

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

**YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYETİNE UYUM
İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES
DÜZEYLERİ VE YEME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gözde YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYETİNE UYUM
İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES
DÜZEYLERİ VE YEME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gözde YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hülya KAMARLI ALTUN

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Programında y¼ksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 17/07/2023

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. H¼lya KAMARLI ALTUN
Akdeniz ¼niversitesi
Beslenme ve Diyetetik B¼l¼m¼

¼ye : Doç. Dr. Nilg¼n SEREMET K¼RKL¼
Akdeniz ¼niversitesi
Beslenme ve Diyetetik B¼l¼m¼

¼ye : Dr. Öğr. Üyesi Leyla TEVFİKOĞLU PEHLİVAN
Trakya ¼niversitesi
Beslenme ve Diyetetik B¼l¼m¼

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Gözde YILMAZ
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hülya KAMARLI ALTUN
İmza

TEŞEKKÜR

Öncelikle müthiş sabrı, özverisi ve yol göstericiliğiyle bu çalışmayı ortaya koyabilmeme büyük emek veren Sevgili Danışman Hocam Doç. Dr. Hülya KAMARLI ALTUN'a,

Tüm sıcakkanlıklarıyla beni misafir ederek veri toplamama imkan sağlayan Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğüne; Sevgili Ebru ÖZÖRTBAŞ, Barış ŞAKAR, Diyetisyen Tuğçe KARAKUŞ ve tüm belediye ekibine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan Doç. Dr. Nilgün SEREMET KÜRKÜ ve Arş. Gör. Gülen SUNA'ya,

Bütün çabalarıyla hayatımın bu döneminde de bana destek olan annem İlhan DEDE YILMAZ, babam Mustafa YILMAZ, kardeşim Gökçe YILMAZ ve teyzem Fatma DEDE TUNCAL başta olmak üzere tüm aileme,

Dayanışmayla birbirimize sarıldığımız Büşra ŞEN, Senem CABİROĞLU, Ayşegül UZUN, Merve ÇÖRTÜK, Serpil ARSLAN, Meltem HÜRCAN, Merve ÇAKIR, Özge DAĞ ve tüm dostlarıma,

Çalışmama zaman ayıran tüm katılımcılara,

Teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, yetişkin bireylerde Akdeniz diyetine uyum ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında, Antalya Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğüne başvuran, 18-65 yaş aralığında 356 yetişkin birey üzerinde yürütülmüştür. Bireylerin genel özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları, Akdeniz diyetine uyumları, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları anket aracılığı ile değerlendirilmiş olup, besin tüketim kayıtları ve antropometrik ölçümleri alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %71,1' i (n= 253) kadın, % 28,9'u (n=103) erkek olup; yaş ortalamaları sırasıyla $40,6 \pm 10,94$ ve $39,1 \pm 12,23$ yıldır. Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum skorları ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasında orta düzeyde negatif ilişki olduğu bulunmuştur (sırasıyla $r=-0,436$; $r=-0,405$; $r=-0,401$; $p<0,001$). Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum skorları ile kısıtlayıcı yeme skorları arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki ($r =0,117$; $p<0,05$) olduğu bulunurken, Akdeniz diyetine uyum skorları ile duygusal yeme ve dışsal yeme skorları arasında ise zayıf düzeyde negatif ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,130$ ve $r=-0,245$; $p<0,05$ ve $p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışmada, Akdeniz diyetine uyum ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları arasında ilişki saptanmıştır. Akdeniz diyeti depresyon, anksiyete ve stresin gelişimini önlemeye yardımcı olabilmektedir. Ayrıca Akdeniz diyeti ile yeme davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi bireylere Akdeniz tarzı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasında etkilidir. Yetişkin bireylerde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azaltmak ve yeme davranışlarını düzeltmek amacıyla Akdeniz tipi beslenmenin öneminin vurgulanması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, depresyon, anksiyete, stres, yeme davranışları

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the relationships between adherence to the Mediterranean diet and depression, anxiety, stress levels and eating behaviors in adults.

Method: The study was conducted with 356 adults who were between 18-65 years of age and applied to Antalya Muratpaşa Municipality Health Affairs Directorate between December 2021 and May 2022. The general characteristics, nutritional habits, physical activity status, Mediterranean diet adherence, depression, anxiety, stress levels and eating behaviors of individuals were evaluated by means of a questionnaire and the food consumption records and anthropometric measurements were taken.

Results: 71.1% (n= 253) of the individuals participating in the study were female and 28.9% (n=103) were male, with a mean age of 40.6 ± 10.94 and 39.1 ± 12.23 years, respectively. The moderate negative correlations were found between the participants' Mediterranean diet adherence scores and their depression, anxiety, and stress scores ($r = -0.436$; $r = -0.405$; $r = -0.401$; $p < 0.001$, respectively). There was a weak positive correlation ($r = 0.117$; $p < 0.05$) between the Mediterranean diet adherence scores and the restrictive eating scores, while weak negative correlations were found between the Mediterranean diet adherence scores and emotional eating and external eating scores ($r = -0.130$ and $r = -0.245$; $p < 0.05$ and $p < 0.001$, respectively).

Conclusion: In this study, the relationships was found between adherence to Mediterranean diet and depression, anxiety, stress levels and eating behaviors. The Mediterranean diet can help prevent the development of depression, anxiety, and stress. In addition, determining the relationship between the Mediterranean diet and eating behaviors is effective in acquiring Mediterranean style eating habits. It should be aimed to emphasize the importance of Mediterranean type nutrition to reduce depression, anxiety and stress levels and improve eating behaviors in adults.

Key words: Mediterranean diet, depression, anxiety, stress, eating behaviors

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. AKDENİZ DİYETİ VE GENEL ÖZELLİKLERİ	4
2.1.1. Akdeniz Diyeti Tanımı ve Tarihsel Gelişimi	4
2.1.2. Güncel Akdeniz Diyet Piramidi	6
2.1.3. Akdeniz Diyeti Besin Grupları	8
2.1.4. Akdeniz Diyeti ve Sağlığa Etkileri	11
2.2. DEPRESYON, ANKSİYETE ve STRES	15
2.2.1. Depresyon	15
2.2.2. Anksiyete	17
2.2.3. Stres	18
2.3. AKDENİZ DİYETİ İLE DEPRESYON, ANKSİYETE ve STRES İLİŞKİSİ	20
2.3.1. Akdeniz Diyeti ve Depresyon	20
2.3.2. Akdeniz Diyeti ve Anksiyete	21
2.3.3. Akdeniz Diyeti ve Stres	22
2.4. YEME DAVRANIŞI	22
2.4.1. Duygusal Yeme Davranışı	23
2.4.2. Dışsal Yeme Davranışı	24
2.4.3. Kısıtlayıcı Yeme Davranışı	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	26
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Tipi	26

3.2. Araştırma Örneklemi	26
3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	26
3.2.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	26
3.3. Araştırmanın Genel Planı	27
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi	27
3.4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Genel Bilgileri	28
3.4.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler	28
3.4.3. Antropometrik Ölçümler	28
3.4.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi- Kısa Form	30
3.4.5. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği	30
3.4.6. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği- 21	31
3.4.7. Hollanda Yeme Davranışı Anketi	31
3.4.8. Besin Tüketim Kaydı	32
3.4.9. Verilerin İstatistiksel Analizi	32
4. BULGULAR	34
4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri	34
4.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına ve Ana-Ara Öğün Tüketim Durumlarına İlişkin Özellikleri	36
4.3. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Özellikleri	41
4.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarına İlişkin Özellikleri	43
4.5. Katılımcıların Besin Tüketim Durumlarına İlişkin Özellikleri	44
4.6. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğine İlişkin Özellikleri	47
4.7. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine İlişkin Özellikleri	56
4.8. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketine İlişkin Özellikleri	59
4.9. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyum Durumları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	62

4.10. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyum, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Yeme Davranışları ile Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	67
5. TARTIŞMA	71
5.1. Katılımcıların Genel Özellikleri	71
5.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler	72
5.3. Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri	75
5.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumları	78
5.5. Katılımcıların Enerji ve Besin Ögesi Alım Miktarlarının Değerlendirilmesi	78
5.6. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğine İlişkin Bilgileri	79
5.6.1. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	81
5.6.2. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	82
5.6.3. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	83
5.6.4. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Uyumlarına Göre Enerji ve Besin Ögesi Alımları ile Besin Gruplarından Tüketim Miktarlarının Değerlendirilmesi	84
5.7. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine İlişkin Bilgileri	87
5.8. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketine İlişkin Bilgileri	90
5.9. Akdeniz Diyeti ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki	94
5.10. Akdeniz Diyeti ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişki	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	103
KAYNAKLAR	112
EKLER	137
ÖZGEÇMİŞ	150

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. DASS-21 Ölçeği Puan Tablosu	31
Tablo 4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri	35
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler	37
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Ana Öğün ve Ara Öğün Tüketim Durumları	40
Tablo 4.3.1. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	41
Tablo 4.3.2. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi Değerlerine Göre Sınıflandırılması	42
Tablo 4.3.3. Katılımcıların Antropometrik Ölçüm Risk Değerleri	43
Tablo 4.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi	44
Tablo 4.5.1. Katılımcıların Enerji ve Besin Ögesi Alım Miktarlarının Değerlendirilmesi	45
Tablo 4.5.2. Katılımcıların Enerji ve Besin Ögesi Gereksinmelerinin Karşılama Yüzdelerinin Değerlendirilmesi	46
Tablo 4.6.1. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği Puanları ve Sınıflandırılması	47
Tablo 4.6.2. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	48
Tablo 4.6.3. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	49

Tablo 4.6.4.	Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	51
Tablo 4.6.5.	Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi	52
Tablo 4.6.6.	Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının Değerlendirilmesi	53
Tablo 4.6.7.	Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Besin Gruplarından Tüketim Miktarları	55
Tablo 4.7.1.	Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarının Değerlendirilmesi	56
Tablo 4.7.2.	Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine Göre Sınıflandırılmaları	57
Tablo 4.7.3.	Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	58
Tablo 4.8.1.	Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anket Puanları	60
Tablo 4.8.2.	Katılımcıların Yeme Davranışı Puanlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	61
Tablo 4.9.1.	Katılımcıların Akdeniz Diyeti Uyum Durumlarına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerinin Dağılımı	63
Tablo 4.9.2.	Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres Puanları	64

Tablo 4.9.3. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Uyum Durumlarına Göre Hollanda	65
--	----

Yeme Davranışı Anketi Puanları

Tablo 4.9.4. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumları ile Depresyon,	66
---	----

Anksiyete, Stres ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişki

Tablo 4.9.5. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Durumları ile Yeme	67
---	----

Davranışları Arasındaki İlişki

Tablo 4.10. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyum, Depresyon, Anksiyete,	69
--	----

Stres ve Yeme Davranışları ile Bazı Özellikleri Arasındaki İlişki

.

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Güncel Akdeniz Diyet Piramidi

8



SİMGELER ve KISALTMALAR

ARA: Araşidonik Asit

BeBİS: Beslenme Bilgi Sistemi

BKİ : Beden Kütle İndeksi

cm: Santimetre

COVID-19: Coronavirus Disease-2019 (Koronavirüs Hastalığı-2019)

DASS-21: Depression, Stress and Anxiety Scale-21 (Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği)

DEBQ : Dutch Eating Behavior Questionnaire (Hollanda Yeme Davranışı Anketi)

DHA : Dokosaheksaenoik Asit

DSM-5: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EPA : Eikosapentaenoik Asit

FAO: Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)

g: Gram

GABA: Gama-aminobütirik asit

HbA1c: Glikozillenmiş Hemoglobin (Hemoglobin A1c)

HDL: High-Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)

HPA eksen: Hipotalamus-Pitüiter-Adrenal eksen

ICD-10 : International Classification of Diseases, Tenth Revision (Uluslararası Hastalık Sınıflaması Versiyon 10)

IL-1 β : İnterlökin-1 beta

IL-2: İnterlökin-2

IL-6: İnterlökin-6

IPAQ-SF: International Physical Activity Questionnaire-Short Form (Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi- Kısa Formu)

kg: Kilogram

LDL : Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)

m: Metre

mg: Miligram

ml: Mililitre

µg: Mikrogram

MEDAS: Mediterranean Diet Adherence Score (Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği)

MET: Metabolic Equivalent (Metabolik Eşdeğer)

mTOR: The mammalian target of rapamycin (Rapamisin protein kompleksinin memeli hedefi)

PREDIMED: Prevención con Dieta Mediterránea

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TDYA: Tekli Doymamış Yağ Asitleri

TNF- α : Tümör Nekroz Faktör-Alfa

TÜBER: Türkiye Beslenme Rehberi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu)

1. GİRİŞ

Akdeniz diyeti; Güney İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Akdeniz ülkelerinde yaşayanların geleneksel beslenme alışkanlıklarını tanımlamak için yaygın olarak kullanılan; 1960'lı yıllarda araştırılmaya başlanmış bir beslenme modelidir (Tosti, Bertozzi ve Fontana, 2018; Yannakoulia ve ark., 2015). Bu beslenme modeli; meyve-sebze, yağlı tohumlar, tam tahıllı besinler, baklagiller ve zeytin gibi bitkisel besinlerden zengin, temel yağ kaynağı olarak zeytinyağının kullanıldığı, yemeklerin yanında ılımlı şarap tüketiminin yer aldığı, balık ve deniz ürünlerinin orta-yüksek düzeyde, yumurta, kümes hayvanları ve süt ürünlerinin orta düzeyde, kırmızı et ve işlenmiş etin düşük düzeyde tüketiminin önerildiği bir beslenme düzenini göstermektedir (Akbulut, 2017). Akdeniz diyeti; sağlık açısından önemli etkileri olan tekli doymamış yağ asitleri ile omega-3 yağ asitleri, antioksidanlar, posa ve mikro besin öğeleri yönünden zengindir (Holt ve ark., 2014).

Günümüzde sağlıklı ve sürdürülebilir diyet modellerinden biri olarak kabul edilen Akdeniz diyetinin; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların riskini azaltıcı, sağlığı koruyucu potansiyel etkileri bulunmaktadır (Barbaros ve Kabaran, 2014). Akdeniz diyetinin obezite ve kardiyovasküler hastalıklardan nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara kadar çeşitli alanlarda sağlığı koruyucu ve geliştirici etkisi yapılan araştırmalarla gösterilmiştir (Fung ve ark., 2009; Ventriglio ve ark., 2020; Guasch-Ferré ve Willett, 2021).

Depresyon, anksiyete ve stres ise toplumda günden güne önemli bir oranda artış gösteren yaygın psikolojik durumlardır. Depresyon, anksiyete ve stres kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet dahil olmak üzere birçok kronik hastalık riskini de artırarak toplum sağlığı için önemli bir risk oluşturmaktadır (Epel ve ark., 2018; Firth ve ark., 2020). Depresyonun dünya çapında yaklaşık 280 milyon insanı etkilediği tahmin edilmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi 20 Ağustos 2022).

Son yıllarda beslenme, psikolojik durum ve beyin sağlığı ile ilgili çalışmalara odaklanılmış ve diyetin depresif semptomları önlemek için değiştirilebilir bir faktör

olduğu belirtilmiştir. Beslenme ve psikolojik durum ilişkisinin altında yatan mekanizmalar hala netleştirilmemekle birlikte bazı besinlerin ve belirli beslenme şekillerinin oksidatif stres, inflamasyon, nörotransmitter aktivite ve bağırsak mikrobiyomu üzerindeki etkilerinden dolayı psikolojik durumlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Firth ve Gangwisch, 2020; Marx ve ark., 2021). Bir meta-analiz ve sistematik derleme çalışmasında sağlıklı beslenme ile kötü ruh hali arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Lai ve ark., 2014). Ayrıca diyet kalitesini iyileştirmek için tasarlanan beslenme müdahalelerinin, öz yeterlilik ve fiziksel aktivite düzeylerinden bağımsız olarak depresif belirtileri azalttığı bildirilmiştir (Jacka ve ark., 2017). Diyet kalitesini arttırdığı düşünülen besinlerin çoğu ise Akdeniz diyetinde yer alan besinlerle örtüşmektedir. Kesitsel ve uzun dönem yapılan araştırmalar Akdeniz tipi beslenme alışkanlıklarının mental sağlığı koruyucu bir etkisinin olduğuna işaret etmektedir (Gibson-Smith ve ark., 2018; Recchia ve ark., 2020; Sadeghi ve ark., 2021; Sánchez-Villegas ve ark., 2016).

Diyetin bireylerin ruhsal durumu ile ilişkisi olduğu gibi ruhsal duruma bağlı olarak gelişebilen "yeme davranışlarının" da diyetle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Paans ve ark., 2019). Yemek yemenin ana amacı biyolojik gereksinimleri karşılamak için yeterli besinleri almak olsa da yeme davranışlarını etkileyen faktörler sadece fizyolojik değildir. Duygusal, kültürel, sosyal, çevresel, ekonomik birçok etken yeme davranışlarını etkilemektedir (Emilien ve Hollis, 2017). "Duygusal yeme", "dışsal yeme" ve "kısıtlayıcı yeme" temel olarak araştırılan yeme davranışlarındandır. "Duygusal yeme; olumsuz duygulara tepki olarak gerçekleştirilen yeme davranışı", "dışsal yeme; yemeğin kokusu, görüntüsü gibi dışsal faktörlere yönelik geliştirilen yeme davranışı" ve "kısıtlayıcı yeme; kilo almamak için gösterilen daha az yeme davranışı" olarak özetlenebilmektedir (Bozan ve ark., 2011). Literatürde Akdeniz diyeti ve yeme davranışlarının ilişkisine dikkat çeken oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Paans ve ark., 2019; Ferreira-Pêgo ve ark., 2020).

Bu bilgiler göz önünde bulundurularak bu çalışma; yetişkin bireylerin Akdeniz diyetine uyumları, depresyon, anksiyete, stres durumları, yeme davranışları ve beslenme durumlarını saptamak; bireylerin Akdeniz diyetine uyumları ile depresyon, anksiyete,

stres düzeyleri ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.AKDENİZ DİYETİ VE GENEL ÖZELLİKLERİ

2.1.1.Akdeniz Diyeti Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Akdeniz diyeti; tarih boyunca Akdeniz toplumlarının yaşam tarzının bir parçası olan ve yüzyıllardır nesilden nesile aktarılan kültürel, tarihi, sosyal, bölgesel ve çevresel bir beslenme sistemidir. (Lluís Serra-Majem ve Medina, 2015). Akdeniz diyeti beslenme modelinin kökleri; antik çağda Akdeniz havzasını çevreleyen medeniyetlere kadar uzanmaktadır. Tarih boyunca bölgede yaşayan uygarlıklar ve gelişen kültürel etkileşimler Akdeniz bölgesi beslenme alışkanlıklarının oluşmasında etkili olmuştur (Altomare ve ark., 2013; Lluís Serra-Majem ve ark., 2019).

Geleneksel Akdeniz diyeti konsepti ilk olarak Amerikalı bilim insanı Ancel Keys tarafından 1950'li yıllarda araştırılmaya başlanmıştır. Keys ve bir grup araştırmacı farklı popülasyonlar arasındaki yaşam tarzları, beslenme alışkanlıkları ve kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği Finlandiya, Hollanda, İtalya, Amerika Birleşik Devletleri, Yunanistan, Japonya ve Yugoslavya'da yürütülen "Yedi Ülke Çalışması" olarak bilinen kesitsel çalışmada, Akdeniz beslenme modeline dayalı popülasyonların düşük serum kolesterol düzeyi ile minimum koroner kalp hastalık riskine sahip olduğunu ortaya koymuştur (Altomare ve ark., 2013; Key, 1980).

Daha sonra, 1993 yılında Uluslararası Akdeniz Diyetleri Konferansı'nda Akdeniz diyeti terimi, "Girit, Yunanistan, Güney İtalya gibi Akdeniz bölgelerinde 1960'ların başında gözlenen geleneksel beslenme modeli" şeklinde ifade edilmiştir. Lübnan, Fas, Portekiz, İspanya, Fransa, Türkiye, Tunus, Suriye gibi ülkelerin Akdeniz bölgesinde yer alan kısımlarında da Akdeniz diyeti geleneksel beslenme alışkanlıklarının görüldüğü belirtilmiş ve Akdeniz diyeti terimi Akdeniz bölgesinin otuz yıl ve üzeri zaman dilimi boyunca zeytin yetişen bölgelerindeki geleneksel beslenme tarzına dayanan bir beslenme modeli olarak açıklanmıştır (W. C. Willett ve ark., 1995). Akdeniz Diyeti beslenme modelinin ilk grafiksel gösterimi Akdeniz Diyet Piramidi olarak 1993 yılında Oldways Kuruluşu, Harvard Üniversitesi ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) iş birliğiyle

geliştirilmiştir. Akdeniz besin piramidi; tabandan üst katmanlara doğru günlük tüketimden, haftalık tüketime doğru uzanan ve en üst katmanda ise çok daha az alım sıklığına karşılık gelecek şekilde besinleri içeren bir piramit olarak oluşturulmuştur. Piramit; bitkisel besinlerden zengin (meyve, sebze, ekmek, diğer tahıl türleri, patates, fasulye, kabuklu yemişler ve tohumlar), günlük tatlı olarak taze meyve, başlıca yağ kaynağı olarak zeytinyağı, süt ürünleri olarak peynir ve yoğurt, balık ve kümes hayvanlarının düşük-orta düzeyde, haftada 4 adete kadar yumurta, az miktarda kırmızı et ve yemeklerle birlikte düşük-orta düzeyde şarap tüketimi ile karakterize beslenme düzenini göstermektedir (W. C. Willett ve ark., 1995).

Çok sayıda uluslararası kuruluşun iş birliğiyle 2009 ve 2010 yıllarında beslenme, antropoloji, sosyoloji ve tarım alanında geniş bir uzman grubu tarafından mevcut Akdeniz popülasyonlarının karşı karşıya olduğu yaşam tarzı, beslenme, sosyo-kültürel, çevresel ve sağlık zorlukları göz önünde bulundurarak Akdeniz diyeti piramidi güncellenmiştir. Güncellenen Akdeniz diyeti modeli, yalnızca beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için diyet rehberliği sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda farklı kültürel ve sosyoekonomik koşullara uyarlanabilen basit, pratik bir çerçeve kullanarak sağlıklı ve sürdürülebilir bir yaşam tarzını tanımlamayı amaçlamıştır (Bach-Faig ve ark., 2011). Roma'da 2010 yılında Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) tarafından düzenlenen Biyoçeşitlilik ve Sürdürülebilir Diyetler ile ilgili uluslararası sempozyumda Akdeniz diyetinin sürdürülebilir bir diyet örneği olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü, sürdürülebilir diyetleri “düşük çevresel etkiye sahip, mevcut ve gelecek nesiller için sağlıklı yaşama katkıda bulunan, biyoçeşitliliği ve ekosistemi koruyucu, kültürel olarak kabul edilebilir, erişilebilir, ekonomik, doğal kaynakları ve insan kaynaklarını optimize ederken beslenme açısından yeterli, güvenli ve sağlıklı diyetler” olarak tanımlamaktadır (Annunziata ve ark., 2019).

Akdeniz Diyeti 2010 yılının sonlarında ise Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO) tarafından İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirası olarak kabul edilmiştir (Lluís Serra-Majem ve ark., 2015).

