini sağlayacak yiyecekler yerim.											
23. Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık verem yiyecekler yerim.											

#### 4) Duygusal İhtah anketi

Aşağıdakiler sizin DUYGULARINIZI ifade ediyor:

Lütfen yemek yeme davranışınızın belirli duygular, durumlar ve şartlar ile nasıl etkilendiğini aşağıdaki tablodan bir numaranızı işaretleyerek belirtiniz. Tablo 1 ile 9 arasında değişmektedir, 1 normalden çok daha az yemek yediğinizi, 9 normalden çok daha fazla yemek yediğinizi, 5 ise yemek yemeinizde bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Eğer o soru sizin için **uzun süre** lütfen UD'yi, eğer cevabı **bilmiyorsanız** lütfen CB'ü işaretleyiniz.

Normal ile kıyaslandığında, yemek yemenizi:

SİZ:

Üzgün olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Sıkılmış olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Güvenli olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Kuşku olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Kaygılı olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Mutlu olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Yılgın olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Yorgun olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Karamsar olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Korkmuş olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Rahat olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Neşeli olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Yalnız olduğunuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB

Harareti oldu�unuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

Aşağıdakiler sizin içinde bulunduğunuz ŞARTLARI ifade ediyor:

Lütfen yemek yeme davranışınızın belirli duygular, durumlar ve şartlar ile nasıl etkilendiğini aşağıdaki tablodan bir numarayla işaretleyerek belirtiniz. Tablo 1 ile 9 arasında değişmektedir. 1 normalden çok daha az yemek yediğinizi, 9 normalden çok daha fazla yemek yediğinizi, 5 ile yemek yemenizde bir değişiklik olmadığını belirtmektedir. Eğer o soru sizin için uygun değilse lütfen UD'yi, eğer cevabı bilmiyorsanız lütfen CB'yi işaretleyiniz.

Normal ile kıyaslandığında, yemek yemeniz:

siz:

Baskı altında İkon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Hararetil bir tartımdan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Sizi yakın olan biri felakete uğradıktan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Açık oldu�unuzda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Bir ilişkiyi bitirdikten sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Keyif veren bir hobi ile meşgul oldu�unuz sırada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
Para veya bir eşyası kaybettiikten sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB
İyi haberler aldıktan sonra	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UD	CB

### 5.) İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği

Ankette yer alan maddeler, dörtlü Likert skalası ile değerlendirilmektedir.

( 1 : Kesinlikle Katılmıyorum / 2 : Katılmıyorum / 3 : Katılıyorum / 4 : Kesinlikle Katılıyorum ) olarak numaralandırınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Besinler konforun yerine geçen bir kaynaktır.				
2.Bazı besinler sizi rahatsızabilir.				
3.Sağlıklı beslenme sağlıklı beslenmeden daha fazla zaman almaz.				
4.Favori besinlerim olmadan yaşamam mümkün olmayabilir.				
5.Haşlama fırında pişirme etler için sağlıklı bir pişirme yöntemidir				
6.Hayatımdaki en büyük zevkim yemekdir				
7.Yemek yemek sıkıntısını üstesinden gelmek için iyi bir yoldur				
8.Egzersiz kötü beslenmenin etkilerini telafi edebilir				
9.Sağlıklı beslenmek sevdiğim yiyeceklerden tamamen vazgeçmek değildir.				
10.Besin depresyondan kurtulmak için iyi bir yoldur				
11.Sosyal etkinlikler besin olmadan eğlenceli değildir				