Daha sonraki yıllarda, Akdeniz Diyeti beslenme modelinin sağlık-beslenme, biyolojik çeşitlilik-çevre, ekonomi ve sosyo-kültürel faktör boyutlarının değerlendirildiği

uluslararası multidisipliner çalışmalar devam etmiştir. Bu multidisipliner çalışmaların devamı olarak, Milano 2015 EXPO'da sürdürülebilir bir diyet modeli olarak "Akdeniz Diyeti 4.0" sunulmuştur. Sürdürülebilir bir diyet modeli olarak Akdeniz diyetinin aşağıdaki özellikleri bünyesinde barındırması öngörülmüştür (Lluís Serra-Majem ve ark., 2020);

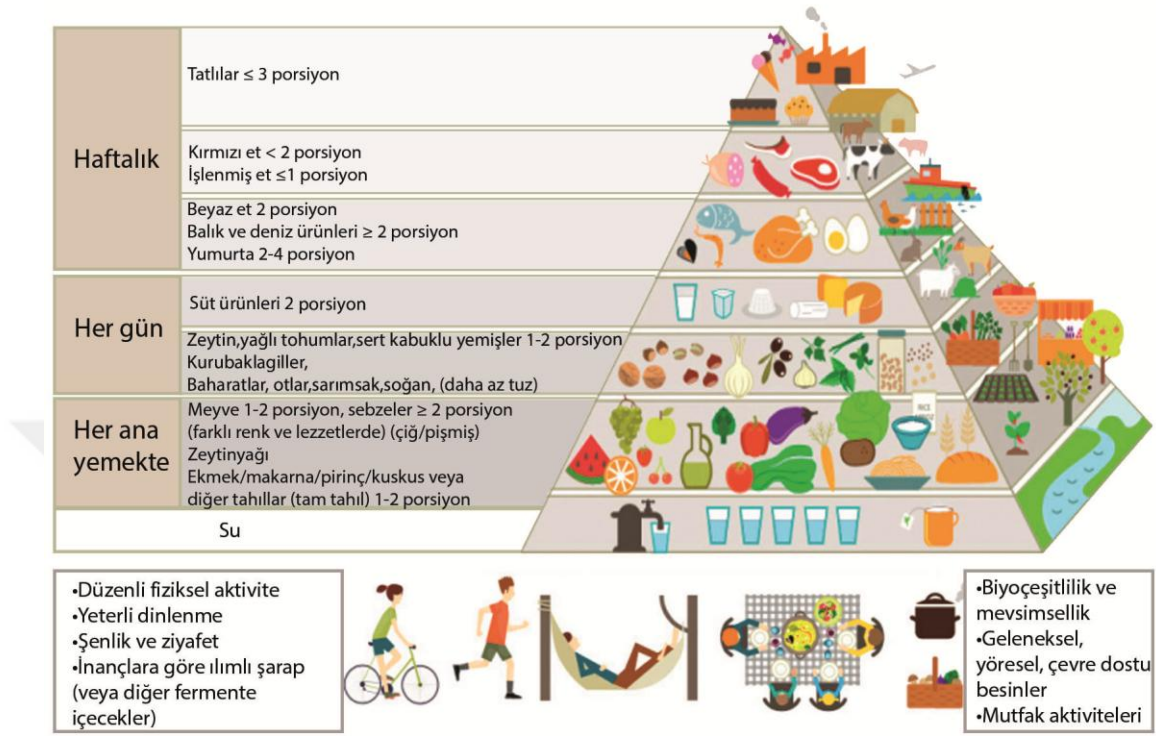
- Kronik hastalıkların önlenmesinde, halk sağlığı maliyetlerinin azaltılmasında ve refahın iyileştirilmesinde beslenme ile fayda sağlamalıdır.
- Çevresel etkisi az olmalı ve biyoçeşitlilik zenginliğine sahip olmalı, doğal kaynak kullanımını azaltmalı ve iklim değişikliğinin önlenmesine yardımcı olmalıdır.
- Yerel ekonomik getirisi yüksek olmalı, sürdürülebilir bölgesel kalkınma, kırsal yoksulluğun azaltılması ile gıda israfı ve kaybının azaltılmasında etkili olmalıdır.
- Gıdanın sosyal ve kültürel değerine önem vermelidir.

Akdeniz diyet piramidinin önceki revizyonunda yer almış olan beslenme, sağlık ve sosyo-kültürel alanlardaki uzmanların yanı sıra konuyla ilgili yeni otoriteleri ve daha geniş bir uzman görüşünü dahil ederek sonraki yıllarda da çalışmalar sürdürülmeye devam etmiştir. İklim değişikliği, arazi ve su kullanımı, denizlerin ve su kaynaklarının korunması, gıda tedariki ve dağıtımı, gıda üreticilerine saygı gibi ekolojik konulara önem verilmiştir. Güncel Akdeniz diyet piramidinde fikir birliğine varabilmek amacıyla 2019 yılının sonları ve 2020'nin başlarında çalışmalar devam etmiş, FAO'nun 2010 yılı sürdürülebilir diyet tanımıyla uyumlu bir beslenme kılavuzu niteliğinde Akdeniz diyet piramidi tekrar güncellenmiştir. (Lluís Serra-Majem ve ark., 2020)

2.1.2 Güncel Akdeniz Diyet Piramidi

Son yıllarda güncellenen Akdeniz diyet piramidinde gıda sistemlerinin daha sağlıklı ve sürdürülebilir bir ağ yaratmasına odaklanılmış ve bitkisel kaynaklı besinlerin ağırlıklı tüketimi vurgulanmıştır (W. Willett, 2021).

Güncel Akdeniz diyet piramidinde öneriler sağlıklı yetişkin popülasyonu (18-65 yaş) hedeflemektedir. Piramidin tabanında sıklıkla tüketilmesi gereken besinler yer alırken piramidin üstlerine doğru ise arada sırada tercih edilmesi gereken besinler konumlanmıştır. Piramide göre her gün öğün başına 1-2 porsiyon tercihen tam tahıllar veya kısmen rafine edilmiş tahıllar; en az biri çiğ olmak üzere günlük en az 2 porsiyon sebze; farklı renk ve çeşitte öğün başına 1-2 porsiyon meyve tüketimi önerilmektedir. Zeytinyağı diyetin ana yağ kaynağı olarak her gün tüketilmelidir. Günlük 1-2 porsiyon zeytin, yağlı tohumlar veya sert kabuklu yemişler; günlük en az bir küçük porsiyon bitkisel protein kaynağı olarak baklagiller tüketilmelidir. Yüksek antioksidan bileşikler içerdiğinden ve yemeklerdeki tuz kullanımını azaltmaya yardımcı olduğundan çeşitli otlar, baharatlar ile sarımsak ve soğan günlük olarak kullanılmalıdır. Süt ürünlerinin günlük ılımlı düzeyde (maksimum 2 porsiyon), beyaz etin haftalık 2 porsiyon ve yumurtanın haftalık 2-4 porsiyon tüketimine yer verilirken; balık ve deniz ürünlerinin ise haftada 2 porsiyondan fazla olması önerilmektedir. Bunların yanı sıra işlenmiş et ve kırmızı et haftada maksimum 1-2 porsiyonla, işlenmiş ve şekerli yiyeceklerin tüketimi ise haftada maksimum 3 porsiyonla sınırlandırılmaktadır. Ek olarak isteğe bağlı yemeklerin yanında ılımlı düzeyde şarap (kadınlar için günlük maksimum 1 kadeh, erkekler için günlük maksimum 2 kadeh) veya fermente içecekler tercih edilebilmektedir. Ayrıca piramitte yeterli su tüketimi; düzenli fiziksel aktivite; dinlenmeye ve kültürel mutfak aktivitelerine zaman ayırma; yerel, mevsiminde, taze ve minimum düzeyde işlenmiş gıdaların tercihi; biyoçeşitliliğin, çevre dostu ve geleneksel gıdaların desteklenmesi vurgulanmaktadır (Lluís Serra-Majem ve ark., 2020). (Şekil 2.1. Güncel Akdeniz diyet piramidi)



Şekil 2.1. Güncel Akdeniz Diyet Piramidi (Lluís Serra-Majem ve ark., 2020).

2.1.3. Akdeniz Diyeti Besin Grupları

Tam Tahıllı Besinler

Tam tahıllı besinler Akdeniz diyetinde her gün tüketilmesi önerilen, lif oranı yüksek, demir, çinko, manganez, folat, magnezyum, bakır, tiamin, niasin, fosfor, selenyum ve riboflavin gibi mikro besin öğelerinden zengin kaynaklardır (Schwingshackl ve ark., 2020). Prospektif gözlemsel çalışmalardan oluşan meta-analizlerde tam tahıllı besinlerin optimal tüketimi; kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet, kolorektal kanser, hipertansiyon ve adipozite riskinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (Bechthold ve ark., 2019; Schwingshackl ve ark., 2017; Schwingshackl ve ark., 2020; Schwingshackl ve ark., 2017; Schwingshackl ve ark., 2018). Ayrıca bir meta-analize göre tam tahıllı besinlerin tüketiminin serum total kolesterol, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol ve trigliserit düzeyleri üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu belirtilmiştir (Schwingshackl ve ark., 2018).

Sebze ve Meyveler

Mevsiminde yetişmiş, farklı renkte ve çeşitte meyve, sebze tüketimi Akdeniz diyetinde önemli yer tutmaktadır. Sebze ve meyveler vitamin, mineral, antioksidan ve flavonoid gibi fitokimyasallardan zengin, lif miktarı yüksek besin grupları olduğundan kronik hastalıklara karşı koruyucu ve sağlığı geliştirici bir etkiye sahiptir (Liu, 2013). Meyve ve sebze tüketimi ile kanser, kardiyovasküler hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar, diyabet ve hipertansiyon dahil olmak üzere birçok kronik hastalık riski arasında ters bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. (Yahia ve ark., 2019).

Zeytinyağı

Akdeniz diyetinin önemli bir bileşeni olan zeytinyağı yüksek sıcaklıklara dayanıklılığı ve besin içeriğinden dolayı ön plana çıkan sızma zeytinyağı halinde diyetin ana yağ kaynağını oluşturmaktadır (Schwingshackl ve ark., 2020; Lluís Serra-Majem ve ark., 2020). Tekli doymamış yağ asitlerinden (TDYA) ve polifenoller yönünden zengin bir besin olan zeytinyağı; lipid metabolizmasını düzenleyici, oksidatif stres ve inflamasyonu azaltıcı, insülin duyarlılığını artırıcı ve endotel fonksiyonunu geliştirici etkisiyle birçok kronik hastalıkların riskini azaltmaktadır (Schwingshackl ve ark., 2020). Çalışmalar zeytinyağı tüketimini metabolik ve inflamatuvar biyobelirteçlerde iyileşme, kardiyovasküler hastalık ve diyabet riskinde azalma ile ilişkilendirmektedir (Schwingshackl ve ark., 2015; Schwingshackl ve Hoffmann, 2014).

Baklagiller

Nohut, mercimek, fasulye gibi baklagiller Akdeniz diyetinde yaygın olarak tüketilen besinlerdir. Protein, lif, folat, B6 vitamini, çeşitli mineraller, fitosteroller ve flavonlar içeren baklagiller grubu sağlığı koruyucu etkiye sahiptir (Schwingshackl ve ark., 2020). Bir meta-analize göre baklagillerin tüketiminin vücut ağırlığı, serum total kolesterol, LDL kolesterol, sistolik kan basıncı ve açlık glukozu üzerinde olumlu bir etki gösterdiği belirtilmektedir (Schwingshackl, Schlesinger ve ark., 2018).

Yağlı Tohumlar

Antep fıstığı, badem, yer fıstığı, fındık, ceviz gibi kabuklu yemişler ve zeytin Akdeniz diyetinde günlük olarak tüketimi önerilen yağlı tohumlardır. Kabuklu yemişler doymamış sağlıklı yağlar ve lifin yanı sıra antioksidan özelliğe sahip linoleik ve linolenik asit, fenoller, flavonoidler, fitosteroller, fitik asit, E vitamini, riboflavin, folat, magnezyum, fosfor, potasyum, bakır ve selenyum gibi öğeleri de içermektedir (Delgado, ve ark, 2017). Yapılan bir meta-analize göre kabuklu yemiş tüketiminin serum total kolesterol, LDL kolesterol, glikozillenmiş hemoglobin (HbA1c) düzeylerinde yararlı bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Schwingshackl ve ark., 2018).

Balık ve Deniz Ürünleri

Sardalya, uskumru, midye, ahtapot, istiridye, somon, levrek, karides, kalamar ve ton balığı gibi balık ve deniz ürünleri Akdeniz diyetinin ayrılmaz bir parçasıdır. Özellikle somon, sardalya gibi yağlı balıklar önemli protein kaynağı olmakla birlikte omega-3 yağ asitleri (eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik (DHA)) açısından da zengindir (Delgado ve ark., 2017). Anti-inflamatuar özelliklere sahip olan bu yağ asitlerinin koroner kalp hastalığı riskini azalttığı belirtilmektedir (Yokoyama ve ark., 2007). Yapılan çalışmalarda, balık tüketiminin serum yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kolesterolü üzerindeki olumlu etkisi vurgulanmıştır (Alhassan, ve ark., 2017; Hernáez ve ark., 2019; Lankinen ve ark., 2014).

Kırmızı Şarap

Kırmızı şarap bazı Akdeniz bölgelerinde dini ve sosyal nedenlerden dolayı yer almasa da Akdeniz diyetinin ayırt edici bir unsurudur. Dini ve kültürel inançlara saygılı bir şekilde, tercihen yemeklerin yanında kadınlar için günde bir kadehi erkekler için günde iki kadehi aşmayacak şekilde ılımlı şarap tüketimi Akdeniz diyetinde yer almaktadır (Annunziata ve ark., 2019). Kırmızı şarap; flavonoidler (kateşin, epikateşin, kuarsetin, antosiyaninler ve prosiyanidinler), resveratrol ve polimerik tanenler gibi yüksek konsantrasyonlarda polifenolik bileşikler içerdiğinden diyetle önemli bir polifenol kaynağı olarak kabul edilebilmektedir. Bu polifenoller antioksidan, lipid düzenleyici ve

anti-inflamatuar etkiler göstermektedir (Snopek ve ark., 2018) . Resveratrol, serbest oksijen radikallerini ve reaktif azotlu radikalleri nötralize ederek kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde etkindir ve kan-beyin bariyerini geçerek beyin ve sinir hücrelerini de korumaktadır. Ayrıca trombosit agregasyonunu azaltarak pıhtı veya trombüs oluşumunu engellemektedir (Castaldo ve ark., 2019).

Orta düzeyde şarap tüketiminin kardiyovasküler hastalıklara, ateroskleroza, hipertansiyona, tip 2 diyabete ve bilişsel gerilemeye karşı koruyucu etkisini gösteren çalışmalar olsa da orta düzey şarap tüketimine karşı kesin öneri bulunmamaktadır (Artero ve ark, 2015; Torres ve ark., 2015; Baliunas ve ark., 2009; Golan ve ark., 2019; Nooyens ve ark., 2014). Ayrıca alkolün düşük düzeyde tüketiminin dahi sağlık için risk oluşturabileceği de bilinmekle birlikte karaciğer sirozu veya çeşitli kanser türleri gibi bir dizi bulaşıcı olmayan hastalıkla doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda kırmızı şarap ölçülü bir şekilde tüketildiği takdirde Akdeniz diyetinin sağlığa yararlı bileşenlerine bir yan unsur olarak kabul edilebilmektedir (Santos-Buelga ve ark., 2021).

2.1.4. Akdeniz Diyetinin Sağlığa Etkileri

Akdeniz diyetinin sağlığa etkileri geçmişten günümüze birçok çalışmada incelenmiştir ve bu konudaki çalışmalar gün geçtikçe çeşitlenmektedir. Akdeniz diyeti ile kardiyovasküler hastalıklardan nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara kadar farklı birçok hastalıkla olan ilişkisi halen araştırılmaya devam edilmektedir (Fung ve ark., 2009; Ventriglio ve ark., 2020; Guasch-Ferré ve Willett, 2021).

Kardiyovasküler Hastalıklar

Akdeniz diyeti tutarlı olarak farklı popülasyonlar arasında ve popülasyonlar içinde kardiyovasküler hastalıklarda daha düşük insidans ile ilişkilendirilmiştir (Guasch-Ferré ve Willett, 2021). Akdeniz diyetinin sağlığı geliştirici özelliğini gösteren ilk çalışma olan Angel Keys'in Yedi Ülke Çalışması'nda kardiyovasküler risk faktörlerine ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı hem insidans hem de mortaliteye odaklanılmıştır (Key, 1980). O zamandan beri konuyla ilgili kohort çalışmaları devam etmiştir. Daha

sonraki yıllarda Amerika'da kadın ve erkek sağlık çalışanlarında yapılan büyük ölçekli kohort çalışmalarında Akdeniz diyetine bağlılığın kardiyovasküler hastalık riskini önemli ölçüde düşürdüğü gösterilmiştir (Fung ve ark., 2009; Sotos-Prieto ve ark., 2015). Bu süreç içerisinde Avrupa popülasyonlarında da benzer sonuçlar gözlenmiş; İspanya kohort çalışmasında, Akdeniz diyetine bağlılık %27 daha düşük kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilendirilmiştir (Guallar-Castillón ve ark., 2012). Akdeniz diyet puanındaki 2 puanlık bir artışın, Yunan popülasyonunda tüm nedenlere bağlı ölüm riski içerisinde %25 daha düşük kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Trichopoulou ve ark., 2003).

Akdeniz diyetinin kan lipidleri, kan basıncı, inflamatuvar biyobelirteçler, ateroskleroz ve endotelial fonksiyon sublinik belirteçleri dahil olmak üzere etkilerini değerlendiren birçok randomize kontrollü çalışma da yapılmıştır (Martínez-González ve ark., 2015; Lluís Serra-Majem ve ark., 2019; Becerra-Tomás ve ark., 2020).

Akdeniz diyetinin kardiyovasküler hastalıklar açısından risk taşıyan orta yaş üzeri gruplarda kardiyovasküler klinik bulgular üzerindeki uzun vadeli etkileri ve diğer çeşitli sağlık parametrelerini değerlendiren çok merkezli, randomize kontrollü, büyük bir çalışma olan PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea) çalışmasında; Akdeniz diyeti uygulayan gruplarda kan basıncı, insülin duyarlılığı, lipid profilleri, lipoprotein partikülleri, inflamasyon, oksidatif stres ve karotis aterosklerozu üzerinde olumlu etkiler gözlemlendiği belirtilmiştir (Martínez-González ve ark., 2015). PREDIMED de dahil olmak üzere üç randomize kontrollü çalışmayı içeren bir meta-analiz ise; kontrol gruplarına kıyasla Akdeniz diyet modelini uygulayan gruplarda toplam kardiyovasküler hastalık insidansının %38 ve toplam miyokardiyal enfarktüs insidansının da %35 azaldığını belirtmiştir (Becerra-Tomás ve ark., 2020).

Tip 2 Diyabet

Akdeniz diyetine uyum ile diyabet riski arasında ters yönde bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. (Guasch-Ferré ve Willett, 2021). Beşi Güney Avrupa'da ve üçü Akdeniz dışı popülasyonlarda olmak üzere sekiz prospektif çalışmanın meta-analizinde, Akdeniz diyetini uygulayanlarda tip 2 diyabet riskinin %13 daha düşük olduğu görülmüştür.

Büyük ölçekteki ATTICA çalışmasının raporunda on yıllık diyabet tanı insidansı Akdeniz diyetine uyumu düşük bireylere kıyasla uyumu orta ve yüksek bireylerde sırayla %49 ve %62 azalma ile ilişkilendirilmiştir (Koloverou ve ark., 2016). Randomize kontrollü çalışmaları içeren bir diğer meta-analizde ise Akdeniz diyetinin tip 2 diyabetli ve prediyabetli hastalarda düşük yağlı diyetler de dahil olmak üzere kontrol diyetlerine kıyasla daha iyi glisemik kontrol sağladığı belirtilmiştir (Esposito ve ark., 2015). Bununla birlikte, Akdeniz diyetinin HbA1c'yi %0,3 ile %0,5 arasında azaltarak diyabet yönetimine yardımcı olabileceğine de değinilmektedir. Ayrıca Akdeniz diyeti lipid profiline ve vücut ağırlığının korunmasına da olumlu etkiler sağladığından diyabet riskini azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (Milenkovic ve ark., 2021).

Metabolik Sendrom

Metabolik sendrom yüksek kan basıncı, dislipidemi (yüksek serum trigliserit ve düşük HDL-kolesterol), yüksek açlık kan glukozu ve abdominal obezite ile karakterize kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabete yol açabilen bir dizi risk faktörüdür (Guasch-Ferré ve Willett, 2021). Kesitsel ve uzunlamasına çalışmaların incelendiği bir meta-analizde Akdeniz diyeti ve metabolik sendrom arasındaki ilişki değerlendirilmiş, Akdeniz diyetine bağlılıkla metabolik sendrom bileşenlerinden olan bel çevresi, kan basıncı ve düşük HDL seviyeleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Akdeniz diyetine yüksek uyum metabolik sendrom gelişme riskinde %19 azalma ile ilişkilendirmiştir (Godos ve ark., 2017). Bir randomize kontrollü çalışmada da Akdeniz diyetine uyumun endotel fonksiyon ve vasküler inflamatuvar belirteçler üzerinde olumlu etki sağlayabileceği gösterilmiştir (Esposito ve ark., 2004). Ayrıca Akdeniz diyeti, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık insidansında azalma sağladığından metabolik sendromun önlenmesi ve yönetiminde etkin bir role sahiptir (Castro-Barquero ve ark., 2020).

Kanser

Birçok çalışmada, Akdeniz diyetine bağlılık ile genel kanser insidansı riski, farklı kanser alt tipleri riski, kanser mortalitesi ve arasındaki ilişkiler değerlendirmiştir (Hashemian ve ark., 2019; Molina-Montes ve ark., 2017).

Kohort çalışmaların yer aldığı bir meta-analizin sonuçlarına göre, Akdeniz diyetine bağlılığın; meme, kolorektal, baş-boyun, gastrik, mesane ve karaciğer kanser türleri ile ters orantılı olduğu belirtilmektedir. Ek olarak, Akdeniz diyetine bağlılığın, genel kanser mortalitesi ile de ters ilişkili olduğu saptanmıştır (Morze ve ark., 2021). Ancak Akdeniz diyeti ve kanser ilişkisini inceleyen randomize kontrollü çalışma sayısı gözlemsel çalışmalara göre biraz daha sınırlıdır. Aynı meta-analizde yer alan randomize kontrollü çalışmaların sonuçları ise kanser mortalitesine dair bir kanıt göstermese de Akdeniz diyeti ve düşük meme kanseri insidansı arasında bir ilişki olduğunu ifade etmektedir (Morze ve ark., 2021).

Mental Hastalıklar

Son on yılda beslenmenin mental hastalıkların gelişimindeki rolü yeni bir araştırma konusu olarak karşımıza çıkmaya başlamıştır. Beslenme ve mental hastalıklar arasındaki ilişkide özellikle Akdeniz diyeti dikkat çeken bir beslenme modeli olmuştur (Ventriglio ve ark., 2020). Akdeniz diyetinin mental sağlığı koruyucu etkisi bazı biyolojik yollarla desteklenmektedir. Akdeniz beslenme modeli antioksidanlardan zengin olduğundan Akdeniz diyetinin nöroinflamasyonu önlemeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında bağırsak mikrobiyal dengesinin mental sağlığın korunmasında etkili olabileceği ve bu çerçevede Akdeniz diyetinin de bağırsak mikrobiyotasını üzerinde olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca nöral sistemde önemli işlevleri olan omega-3, B vitaminleri ve çeşitli besin ögeleri yönünden Akdeniz diyetinin zengin olduğu da belirtilmektedir (Shafiei ve ark., 2019; Adan ve ark., 2019).

Yayınlanmış birkaç meta-analiz, Akdeniz diyetine daha yüksek uyumun daha iyi bilişsel işlev ve olaysal bellek (Lehert ve ark., 2015), daha düşük bilişsel bozukluk (Psaltopoulou ve ark., 2013; Singh ve ark., 2014) ve nörodejeneratif hastalık (Singh ve ark., 2014; Van den Brink ve ark., 2019) riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Gözlemsel uzun süreli çalışmalardan oluşan başka bir meta-analizde 4 ila 26 yıllık takipten sonra Akdeniz diyetine uyum daha az bilişsel gerileme ile ilişkilendirilmiştir (Wu ve Sun, 2017). Ayrıca Akdeniz diyeti, kardiyovasküler hastalık riskini azaltabileceğine dair güçlü kanıtlar sunduğundan demans türlerinden olan vasküler

demansın azalması için de ek destek sağlayabileceği düşünülmektedir (Guasch-Ferré ve Willett, 2021).

Akdeniz diyeti ile psikiyatrik hastalıklardan depresyon arasındaki ilişki güncel olarak araştırılan konulardan birisidir. Uzun süreli Akdeniz diyetine uyumun depresyon riskini azalttığına dair epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur (Gibson-Smith ve ark., 2018; Madani ve ark., 2022; Recchia ve ark., 2020). Akdeniz diyetinin depresyondan koruyucu etkisinin özellikle bağırsak mikrobiyota-beyin aksı üzerindeki olumlu etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Henüz kesin olarak kanıtlanamamıştır (Dinan ve ark., 2019).

Akdeniz diyeti ve mental hastalıklar ilişkisini inceleyen çalışmalar günden güne artış gösterse de bu alanda özellikle randomize kontrollü çalışma sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

2.2. DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES

Depresyon, anksiyete ve stres toplumda günden güne önemli bir oranda artış gösteren yaygın psikolojik durumlardır. Depresyon, anksiyete ve stres kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet dahil olmak üzere birçok kronik hastalık riskini de artırarak toplum sağlığı için önemli bir risk oluşturmaktadır (Epel ve ark., 2018; Firth ve ark., 2020).

2.2.1 Depresyon

Depresyon; yetişkinler arasında %5 ve 60 yaşından büyük yetişkinler arasında %5,7 olmak üzere nüfusun tahmini %3,8'ini etkileyen dünya çapında yaygın bir sorundur. Dünyada yaklaşık 280 milyon kişinin depresyondan etkilendiği düşünülmektedir. Depresyon, olağan ruh hali dalgalanmalarından ve günlük yaşamdaki zorluklara verilen kısa süreli duygusal tepkilerden farklı olan bir durumdur. Özellikle tekrarlayan, orta veya şiddetli depresyon ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Depresyon ve ilişkili ruhsal bozukluklar, okul performansı, işte üretkenlik, sosyal ilişkiler ve topluluğa katılma yeteneği de dahil olmak üzere yaşamın tüm yönleri üzerinde derin bir etkiye sahip olabilmektedir (<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>, Erişim tarihi 20 Ağustos 2022).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5'te (DSM-5) depresif bozukluklar; "major depresif bozukluk", "yıkıcı duygudurum düzensizliği", "premenstrüel disfori bozukluğu", "madde-ilaç ilişkili depresif bozukluk", "persistan depresif bozukluk", "başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk", "ayırt edilememiş depresif bozukluk" şeklinde sınıflandırılmaktadır (Kafes, 2021; Tolentino ve Schmidt, 2018). Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (ICD-10) ise "bipolar bozukluk", "depresif dönem", tekrarlayan depresif bozukluk", "kalıcı duygudurum (duygusal) bozuklukları (distimi, siklotimi)", "diğer ruh hali (duygusal) bozuklukları", "tanımlanmamış duygudurum (duygusal) bozukluğu" şeklinde depresif bozuklukları incelemektedir. Bir depresif dönem, semptomların sayısı ve şiddeti ile bireyin işlevselliği üzerindeki etkisine bağlı olarak hafif, orta veya şiddetli olarak da kategorize edilebilmektedir (Paykel, 2008).

Genellikle depresyon tabirinde akla gelen majör depresyon; DSM-5 kriterlerine göre, 2 haftalık bir süre içinde semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi-zevk kaybı olacak şekilde aşağıdaki maddelerden beş veya daha fazlasına sahip olmayı gerektirmektedir (Tolentino ve Schmidt, 2018).

- "Depresif bir ruh hali"
- "Anhedoni (ilgi ve zevk kaybı)"
- "İştah ve kilo değişiklikleri"
- "Uyku güçlükleri (uykusuzluk veya aşırı uyku)"
- "Psikomotor ajitasyon veya gerileme"
- "Yorgunluk veya enerji kaybı"
- "Düşünme veya konsantre olma yeteneğinde azalma"
- "Değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları"
- "İntihar düşünceleri"

Depresyonun etiyolojisinde biyolojik, genetik ve psikososyal faktörlerin rol aldığı düşünülse de depresyonun etiyolojisi hala net olarak aydınlatılmış bir alan değildir. Kronik stres ve sağlıksız yaşam koşulları gibi çevresel etmenlerin depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir. Serotonin, norepinefrin, dopamin gibi monoamin

nörotransmitterlerinin eksikliği; nörotransmitter reseptör fonksiyonundaki anormallikler, büyüme hormonu, tiroit hormonu ve adrenal hormon eksenlerine bağlı olarak gelişen nöroendokrin işlev bozuklukları; sitokinler ve nöro-immünolojik faktörlerin etkisi; nöro-inflamasyon artışı ve nörojenez azalması depresyonun patogenezinde yer aldığı düşünülen biyolojik mekanizmalardır. Depresyonun gelişiminde yer alan çevresel, biyolojik, genetik bir dizi faktörün ayrı ayrı etkisinden ziyade bu faktörlerin kombinasyonu ve bağlantısının depresyonun patogenezinde yer aldığı düşünülmektedir. Özetle depresyon homojen bir bozukluk değil, birçok alt tipi ve muhtemelen birden fazla etiyolojisi olan karmaşık bir durumdur (Brigitta, 2002; Çelik ve Hocaoglu, 2016; Jesulola ve ark., 2018).

Depresyon; şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları ve anksiyete gibi diğer psikolojik rahatsızlıklarla birlikte de görülebilmektedir (Kafes, 2021). Özellikle anksiyete depresyonla birlikte sıklıkla beraber seyretmektedir. Majör depresif bozukluğu olan bireylerin %45-67'sinin anksiyete bozukluğuna da sahip olduğu bilinmektedir (Choi ve ark., 2020).

2.2.2 Anksiyete

Ara sıra olan kaygı yaşamın normal bir parçasıdır. Birçok insan sağlık, para veya aile sorunları gibi şeyler için endişelenmektedir. Anksiyete bozukluğu olan kişilerde geçici endişe veya korkudan daha farklı olarak kaygı ve korku kaybolmamakta ve zamanla daha da ciddi bir hal alabilmektedir (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>, Erişim tarihi: 28 Ağustos 2022).

Depresif bozukluklara benzer şekilde, anksiyete bozukluklarının spektrumu da geniştir ve anksiyete bozuklukları "yaygın anksiyete bozukluğu", "panik bozukluğu", "fobiler" ve "sosyal anksiyete bozukluğu" şeklinde kategorize edilmektedir. DSM-5'e göre bu tür bozukluklar tipik olarak kaygı ve korku semptomlarının aşırı bir şekilde altı aydan fazla sürmesi, bireylerin iş performansı veya diğer günlük yaşam aktiviteleri dahil çeşitli alanlarda işlev bozukluğuna neden olması durumunda teşhis edilmektedir (Michaelides ve Zis, 2019).

Epidemiyolojik araştırmalara göre toplumun %33,7'si yaşamı boyunca en az bir kez anksiyete bozukluklarından etkilenmektedir. Anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklerden daha fazla ortaya çıkmaktadır (Bandelow ve Michaelis, 2022).

"Yaygın anksiyete bozukluğu" genellikle günlük yaşama müdahale eden kalıcı bir endişe veya korku hissini içermektedir. Bu bozukluk günlük hayattaki stres nedeniyle ara sıra bir şeyler hakkında endişelenmekten veya kaygı duymaktan çok daha farklıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu ile yaşayan bireyler, yıllarca olmasa dahi aylarca genel olarak kaygılı ve endişeli hissetmektedirler. Yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri řu şekilde sıralanmaktadır (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>, Erişim tarihi: 28 Ağustos 2022);

- Huzursuz, gergin ve endişeli hissetmek
- Yorgunluk
- Konsantre olmakta zorluk çekmek
- Baş ağrısı, kas ağrısı, karın ağrısı veya açıklanamayan ağrılara sahip olmak
- Endişe duygusunu kontrol etmede zorluk çekmek
- Uykuya dalmada veya uykuda kalmada zorluk gibi uyku problemleri yaşamak

Anksiyete bozuklarının etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte çocukluk  ağı travmaları, kalıtsal yatkınlık, sağlık sorunları, çevresel faktörler, madde kullanımı, travmatik olaylar ve stresli yaşam koşulları gibi etmenlerin anksiyete bozukluklarını tetiklediği düşünülmektedir. Anksiyetenin nörobiyolojisini açıklamaya çalışan görüşler; merkezi ve periferik sinir sisteminin yapısı ve işlevi ile ilgili olarak anksiyete ve davranışa dair psikososyal görüşleri (psikoanalitik ve psikodinamik teori, davranış teorileri ve bilişsel teoriler) bütünleştirmeye çalışmaktadır (Adwas ve ark., 2019).

2.2.3. Stres

Stres günlük hayatın bir parçası olarak yaşantımızda çoğu zaman maruz kaldığımız bir durum haline gelmiştir. Askerlerin savaş sonrası geliştirdikleri tepkiyle fark edilip sonradan travma sonrası stres bozukluğu olarak kabul edilen strese olan bilimsel ilginin geçmişi I. Dünya Savaşı yıllarına kadar uzanmaktadır (Van der Kolk, 2000). Stres,

kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere birçok kronik hastalık gelişimine etki eden bir neden olarak kabul edilmekte ve dünyanın birçok ülkesinde milyonlarca kişiyi etkilemektedir (O'Connor ve ark., 2021).

İnsan vücudunun hayatta kalabilmesi için sürekli değişen iç ve dış çevreye uyum sağlaması gerekmektedir. Değişen koşullara karşı bu uyum sağlama, basit bir ifadeyle vücudumuzun bizi hayatta tutmak için iç fizyolojik durumlarını sıkı bir şekilde düzenlemesi yani homeostaz olarak bilinmektedir. Homeostazı sürdürmek için bazı hormonlar (kortizol, adrenalin ve noradrenalin vb.) salgılanmakta, stresli durumlara uyum sağlamamız ve yanıt vermemiz adına otonom sinir sistemi ve merkezi sinir sistemi devreye girmektedir. Bu fizyolojik araçların yani hormonların salınımı ve buna bağlı bağışıklık-metabolik parametrelerdeki değişiklikler çevresel bir zorluk veya stres etkeni ortadan kalktığında dengeli bir şekilde tekrar azalmalıdır. Ancak bu gerçekleşmezse ve fizyolojik tepki uzun süre korunursa, bu durum sağlığımız için zararlı hale gelebilmektedir (O'Connor ve ark., 2021).

Stresin sağlık üzerine etkileri incelendiğinde bazı biyolojik mekanizmalar üzerinde yoğunlaşmıştır. Stres hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) eksenini etkilemesi ve buna bağlı kortizol hormon salınımının artması ve uzun süreli aşırı kortizol hormonuna maruziyetle de vücudun çeşitli doku ve sistemlerinde hasara yol açabileceği düşünülen mekanizmalardan biridir. Stresin otonom sinir sistemini etkileyerek özellikle kan basıncı ve kalp atım hızında değişiklik yaratarak sağlığı etkilediği de düşünülmektedir (O'Connor ve ark., 2021). Ayrıca genlerin stres gibi çevresel faktörlerden etkilenebileceğini gösteren sosyal- genomik çalışmalar da mevcuttur (Cole, 2019; Miller ve ark., 2014).

Stres otonom ve nöroendokrin tepkiler yoluyla sağlığı doğrudan etkileyebileceği gibi aynı zamanda sağlıksız davranışları tetikleyerek dolaylı yoldan da sağlığı etkileyebilmektedir. Örneğin olumsuz olaylar karşısında sağlıksız beslenme, yetersiz egzersiz ve uyku, artan sigara ve alkol tüketimi gibi hastalıklara yol açabilecek davranışlar geliştirilebilmektedir (Cohen ve ark., 2016; O'Connor ve ark., 2021).

2.3. AKDENİZ DİYETİ İLE DEPRESYON, ANKSİYETE ve STRES İLİŞKİSİ

2.3.1 Akdeniz Diyeti ve Depresyon

Akdeniz diyeti ve depresyon arasındaki ilişki birçok çalışmada araştırma konusu olmuştur (Sánchez-Villegas ve ark., 2009; Recchia ve ark., 2020; Yin ve ark., 2021). Daha fazla meyve, sebze, zeytinyağı, kabuklu yemişler, balık ve tam tahıl tüketimi ile daha az işlenmiş et, trans yağ ve şekerli içecek tüketimine sahip bir beslenme tarzının depresyon riskini azaltacağına dair bulgular günden güne artmaktadır (Huang ve ark., 2019).

Kadınlardan oluşan geniş örneklemli bir kohort çalışmada orta yaş döneminde Akdeniz diyetine uyum ile ileriki yaşlarda depresyon görülme riski arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Yin ve ark., 2021). Akdeniz adalarında 65 yaş üstü bireylerle yapılan bir çalışmada Akdeniz diyetine uyumlu beslenmenin depresif belirtiler üzerine olumlu etkilerinin olduğu ortaya konulmuştur (Skarupski ve ark., 2013). Yirmi gözlemsel çalışma ve 6 müdahale çalışmasının incelendiği bir meta-analizde ise çalışmaların çoğunluğu Akdeniz diyet düzeninin depresif semptom insidansındaki azalma ile ilişkili olduğu sonucunu desteklemektedir (Altun ve ark., 2019). Toplam 14 gözlemsel çalışmanın analiz edildiği bir başka meta-analizde ise Akdeniz diyetine uyum ile depresyon riski arasında kesitsel çalışmaların analizinde anlamlı negatif bir ilişki bulunurken kohort çalışmaların analizinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Shafiei ve ark., 2019).

Literatürde Akdeniz diyetine uyum ile depresyon riski arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olsa da genel olarak çalışmalarda Akdeniz diyetine uyum ile depresyon riski arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Altun ve ark., 2019; Shafiei ve ark., 2019).

Akdeniz diyetinin depresyondan koruyucu ve mental sağlığı destekleyici etkisi altında yatan mekanizmalar net olmasa da birkaç biyolojik mekanizma üzerinde durulmaktadır. Akdeniz diyeti; β -karoten, tokoferoller, askorbik asit, polifenoller ve antosiyanin gibi antioksidanlardan zengin bir beslenme modeli olduğundan oksidatif stresi azaltmaya

yardımcı olarak sinirsel hasarı azaltabilmektedir. Ayrıca Akdeniz diyetinde hücre zarı yapısını ve işlevini değiştirebilen, hücre iletişimini etkileyebilen, inflamatuvar süreçleri azaltabilen ve nörotransmitter aktiviteleri iyileştirebilen uzun zincirli omega-3 çoklu doymamış yağ asitlerinin iyi besin kaynakları yer almaktadır. Akdeniz diyetinde çeşitli besin kaynaklarında bulunan B vitaminleri nöral sistemde homosistein döngüsünü düzenleyen ve monoaminleri sentezleyen nörokimyasal yollarda görev almaktadır (Shafiei ve ark., 2019). Bunların yanı sıra bağırsak mikrobiyotası sağlığı ile mental sağlık arasında önemli bir ilişki olabileceği ve serotonin metabolizmasının düzenlenmesinde bağırsak mikrobiyotasının önemli bir rol alabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda Akdeniz diyeti bağırsak mikrobiyotasını koruyucu bir beslenme modeli olduğundan psikolojik sağlığı da olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir (Adan ve ark., 2019).

2.3.2. Akdeniz Diyeti ve Anksiyete

Özellikle COVID-19 döneminde, yaşanan anksiyete ile Akdeniz diyetine uyum arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik çalışmalar yürütülmeye başlanmıştır (Kaufman-Shriqui ve ark., 2021; Özcan ve ark., 2021). COVID-19 pandemi döneminde internet üzerinden yapılan bir çalışmada Akdeniz diyetine uyum skoru arttıkça anksiyete skorlarında azalma olduğu gösterilmiştir (Kaufman-Shriqui ve ark., 2021). Benzer şekilde COVID-19 pandemi döneminde ülkemizde internet üzerinden yetişkin bireylerle yapılan bir araştırmada ise Akdeniz diyetine bağlılıkta 1 puanlık artışın depresyon puanını 3 birim, anksiyete puanını ise 3-4 birim azalttığı belirtilmiştir. Akdeniz tipi beslenmeye bağlılığın artırılmasının, COVID-19 pandemisi sırasında uyku kalitesini artırmada, depresyon ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu da saptanmıştır (Özcan ve ark., 2021). Yetişkin bireylerde yapılan kesitsel bir çalışmada Akdeniz diyetine uyum ile depresyon ve anksiyete riski arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Sadeghi ve ark., 2021). Bir başka kesitsel çalışmada da düşük Akdeniz diyet skorları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında yine ilişki olduğu saptanmıştır (Gibson-Smith ve ark., 2018). Üniversite öğrencilerinde yapılan kesitsel bir çalışmada da Akdeniz diyetine uyum ile sınav kaygısı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Carlos ve ark., 2020). Bu çalışmalardan farklı olarak 50 yaşın üzerindeki bireylerde yapılan kesitsel bir çalışmada

ise Akdeniz diyet skorları ile anksiyete düzeyleri arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır (Masana ve ark., 2019).

Akdeniz diyeti ile depresyon durumları arasında olan ilişki gibi Akdeniz diyeti ile anksiyete durumları arasında da bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Ancak bu alanda daha fazla epidemiyolojik çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Madani ve ark., 2022).

2.3.3. Akdeniz Diyeti ve Stres

Akdeniz diyeti ile stres arasındaki ilişkinin araştırıldığı yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada Akdeniz diyetine uyumun daha az mental stresle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca meyve, sebze, baklagil ve zeytinyağı tüketimi ile mental stres arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Salvatore ve ark., 2019). Yetişkin bireylerde yapılan başka bir kesitsel çalışmada Akdeniz diyetine uyum ile depresyon, anksiyete ve stres riski arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Sadeghi ve ark., 2021). Adölesan kızlarda yapılan bir diğer kesitsel çalışmada ise Akdeniz diyetine uyum, depresyon durumu ile ilişkili bulunurken anksiyete ve stres durumları ile ilişkili bulunamamıştır (Tehrani ve ark., 2018).

Akdeniz diyetine uyum ile düşük stres düzeyleri arasında bir ilişki olduğu düşünülmese de bu alandaki çalışma sayısı diğer alanlara göre çok daha sınırlıdır.

2.4. YEME DAVRANIŞI

Yeme davranışı; yiyecek seçimi, yeme zamanı ve yeme miktarı gibi çeşitli karar mekanizmalarını kapsayan geniş bir terimdir. Yeme davranışlarımızı sadece biyolojik gereksinimlerimiz değil; çevresel, kültürel, duygusal, sosyal ve ekonomik çok sayıda faktör şekillendirmektedir (Emilien ve Hollis, 2017). Yeme davranışları arasında özellikle "duygusal yeme", "dışsal yeme" ve "kısıtlayıcı yeme" temel olarak araştırılan yeme davranışları olarak karşımıza çıkmaktadır (Bozan ve ark., 2011).

2.4.1. Duygusal Yeme Davranışı

Duygusal yeme, olumsuz duygulara tepki olarak oluşan yeme eğilimi şeklinde tanımlanmaktadır. Duygusal yeme davranışı gösteren bireylerde kızgınlık, anksiyete, depresyon vb. duygu durumlarına karşı aşırı bir yeme davranışı görülebilmektedir (Serin ve Şanlıer, 2018). Duygusal yeme ilk zamanlarda daha çok obezitesi olan bireyler ile bulimia ve tıknircasına yeme bozukluğu olan bireylerle ilişkili bulunurken, diyet yapan normal kilolu bireylerle de duygusal yeme davranışının ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Serin ve Şanlıer, 2018; Sevinçer ve Konuk, 2013).

Duygusal yeme teorisi, olumsuz duyguların yemek yeme güdüsünü artırarak aşırı yemeye neden olduğu ve yemek yemenin olumsuz duyguların yoğunluğunu azalttığına dair iki temel varsayımda bulunmaktadır (Macht ve Simons, 2011). Aşırı yemeye neden olan psikolojik faktörlere odaklanan 1950'li yıllarda ortaya çıkan psikosomatik teoriye göre aşırı yeme eğilimi, içsel açlık tokluk hissinin farkında olmaksızın olumsuz duygulara cevaben oluşan yemek yemeden kaynaklanmaktadır. Obezitede duygularla ilgili fizyolojik uyarılmanın açlıkla karıştırılabileceğine değinilmektedir (Bruch, 1955). Kaçış teorisi ise bireylerin yüksek beklentilerin yarattığı olumsuz duygu ve düşünce ortamından kaçmak için aşırı yemeye yöneldiğini belirtmektedir. Aşırı yemenin öz farkındalıktan kaçma arzusuyla motive edildiği de öne sürülmektedir (Heatherton ve Baumeister, 1991).

Duygusal yemeyle ilgili olası mekanizmalar incelenirse duygusal yemenin nedenlerinden biri olarak yemeğin açlığı giderme temel işlevinin ötesinde, duygusal stresi hafifletici etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu etkilere hangi mekanizmaların aracılık ettiği net olmamakla birlikte duygusal yemenin hem fizyolojik hem de psikolojik mekanizmaları içerebileceği belirtilmektedir. Özellikle şeker, karbonhidrat, enerji, yağ içeriği yüksek besinler enerji metabolizmasını, nörotransmitter sistemleri ve hormon seviyelerini etkiler ve bu değişikliklerin her biri de duygusal durumda değişikliklere neden olmaktadır. Nörolojik sistemlerdeki değişiklikler bu nedenle besin alımının doğal bir sonucudur ve hedonistik mekanizmaya göre lezzet faktörü burada kilit rol oynamaktadır. Besin tüketiminden sonra duygusal durumun değişebilmesi için yenilen yiyeceğin lezzetli olması ve bundan haz alınması önemlidir. Prensip, her iki

mekanizma türü de duygusal yemeye dahil olabilmektedir. Örneğin çikolata lezzetli, haz veren bir yiyecek olmasının yanı sıra nörotransmitterleri ve nöroendokrin sistemleri etkileyerek ruh halini de değiştirebilmektedir (Macht ve Simons, 2011).