12.Sağlıklı beslenme yaşam şekli olmaktır.				
13.Eğer yemek yerken beni kimse görmezse kalori sayılmaz.				
14.Sadece yüksek yağlı yiyeceklerin tadı güzeldir				
15.Diyet yapmanın tek yolu sıkı bir diyet yapmaktır				
16.Yemek yemek stresi azaltmak için iyi bir yoldur.				
17.Sağlıklı bir diyetin anahtarı yediğiniz yiyeceklerde dengeyi sağlamaktır				
18.Bazı besinler karışık tüketilmelidir.				
19.Bir yiyecek yağsız ne istediğiniz kadar yiyebilirsiniz.				
20.Doymamış yağlar doymuş yağlardan daha iyidir.				
21.Kahvaltı günün en önemli öğünüdür				
22.Eğer yememeniz gereken bir şey yerseniz kendinizi suçlu hissetmeniz gerekir				
23.Sınırsızca yiyebileceğiniz yiyecekler vardır ve ağırlık almazlar.				
24.Günde 5 porsiyon sebze ve meyve tüketmek için çaba harcanmalıdır.				
25.Ağırlığımı rahatlıkla kontrol edemiyorum, çünkü yemek yemeyi seviyorum.				
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
26.Yemeyi kontrol edemedim bazı yiyecekler var.				
27.Var olmam için tatlı yemeliyim.				
28.Ekmek, tahıl, makarna ve pirinç içeren besin grubundan günde en az 6 porsiyon tüketmek önemlidir.				
29.Sağlıklı beslenme kanser, diyabet ve kalp hastalıkları gibi bazı hastalıkların riskini azaltabilir.				
30.Tüm sosyal toplantılar yiyecek odaklı olmalıdır.				
31.Bazı yiyecekler bağımlılık yapar.				
32.Yiyecekler benim zevklerimden biridir ve onları yemeyi düzenlememeliyim.				
33.Yiyecekler sebs için iyi bir alternatiftir.				
34.Sağlıklı olmanın canı cehenneme istediğimi yememe izin verir.				
35.Kalıyımdayken zengin besinler güçlü kemikler için gereklidir.				
36.Aşamam'den önce ne yerseniz yiyin ağırlık almazsınız.				
37.Eğer öncelikle egzersiz yaparsam istediğim her şeyi yiyebilirim.				
38.Ağırlıklı olmak genetikdir neden ağırlık vermeye çalışmakla canımı sıkayım.				
39.Meyve ve sebze gibi besinlerin hiç kalorisizdir				
40.Bazı yiyecekler ihtiyaç duyduğum zamanlar vardır				

41.Yağsız ve az yağlı etler tercih edilmelidir.				
42.İstedikiniz kadar içecek içebilirsiniz ve ağırlık almazsınız.				
43.Besin piramidinin sağlıklı beslenme için rehber olduğuna inanıyorsunuz.				
44.Egzersiz yapıyorsanız ne yediğiniz önemli değildir				
45.Az miltarda yağ sağlıklı bir diyet için gereklidir				
46.Mutluluk yemek yiyerek elde edilir.				
47.Ne kadar çok düşük yağlı olursa o kadar çok yiyebilirsiniz.				
48.Bir kere kötü bir şey yerseniz diyetinizi bozarsınız.				
49.Sadece acıkıldığında yemek yemenin önemli bir şey olduğunu inanıyorsunuz				
50.Alkole yağ olmadığ için ağırlık almaz.				
51.Aslında bir kişinin yediklerinin sağlığı üzerine etkisi yoktur				
52.Meyve ve sebze gibi besinler yemek cezasıdır.				
53.Diyet yapmak yemek zevkından vargeçmektedir.				
54.Diyet yiyecekler sıkıcıdır				
55.Günde 3 sağlıklı öğün tüketmek için çaba harcanmalıdır.				
56.İstedikiniz yiyeceği yiyememek seni üzer.				
57.Yemek yemek yalnızlıkla başa çıkmak için yardımcıdır.				

#### 6- ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

BOY UZUNLUĞU:	
VÜCUT AĞIRLIĞI:	
BKİ ( BEDEN KÜTLE İNDEKSİ):	

## EK 4: Menstrüasyon Semptom Ölçeği



İlet Gözetim Spam Olunmuş Diğer Klasörüne Sabitle Tüm postalar Görünüm

Parç: Etil İrem SUN tez çalışması için Ölçek izni ile ilgili...

İlettilen Etil İrem SUN <etyl.iremsun2@gmail.com> 12:31  
Size

Yanıtla İlet Gözetim Dene

Menstruasyon belirtisi



1/2023

----- Yönlendirilen İlet -----

Gönderen: GULTEN GUVENC <gulden.guvenç@sbuedu.tr>

Tarih: 17 May 2018 Per, saat 16:01

Konu: Ynt: Etil İrem SUN tez çalışması için Ölçek izni ile ilgili...