2.4.2. Dışsal Yeme Davranışı

Dışsal yeme fizyolojik açlık ve tokluk durumlarından bağımsız yemeğin görüntüsü, kokusu, tadı gibi yemekle ilgili dışsal uyaranlara yanıt olarak doğan yeme davranışı şeklinde tanımlanabilmektedir (Bozan ve ark., 2011). Schachter'in "dışsal" teorisine göre obezitesi olan bireyler yemek yerken iç sinyallere daha az duyarlı olmaktadır. Buna göre yemekle ilgili dışsal ipuçlarına aşırı duyarlı olma ve açlık ile tokluk sinyallerine duyarlılığın azalması, yemekle ilgili dış uyaranlara hassas bireylerde önemli ölçüde aşırı yemeye yol açabilmektedir (Schachter, 1968). Sadece besinle aynı ortamda iken besinin kokusu, görüntüsü gibi faktörlerin aşırı yemeyi başlatması bu uyaranların olmadığı ortamda yeme odağının olmaması; dışsal yeme teorisiyle psikosomatik teori arasındaki en önemli farkı oluşturmaktadır (Serin ve Şanlıer, 2018).

2.4.3. Kısıtlayıcı Yeme Davranışı

Kısıtlayıcı yeme vücut ağırlığını korumak veya vücut ağırlığı kaybı için arzu edilenden daha az besinin alındığı yeme davranışıdır (Bozan ve ark., 2011). Kısıtlayıcı yeme davranışı geliştiren bireyler genellikle çok yediklerinden şikayet eder ve vücut ağırlığında artış olmaması için yeme davranışını sürekli kısıtlama eğilimine giderler. Kısıtlayıcı yeme davranışı olmayan bireylerde ise böyle bir davranış gözlenmez iken besin tüketimlerinden dolayı endişe de duymazlar (Sevinçer ve Konuk, 2013). Herman ve Polivy'nin geliştirdiği kısıtlama teorisine göre uzun süreli katı diyet kuralları kalıcı açlığa neden olabilmektedir (Polivy ve Herman, 2017). Bu kuralların herhangi bir şekilde aksamasıyla örneğin katı diyet kurallarının küçük bir ihlali veya olumsuz bir ruh hali durumunda, kısıtlayıcı öz kontrol zayıflayarak bastırılmış yeme davranışının açığa çıkması ve aşırı besin tüketimi meydana gelmektedir. Yani uzun süreli kısıtlayıcı yeme paradoksal olarak aşırı yemeye sonuçlanabilmektedir. Ayrıca açlık hissi ile sürekli mücadele içsel açlık ve tokluk duyularının kaybına neden olabilmekte, bu durumda

"dışsal" ve "duygusal yeme" davranışının sonuçlarını karşımıza çıkarabilmektedir (Van Strien ve ark., 1986).

Kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren bireylerin çevredeki yemekle ilgili sinyallere daha açık olabileceği düşünülmektedir (Polivy ve Herman, 2017). Örneğin katılımcılara yemekle ilgili ve yemekten bağımsız televizyon programları izlettirilen bir çalışmaya göre kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren bireylere verilen atıştırma malikâtlarının televizyon programının içeriğine bağılı olarak yeme davranışının etkilenmesine yol açtığı görülmüştür. Kısıtlayıcı yeme davranışı göstermeyen bireylerde ise böyle bir durum söz konusu olmamıştır (Shimizu ve Wansink, 2011).

Kısıtlayıcı yemenin bir süre sonra tıknırcasına yeme sendromuna sebep olabileceği üzerinde durulmaktadır (Tuschl, 1990). Kısıtlama teorisi kapsamında duygusal yeme ve bir yeme bozukluğu olan bulimia nervosa birlikte değerlendirildiğinde, bu yeme bozukluğundaki tıknırcasına yeme davranışının kısıtlayıcı yeme davranışı sonrası gelişebileceği düşünülmektedir (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Öte yandan kısıtlayıcı yemenin görünüş kaygısından ziyade sağılıkla motive olan, besin tüketimlerini tutarlı bir şekilde kontrol edebilen ve kısıtlama sonrasında yeme atakları yaşama olasılığı daha az olan bireylerde de görülebileceği belirtilmektedir (Polivy ve ark., 2020; Van Strien, 1997).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Tipi

Bu çalışma yetişkin bireylerde Akdeniz diyetine uyum ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmış kesitsel tipte gözlemsel bir araştırmadır. Araştırma Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında, Antalya Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğünde yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklem sayısı G Power 3.1.9.7 sürümlü istatistik programı ile hesaplanmıştır. Düşük derece (0,2) korelasyonu saptamak için iki yönlü alfa 0,05 anlamlılık düzeyinde %95 güç için çalışmanın örneklemi 319 kişi olarak belirlenmiş olup, veri kayıpları düşünülerek dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan en az 350 kişinin çalışmaya dahil edilmesine karar verilmiştir.

Çalışma Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında, Antalya Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğüne başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan 18-65 yaş aralığında 356 yetişkin birey ile gerçekleşmiştir.

3.2.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18-65 yaş arası kadın ve erkekler
- Onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.2. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

- 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olanlar,
- Gebe ve emziren kadınlar,
- Herhangi bir psikiyatrik-nörolojik hastalığa sahip olanlar,
- Herhangi bir yeme davranış bozukluğu tanısı almış olanlar,
- Antidepresan ilaç kullananlar,

- Kronik böbrek yetmezliği, diyabet, karaciğer hastalıkları, kanser, kalp-damar hastalıkları, hipertiroid-hipotiroid, gastrointestinal hastalıklar ile beslenmeyi etkileyecek, diyet yapmayı gerektirecek herhangi bir kronik hastalığı olanlar,
- Aşırı alkol tüketenler (kadınlar için bir ölçü, erkekler için 2 ölçüden fazla)
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.3. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylerin sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları, Akdeniz diyetine uyumları, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri, yeme davranışları ve besin tüketim kayıtlarına yönelik soruları içeren anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze bir şekilde katılımcılara uygulanmıştır. Katılımcıların boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi gibi antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından görüşme esnasında alınarak kaydedilmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce çalışmanın etik kurul izini Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.12.2021 tarih KAEK-882 karar numarası ile alınmıştır (Ek.1). Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm bireylere Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okutulup, imzalatılmıştır (Ek.2).

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya onam vererek katılmayı kabul eden bireylere COVID-19 önlemleri doğrultusunda yüz yüze görüşme tekniğiyle anket formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Uygulanan anket formunun ilk bölümünde bireylerin demografik özellikleri ve genel bilgileri yer almaktadır. İkinci bölümünde ise genel beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular ve üçüncü bölümde bireylerin araştırmacı tarafından alınan antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, boyun çevresi, bel çevresi, kalça çevresi) bulunmaktadır. Dördüncü bölümde bireylerin fiziksel aktivite durumlarını değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Formuna (IPAQ-SF) yer verilmiştir. Beşinci bölümde Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS), altıncı bölümde bireylerin depresyon, anksiyete ve stres

düzeylerini belirlemek için Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği (DASS-21) bulunmaktadır. Yedinci bölümde bireylerin yeme davranışlarını belirlemek için Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ve son bölümde ise besin tüketim kaydı yer almaktadır (Ek.3).

3.4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Genel Bilgileri

Bu bölümde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, mesleği, uyku düzeni, alkol ve sigara kullanımı gibi bilgileri kayıt altına alınmıştır.

3.4.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler

Bu bölümde katılımcıların beslenmeyle ilgili bir eğitim alıp almama durumu, beslenmeye yönelik bilgileri edindiği kaynak, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünüp-düşünmemesi durumu, yemekleri tek başına veya aile/arkadaşlarla birlikte yeme durumu, ana öğün ve ara öğün tüketimine dair bilgiler, uyguladığı bir diyetin olup olmaması, cips, çikolata, kraker, bisküvi vb. paketli ürün tüketim sıklığı, fast-food tüketim sıklığı ve besin takviyesi kullanım durumları sorgulanmıştır.

3.4.3. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından görüşme esnasında alınmıştır ve bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi gibi antropometrik ölçümlerin tamamında 0,1 cm hassasiyetle esnemez mezür kullanılmıştır.

Vücut Ağırlığı: Katılımcıların vücut ağırlıkları ayakkabısız ve ince kıyafetli olmalarına dikkat edilerek $\pm 0,1$ kg'a duyarlı dijital tartı ile ölçülmüştür. (TBSA, 2019)

Boy Uzunluğu: Katılımcıların boy uzunluğu stadiometre kullanılarak ölçülmüştür. Bireyler “hazır ol” duruşta ve baş Frankfurt düzlemde iken başın üst kısmının en yüksek noktasına stadiometrenin sürgüsü getirilerek ölçüm alınmıştır. (TBSA, 2019)

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümlerinden katılımcıların beden kütle indeksleri vücut ağırlığı (kg)/boy uzunluğu² (m²) formülünden hesaplanmıştır ve DSÖ sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Yetişkin bireyler için BKİ

$<18,5 \text{ kg/m}^2$ zayıf; $18,5\text{-}24,99 \text{ kg/m}^2$ arası normal; $25,0\text{-}29,99 \text{ kg/m}^2$ hafif şişman ve $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$ ise şişman (obez) olarak sınıflandırılmıştır (Lobstein ve ark., 2022).

Bel Çevresi: Bireyin bel çevresi ayakta, kollar yanlarda sarkık, ayaklar birbirine yakın ve vücut ağırlığı ayaklara eşit olarak dağılmış halde rahat nefes alır verir ve dik durur pozisyonda, en alt kosta ile krista iliaca superior arası orta noktadan geçen çevre mezür ile ölçülmüştür (TBSA, 2019; WHO, 2011). Dünya Sağlık Örgütünün belirlediği referans değerlere göre bel çevresinin kadınlarda 80 cm ve erkeklerde 94 cm üzeri olması vücut ağırlığıyla ilgili metabolik komplikasyonlar ve kronik hastalıklar için riskli olarak; kadınlarda 88 cm ve erkeklerde 102 cm üzeri olması ise yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2011).

Kalça Çevresi: Birey kollar yanlarda, ayaklar birbirine yakın ve vücut ağırlığı ayaklara eşit olarak dağılmış halde ayakta dururken kalçanın en yüksek noktasından geçen çevre, bireyin yan tarafında durularak yere paralel bir şekilde mezür ile ölçülmüştür (TBSA, 2019).

Bel çevresi ve kalça çevresi ölçümlerinden bireylerin bel çevresi/kalça çevresi oranları, bel çevresi ölçümü ile boy uzunluğu ölçümlerinden de bel çevresi/boy uzunluğu oranı hesaplanmıştır.

Bel çevresi / Kalça Çevresi Oranı: Bulunan bel çevresi/kalça çevresi oranları DSÖ'nün belirlediği değerlere göre değerlendirilmiş olup, kadınlarda 0,85' den ve erkeklerde ise 0,90' dan fazla olması android tip obezite ve kronik hastalık riski ile ilişkilendirilmiştir (WHO, 2011).

Bel çevresi/Boy Oranı: Bel çevresi/boy uzunluğu oranı abdominal yağlanmanın göstergelerinden biridir. Tüm yaş grupları için kullanılabilen ve cinsiyete göre farklılık göstermeyen bu oran için 0,5 eşik değer olarak belirlenmiş olup, 0,5-0,6 aralığı "eyleme geçmeyi düşün", 0,6' nın üzeri ise "eyleme geç " şeklinde sınıflandırılmaktadır (Ashwell ve Hsieh, 2005).

Boyun Çevresi: Boyun çevresi, birey ayakta Frankfurt düzlemde iken Larinks inferior üzerinden mezür ile ölçülmüştür. Boyun çevresi abdominal obezite hakkında fikir veren

bir ölçümdür ve erkeklerde ≥ 37 cm, kadınlarda ≥ 34 cm olması obezite için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (TÜBER, 2019).

3.4.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi- Kısa Formu (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ-SF)

Bireylerin fiziksel aktivite durumunu değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Formu (International Physical Activity Questionnaire-IPAQ-SF) kullanılmıştır. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Formu yetişkinlerde fiziksel aktivitenin belirlenmesi için Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Hastalık Kontrolü ve Korunma Merkezi'nin desteğiyle geliştirilmiştir. Ülkemizde 15-69 yaş grubu yetişkinlerde kullanımı için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Öztürk, 2005). Toplam 7 sorudan oluşan bu form bireylerin yürüme, orta-şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcadıkları zaman ve oturma süreleri hakkında bilgi sağlamaktadır. Aktiviteler değerlendirilirken her aktivitenin tek seferde en az 10 dakika (dk) yapılması ölçüt olarak alınmıştır. Her aktivite düzeyi için MET (metabolik eşdeğer) değeri, yapılan aktivite süresi (dk) ve aktivitenin haftada yapıldığı gün sayısı çarpılarak "MET-dk/hafta" skoru elde edilmiştir. Buna göre 600 MET enerji düzeyi altı "inaktif (fiziksel aktivite yapmayan)", 600-3000 arası MET enerji düzeyi "minimal aktif (yetersiz aktivite düzeyi olan)" ve minimum 3000 MET enerji düzeyi ise "çok aktif (yeterli aktivite düzeyi olan)" olarak sınıflandırılmıştır (Öztürk, 2005; Craig ve ark.,2003).

3.4.5. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği

Bireylerin Akdeniz tipi beslenmeye uyum durumlarını saptamak için Martinez-Gonzalez ve arkadaşları tarafından geliştirilen, ülkemizde Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından geçerlilik güvenirliği yapılmış olan, 14 sorudan oluşan Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği kullanılmıştır (Martínez-González ve ark., 2012; Pehlivanoğlu ve ark., 2020). Ölçekte katılımcıların yemeklerde kullandıkları temel yağ çeşidi, günlük tüketilen zeytinyağı miktarı, meyve ve sebze porsiyonları, margarin-tereyağı ve kırmızı et tüketimi, haftalık olarak tüketilen şarap, bakliyat, balık-deniz ürünü, çerez, kabuklu yemiş, hamur işi, zeytinyağlı domates sosu tüketimi ve beyaz etin kırmızı ete oranla tercih durumu sorgulanmaktadır. Tüketim miktar ve durumlarına göre her sorudan 0 veya 1 puan

alınmakta ve her sorudan alınan puanlar toplanarak toplam puan elde edilmektedir (Pehlivanoglu ve ark., 2020). Alınan toplam puan ≤ 5 ise "düşük uyum"; 6-9 ise "orta uyum"; ≥ 10 üzeri ise "yüksek uyum" olarak sınıflandırılmıştır (Martínez-González ve ark., 2012).

3.4.6 Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği- 21 (DASS-21)

Bireylerin depresyon, anksiyete ve stres durumlarını saptamak için Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASS-21) kullanılmıştır. Ölçek 42 soruluk Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin kısaltılmasıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin hem 42 maddelik orijinal versiyonunun hem de 21 maddelik kısa versiyonunun, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek için güvenilir ve geçerli ölçekler olduğu belirtilmiştir (Henry & Crawford, 2005; Lovibond & Lovibond, 1995). Ölçeğin normal ve klinik örneklemde Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirliği Sarıçam tarafından yapılmıştır (Sarıçam, 2018). Ölçek 4'lü likert tipte olup, ölçekte depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını ölçmek için 7'şer soru bulunmaktadır. Ölçek aşağıdaki tabloya göre puanlanmıştır.

Tablo 3. 1. DASS- 21 Ölçeği Puan Tablosu

	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	0-4	0-3	0-7
Hafif	5-6	4-5	8-9
Orta	7-10	6-7	10-12
İleri	11-13	8-9	13-16
Çok İleri	14+	10+	17+

3.4.7. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

Bireylerin yeme davranışlarını saptamak için Hollanda Yeme Davranışı Anketi kullanılmıştır. Hollanda Yeme Davranışı Anketi, 1986 yılında Van Strein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve 33 sorudan oluşan, 5'li likert tipte derecelendirilmiş (1=hiçbir

zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sık, 5=çok sık) bir ölçektir (Van Strien ve ark., 1986). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Bozan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Anket; duygusal yeme (olumsuz duygulara tepki olarak gerçekleştirilen yeme davranışı), dışsal yeme (yemeğin görüntüsüne veya kokusuna yönelik geliştirilen yeme davranışı) ve kısıtlayıcı yeme (kilo almamak için gösterilen daha az yeme davranışı) davranışlarını değerlendiren üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ankette yer alan ilk 10 soru kısıtlayıcı yeme, 11-23. sorular duygusal yeme, 24-33. sorular dışsal yeme alt ölçeğine ait sorulardır. Otuz birinci soru ters soru şeklindedir ve ters puanlanmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde ankette alınan toplam skor değil, her bir alt ölçeğin puanları değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerin herhangi bir kesim noktası bulunmamakla birlikte her bir alt ölçekten alınan puanın artması, o yeme davranışına dair eğilimin yükseldiğini göstermektedir (Bozan ve ark., 2011).

3.4.8. Besin Tüketim Kaydı

Yirmi dört saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı bireylerin tüketimlerini değerlendirmek için sıklıkla kullanılan kolay bir yöntemdir (Baysal A., 2016). Katılımcıların son 24 saat içinde tükettikleri tüm besinler ve içecekler miktarlarıyla birlikte hatırlatma yöntemiyle ayrıntılı bir şekilde araştırmacı tarafından sorgulanmıştır. Bireylerin tükettikleri besinlerin net miktarı kaydedilirken Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu (Rakıcıoğlu, 2014) ile Standart Yemek Tarifleri (Merdol, 2011) kaynaklarından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) 9.0 tam sürüm paket programı ile analiz edilerek bireylerin aldığı enerji ve besin öğeleri miktarları hesaplanmıştır. Türkiye Beslenme Rehberine (TÜBER, 2022) göre bireylerin yaş grubu ve cinsiyete göre aldıkları enerji ve besin ögesi miktarları değerlendirilmiştir.

3.4.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışma sonunda elde edilen tüm veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 istatistik programında değerlendirilmiştir. Nitel değişkenler (kategorik değişkenler), sayı (S) ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Ki-kare veya Fisher Freeman Halton Exact testi kullanılmış ve

gruplar arası farklılık çıktığı durumda ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi ile incelenmiştir.

Ölçümle elde edilen nicel değişkenler, ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS) ve alt-üst değer olarak gösterilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu merkezi eğilim ölçüleri, çarpıklık-basıklık değerleri, histogram grafikleri ve normallik testleri ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren iki gruptaki nicel verilerin karşılaştırılmasında "Independent-Samples T testi", normal dağılım göstermeyen iki gruptaki nicel verilerin karşılaştırılmasında ise "Mann Whitney-U testi" kullanılmıştır. İki'den fazla grupta nicel verilerin karşılaştırılmasında ise normal dağılım gösteren veriler için "One-way ANOVA testi", varyansların homojenliği sağlanmadığı durumda ise "Welch testi" kullanılmıştır. İki'den fazla gruplarda normal dağılmayan verilere ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Gruplar arası farklılık çıktığı durumda post-hoc analizler yapılarak ikili karşılaştırmalar incelenmiştir.

Korelasyonlar için Spearman ve Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Çalışma Antalya Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğüne başvuran, dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan 19-64 yaş aralığında 356 yetişkin bireyde yürütülmüştür. Katılımcıların %71,1'i (n= 253) kadın, % 28,9'u (n=103) erkektir. Kadınların yaş ortalaması 40,6±10,94 yıl ve erkeklerin yaş ortalaması 39,1±12,23 yıldır. Katılımcıların yarıya yakınının gelirlerinin giderlerine eşit olduğu (% 48,6) belirlenmiştir. Yaş ve gelir durumu ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin çoğunluğunun memur (%24,4), ev hanımı (%21,6) ve sigortalı işçi (%21,1) olarak çalıştığı ve yaklaşık üçte birinin üniversite (%40,2) ile lise (%38,2) mezunu olduğu bulunmuştur. Erkeklerin hem eğitim düzeyinin hem de öğrenci ve memur olarak çalışma durumunun kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,004$). Çalışmaya katılan bireylerin yarıdan fazlası evli (%64,0) iken, bu oranın kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Katılımcıların çoğunluğu alkol (%61,8) ve sigara (%73,9) kullanmamaktadır. Alkol kullanımının erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların genel özellikleri **Tablo 4.1**'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Katılımcıların Genel Özellikleri	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		p
	S	%	S	%	S	%	
Yaş (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	40,6 $\pm$ 10,94		39,1 $\pm$ 12,23		40,1 $\pm$ 11,33		0,252 ^a
(Alt- Üst)	(19-64)		(19-64)		(19-64)		
Gelir Durumu							
Gelir fazla	32	12,6	18	17,5	50	14,0	0,064 ^b
Gelir gidere eşit	117	46,3	56	54,3	173	48,6	
Gider fazla	104	41,1	29	28,2	133	37,4	
Meslek							
Memur	52	20,6	35	34,0	87	24,4	<0,001 ^b
Ev hanımı	77	30,3	-	-	77	21,6	
Sigortalı işçi	47	18,6	28	27,1	75	21,1	
Serbest meslek	17	6,8	8	7,8	25	7,0	
Emekli	14	5,5	6	5,8	20	5,6	
Öğrenci	10	4,0	10	9,7	20	5,6	
İşsiz/çalışmıyor	11	4,3	1	1,0	12	3,4	
Diğer	25	9,9	15	14,6	40	11,3	
Eğitim Durumu							
İlkokul	24	9,5	3	2,9	27	7,6	0,004 ^b
Ortaokul	23	9,2	2	1,9	25	7,0	
Lise	98	38,7	38	36,9	136	38,2	
Üniversite	95	37,5	48	46,6	143	40,2	
Lisansüstü	13	5,1	12	11,7	25	7,0	
Medeni Hal							
Evli	185	73,1	50	48,5	235	64,0	<0,001 ^b
Bekar	68	26,9	53	51,5	121	34,0	

^aIndependent-Samples T test, ^bKi-kare Test, p<0,05

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların Genel Özellikleri

Katılımcıların Genel Özellikleri	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		p
	S	%	S	%	S	%	
Uyku Düzeni							
Düzenli	163	64,4	70	68,0	233	65,4	0,525 ^b
Düzensiz	90	35,6	33	32,0	123	34,6	
Alkol tüketimi							
Evet	71	28,1	65	63,1	136	38,2	<0,001 ^b
Hayır	182	71,9	38	36,9	220	61,8	
Sigara kullanımı							
Evet	59	23,3	34	33,0	93	26,1	0,059 ^b
Hayır	194	76,7	69	67,0	263	73,9	

^aIndependent-Samples T test, ^bKi-kare Test, p<0,05

4.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına ve Ana-Ara Öğün Tüketim Durumlarına İlişkin Özellikleri

Bireylerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler **Tablo 4.2.1** 'de gösterilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%69,4) daha önce beslenmeyle ilgili bir eğitim almadığını belirtmiştir. Daha önce beslenmeyle ilgili bir eğitim alan kadın sayısının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,030). Katılımcıların %41,0'i beslenmeyle ilgili bilgileri genellikle diyetisyenden öğrendiğini ifade etmiştir. Kadınlar erkeklere kıyasla beslenme ile ilgili bilgileri çoğunlukla diyetisyenden öğrenirken, erkeklerin genellikle internet/sosyal medyadan öğrendiği belirlenmiştir (p=0,002). Katılımcıların çoğunluğu yeterli ve dengeli beslendiğini (% 41,9) düşünürken, %83,1'i de yemeklerini aile/arkadaşlarıyla birlikte yediğini belirtmiştir. Erkeklerin ise kadınlara kıyasla daha yüksek oranda yemeklerini tek başına yediği saptanmıştır (p<0,001). Katılımcıların sadece %16,3'ü diyet uygularken, diyet uygulayanların %84,5'i uyguladığı diyetin diyetisyen tarafından önerildiğini belirtmiştir. Diyet yapan bireyler içerisinde diyetisyen tarafından önerilen diyeti uygulayanların kadınlarda erkeklerden daha yüksek

oranda olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Katılımcıların çoğunluğu (%29,2) cips, çikolata, kraker, bisküvi vb. paketli ürünleri haftada 1-2 kez tükettiğini belirtirken, fast-food tüketimi ise bireylerin çoğunluğu tarafından (%38,2) ayda bir veya daha az tüketilmektedir. Fast-food tüketim sıklığının erkeklerde kadınlardan daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur ($p=0,016$). Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%31,5) besin takviyesi kullanmaktadır. Kadınların besin desteği kullanımının erkeklerle kıyasla daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). D vitamini (%49,1), B12 vitamini (%37,5), demir (% 34,8), multivitamin- mineral (%29,5) en çok kullanılan besin takviyeleridir.

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler

Katılımcıların Beslenmelerine İlişkin Bilgiler	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		p
	S	%	S	%	S	%	
Beslenme eğitimi alma							
Evet	86	34,0	23	22,3	109	30,6	0,030^a
Hayır	167	66,0	80	78,7	247	69,4	
Beslenme bilgilerinin edinildiği kaynak							
Diyetisyen	120	47,4	26	25,1	146	41,0	0,002^a
Doktor/ Hemşire	28	11,1	12	11,7	40	11,2	
Arkadaş-aile/akraba vb.	14	5,5	12	11,7	26	7,3	
Radyo/televizyon/gazete	15	5,9	5	4,9	20	5,6	
İnternet/sosyal medya	60	23,8	37	35,9	97	27,3	
Diğer	16	6,3	11	10,7	27	7,6	
Yeterli ve dengeli beslenme durumu							
Evet	105	41,5	44	42,7	149	41,9	0,976^a
Hayır	66	26,1	26	25,3	92	25,8	
Değişken	82	32,4	33	32,0	115	32,3	

^aKi-kare Test, ^bFisher Freeman Halton Exact Test, $p<0,05$

Tablo 4.2.1 (Devam) Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler

Katılımcıların Beslenmelerine İlişkin Bilgiler	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n=253)		(n=103)		(n=356)		
	S	%	S	%	S	%	
Yemekleri yeme şekli							
Tek başına	30	11,9	30	29,1	60	16,9	<0,001 ^a
Aile/arkadaşlarla birlikte	223	88,1	73	70,9	296	83,1	
Diyet uygulama durumu							
Evet	45	17,8	13	12,6	58	16,3	0,299 ^a
Hayır	208	82,2	90	87,4	298	83,7	
Diyeti öneren							
Doktor	3	6,7	2	15,4	5	8,6	<0,001 ^b
Diyetisyen	42	93,3	7	53,8	49	84,5	
Diğer	-	-	4	30,8	4	6,9	
Cips, çikolata, kraker, bisküvi vb tüketim sıklığı							
Her gün	34	13,4	12	11,7	46	12,9	0,789 ^a
Haftada 3-4	46	18,2	16	15,5	62	17,5	
Haftada 1-2	73	28,9	31	30,1	104	29,2	
On beş günde bir	35	13,8	20	19,4	55	15,4	
Ayda bir veya daha az	47	18,6	16	15,5	63	17,7	
Hiç	18	7,1	8	7,8	26	7,3	
Fast-food tüketim sıklığı							
Her gün	3	1,2	2	1,9	5	1,4	0,016 ^a
Haftada 3-4	9	3,6	10	9,7	19	5,3	
Haftada 1-2	29	11,4	22	21,4	51	14,3	
On beş günde bir	40	15,8	14	13,6	54	15,2	
Ayda bir veya daha az	100	39,5	36	35,0	136	38,2	
Hiç	72	28,5	19	18,4	91	25,6	

^aKi-kare Test, ^bFisher Freeman Halton Exact Test, p<0,05

Tablo 4.2.1 (Devam) Katılımcıların Beslenmelerine İlişkin Bilgiler

Katılımcıların Beslenmelerine İlişkin Bilgiler	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n=253)		(n=103)		(n=356)		
	S	%	S	%	S	%	
Besin takviyesi kullanımı							
Var	90	35,6	22	21,4	112	31,5	<0,001^a
Yok	163	64,4	81	78,6	244	68,5	
Kullanılan besin takviyesi							
Multivitamin- mineral	24	26,7	9	40,9	33	29,5	
Omega 3/ balık yağı	14	15,6	3	13,6	17	15,2	
Demir	35	38,9	4	18,2	39	34,8	
D vitamini	45	50,0	10	45,4	55	49,1	
B12 vitamini	35	38,9	7	31,8	42	37,5	
C vitamini	5	5,6	-	-	5	4,5	
Probiyotik	5	5,6	-	-	5	4,5	
Diğer	12	13,3	2	0,1	14	12,5	

^aKi-kare Test, ^bFisher Freeman Halton Exact Test, p<0,05 *Birden fazla besin takviyesi kullanan kişiler bulunmaktadır.

Katılımcıların ana öğün ve ara öğün tüketim durumları **Tablo 4.2.2**'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı (% 50,6) günde 3 ana öğün tüketirken, çoğunlukla atlanan ana öğünün öğle öğünü (%54,8) ve en fazla öğün atlama nedeninin ise zaman yetersizliği (%27,8) olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin %52,2'sinin ara öğün yaptığı, çoğunluğun ise iki ara öğün (%38,4) tükettiği ve kadınların erkeklere kıyasla ara öğün yapma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Ana Öğün ve Ara Öğün Tüketim Durumları

Ana öğün ve ara öğün tüketim durumu	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		p
	S	%	S	%	S	%	
Ana öğün sayısı							
2	126	49,8	50	48,5	176	49,4	0,829
3	127	50,2	53	51,5	180	50,6	
Genellikle atlanılan öğün							
Sabah	57	22,5	27	26,2	84	23,6	0,219
Öğle	144	56,9	51	49,5	195	54,8	
Akşam	14	5,5	10	9,7	24	6,7	
Öğün atlama sebebi							
Canı istemiyor, iştahsız	39	15,4	20	19,4	59	16,9	0,770
Zaman yetersizliği	69	27,3	30	29,1	99	27,8	
Zayıflamak istiyor	10	4,0	4	3,9	14	3,9	
Erken uyanamama	42	16,6	17	16,5	59	16,6	
Alışkanlığı yok	36	14,2	9	8,7	45	12,6	
Diğer	19	7,5	8	7,8	27	7,6	
Ara öğün yapma durumu							
Evet	147	58,1	36	34,6	186	52,2	<0,001 ^a
Hayır	33	13,0	15	14,6	64	18,0	
Bazen	73	28,9	52	50,4	106	29,8	
Ara öğün sayısı							
1	71	28,1	36	35,3	107	30,1	0,011 ^a
2	107	42,3	30	29,1	137	38,4	
3	42	16,6	6	5,8	48	13,5	

^aKi-kare Test, p<0,05

4.3. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Özellikleri

Katılımcıların antropometrik ölçümleri **Tablo 4.3.1.** 'de gösterilmiştir. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi ortalamaları sırasıyla kadınlarda 66,8±10,9 kg; 162,8±5,9 cm; 84,3±12,1 cm; 102,5±9,5 cm ve 33,1±2,4 cm iken erkeklerde 82,6±11,2 kg; 176,3±6,9 cm; 97,2±10,6 cm; 104,4±6,2 cm ve 39,1±2,5 cm'dir. Beden kütle indeksi erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla 25,2±4,1 kg/m²; 26,6±3,4 kg/m² ve p=0,001).

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Antropometrik ölçümler	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		P
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	
Vücut Ağırlığı (kg)	66,8±10,9	45,0-100,2	82,6±11,2	50,8-110	<0,001^a
Boy Uzunluğu (cm)	162,8±5,9	146,0-180,0	176,3±6,9	163,0-197,0	<0,001^a
BKİ (kg/m²)	25,2±4,1	16,9-34,5	26,6±3,4	15,8-34,3	0,001^a
Bel Çevresi (cm)	84,3±12,1	61,5-117,0	97,2±10,6	73,0-121,0	<0,001^a
Kalça Çevresi(cm)	102,5±9,5	82,0-128,0	104,4±6,2	88,0-121,0	0,033^a
Boyun Çevresi(cm)	33,1±2,4	28,5-39,5	39,1±2,5	32,5-44,0	<0,001^a
Bel/Kalça Oranı	0,82±0,1	0,58-1,05	0,93±0,1	0,68-1,17	<0,001^a
Bel/Boy Oranı	0,52±0,1	0,36-0,74	0,55±0,1	0,41-0,72	<0,001^a

BKİ: Beden kütle indeksi, ^aIndependent-Samples T test, p<0,05

Katılımcıların BKİ değerlerine göre sınıflandırılması **Tablo 4.3.2'**de gösterilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun BKİ değerlerine göre normal (%43,3) ve hafif şişman (%42,1) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 3.2. Katılımcıların BKİ Değerlerine Göre Sınıflandırılması

BKİ	Sınıflandırma	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)	
		S	%	S	%	S	%
<18,5 kg/m ²	Zayıf	6	2,4	1	1,0	7	2,0
18,5-24,99 kg/m ²	Normal	122	48,2	32	31,0	154	43,3
25,0-29,99 kg/m ²	Hafif şişman	95	37,5	55	53,4	150	42,1
≥30,0 kg/m ²	Obez	30	11,9	15	14,6	45	12,6

BKİ: Beden kütle indeksi

Katılımcıların antropometrik ölçüm risk değerlerinin dağılımı **Tablo 4.3.3'te** verilmiştir. Bel çevresi için kadın ve erkeklerin çoğunluğu riskli grupta yer alırken (K:%62,8 ve E:%63,1) bel/boy oranı için katılımcıların çoğunluğu riskli gruptadır (K: %85,0 E:71,8). Boyun çevresi ve bel/kalça oranı için erkeklerin çoğunluğu riskli grupta yer alırken (sırasıyla %85,4 ve %67,0) kadınların çoğunluğunun riskli grupta olduğu saptanmıştır (sırasıyla %62,8 ve %66,8).

Tablo 4.3.3.Katılımcıların Antropometrik Ölçüm Risk Değerleri

Antropometrik Ölçümler	Kronik Hastalık Risk Durumu	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)	
		S	%	S	%
Bel Çevresi (cm)	Risk yok	94	37,2	38	36,9
	Riskli	159	62,8	65	63,1
Boyun Çevresi (cm)	Risk yok	159	62,8	15	14,6
	Riskli	94	37,2	88	85,4
Bel/Kalça Oranı	Risk yok	169	66,8	34	33,0
	Riskli	84	33,2	69	67,0
Bel/Boy Oranı	Risk yok	215	85,0	74	71,8
	Riskli	38	15,0	29	28,2

Bel çevresinde erkekler için ≥ 94 riskli, kadınlar için ≥ 80 riskli; Boyun çevresinde erkekler için ≥ 37 cm; kadınlar için ≥ 34 cm riskli; Bel/kalça oranında erkekler için $\geq 0,9$; kadınlar için $\geq 0,85$ ve Bel/boy oranı için $>0,6$ riskli olarak kabul edilmiştir.

4.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarına İlişkin Özellikleri

Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri **Tablo 4.4.**'te gösterilmiştir. Katılımcıların %53,1'i inaktif; %42,7'si minimal aktif; %4,2'si ise çok aktif grubunda yer almaktadır. Çok aktif grupta yer alan erkeklerin oranının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo. 4.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi

IPAQ-SF Sınıflaması	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		P
	S	%	S	%	S	%	
İnaktif	142	56,1	47	45,6	189	53,1	<0,001^a
Minimal aktif	108	42,7	44	42,7	152	42,7	
Çok aktif	3	1,2	12	11,7	15	4,2	

IPAQ- SF:Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form, ^aKi-kare Test, p<0,05

4.5. Katılımcıların Besin Tüketim Durumlarına İlişkin Özellikleri

Katılımcıların 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtlarından elde edilen günlük enerji ve besin ögesi içerikleri **Tablo 4.5.1**'de verilmiştir. Buna göre erkeklerin günlük enerji (2010,7±445,1 kkal), karbonhidrat (210,2±61,6 g) , protein (83,8±30,9 g), yağ (90,2±28,1 g), B2 vitamini (1,5±0,7 mg), B6 vitamini (1,6±0,7 mg), demir (13,6±5,7 mg), magnezyum (345,2±148,3 mg), çinko (11,8±4,1 mg) alım miktarları ile protein yüzdesi oranı (%17,0±4,3) kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.5.1 Katılımcıların Enerji ve Besin Ögesi Alım Miktarlarının Değerlendirilmesi

Enerji ve Besin Ögeleri	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		P
	X±SS	Alt-Üst	X±SS	Alt-Üst	
Enerji (kkal)	1683,5±308,1	694,4-2596,1	2010,7±445,1	1322,1-3505,9	<0,001^a
Karbonhidrat (g)	179,1±43,9	79,9-313,9	210,2 ±61,6	87,2-390-9	<0,001^b
Karbonhidrat (%)	43,7 ±8,42	22,0-80,0	42,9 ±9,1	20,0-71,0	0,395 ^b
Protein (g)	63,8±19,7	15,6-124,1	83,8 ±30,9	40,12-283,3	<0,001^a
Protein (%)	15,5±4,1	6,0-28,0	17,0 ±4,3	10,0-34,0	0,003^a
Yağ (g)	76,9±21,9	8,11-181,8	90,2 ±28,1	30,1-175,9	<0,001^a
Yağ (%)	40,5±7,9	11,0-67,0	39,8 ±8,2	15,0-65,0	0,468 ^b
Lif (g)	25,2±11,2	7,9-83,5	26,9 ±13,8	8,6-92,6	0,546 ^a
Çözünmez lif (g)	15,9±6,5	2,9-38,6	16,9 ±8,0	5,7-47,2	0,502 ^a
Çözünür lif (g)	8,4±5,4	1,7-45,8	9,4 ±6,8	2,8 ±44,7	0,354 ^a
Karoten (mg)	3,9±4,7	0,1-30,9	2,7 ±3,3	0,1-19,5	0,013 ^a
B1 vitamini (mg)	0,9±0,4	0,24-2,29	1,1 ±0,4	0,5-3,1	0,230 ^a
B2 vitamini (mg)	1,2±0,5	0,34-5,9	1,5 ±0,7	0,6-5,9	0,003^a
B6 vitamini (mg)	1,3±0,5	0,4-3,0	1,6±0,7	0,5-5,4	0,002^a
Folat (µg)	328±169,5	67,3-1271,25	355,4 ±197,1	92,3-1250,9	0,280 ^a
C vitamini (mg)	87,3±64,1	1,23-321,8	79,1 ±59,1	1,7-329,7	0,389 ^a
Kalsiyum (mg)	627,3±227,3	129,1-1733,2	666,2 ±302,8	176,9-1741,1	0,711 ^a
Demir (mg)	11,7±4,9	2,9-37,1	13,6 ±5,7	6,4-34,2	0,004^a
Magnezyum (mg)	308,1±112,6	96,3-723,7	345,2 ±148,3	149,9-964,1	0,043^a
Çinko (mg)	9,4±3,1	1,9-18,1	11,8 ±4,1	5,4-24,7	<0,001^a

^aMann Whitney U Test , ^bIndependent-Samples T test, p<0,05

Tablo 4.5.2'de katılımcıların günlük enerji ve besin öğeleri alımının günlük önerilen miktarları karşılama yüzdeleri verilmiştir. Erkeklerin günlük enerji, protein, yağ ve karbonhidrat gereksinimlerini karşılama yüzdeleri (sırasıyla %103,9±23,0; %146,6±54,1; %137,4±42,8 ve %76,1±22,3) kadınlara kıyasla (sırasıyla %87,1±15,9; %111,6±34,5; %117,2±33,9 ve %64,8±15,9) daha yüksek olarak bulunmuştur (p<0,001). Erkeklerin günlük B6 vitamini, demir ve çinko gereksinimlerini karşılama yüzdeleri ise (%115,1±55,2; %122,1±53,5 ve %107,8±37,1) kadınlardan (sırasıyla %97,8±37,0 % 80,2±35,8 ve %96,4±32,0) daha yüksek olarak saptanırken; (sırasıyla p=0,006 p<0,001 p=0,004) kadınların günlük C vitamini gereksinimlerini karşılama yüzdesi (%91,8±67,5) ise erkeklerden (%72,5±53,8) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,027).

Tablo 4.5.2. Katılımcıların Enerji ve Besin Öğesi Gereksinimlerinin Karşılama Yüzdelerinin Değerlendirilmesi

Karşılama Yüzdesi	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Enerji	87,1±15,9	35,9- 134,2	103,9±23,0	68,4-181,3	<0,001^a
Protein	111,6±34,5	27,4-217,3	146,6±54,1	70,2-495,9	<0,001^b
Yağ	117,2±33,9	12,4-277,2	137,4±42,8	45,9-268,2	<0,001^a
Karbonhidrat	64,8±15,9	28,9-113,7	76,1±22,3	31,6-141,6	<0,001^a
Lif	100,8±44,8	31,8-334,1	107,7±55,1	34,3-370,4	0,546 ^b
B1 vitamini	89,2±35,5	22,1-208,3	92,2±35,9	40,4-256,6	0,465 ^b
B2 vitamini	115,4±45,3	30,8-540,1	117,7±55,2	42,8-459,3	0,586 ^b
B6 vitamini	97,8±37,0	33,8-230,8	115,1±55,2	34,4-416,5	0,006^b
C vitamini	91,8±67,5	1,3-338,7	72,5±53,8	1,6-299,8	0,027^b
Kalsiyum	63,7±23,0	12,9-173,4	69,6±32,0	18,4-183,3	0,088 ^a
Magnezyum	102,7±37,6	32,1-241,2	99,5±42,3	42,8-275,5	0,210 ^b
Demir	80,2±35,8	18,4-231,7	122,1±53,5	54,3-311,1	<0,001^a
Çinko	96,4±32,0	18,6-202,0	107,8±37,1	49,5-224,8	0,004^a

^aIndependent-Samples T test, ^bMann Whitney U Test, p<0,05

4.6.Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğine İlişkin Özellikleri

Katılımcıların MEDAS skorları ve sınıflandırmaları Tablo 4.6.1'de sunulmuştur. Buna göre katılımcıların ortalama MEDAS skoru $7,3 \pm 1,7$ iken MEDAS skorunun kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,020$). Katılımcıların çoğunluğunun (%73,6) Akdeniz diyetine uyumlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenler içerisinde erkeklerin oranı (%25,3) kadınlardan (%12,6) anlamlı derecede daha yüksek olarak saptanırken, Akdeniz diyetine orta uyum gösterenler içerisinde erkeklerin oranı (%65,0) kadınlara (%77,1) kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p=0,014$).

Tablo 4.6.1. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği Puanları ve Sınıflandırılması

MEDAS puan ve sınıflama	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-üst	
Puan	$7,4 \pm 1,6$	3-11	$6,9 \pm 1,9$	3-11	$7,3 \pm 1,7$	3-11	0,020^a
Sınıflama	S	%	S	%	S	%	p
Düşük	32	12,6	26	25,3	58	16,3	
Orta	195	77,1	67	65,0	262	73,6	0,014^b
Yüksek	26	10,3	10	9,7	36	10,1	

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, ^aIndependent-Samples T test, ^bKi-kare Test, $p < 0,05$

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları ile bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.6.2'de verilmiştir. Buna göre Akdeniz diyetine orta ve yüksek uyum gösteren gruplarda evli bireylerin oranı daha fazla iken, Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren grupta bekar bireylerin oranı daha fazladır ($p < 0,001$). Akdeniz diyetine uyum ile gelir düzeyi, eğitim durumu ve beslenme eğitimi alma durumu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Akdeniz diyetine uyum ile uyku düzeni karşılaştırıldığında ise Akdeniz diyetine orta uyum gösteren bireylerin düşük uyum gösterenlere kıyasla uyku saatlerinin anlamlı olarak daha düzenli olduğu saptanmıştır ($p=0,023$).

Tablo 4.6.2. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı Özellikler	MEDAS						p
	Düşük (n=58)		Orta(n=262)		Yüksek (n=36)		
	S	%	S	%	S	%	
Medeni Durum							
Evli	25	43,1	186	71,0	24	66,7	<0,001 ^a
Bekar	33	56,9	76	29,0	12	33,3	
Gelir Durumu							
Gelir fazla	8	13,8	35	13,4	7	19,4	0,369 ^a
Gelir gidere denk	26	44,8	126	48,1	21	58,3	
Gider fazla	24	41,4	101	38,5	8	22,3	
Beslenme eğitimi alma							
Evet	13	22,4	82	31,3	14	38,9	0,217 ^a
Hayır	45	77,6	180	68,7	22	61,1	
Eğitim Durumu							
İlkokul	3	5,2	21	8,0	3	8,3	0,914 ^b
Ortaokul	4	6,8	17	6,5	4	11,1	
Lise	23	39,7	98	37,4	15	41,7	
Üniversite	25	43,1	107	40,8	11	30,6	
Lisansüstü	3	5,2	19	7,3	3	8,3	
Uyku Düzeni							
Düzenli	29	50,0	178	67,9	26	72,2	0,023 ^a
Düzensiz	29	50,0	84	32,1	10	27,8	

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ^aKi-kare Test, ^bFisher Freeman Halton Exact Test, p<0,05

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumu ile beslenmelerine ilişkin bazı özellikleri **Tablo 4.6.3**'te verilmiştir. Akdeniz diyetine düşük uyumu olanlarda orta uyumu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla ana öğün atlandığı görülürken (sırasıyla %48,3 ve %22,2; p=0,038); ara öğün yapma durumunda ise bir fark bulunamamıştır

($p>0,05$). Akdeniz diyetine uyum ile bireylerin yemek yeme şekilleri değerlendirildiğinde Akdeniz diyetine orta uyum gösteren grupta düşük uyum gösteren gruba kıyasla yemekleri yalnız yemeyi tercih edenlerin oranı daha düşük iken yemekleri aile/arkadaşlarla yemeyi tercih edenlerin oranının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,005$). Akdeniz diyetine uyum ile cips, çikolata, kraker, bisküvi vb ürünlerin tüketim sıklıkları karşılaştırıldığında düşük uyum gösteren bireylerin %25,9'u cips, çikolata, kraker, bisküvi vb paketli ürünleri her gün tüketirken, bu oranın Akdeniz diyetine orta ve yüksek uyum gösterenlere kıyasla anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenlerin %37,9'u haftada 1-2 kez fast-food tüketirken, Akdeniz diyetine yüksek uyum gösterenlerin %47,2'sinin hiç fast-food tüketmediği saptanmıştır. Bu oranın Akdeniz diyetine düşük ve orta uyum gösteren gruplara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Bireylerin Akdeniz diyetine uyumları ile besin takviyesi kullanımları arasında ise bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 4.6.3. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların	MEDAS						
Beslenmelerine İlişkin	Düşük (n=58)		Orta(n=262)		Yüksek (n=36)		
Bazı Özellikler	S	%	S	%	S	%	p
Ana Öğün Atlama							
Evet	28	48,3	102	38,9	8	22,2	0,038^a
Hayır	9	15,5	34	13,0	10	27,8	
Bazen	21	36,2	126	48,1	18	50,0	
Ara Öğün Atlama							
Evet	14	24,1	45	17,2	5	13,9	0,164
Hayır	31	53,4	131	50,0	24	66,7	
Bazen	13	22,5	86	32,8	7	19,4	
Yemekleri yeme şekli							
Tek başına	16	27,6	34	13,0	10	27,8	0,005^a
Aile/arkadaşla birlikte	72,4	72,4	228	87,0	26	72,2	

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, ^aKi-kare Test

Tablo 4.6.3. (Devam) Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların	MEDAS						
Beslenmelerine İlişkin	Düşük (n=58)		Orta(n=262)		Yüksek (n=36)		p
Bazı Özellikler	S	%	S	%	S	%	
Cips, çikolata, kraker, bisküvi vb tüketim sıklığı							
Her gün	15	25,9	29	11,1	2	5,6	<0,001^a
Haftada 3-4	9	15,5	48	18,3	5	13,9	
Haftada 1-2	17	29,3	79	30,2	8	22,2	
On beş günde bir	11	19,0	39	14,9	5	13,9	
Ayda bir veya daha az	5	8,6	51	19,4	7	19,4	
Hiç	1	1,7	16	6,1	9	25,0	
Fast- food tüketim sıklığı							
Haftada 1-2 ve üzeri	22	37,9	50	19,1	3	8,3	<0,001^a
On beş günde bir	6	10,4	46	17,6	2	5,6	
Ayda bir veya daha az	21	36,2	101	38,5	14	38,9	
Hiç	9	15,5	65	24,8	17	47,2	
Besin takviyesi kullanımı							
Var	18	31,0	83	31,7	11	30,6	0,988
Yok	40	69,0	179	68,3	25	69,4	

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, ^aKi-kare Test

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları ile antropometrik ölçümleri **Tablo 4.6.4**'te verilmiştir. Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları ile antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi, boyun çevresi) ve BKİ arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.6.4. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Antropometrik Ölçümler	MEDAS			p
	Düşük (n=58)	Orta(n=262)	Yüksek (n=36)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
	(Alt-üst)	(Alt-üst)	(Alt-üst)	
Vücut Ağırlığı (kg)	72,8±1,7 (45,8-100,3)	71,0±13,4 (45,0-110,0)	72,1±13,1 (58,1-91,2)	0,612 ^a
Boy Uzunluğu (cm)	169,0±9,9 (146,0-189,0)	165,4±8,6 (150,0-197,0)	165,5±6,5 (155,0-180,0)	0,095 ^b
BKİ (kg/m²)	25,4±3,8 (18,3-34,4)	26,1±3,9 (15,8-34,5)	26,2±3,5 (18,7-32,6)	0,363 ^b
Bel Çevresi (cm)	88,1±12,4 (62,0-121,0)	87,9±13,4 (61,5-120,0)	90,3±11,1 (66,5-110,0)	0,452 ^c
Kalça Çevresi (cm)	101,8±8,6 (82,0-126,0)	103,1±8,9 (82,0-128,0)	104,6±8,1 (83,0-122,0)	0,316 ^a
Boyun Çevresi (cm)	35,4±3,5 (28,5-44,0)	34,6±3,7 (29,0-44,0)	35,3±3,5 (29,0-43,0)	0,104 ^b
Bel/Kalça Oranı	0,86±0,01 (0,72-1,11)	0,85±0,01 (0,58-1,17)	0,86±0,01 (0,72-1,01)	0,426 ^a
Bel/Boy Oranı	0,52±0,08 (0,38-0,72)	0,53±0,08 (0,36-0,74)	0,55±0,06 (0,40-0,66)	0,365 ^a

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, ^aANOVA Test, ^bKruskal Wallis Test, ^cWelch Test, p<0,05

Katılımcıların Akdeniz diyeti uyumları ile fiziksel aktivite düzeyleri değerlendirildiğinde de anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.6.5.).