Alın: etil irem sun <etyl.iremsun2@gmail.com>

İyi günler Etil hanım, tez çalışmanızda Türkiye geçerliliği ve güvenilirliği çalışmasını yaptığımız "Menstruasyon Belirtileri Ölçeği" kullanmanızdan mutlaka duyurdu. Ölçeği ekte gönderiyorum  
Doç.Dr. Gülten GÜVENÇ

Gönderen: etil irem sun <etyl.iremsun2@gmail.com>

Gönderildi: 11 Mayıs 2018 Cuma 12:38:14

Kime: GULTEN GUVENC

Konu: Etil İrem SUN tez çalışması için Ölçek izni ile ilgili...

Melhatba ben Etil, Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Master öğrenciyim.

Tez çalışmam da Menstruasyon Semptom Ölçeğini benimz olsun kullanmak istiyorum.

İyi günler diliyorum.

-

Etil İrem SUN

## EK 5: Duygusal İştah Anketi

İlet Gözetim Spam Çarşım Ekle Korumaya Sadece Tüm postalar 06:08

Fed: ELİF İREM SUN ÖLÇEK İZMİ

Elif İrem Sun <el.iremsun33@gmail.com>  
Siz

bugün 12:32

Yanıtla İlet Gözetim Gözetim Gözetim

Yollandıkları listesi

Gönderen: mehmet emrah karadere <mehmetkaradere@tse.edu.tr>

Tarih: 17 May 2018 Per, saat 12:08

Konu: YNT: ELİF İREM SUN ÖLÇEK İZMİ

Alınan: elif irem sun <el.iremsun33@gmail.com>

Hatırla: Bu mesajın içeriği gizlidir ve sadece siz için gönderilmiştir. Eğer bu mesajı yanlışlıkla gördüyseniz, lütfen gönderene bildirin. Bu mesajın içeriği gizlidir ve sadece siz için gönderilmiştir. Eğer bu mesajı yanlışlıkla gördüyseniz, lütfen gönderene bildirin.

Kimden: elif irem sun [el.iremsun33@gmail.com]

Gönderildi: 14 Mayıs 2018 Pazartesi 14:40

Kime: mehmet emrah karadere

Konu: ELİF İREM SUN ÖLÇEK İZMİ

Hocam merhaba ben Doğu Akdeniz Üniversitesinde Beslenme ve Diyetetik Bölümü Master öğrenciyim.

bu çalışmada duygusal iştah ölçeğinizi sizlerde benimle paylaşarak kullanmak istiyorum

iyi çalışmalar

--

Elif İrem SUN

## EK 6: Sezgisel Yeme Ölçeği – İrrasyonel Besin İnançları Ölçeği



----- Yönlendirilen İlet -----  
Gönderen: **Murat BAŞ** <Murat.Bas@acibadem.edu.tr>  
Tarih: 8 May 2018 Sal., saat 18:13  
Konu: RE: TEZ, Ölçeklerin izini ile ilgili.  
Alınan: elif irem sun <yzt.irem33@gmail.com>

Merhaba, kullandığınız izni için teşekkürler.



**Prof. Dr. Murat BAŞ**  
Doçent  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

İzmir Akademi Kampüsü  
Kayaşlar Cad. 32 Katman 34720 İzmit  
Tel: 0 318 590 4190 Fax: 0 318 576 50 78  
www.acibadem.edu.tr

From: elif irem sun [mailto:yzt.irem33@gmail.com]  
Sent: Tuesday, May 08, 2018 4:00 PM  
To: Murat BAŞ  
Subject: RE: TEZ, Ölçeklerin izini ile ilgili...

hocam merhaba, Ben Elif İrem SUN. Diğer mail adresinizden yazdım ama ulaşamadım size. Doğu Akdeniz Üniversitesi nde master öğrencisiyim. Tezim de sezgisel yeme ölçeği ve irrasyonel besin inançları ölçeğini sizin de izniniz olursa kullanmak istiyorum.