Tablo 4.6.5. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi

IPAQ-SF	MEDAS						
Sınıflandırma	Düşük (n=58)		Orta(n=262)		Yüksek (n=36)		
	S	%	S	%	S	%	p
İnaktif	26	44,8	142	54,2	21	58,3	0,689 ^a
Minimal Aktif	29	50,0	109	41,6	14	38,9	
Çok Aktif	3	5,2	11	4,2	1	2,8	

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, IPAQ-SF: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form, ^aFisher-Freeman Halton Exact Test, $p<0,05$

Katılımcıların 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydından elde edilen enerji ve besin ögesi alımlarının Akdeniz diyeti uyum durumlarına göre dağılımı **Tablo 4.6.6'**da verilmiştir. Akdeniz diyetine orta uyum gösteren bireylerin günlük karbonhidrat alımı miktarı ($185,0\pm48,2$ g), Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin günlük karbonhidrat alımı miktarından ($205,8\pm58,6$ g) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0,020$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin toplam günlük lif ve çözünür lif alım miktarlarının (sırasıyla $22,5\pm14,2$ g; $7,9\pm7,5$ g) orta ve yüksek uyum gösteren bireylerden (sırasıyla $25,8\pm10,8$ g ve $30,4\pm14,9$ g; $8,7\pm8,7$ g ve $10,0\pm7,1$ g) anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,001$; $p=0,002$). Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren bireylerin günlük çözünmez lif alım miktarı ($20,2\pm8,7$ g) düşük ve orta uyum gösteren bireylerin alım miktarından (sırasıyla $13,4\pm7,2$ g ve $16,3\pm6,4$ g) daha yüksektir ve grupların her biri arasında da çözünmez lif alımı miktarı açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin günlük C vitamini ($67,9\pm51,2$ mg), B1 vitamini ($0,9\pm0,4$ mg), B6 vitamini ($1,3\pm0,5$ mg), folat ($305,3\pm178,3$ µg) ve magnezyum ($289,0\pm109,3$ mg) alım miktarları yüksek uyum gösteren bireylerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (sırasıyla $111,7\pm69,1$ mg ve $p=0,007$; $1,1\pm0,5$ g ve $p=0,023$; $1,6\pm0,6$ mg ve $p=0,020$; $369,1\pm193,3$ µg ve $p=0,044$; $348,1\pm147,3$ mg ve $p=0,030$).

Tablo 4.6.6. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının Değerlendirilmesi

Enerji ve Besin Ögeleri	MEDAS			p
	Düşük (n=58) X±SS (Alt-üst)	Orta (n=262) X̄±SS (Alt-üst)	Yüksek (n=36) X̄±SS (Alt- üst)	
Enerji (kcal)	1893,1±438,3 (1031,9-3199,1)	1754,5±356,1 (1019,5-3433,2)	1765,2±447,1 (694,4-3505,9)	0,050 ^a
Karbonhidrat (g)	205,8±58,6 (80,2-369,2)	185,0±48,2 (84,0-390,9)	182,0±51,6 (79,9-343,1)	0,020^a
Karbonhidrat (%)	44,3±8,1 (25,0-58,0)	43,3±8,1 (20,0-66,0)	43,4±12,5 (22,0-80,0)	0,676 ^b
Protein (g)	69,6±24,4 (30,9-149,0)	69,6±25,1 (15,6-283,3)	69,5±27,3 (15,8-160,7)	0,992 ^a
Protein (%)	15,1±4,6 (8,0-31,0)	16,1±4,1 (6,0-34,0)	15,8±4,1 (9,0-28,0)	0,078 ^a
Yağ (g)	85,1±26,9 (30,1-175,9)	79,6±23,0 (22,5-181,5)	82,0±30,9 (8,11-162,5)	0,325 ^a
Yağ (%)	39,7±7,5 (15,0-55,0)	40,3±7,6 (18,0-65,0)	40,8±10,6 (11,0-67,0)	0,800 ^c
Lif (g)	22,5±14,2 (8,8-83,5)	25,8±10,8 (7,9-72,3)	30,4±14,9 (11,1-92,6)	<0,001^a
Çözünmez lif (g)	13,4±7,2 (2,9-36,7)	16,3±6,4 (7,9-72,3)	20,2±8,7 (11,1-92,6)	<0,001^a
Çözünür lif (g)	7,9±7,5 (1,7-45,9)	8,7±8,7 (2,2-32,9)	10,0±7,1 (4,2-44,7)	0,002^a
Karoten (mg)	3,1±3,7 (0,08-22,2)	3,7±4,6 (0,09-30,9)	3,3±2,9 (0,36-12,8)	0,540 ^a
B1 vitamini (mg)	0,9±0,4 (0,3-2,0)	1,0±0,4 (0,2-2,3)	1,1±0,5 (0,4-3,1)	0,023^a

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, ^aKruskall Wallis Test, ^bWelch Test, ^cANOVA Test, p<0,05

Tablo 4.6.6. (Devam) Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının Değerlendirilmesi

Enerji ve Besin Ögeleri	MEDAS			p
	Düşük (n=58) $\bar{X} \pm S$ (Alt-üst)	Orta (n=262) $\bar{X} \pm S$ (Alt-üst)	Yüksek (n=36) $\bar{X} \pm S$ (Alt- üst)	
B2 vitamini (mg)	1,3±0,6 (0,3-3,9)	1,3±0,6 (0,4-6,0)	1,3±0,5 (0,4-2,3)	0,670 ^a
B6 vitamini (mg)	1,3±0,5 (0,4-2,6)	1,4±0,6 (0,4-5,4)	1,6±0,6 (0,5-4,1)	0,020^a
Folat (µg)	305,3±178,3 (80,9-949,1)	338,3±175,6 (67,3-1271,2)	369,1±193,3 (102,2-1217,4)	0,044^a
C vitamini (mg)	67,9±51,2 (3,4-277,1)	85,0±63,0 (1,2-329,7)	111,7±69,1 (6,4-235,7)	0,007^a
Kalsiyum (mg)	652,1±250,5 (129,1-1342,1)	635,1±255,1 (176,9-1741,1)	641,6±233,1 (146,1-1221,9)	0,772 ^a
Demir (mg)	11,4±5,2 (4,9-29,0)	12,4±5,2 (2,9-37,1)	12,8±5,3 (4,1-34,2)	0,186 ^a
Magnezyum (mg)	289,0±109,3 (141,9-669,3)	321,4±123,9 (96,3-929,6)	348,1±147,3 (126,2-964,1)	0,030^a
Çinko (mg)	9,6±3,6 (3,9-23,6)	10,2±3,6 (2,7-24,7)	10,4±3,6 (4,1-34,2)	0,261 ^a

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, ^aKruskall Wallis Test, ^bWelch Test, ^cANOVA Test, p<0,05

Katılımcıların Akdeniz diyeti uyum durumlarına göre besin gruplarından tüketim miktarları **Tablo 4.6.7'**de verilmiştir. Akdeniz diyetine uyum arttıkça tahıl, ekmek ve ekmek yerine geçen besinlerin tüketiminin (sırasıyla 225,3±93,7 g; 195,2±75,6 g ve 159,0±56,3 g) azaldığı saptanmıştır (p<0,001). Akdeniz diyetine uyumun arttığı gruplarda meyve tüketimi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla 101,5±130,9 g/gün; 161,6±147,6 g/gün ve 237,5±173,5 g/gün) (p<0,001). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerde (53,1±72,4 g/gün) orta ve yüksek uyum gösteren bireylere göre (sırasıyla 71,8±75,4 g/gün ve 95,8±86,9 g/gün) daha düşük

miktarda yağlı tohum tüketildiği saptanmıştır (p=0,001). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerde bal, reçel, şeker vb. tatlıların tüketiminin (28,1±27,6 g/gün) ise orta ve yüksek uyum gösteren bireylere (sırasıyla 19,3±26,2 g/gün ve 17,6±34,2 g/gün) kıyasla daha yüksek miktarda olduğu bulunmuştur (p=0,004).

Tablo 4.6.7. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Besin Gruplarından Tüketim Miktarları

Besin Grupları	MEDAS			p
	Düşük (n=58) X̄±SS (Alt-üst)	Orta (n=262) X̄±SS (Alt-üst)	Yüksek (n=36) X̄±SS (Alt- üst)	
Tahıllar, Ekmek ve EYG	225,3±93,7 (5-502)	195,2±75,6 (20-430)	159,0±56,3 (60-269)	<0,001 ^a
Süt ve süt ürünleri	180,9±160,2 (0-630)	183,1±138,3 (0-685)	191,1±131,3 (0-460)	0,940 ^a
Et ve et ürünleri	122,4±95,7 (0-450)	122,3±90,1 (0-400)	114,7±91,5 (0-350)	0,907 ^b
Sebzeler	159,2±123,8 (0-642)	172,5±143,8 (0-841)	183,4±153,2 (0-570)	0,698 ^a
Meyveler	101,5±130,9 (0-551)	161,6±147,6 (0-775)	237,5±173,5 (0-619)	<0,001 ^a
Yağlı tohumlar	53,1±72,4 (0-320)	71,8±75,4 (0-447)	95,8±86,9 (0-440)	0,001 ^b
Sıvı ve katı yağlar	33,5±20,2 (0-80)	28,9±16,4 (0-100)	24,7±13,9 (0-49)	0,083 ^b
Tatlılar (bal, reçel, şeker)	28,1±27,6 (0-116)	19,3±26,2 (0-150)	17,6±34,2 (0-170)	0,004 ^b

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, EYG: Ekmek Yerine Geçenler, ^aANOVA Test, ^bKruskall Wallis Test, p<0,05

4.7. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine İlişkin Özellikleri

Katılımcıların Depresyon Anksiyete Stres-21 (DASS-21) ölçeğinden aldıkları puanlar **Tablo 4.7.1**'de verilmiştir. Katılımcıların toplam depresyon puanları ortalaması $4,5\pm3,8$; anksiyete puanları ortalaması $3,1\pm3,1$; stres puanları ortalaması $5,3\pm3,3$ 'tür. Cinsiyete göre bireylerin depresyon, anksiyete ve stres puanlarında farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7.1. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarının Değerlendirilmesi

DASS-21 Puanları	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		p
	$\bar{X}\pm SS$	Alt-üst	$\bar{X}\pm SS$	Alt-üst	$\bar{X}\pm SS$	Alt-üst	
Depresyon	$4,5\pm 3,6$	0-17	$4,6\pm4,5$	0-21	$4,5\pm3,8$	0-21	0,537 ^a
Anksiyete	$3,3\pm3,1$	0-16	$2,6\pm2,8$	0-18	$3,1\pm3,1$	0-18	0,054 ^a
Stres	$5,3\pm3,1$	0-14	$5,2\pm3,7$	0-19	$5,3\pm3,3$	0-19	0,408 ^a

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres -21 Ölçeği, ^aMann Whitney U Test, $p<0,05$

Katılımcıların depresyon, anksiyete, stres düzeyleri sınıflamasına göre dağılımları **Tablo 4.7.2**'de verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin normal olduğu saptanmıştır (sırasıyla %57,3; %66,0 ve %77,5). Cinsiyete göre depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7.2. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine Göre Sınıflandırılmaları

DASS-21	Kadın (n=253)		Erkek (n=103)		Toplam (n=356)		p
Sınıflandırma	S	%	S	%	S	%	
Depresyon							
Normal	145	57,3	59	57,3	204	57,3	0,805 ^a
Hafif	43	17,0	20	19,4	63	17,7	
Orta	48	19,0	15	14,6	63	17,7	
İleri	7	2,8	3	2,9	10	2,8	
Çok İleri	10	4,0	6	5,8	16	4,5	
Anksiyete							
Normal	158	62,5	77	74,8	235	66,0	0,195 ^a
Hafif	45	17,8	15	14,6	60	16,9	
Orta	26	10,3	6	5,8	32	9,0	
İleri	11	4,3	2	1,9	13	3,6	
Çok İleri	13	5,1	3	2,9	16	4,5	
Stres							
Normal	197	77,9	79	76,7	276	77,5	0,565 ^b
Hafif	33	13,0	13	12,6	46	12,9	
Orta	17	6,7	6	5,8	23	6,5	
İleri	6	2,4	4	3,9	10	2,8	
Çok İleri	-	-	1	1,0	1	0,3	

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres -21 Ölçeği, ^aKikare Test, ^bFisher Freeman Halton Exact Test, p<0,05

Katılımcıların depresyon, anksiyete, stres puanlarına göre bazı tanımlayıcı özellikleri **Tablo 4.7.3**'te verilmiştir. Katılımcıların medeni durumları ile depresyon skorları karşılaştırıldığında bekar bireylerin evli bireylere kıyasla depresyon skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,001). Uyku saatleri düzenli olan katılımcıların uyku saatleri düzensiz olanlara kıyasla anlamlı olarak daha düşük depresyon, anksiyete ve stres skorlarına sahip olduğu bulunmuştur (sırasıyla p=0,006; p<0,001 ve p=0,001).

Gelir durumuna göre depresyon ve stres skorları karşılaştırıldığında ise gideri fazla olanların geliri fazla olanlara kıyasla daha yüksek depresyon ve stres skorlarına sahip olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,044$). Sigara kullanan bireylerin sigara kullanmayan bireylere kıyasla daha yüksek anksiyete skorlarına sahip olduğu görülmüştür ($p=0,012$). Ayrıca ana öğünlerini atlayan bireylerin atlamayanlara kıyasla daha yüksek anksiyete ve stres skorlarına sahip olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0,003$ ve $p=0,035$). Fiziksel aktivite düzeyleri, alkol ve besin takviyesi kullanımı ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7.3. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı Özellikler		Depresyon	Anksiyete	Stres
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
		(Alt- üst)	(Alt- üst)	(Alt- üst)
Medeni Durum	Evli	3,9 $\pm$ 3,1 (0-17)	2,94 $\pm$ 2,7 (0-14)	5,1 $\pm$ 3,1 (0-14)
	Bekar	5,8 $\pm$ 4,8 (0-21)	3,4 $\pm$ 3,5 (0-18)	5,6 $\pm$ (0-19)
	p^a	0,001	0,517	0,206
Gelir Durumu	Gelir fazla	3,8 $\pm$ 4,2 (0-21)	2,4 $\pm$ 2,5 (0-11)	4,9 $\pm$ 3,5 (0-15)
	Gelir gidere eşit	4,1 $\pm$ 3,6 (0-20)	2,9 $\pm$ 2,8 (0-14)	5,0 $\pm$ 3,3 (0-19)
	Gider fazla	5,4 $\pm$ 3,9 (0-21)	3,6 $\pm$ 3,4 (0-18)	5,7 $\pm$ 3,1 (0-15)
	p^b	<0,001	0,055	0,044
Uyku Düzeni	Düzenli	4,1 $\pm$ 3,4 (0-21)	2,6 $\pm$ 2,6 (0-14)	4,8 $\pm$ 3,2 (0-19)
	Düzensiz	5,4 $\pm$ 4,4 (0-21)	4,1 $\pm$ 3,5 (0-18)	6,0 $\pm$ 3,3 (0-15)
	p^a	0,006	<0,001	0,001
Alkol Kullanımı	Evet	4,3 $\pm$ 4,0 (0-21)	2,9 $\pm$ 2,8 (0-18)	5,1 $\pm$ 3,2 (0-18)
	Hayır	4,7 $\pm$ 3,7 (0-20)	3,2 $\pm$ 3,1 (0-16)	5,4 $\pm$ 3,3 (0-19)
	p^a	0,176	0,572	0,271

^aMann Whitney U Test, ^bKruskall Wallis Test, $p<0,05$

Tablo 4.7.3. (Devam) Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı Özellikler		Depresyon	Anksiyete	Stres
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
		(Alt- üst)	(Alt- üst)	(Alt- üst)
Sigara	Evet	5,3±4,7 (0-21)	3,9±3,6 (0-18)	5,9±3,6 (0-19)
Kullanımı	Hayır	4,3±3,4 (0-17)	2,8±2,7 (0-16)	5,0±3,1 (0-14)
	p^a	0,173	0,012	0,080
Fiziksel	İnaktif	4,8±3,9 (0-21)	3,3±3,3 (0-18)	5,4±3,1 (0-15)
Aktivite	Minimal Aktif	4,2±3,5 (0-21)	2,8±2,6 (0-12)	5,0±3,3 (0-15)
	Çok Aktif	4,8±5,3 (0-20)	2,7±2,9 (0-11)	6,1±4,7 (1-19)
	p^b	0,359	0,404	0,491
Ana Öğün	Evet	4,8±3,9 (0-16)	3,6±3,3 (0-16)	5,6±3,0 (0-14)
Atlama	Hayır	3,8±3,5 (0-14)	2,2±2,8 (0-14)	4,5±3,6 (0-14)
	Bazen	4,5±3,8 (0-21)	2,9±2,8 (0-18)	5,2±3,3 (0-19)
	p^b	0,185	0,003	0,035
Besin	Var	4,8±4,2 (0-21)	3,4±3,3 (0-16)	5,2±3,5 (0-19)
takviyesi	Yok	4,4±3,6 (0-21)	3,0±2,9 (0-18)	5,3±3,2 (0-15)
kullanımı	p^a	0,589	0,313	0,485

^aMann Whitney U Test, ^bKruskall Wallis Test, p<0,05

4.8. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketine İlişkin Özellikleri

Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketinden (DEBQ) aldıkları puanlar **Tablo 4.8.1'**de verilmiştir. Katılımcıların kısıtlayıcı yeme davranışı puanları ortalaması 25,3±8,4; duygusal yeme davranışı puanları ortalaması 24,7±13,3; dışsal yeme davranışı puanları ortalaması 28,4±7,5'tir. Cinsiyete göre kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme davranışı puanları karşılaştırıldığında kadınların kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışı

puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,006$).

Tablo 4.8.1. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anket Puanları

DEBQ Skorları	Kadın (n=253) $\bar{X}\pm SS$ (Alt-üst)	Erkek (n=103) $\bar{X}\pm SS$ (Alt-üst)	Toplam (n=356) $\bar{X}\pm SS$ (Alt-üst)	p
Kısıtlayıcı Yeme	26,4 $\pm$ 8,3 (10-50)	22,7 $\pm$ 8,0 (10-44)	25,3 $\pm$ 8,4 (10-50)	<0,001^a
Duygusal Yeme	26,0 $\pm$ 13 (13-63)	21,6 $\pm$ 11,1 (13-65)	24,7 $\pm$ 13,3 (13-65)	0,006^b
Dışsal Yeme	27,9 $\pm$ 7,6 (10-49)	29,6 $\pm$ 6,9 (14-45)	28,4 $\pm$ 7,5 (10-49)	0,050 ^a

DEBQ; Hollanda Yeme Davranışı Anketi, ^aIndependent-Samples T test, ^bMann Whitney U testi, $p<0,05$

Katılımcıların yeme davranışı puanlarına göre bazı tanımlayıcı özellikleri **Tablo 4.8.2'**de verilmiştir. Buna göre uyku saatlerinin düzenli olduğunu belirten katılımcılar, uyku saatlerinin düzenli olmadığını belirten katılımcılara kıyasla daha yüksek kısıtlayıcı yeme puanına sahiptir ($p=0,002$). Daha önce herhangi bir beslenme eğitimi alan bireyler beslenme eğitimi almayan bireylere kıyasla daha yüksek kısıtlayıcı yeme skoruna sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Yemekleri yalnız yeme ve aile/arkadaşlarla yeme arasında kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme skorları bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Herhangi bir diyet uyguladığını belirten bireylerin kısıtlayıcı yeme skorları diyet uygulamayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek ($p<0,001$) iken dışsal yeme skorlarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,024$). Besin takviyesi kullanımı ve fiziksel aktivite düzeyine göre kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme skorları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.8.2. Katılımcıların Yeme Davranışı Puanlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

		DEBQ Skor		
		Kısıtlayıcı Yeme	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme
		X±SS (Alt-Üst)	X±SS (Alt-Üst)	X±SS (Alt-Üst)
Uyku düzeni	Düzenli	26,3±8,1 (10-50)	24,1±12,7 (13-65)	28,0±7,3 (10-49)
	Düzenlisiz	23,3±8,6 (10-43)	25,9±14,1 (13-63)	29,1±7,7 (12-49)
	p	0,002^a	0,491 ^b	0,179 ^a
Beslenme Eğitimi	Evet	27,7±8,3 (10-48)	26,4±13,8 (13-63)	28,3±7,3 (10-46)
Alma	Hayır	24,2±8,2 (10-50)	24,0±12,9 (13-65)	28,4±7,5 (13-49)
	p	<0,001^a	0,186 ^b	0,944 ^a
Yemekleri	Tek başına	23,8±8,7 (10-41)	26,2±14,1 (13-65)	28,8±6,9 (16-45)
yeme şekli	Birlikte	25,5±8,3 (10-50)	24,4±13,1 (13-63)	28,3±7,6 (10-49)
	p	0,146 ^b	0,228 ^b	0,641 ^a
Diyet yapma	Evet	29,3±7,1 (15-44)	25,5±13,2 (13-65)	26,4±6,1 (12-37)
	Hayır	24,5±8,4 (10-50)	24,6±13,3 (13-63)	28,8±7,6 (10-49)
	p	<0,001^a	0,383 ^b	0,024^a
Besin takviyesi	Var	27,7±8,3 (10-48)	26,4±13,8 (13-63)	28,3±7,3 (10-46)
kullanımı	Yok	24,1±8,2 (10-50)	24,0±12,9 (13-65)	28,4±7,5 (13-49)
	p	0,040^a	0,899 ^b	0,279 ^a
Fiziksel Aktivite	İnaktif	24,3±8,0 (10-42)	26,4±13,8 (13-63)	28,3±7,3 (10-46)
	Minimal Aktif	26,5±8,5 (10-50)	24,0±12,9 (13-65)	28,4±7,5 (13-49)
	Çok Aktif	25,3±10,2 (10-39)	28,4±7,4 (10-49)	28,4±7,4 (10-49)
	p	0,681 ^c	0,681 ^c	0,278 ^d

DEBQ;Hollanda Yeme Davranışı Anketi, ^aIndependent T Test, ^bMann Whitney U Test, ^cKruskall Wallis Test, ^dANOVA Test, p<0,05

4.9. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyum Durumları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum durumları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişki **Tablo 4.9.1**'de verilmiştir. Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin yaklaşık üçte birinde (%29,3), orta uyum gösteren yaklaşık on bireyden altısında (%62,6) ve yüksek uyum gösteren yaklaşık on bireyden dokuzunda (%86,1) depresyon olmadığı görülmüştür. Bu oranların Akdeniz diyetine uyum arttıkça anlamlı olarak arttığı görülmektedir ($p<0,001$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren ileri ve çok ileri düzey depresyonu olan katılımcıların oranı (sırasıyla %8,6 ve %19,0); orta uyum gösteren katılımcıların oranına (sırayla %1,9 ve %1,9) kıyasla daha yüksektir. Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren bireylerde ileri ve çok ileri düzey depresyona ise rastlanmamıştır. Dolayısıyla Akdeniz diyetine uyum arttıkça bireylerde ileri ve çok ileri düzey depresyon daha az görülmektedir ($p<0,001$).

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Akdeniz diyetine uyumu düşük olan bireylerin %48,3'ünün; orta uyum gösteren bireylerin %66,8'inin ve yüksek uyum gösteren bireylerin %88,9'unun anksiyete durumunun normal olduğu görülmüştür. Akdeniz diyetine uyum arttıkça orta ve çok ileri düzey anksiyeteye sahip bireylerin azaldığı tespit edilmiştir ($p<0,001$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren çok ileri düzey anksiyetesi olan katılımcıların oranı (%17,2) Akdeniz diyetine orta uyum gösteren katılımcıların oranına (%2,3) kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren bireylerde ise orta ve çok ileri düzey anksiyete ile karşılaşılmamıştır.

Stres düzeyi normal olan bireylerin oranının Akdeniz diyetine orta ve yüksek uyum gösteren bireylerde daha yüksek olduğu görülürken (sırasıyla %81,3 ve %91,7); stres düzeyi orta ve ileri düzey olan bireylerin oranının Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenlerde (sırayla %19,0 ve %12,1) orta uyum gösterenlerden (sırayla %4,2 ve %1,1) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.9.1. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Uyum Durumlarına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerinin Dağılımı

DASS-21			MEDAS				p
Sınıflandırma	Düşük (n=58)		Orta (n=262)		Yüksek (n=36)		
	S	%	S	%	S	%	
Depresyon							
Normal	17	29,3	158	62,6	29	86,1	<0,001 ^a
Hafif	11	19,0	49	17,6	3	5,6	
Orta	14	24,1	45	16,0	4	8,3	
İleri	5	8,6	5	1,9	-	-	
Çok İleri	11	19,0	5	1,9	-	-	
Anksiyete							
Normal	28	48,3	175	66,8	32	88,9	<0,001 ^a
Hafif	9	15,6	47	17,9	4	11,1	
Orta	6	10,3	26	9,9	-	-	
İleri	5	8,6	8	3,1	-	-	
Çok İleri	10	17,2	6	2,3	-	-	
Stres							
Normal	30	51,7	213	81,3	33	91,7	<0,001 ^a
Hafif	10	17,2	34	13,0	2	5,5	
Orta	11	19,0	11	4,2	1	2,8	
İleri	7	12,1	3	1,1	-	-	
Çok İleri	-	-	1	0,4	-	-	

MEDAS:Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği, ^aFisher Freeman Halton Exact Test, p<0,05

Katılımcıların Akdeniz diyeti uyumlarına göre depresyon, anksiyete, stres puanları **Tablo 4.9.2'**de verilmiştir. Depresyon, anksiyete ve stres puanlarının her biri ile Akdeniz diyetine uyum grupları arasında farklılık olduğu görülmüştür. Akdeniz diyetine

olan uyum arttıkça gruplarda depresyon, anksiyete, stres puanlarının azaldığı saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.9.2. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Depresyon, Anksiyete, Stres Puanları

		MEDAS						p
DASS-21		Düşük (n=58)		Orta (n=262)		Yüksek (n=36)		
Sınıflandırma		$\bar{X}\pm SS$	Alt-üst	$\bar{X}\pm SS$	Alt-üst	$\bar{X}\pm SS$	Alt-üst	
Depresyon		7,7±5,3	0-21	4,2±3,2	0-20	2,1±2,7	0-8	<0,001 ^a
Anksiyete		5,1±4,3	0-18	2,9±2,6	0-14	1,2±1,4	0-5	<0,001 ^a
Stres		7,3±3,9	0-15	5,2±2,8	0-19	2,7±2,9	0-10	<0,001 ^a

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği, ^aKruskall Wallis Test, $p<0,05$

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum ile Hollanda Yeme Davranışı Anketi skorları **Tablo 4.9.3'**te verilmiştir. Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin kısıtlayıcı yeme skorlarının (22,6 $\pm$ 7,6) orta ve yüksek uyum gösteren bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla 25,6 $\pm$ 8,4 ve 27,0 $\pm$ 8,4) ($p=0,017$). Akdeniz diyetine uyum arttıkça duygusal yeme skorlarının azaldığı gözlenirse de gruplar arasında duygusal yeme skoru açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin Akdeniz diyetine orta ve yüksek uyum gösteren bireylere kıyasla daha yüksek dışsal yeme skoruna sahip olduğu bulunmuştur (sırasıyla 30,6 $\pm$ 6,5; 28,4 $\pm$ 7,6 ve 24,4 $\pm$ 6,2) ($p<0,001$).

Tablo 4.9.3. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Uyum Durumlarına Göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi Puanları

DEBQ Sınıflandırma	MEDAS			P
	Düşük (n=58)	Orta(n=262)	Yüksek (n=36)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
	(Alt-üst)	(Alt-üst)	(Alt-üst)	
Kısıtlayıcı Yeme	22,6±7,6 (10-40)	25,6±8,4 (10-50)	27,0±8,4 (12-44)	0,017^a
Duygusal Yeme	25,5±12,3 (13-60)	24,7±13,4 (13-65)	23,7±14,1 (13-63)	0,501 ^b
Dışsal Yeme	30,6±6,5 (16-43)	28,4±7,6 (12-49)	24,4±6,2 (10-36)	<0,001^a

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağımlılık Ölçeği, DEBQ=Hollanda Yeme Davranışı Anketi, ^aANOVA Test, ^bKruskall Wallis Test, p<0,05

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları ile depresyon, anksiyete, stres ve yeme davranışları arasındaki ilişki **Tablo 4.9.4**'te verilmiştir. Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum puanları ile depresyon puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ($r = -0,436$; $p < 0,001$) bir ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde Akdeniz diyeti ile anksiyete arasında da negatif yönde orta düzeyde ($r = -0,405$; $p < 0,001$), stres ile de negatif yönde orta düzeyde anlamlı ($r = -0,401$; $p < 0,001$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Akdeniz diyetine uyum ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif yönde zayıf ($r = 0,117$; $p = 0,027$) , duygusal yeme davranışı ile negatif yönde zayıf ($r = -0,130$; $p = 0,014$) ve dışsal yeme davranışı ile arasında da negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ($r = -0,245$; $p < 0,001$) bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.9.4. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumları ile Depresyon, Anksiyete, Stres ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişki

	DASS-21			DEBQ		
	Depresyon	Anksiyete	Stres	Kısıtlayıcı Yeme	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme
MEDAS						
r	-0,436**	-0,405**	-0,401**	0,117*	-0,130*	-0,245**
p	<0,001 ^a	<0,001 ^a	<0,001 ^a	0,027 ^b	0,014 ^a	<0,001 ^b

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağımlılık Ölçeği, DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, DEBQ: Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği, ^a:Spearman Korelasyon Testi, ^b:Pearson Korelasyon Testi, * p<0,05, ** p<0,001

Katılımcıların yeme davranışları ile depresyon, anksiyete, stres, durumları arasındaki ilişki **Tablo 4.9.5**'te sunulmuştur. Depresyon, anksiyete, stres ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05). Duygusal yeme davranışı ile depresyon arasında pozitif yönde orta düzeyde (r=0,342; p<0,001), anksiyete ile pozitif yönde zayıf (r=0,288; p<0,001) ve stres ile de pozitif yönde zayıf düzeyde (r=0,231; p<0,001) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Dışsal yeme davranışı ile depresyon arasında pozitif yönde zayıf (r=0,296; p<0,001), anksiyete ile pozitif yönde zayıf (r=0,283; p<0,001), stres ile de pozitif yönde zayıf düzeyde (r=0,243; p<0,001) anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9.5. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Durumları ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişki

		DEBQ		
		Kısıtlayıcı Yeme	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme
DASS-21				
Depresyon	r	0,025	0,342**	0,296**
	p	0,634	<0,001	<0,001
Anksiyete	r	0,031	0,288**	0,283**
	p	0,565	<0,001	<0,001
Stres	r	0,052	0,231**	0,243**
	p	0,329	<0,001	<0,001

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21, DEBQ: Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği, Spearman Korelasyon Testi, **p<0,001

4.10. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyum, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Yeme Davranışları ile Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların Akdeniz diyetine uyum, depresyon, anksiyete, stres ve yeme davranışları ile bazı özellikleri arasındaki ilişki **Tablo 4.10**'da verilmiştir. Buna göre yaş ile Akdeniz diyetine uyum arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,226$; $p<0,001$), depresyon ile negatif yönde zayıf ($r= -0,211$; $p=0,023$) bir ilişki var iken; kısıtlayıcı yeme davranışı ile pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ($r=0,130$; $p=0,014$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile dışsal yeme davranışı arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,161$; $p=0,002$) bir ilişki görülmüştür. Gelir durumu ile depresyon ($r= -0,220$; $p<0,001$), anksiyete ($r= -0,128$; $p=0,016$) ve stres ($r= -0,128$; $p=0,016$) arasında ise negatif yönde zayıf ilişki olduğu saptanmıştır.

Cips, çikolata, kraker bisküvi vb. paketli ürün tüketme sıklığı ile Akdeniz diyetine uyum arasında negatif yönde zayıf ($r= -0,207$; $p<0,001$) bir ilişki var iken; depresyon ($r=0,180$; $p=0,001$), anksiyete ($r=0,198$; $p<0,001$) ve stres ($r=0,174$; $p=0,001$) ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir. Ayrıca cips, çikolata, kraker bisküvi vb. paketli ürün tüketme sıklığı ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında negatif

yönde zayıf ($r = -0,253$; $p < 0,001$), duygusal yeme davranışı arasında pozitif yönde zayıf ($r = 0,125$; $p = 0,018$) ve dışsal yeme davranışı ile arasında da pozitif yönde, orta düzeyde ($r = 0,330$; $p < 0,001$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Fast-food tüketme sıklığı ile Akdeniz diyetine uyum arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ($r = -0,223$; $p < 0,001$) bir ilişki görülürken; anksiyete ($r = 0,123$; $p = 0,020$) ve stres ($r = 0,106$; $p = 0,046$) ile arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir. Ayrıca fast-food tüketme sıklığı ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında negatif yönde zayıf ($r = -0,260$; $p < 0,001$), duygusal yeme davranışı ($r = 0,159$; $p = 0,003$) ve dışsal yeme davranışı ($r = 0,267$; $p < 0,001$) arasında da pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Fiziksel aktivite ile anksiyete arasında negatif yönde zayıf ($r = -0,131$; $p = 0,014$) bir ilişki saptanırken, kısıtlayıcı yeme davranışı ile arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r = 0,137$; $p = 0,009$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Beden kütle indeksi ile duygusal yeme davranışı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r = 0,119$; $p = 0,025$) anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Vücut ağırlığı, kalça çevresi, bel çevresi, boyun çevresi ölçümleri ile bel/boy ve bel/kalça oranları ile Akdeniz diyetine uyum, anksiyete, depresyon, stres ile yeme davranışları arasında ise ilişki saptanmamıştır.

Tablo 4.10. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyum, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Yeme Davranışları ile Bazı Özellikleri Arasındaki İlişki

MEDAS			DASS-21			DEBQ		
			Depresyon	Anksiyete	Stres	Kısıtlayıcı Yeme	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme
Yaş	r	0,226***	-0,121*	-0,800	-0,720	0,130	-0,042	-0,100
	p	<0,001 ^a	0,023^b	0,130 ^b	0,173 ^b	0,014^a	0,431 ^b	0,059 ^a
Eğitim durumu	r	-0,025	0,001	0,030	0,021	-0,059	0,014	0,161**
	p	0,640 ^b	0,988 ^b	0,573 ^b	0,692 ^b	0,269 ^b	0,290 ^b	0,002^b
Gelir durumu	r	0,049	-0,220***	-0,128*	-0,128*	-0,033	-0,077	-0,053
	p	0,355 ^b	0<0,001^b	0,016^b	0,016^b	0,576	0,145	0,316
Paketli ürün tüketme sıklığı	r	-0,207***	0,180**	0,198***	0,174**	-0,253***	0,125*	0,330***
	p	<0,001 ^b	0,001^b	<0,001 ^b	0,001^b	<0,001 ^b	0,018^b	<0,001 ^b
Fast-food tüketme sıklığı	r	-0,223***	0,028	0,123*	0,106*	-0,260***	0,159**	0,267***
	p	<0,001 ^b	0,604 ^b	0,020^b	0,046^b	<0,001 ^b	0,003^b	<0,001 ^b
IPAQ-SF skoru	r	-0,020	-0,072	-0,131*	0,038	0,137*	0,056	0,089
	p	0,711 ^b	0,173 ^b	0,014^b	0,473 ^b	0,009^b	0,290 ^b	0,095 ^b
Vücut ağırlığı	r	0,002	-0,003	-0,034	0,019	-0,040	0,066	0,061
	p	0,963 ^a	0,957 ^b	0,520 ^b	0,722 ^b	0,451 ^a	0,215 ^b	0,294 ^a
BKİ	r	0,064	0,014	0,010	0,029	0,068	0,119*	0,008
	p	0,226 ^a	0,797 ^b	0,844 ^b	0,592 ^b	0,203 ^a	0,025^b	0,878 ^a

MEDAS: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği, DEBQ: Hollanda Yeme Davranışı Anketi, IPAQ; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form ^aPearson Korelasyonu, ^bSpearman Korelasyonu, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 4.10.(Devam) Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyum, Depresyon, Anksiyete, Stres ve Yeme Davranışları ile Bazı Özellikleri Arasındaki İlişki

			DASS-21			DEBQ		
MEDAS			Depresyon	Anksiyete	Stres	Kısıtlayıcı Yeme	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme
Bel çevresi	r	0,062	-0,014	-0,031	0,005	-0,020	0,022	0,069
	p	0,240 ^a	0,789 ^b	0,557 ^b	0,925 ^b	0,705 ^a	0,676 ^b	0,195 ^a
Kalça çevresi	r	0,089	0,046	0,024	0,044	0,046	0,088	0,079
	p	0,094 ^a	0,390 ^b	0,658 ^b	0,405 ^b	0,389 ^a	0,098 ^b	0,138 ^a
Boyun çevresi	r	-0,023	0,002	-0,026	0,003	-0,091	-0,036	0,041
	p	0,669 ^a	0,966 ^b	0,624 ^b	0,961 ^b	0,087 ^a	0,498 ^b	0,437 ^a
Bel/kalça oranı	r	-0,001	-0,034	-0,050	-0,016	-0,057	-0,040	0,039
	p	0,981 ^a	0,519 ^b	0,347 ^b	0,767 ^b	0,283 ^a	0,259 ^b	0,466 ^a
Bel/boy oranı	r	0,089	-0,012	0,001	-0,001	0,039	0,040	0,048
	p	0,093 ^a	0,817 ^b	0,989 ^b	0,987 ^b	0,463 ^a	0,454 ^b	0,368 ^a

MEDAS:AKdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği, DEBQ: Hollanda Yeme Davranışı Anketi, IPAQ; Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form ^aPearson Korelasyonu, ^bSpearman Korelasyonu, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

5. TARTIŞMA

Depresyon, anksiyete ve stres toplumda günden güne önemli bir oranda artış gösteren yaygın psikolojik sorunlardır (Epel ve ark., 2018; Firth ve ark., 2020). Bu sorunların Akdeniz diyeti ile ilişkisi son dönemlerde üzerinde durulmaya başlanan konulardan birisidir. Kesitsel ve uzun dönem yapılan araştırmalarda Akdeniz tipi beslenme alışkanlıklarının mental sağlığı koruyucu etkisinin olduğunu belirtilmektedir (Gibson-Smith ve ark., 2018; Recchia ve ark., 2020; Sadeghi ve ark., 2021; Sánchez-Villegas ve ark., 2016). Bununla birlikte duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme davranışlarının da bireylerin beslenme tarzıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak bu yeme davranışlarıyla spesifik olarak Akdeniz diyeti arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Brogan ve Hevey, 2013; Newman ve ark. 2007; O'Connor ve ark., 2008; Paans ve ark., 2019)

Bu çalışmada, Antalya Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğüne başvuran dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan 18-65 yaş arası 356 yetişkin bireyin Akdeniz diyetine uyumları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

5.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin %71,1'i kadın, %28,9'u erkektir. Genel olarak belediye sağlık işleri müdürlüğüne başvuran kadınların sayısının erkeklere kıyasla daha fazla olması ve kadınların çalışmaya katılmaya daha istekli olması kadın ve erkek katılımcılar arasındaki farkın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yetişkin bireylerde Akdeniz diyeti, depresyon, anksiyete ve stres ile yeme davranışları üzerine yürütülen çalışmalara dahil edilen bireylerin yaş ortalamaları ile bu çalışmadaki bireylerin yaş ortalamaları ($40,1 \pm 11,33$ yıl) benzerlik göstermektedir. (Paans ve ark., 2019; Sadeghi ve ark., 2021). Türkiye İstatistik Kurumu 2021 (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de yükseköğretim mezunu kişilerin oranı %17,6; lise veya dengi okul mezunu kişilerin oranı ise %22,4'tür (<https://data.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 25 Aralık 2022). Bu çalışmadaki lise (%38,2) ve üniversite (%40,2) mezunu katılımcıların TÜİK-2021 verilerine kıyasla daha yüksek

oranda olduğu görülmektedir. Ayrıca TÜİK-2022 verilerindeki (ortalama eğitim süresi erkeklerde 10,0 yıl kadınlarda 8,5 yıl) benzer bir şekilde çalışmadaki erkeklerin eğitim durumunun kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1) (<https://data.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 25 Aralık 2022). Yetişkin bireylerde yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde bu çalışmada da katılımcıların çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir (Sağar, 2019; Yeşil ve ark, 2018). Ayrıca çalışmada evli olma durumunun kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). (Tablo 4.1.) Bu durumun Türkiye’de erkeklerdeki evlenme yaşının (erkeklerde 28,2 yıl; kadınlarda 25,6 yıl) daha yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (<https://data.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 25 Aralık 2022).

Bireylerin alkol tüketim durumu incelendiğinde katılımcıların %38,2'sinin alkol tükettiği belirlenmiştir. Katılımcıların %22,8'i ayda bir veya daha az sıklıkta alkol tüketirken; %11,5'i haftada bir-iki defa alkol tüketmektedir (Tablo 4.1). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine göre ise 15 yaş ve üzeri bireylerde alkollü içecekleri hiç tüketmeme sıklığı %84,2 iken ayda birden az tüketme sıklığı %5,4 ve haftada bir defa tüketme sıklığı %2,3'tür. Tütün ve tütün ürünleri kullanımı ise %33,2'dir (TBSA, 2019). Bu çalışmada ise katılımcıların %61,8'i hiç alkol tüketmez iken; TBSA verilerine (E: %27,6 ve K: %7,6) benzer şekilde erkeklerde (%63,1) alkol kullanımının kadınlardan (%28,1) daha fazla olduğu görülmüştür. Erkeklerde ve kadınlarda alkol tüketim oranlarının TBSA verilerine göre daha yüksek olmasının sebebinin ise çalışmanın verilerinin Akdeniz beslenme alışkanlıklarına uyumunun yüksek olduğu bir şehirden toplanmış olmasından kaynaklanabileceğini düşünülmüştür. Ayrıca çalışmadaki katılımcıların sigara kullanımı (%26,1) da Türkiye genelinden daha düşüktür (TBSA, 2019).

5.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bilgiler

Yetişkin bireylerde yeterli ve dengeli beslenme, primer beslenme sorunları ve kronik hastalık riskini azaltarak toplum sağlığını koruyucu bir rol üstlenmektedir (Dağ, 2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastaların sağlıklı beslenip beslenmedikleri hakkındaki düşüncelerini öğrenmek amacıyla yapılan bir çalışmada bireylerin %48,8'inin sağlıklı beslenme durumuna 5 ve altında, bireylerin %43,7'si 6-8 arası, %7,5'i

ise 9 üzerinde puan almıştır (Karacif ve ark., 2020). Bu çalışma da ise katılımcıların %41,9'u yeterli ve dengeli beslendiklerini düşündüklerini ifade etmiştir (Tablo 4.2.1)

Bireylerin beslenme eğitimi alabilmesi toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Türkiye'de Çayır ve ark. yetişkin bireylerde yürüttüğü bir çalışmada katılımcıların çoğunluğunun (%62,0) daha önce beslenme ile ilgili eğitim almadıkları gösterilmiştir (Çayır ve ark., 2011). Bu çalışmada da benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunun (%69,4) daha önce beslenmeyle ilgili bir eğitim almadığı; daha önce beslenme eğitimi aldığını ifade eden kadınların sayısının ise erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Saptanan bu farkın, başka bir çalışmada belirtilen kadınlarda sağlıklı beslenmeye yönelik tutumların erkeklerden daha yüksek olması durumuyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Arıca ve ark., 2016) .

Yemek yeme; fizyolojik gereksinimimizi karşılamak için gerçekleştirilen bireysel bir eylem olmakla birlikte aynı zamanda sosyal yaşamın temelini oluşturmakta ve kültürel bir değer taşımaktadır. Bu sebeple insanlar genellikle yalnız yemek yemek yerine birlikte yemeyi tercih etmektedirler (Aslantürk ve Kamil, 2021). Epidemiyolojik bir araştırmada katılımcıların yaklaşık %11'i bir hafta içerisindeki ana öğünlerin yarısından fazlasını tek başına yediğini bildirmiştir (Yiengprugsawan ve ark., 2015). Bu çalışmada da benzer şekilde katılımcıların %16,9'u yemekleri tek başına yediğini belirtmiştir. Ayrıca yemekleri tek başına yediğini belirtenlerin oranının erkeklerde kadınlardan daha yüksek olarak saptanması ($p<0,001$) (Tablo 4.2.1) çalışmada bekar erkek katılımcıların bekar kadın katılımcılardan daha yüksek oranda yer almasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporuna göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %9,1'i vücut ağırlığı kaybı için diyet veya başka bir uygulama yapmaktadır (TBSA, 2019). Bu çalışmada katılımcıların %16,3'ü hastalık haricindeki nedenlerle diyet uyguladığını bildirmiştir (Tablo 4.2.1). Diyet uygulayan birey sayısının TBSA'dan daha fazla olmasının sebebi katılımcıların sağlık kuruluşundan alınmış olmalarından kaynaklanmaktadır.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporuna göre Türkiye genelinde 15 yaş ve üzeri bireylerin %52,5'i cips-mısır çerezi hiç tüketmez iken; %7,8'i haftada 2-3 kez tükettiğini; %20'si şeker-lokum-çikolata hiç tüketmez iken; %17'si haftada 2-3 kez tükettiğini belirtmişlerdir. Bisküvi/kraker hiç tüketmeyenlerin sıklığı ise %20,0 iken, haftada 2-3 tüketilme sıklığı %19,6'dır (TBSA, 2019). Çalışmada katılımcıların %7,3'ü cips, çikolata, kraker, bisküvi vb. paketli ürünleri hiç tüketmediğini belirtirken, %29,2'si haftada 1-2 kez tükettiğini belirtmiştir (Tablo 4.2.1). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine göre Türkiye genelinde 15 yaş ve üzeri bireylerin %64,7'si kızarmış tavuk parçaları, hamburger vb. yiyecekleri hiç tüketmediğini belirtirken %5,7'si bu yiyecekleri haftada bir tükettiğini belirtmiştir (TBSA, 2019). Çalışmamızda ise katılımcıların %25,6'sı fast-food hiç tüketmez iken; %38,2'si ayda bir veya daha az tüketmektedir. Çalışmada fast-food yiyeceklerin tüketim sıklığını her bir fast-food yiyecek için ayrı ayrı sorgulamayıp genel tüketim sıklığının sorgulanmış olmasının TBSA ile bu sonuç farkını yaratmış olabileceği düşünülmektedir (Tablo 4.2.1). Ayrıca çalışmada fast-food tüketim sıklığının erkeklerde kadınlardan daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Bu bulguya benzer şekilde başka bir çalışmada fast-food tüketiminde cinsiyetin etkili olduğu, fast-food tüketim sıklığının erkeklerde kadınlardan 1,70 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Koşum ve Akbay, 2021).

Katılımcıların ana öğün ve ara öğün tüketim durumları değerlendirildiğinde katılımcıların %50,6'sı günde 3 ana öğün tüketirken; %49,4'ünün günde 2 ana öğün tüketmediği görülmüştür (Tablo 4.2.2). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %24,7'si öğle öğününü atlamaktadır. Öğle öğününü atlama sebepleri “canı istememe, iştahsız olma” (%23,2) ve “geç kalkma” (%20,7) şeklinde sıralanmaktadır (TBSA, 2019). Bu çalışmada da TBSA-2019 verileri ile benzer şekilde katılımcıların çoğunluğu (%54,8) tarafından atlanan ana öğünün öğle öğünü ve atlama sebeplerinin de zaman yetersizliği (%27,8), canı istememe-iştahsızlık (%16,9) ve erken uyanamama (%16,7) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.2). Yetişkin bireylerde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada kadınların ana öğün ve ara öğün yapma sıklığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kant, 2018). Bu çalışmada da kadınların ara öğün yapma oranının erkeklerden daha yüksek olduğu

saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.2.2). Bu durumun çalışmaya katılan kadın bireylerin çoğunluğunun ev hanımı olması ve evde ara öğün yapma imkanının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine göre 19-64 yaş grubunun %9,3'ü besin takviyesi kullanmaktadır. En çok kullanılan iki besin takviyesi ise B12 vitamini (%2,9) ve D vitaminidir (%2,2) (TBSA, 2019). Bu çalışmada ise TBSA-2019'a kıyasla katılımcıların (%31,5) daha yüksek düzeyde besin takviyesi kullandığı, en fazla kullanılan besin takviyelerinin D vitamini (%15,4) ile B12 vitamini (%11,8) olduğu görülmekte ve bu durumunun COVID-19 pandemisi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde COVID-19 pandemi döneminde yetişkin bireylerde yapılan çalışmalarda bireylerin besin takviyesi kullanımının (% 25,0 ile %54,1 arasında) arttığı görülmektedir (Demir ve ark., 2022). Ayrıca Demir ve ark. çalışmasında bu çalışmadaki bulgulara (Tablo 4.2.1) benzer şekilde kadınların besin takviyesi kullanımının erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu (sırasıyla K: %73,3 ve E: %56,3; K: %35,6 ve E: %21,4) belirtilmiştir (Demir ve ark., 2021).

5.3.Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri

Antropometrik ölçümler, protein ve yağ dokunun göstergesi olmaları sebebiyle beslenme durumunun saptanmasında önemli bir yere sahiptir. Bireylerin beslenme durumunun sağlıklı bir şekilde değerlendirilebilmesi için düzenli olarak antropometrik ölçümlerinin takip edilmesi gerekmektedir (Baysal A., 2016).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporuna göre 19-64 yaş grubu kadın ve erkeklerde vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ ortalamaları sırasıyla $71,6\pm15,82$ kg, $158,1\pm6,72$ cm ve $28,8\pm6,92$ kg/m² ile $81,2\pm15,34$ kg, $172,6\pm7,46$ cm ve $27,3\pm5,21$ kg/m²dir (TBSA, 2019). Katılımcıların vücut ağırlığı (K: $66,8\pm10,9$ kg ve E: $82,6\pm11,2$ kg) ve boy uzunluğu (K: $162,8\pm5,9$ cm ve E: $176,4\pm6,9$) ortalamaları TBSA 2019 raporundaki verilere benzerlik gösterirken, BKİ ortalamaları (K: $25,2\pm4,1$ kg/m² ve E: $26,6\pm3,4$ kg/m²) TBSA 2019 verilerinden daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Ayrıca DSÖ sınıflamasına göre çalışmadaki erkek ve kadın katılımcıların BKİ

ortalamalarına göre çoğunluğunun hafif şişman ($25,0-29,99 \text{ kg/m}^2$) olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.2) (Lobstein ve ark., 2022).

İngiltere Sağlık Araştırması verilerine göre ortalama bel çevresi erkeklerde 97,0 cm; kadınlarda 87,6 cm bulunmuştur (Moody, 2013). Bu verilerin çalışmamızdaki erkek katılımcıların bel çevresi ortalamalarına ($97,2 \pm 10,6 \text{ cm}$) benzerlik gösterdiği ancak çalışmamızdaki kadınların bel çevresi ortalamalarından ($84,3 \pm 12,1 \text{ cm}$) daha yüksek olduğu gözlenmektedir (Tablo 4.3.1). Bununla birlikte Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi antropometrik ölçüm verileri raporuna göre 40-49 yaş arası kadınların ve erkeklerin bel çevresi ortalamalarının bu çalışmadaki verilerden daha yüksek olduğu görülmektedir (K: $99,5 \pm 1,11 \text{ cm}$ ve E: $104,1 \pm 0,81 \text{ cm}$) (Fryar CD ve ark., 2021). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporuna göre 19-64 yaş grubu kadın ve erkeklerde bel çevresi ortalamarı sırasıyla $90,2 \pm 15,50 \text{ cm}$ ile $95,0 \pm 12,93 \text{ cm}$ 'dir (TBSA, 2019). Katılımcıların bel çevresi ortalamalarının kadınlarda TBSA 2019 verilerinden daha düşük, erkeklerde ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak DSÖ'nün belirlediği referans değerlere göre bel çevresinin kadınlarda 80 cm ve erkeklerde 94 cm üzeri olması vücut ağırlığıyla ilgili metabolik komplikasyonlar ve kronik hastalıklar için riskli olarak değerlendirildiğinden çalışmadaki erkek ve kadın katılımcıların bel çevresi ortalamarı kronik hastalıklar için riskli grupta yer almaktadır (WHO,2011).

Türkiye'de yetişkin bireylerde yürütülen kesitsel bir çalışmada bel çevresi/kalça çevresi oranı erkeklerde $0,9 \pm 0,1$ ve kadınlarda $0,8 \pm 0,1$ olarak saptanmıştır (Karaca ve ark., 2021). Singapur'da yürütülen bir çalışmada ise 21-74 yaş arası bireylerde bel çevresi/kalça çevresi oranı erkeklerde $0,88 \pm 0,06$ kadınlarda $0,80 \pm 0,07$ olarak bulunmuştur (Lam ve ark., 2015). Bu çalışmada ise katılımcıların bel çevresi/kalça çevresi oranları (E: $0,93 \pm 0,1$ ve K: $0,82 \pm 0,1$) daha yüksektir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması raporuna göre ise 19-64 yaş grubu kadın ve erkeklerde bel çevresi/kalça çevresi oranı ortalamarı sırayla $0,84 \pm 0,08$ ile $0,91 \pm 0,07$ 'dir (TBSA, 2019). Katılımcıların bel çevresi/kalça çevresi ortalamarı kadınlarda (K: $0,82 \pm 0,1$) TBSA 2019 verilerinden daha düşük iken, erkeklerde (E: $0,93 \pm 0,1$) daha yüksektir (Tablo 4.3.1). Bunun sebebi erkeklerin bel çevresi ölçümlerinin TBSA 2019'a göre daha yüksek

olmasıdır. Ayrıca DSÖ'ne göre bel çevresi/kalça çevresi oranının kadınlarda 0.85'ten ve erkeklerde ise 0, 90' dan fazla olması android tip obezite ve kronik hastalık riski ile ilişkilendirildiğinden çalışmadaki erkek katılımcıların bel çevresi/kalça çevresi oranı ortalaması kronik hastalıklar için riskli olan grupta yer almaktadır (WHO,2011).

Avustralya'da yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada bel çevresi/boy uzunluğu ortalamaları erkeklerde $0,55\pm0,06$ ve kadınlarda $0,54\pm0,08$ olarak saptanmıştır (Kagawa ve ark., 2008). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması raporuna göre ise 19-64 yaş grubu kadın ve erkeklerde bel çevresi/boy uzunluğu oranı ortalamaları sırasıyla $0,57\pm0,11$ ile $0,55\pm0,08$ 'dir. Bu çalışmada katılımcıların bel/boy oranı ortalaması ise kadınlarda $0,52\pm0,1$; erkeklerde $0,55\pm0,1$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Bel çevresi/boy uzunluğu oranı abdominal yağlanmanın göstergelerinden birisidir. Katılımcıların bel çevresi/boy uzunluğu oranı ortalaması 0,5-0,6 aralığında olduğundan kronik hastalıkların önlenmesi açısından eyleme geçilmesi gerektiğini göstermektedir (Ashwell ve Hsieh, 2005).

Türkiye'de 20-60 yaş arası bireylerle yürütölen bir çalışmada kadınların boyun çevresi ortalaması $33,43\pm3,17$ cm ve erkeklerin ise $40,27\pm3,41$ cm olarak saptanmıştır (Saka ve ark., 2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporuna göre 19-64 yaş grubu kadın ve erkeklerde boyun çevresi ortalamaları sırayla $34,7\pm3,46$ cm ve $39,1\pm3,40$ cm'dir (TBSA, 2019). Bu çalışmada katılımcıların boyun çevresi ortalamaları ise kadınlarda $33,1\pm2,4$ cm; erkeklerde $39,1\pm2,4$ cm olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Boyun çevresi abdominal obezite hakkında fikir vermektedir. Kadınların boyun çevresi ölçömlerinin TBSA 2019'a göre daha düşük olmasının sebebinin bel çevresi ölçömlerinin de daha düşük olmasından kaynaklanabileceğı düşünölmektedir. Boyun çevresi ölçömlünün erkeklerde ≥ 37 cm, kadınlarda ≥ 34 cm olması obezite için bir risk faktörü olarak değeriendirildiğinden çalışmadaki erkek katılımcıların boyun çevreleri ortalamaları kronik hastalıklar için riskli grupta bulunmaktadır (TBSA, 2019).

Ayrıca çalışmada kadınların tüm antropometrik ölçömlerinin erkeklerden anlamlı olarak daha düşük olduğunun saptanması ($p<0,05$) (Tablo 4.3.1) beklenen bir sonuçtur.

5.4. Katılımcıların Fiziksel Aktivite Durumları

Yetişkin bireylerde fiziksel aktivite; kas gücü ve vücut esnekliğini arttırmak, kalp-damar sistemini güçlendirmek, vücut ağırlığı yönetimini sağlamak ve ruh sağlığını korumak gibi birçok faydalı etkiye sahiptir (Tunay ve ark., 2008).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada erkeklerde yüksek şiddetli fiziksel aktivite daha fazla iken, kadınlarda orta şiddetli fiziksel aktivitenin daha fazla olduğu bulunmuştur (Aslan ve ark., 2007). Bu çalışmada ise çok aktif olan erkeklerin oranının kadınların oranından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıca çalışmadaki katılımcıların %53,1'i inaktiftir; dolayısıyla yarıdan fazlasının aslında sedanter bir yaşam tarzına sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.4). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporuna göre ise 19-64 yaş grubu bireylerde bir gün boyunca oturarak yapılan işlerin süre ortalaması $507,6\pm224,4$ dk olarak saptanmıştır (TBSA, 2019).

5.5. Katılımcıların Enerji ve Besin Ögesi Alım Miktarlarının Değerlendirilmesi

Türkiye için önerilen günlük enerji ve besin ögesi alım düzeylerine göre normal boy uzunluğu ve vücut ağırlığına sahip 51-65 yaş aralığındaki kadınların yaklaşık enerji gereksiniminin 1917 kkal, erkeklerin ise 2250 kkal olduğu belirtilmektedir (Baysal ve ark, 2016; TBSA, 2019). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019'a göre 19-64 yaş aralığındaki erkeklerin yaklaşık $2249,0\pm760,90$ kkal/gün, kadınların ise $1657,6\pm569,58$ kkal/gün enerji aldıkları saptanmıştır. Katılımcıların 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtlarından elde edilen verilere göre (Tablo 4.5) erkeklerin enerji alımı ortalaması ($2010,7\pm 445,1$ kkal) ile kadınların enerji ortalamasının ($1683,45\pm308,1$ kkal) TBSA verilerine yakın olduğu görülmektedir. Ayrıca 2022'de yayımlanan TÜBER'de (TÜBER, 2022) belirtilen 40-49 yaş aralığındaki orta aktif erkek ve kadınların ortalama enerji gereksinimine (E:2429 kkal/gün K:1934 kkal/gün) paralel olarak çalışmada erkeklerin enerji alımı ortalaması ($2010,7\pm445,1$ kkal) kadınlara kıyasla ($1683,45\pm308,1$ kkal) anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$). Erkek ve kadınların diyetle alınan günlük karbonhidrat, protein, yağ miktarları (sırasıyla E: $210,2\pm61,6$ g; $83,8\pm30,9$ g; $90,2\pm28,1$ g ve K: $179,1\pm43,9$ g; $63,8\pm19,7$ g; $76,9\pm21,9$ g) ve bunların enerji alımına oranı

(sırasıyla E: %42,9±9,1; %17,0±4,3; %39,8±8,2 ve K: %43,7±8,42; %15,5±4,1; %40,5±7,9) karşılaştırıldığında erkek ve kadınlarda günlük alınan yağ yüzdelerinin TÜBER-2022'de belirtilen değerlere göre (E: %20-35 ve K: %20-35) daha yüksek; karbonhidrat yüzdelerinin ise belirtilen değerlerden (E: %45-60 K: %45-60) daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmada erkeklerde diyetle alınan protein ve yağ miktarı ile proteinin toplam enerji alımındaki yüzdesinin kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 raporunda da erkeklerde alınan protein ve yağ miktarı (sırasıyla E: 81,3±30,37 g; K: 57,4±21,35 g ile E: 83,3±36,09 g; K: 64,6±27,52 g) ile protein yüzdesi ortalamaları kadınlara kıyasla daha yüksektir (E: %15,4±3,38 ve K: %14,8±3,32). Kadın ve erkek katılımcıların diyetle aldıkları ortalama posa miktarları (K: 25,2±11,2 g ve E: 26,9 ±13,8 g) TÜBER-2022'de önerilen yeterli alım miktarlarına (K: 25 mg ve E: 25 mg) yakın bulunmuştur. Katılımcıların diyetle aldıkları mikro besin öğeleri incelenirse, erkek ve kadın katılımcıların aldıkları B2 vitamini (E: 1,5±0,7 mg ve K: 1,2±0,5 mg), C vitamini (E: 79,1±59,1 mg ve K: 87,3±64,1mg) kalsiyum miktarları (E: 666,2±302,8 mg K: 627,3±227,3 mg) ile erkek katılımcıların aldıkları B6 vitamini miktarının (E: 1,6±0,7 mg) TÜBER-2022'de belirtilen mikro besin öğelerinin günlük yeterli alım miktarlarından (sırasıyla B2 vitamini E: 1,6 mg ve K:1,6 mg , C vitamini E:110 mg ve K:95 mg , kalsiyum E: 950-1000 mg ve K: 950-1000 mg, B6 vitamini E:1,7 mg) düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmada erkek katılımcıların B2 vitamini, B6 vitamini, demir, magnezyum, çinko alım miktarlarının kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). Erkeklerin protein alımlarının kadınlardan yüksek olması bu vitamin ve mineralleri içeren özellikle hayvansal kaynaklı besinlerin erkekler tarafından daha çok tercih ediliyor olabileceğini düşündürmektedir.

5.6. Katılımcıların Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğine İlişkin Bilgileri

Akdeniz diyeti; rafine edilmemiş tahıllar, bitkisel kaynaklı besinler (baklagil, meyve ve sebzeler) ile başta sızma zeytinyağı olmak üzere bitkisel kaynaklardan elde edilen doymamış yağlardan zengin, yüksek düzeyde balık ve deniz ürünleri içeren; orta düzeyde yumurta, kümes hayvanları, fermente süt ürünleri (peynir-yoğurt) tüketimi ile düşük düzeyde kırmızı et tüketimi ile karakterize, tercihe göre yemeklerin yanında

ölçülü kırmızı şarap tüketiminin gözlendiği bir beslenme modelidir (Tsofliou ve ark., 2020).

İspanya'da yetişkin bireylerle yapılan kesitsel bir çalışmada katılımcıların ortalama MEDAS skoru 6,34 (%95 CI: 6,29–6,39) olarak saptanmış ve katılımcıların sadece %12'sinin beslenme örüntüsünün Akdeniz diyetine uygun olduğu belirtilmiştir (León-Muñoz ve ark., 2012). Pehlivanoğlu ve arkadaşları Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında 18-65 yaş arası bireylerde ortalama MEDAS skorunu 6.83 ± 3.34 olarak bulmuştur. Katılımcıların %42,25'inin 7 ve üzerinde puan alarak Akdeniz diyetine kabul edilebilir düzeyde uyum, %57,75'nin ise 7 ve altında puan alarak Akdeniz diyetine düşük uyum gösterdiği saptanmıştır (Pehlivanoğlu ve ark., 2020). Bu çalışmada ise katılımcıların MEDAS skoru ($7,3 \pm 1,7$) çalışma Akdeniz Bölgesinde yürütüldüğü için biraz daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4. 6.1). Ayrıca katılımcıların çoğunluğunun (%73,6) Akdeniz diyetine orta uyum, %10,1'inin ise yüksek uyum gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.6.1). Çalışmada Akdeniz diyetine orta uyum gösteren katılımcıların yoğunlukta olmasının çalışmanın Akdeniz bölgesinde gerçekleştirilmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren katılımcıların beklenen oranda olmaması ise dünya çapında son 50-60 yılda batı tarzı beslenme alışkanlıklarının artış göstermesi ile açıklanabilmektedir (Tsofliou ve ark., 2020). Örneğin Güney Avrupa'da Akdeniz diyetine uyumun değerlendirildiği bir çalışmada İspanya, Portekiz, İtalya, Yunanistan ve Kıbrıs 'ı Akdeniz bölgeleri; Bulgaristan ve Kuzey Makedonya Cumhuriyeti Akdeniz dışı bölgeler olarak ele alınmış ve Akdeniz bölgelerinde Akdeniz diyetine orta düzeyde uyum (7.08 ± 1.96) görülürken; Akdeniz dışı bölgelerdeyse Akdeniz diyetine uyumun daha düşük olduğu (5.58 ± 1.82) gözlenmiştir. Akdeniz bölgelerinde Akdeniz diyetine uyum anlamlı olarak daha yüksek olsa da iki bölgede de Akdeniz diyetine istenen düzeyde yüksek uyum saptanamamıştır (Quarta ve ark., 2021).

Cinsiyete göre karşılaştırma yapıldığında literatürde Akdeniz diyetine uyumun kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçları mevcuttur. Bu çalışmalarda kadınların Akdeniz diyeti bileşenlerini oluşturan besinleri tercihinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Patino-Alonso ve ark.,

2014; Quarta ve ark., 2021). Bu çalışmada da benzer şekilde kadınlarda Akdeniz diyetine uyumun erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo.4.6.1).

5.6.1. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Akdeniz diyetine uyum bireylerin sosyodemografik özellikleri, yaşam tarzları gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda yaş azaldıkça yani genç bireylerde Akdeniz diyetine uyumun azaldığını gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır (León-Muñoz ve ark., 2012; Quarta ve ark., 2021). Bu çalışmada yaş ile Akdeniz diyeti arasında anlamlı bir korelasyon olduğu; yaş arttıkça Akdeniz diyetine uyumun arttığı görülmüştür ($r= 0,226$ $p<0,001$) (Tablo 4.10). Yaşla birlikte bireylerde geleneksel beslenme alışkanlıklarına bağlılığın, evde yemek yapma ve yemenin artmasıyla Akdeniz diyetine uyumun arttığı düşünülmektedir.

Birleşik Krallık'ta yapılan epidemiyolojik bir çalışmada medeni duruma göre Akdeniz diyetine uyumun farklılık göstermediği belirtilmiştir (Tong ve ark., 2018). Bu sonucun aksine çalışmamızda Akdeniz diyetine orta ve yüksek uyum gösteren gruplarda evli bireylerin oranının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.6.2). Kültürel farklılıkların bu sonuç farklılığına yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Gelir durumunun sağlıklı beslenmeye ulaşmada önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Sağlıklı gıdaların yüksek maliyetinin sağlıklı beslenmenin önünde bir engel yaratabildiği düşünülmektedir. Tong ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik bir çalışmada hane halkı gelir durumu ile Akdeniz diyetine uyum arasında ilişkili bulunmuştur (Tong ve ark., 2018). Bu çalışmada Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren grubun benzer şekilde daha yüksek gelir düzeyine sahip olduğu görülse de Akdeniz diyetine uyum gruplarına göre gelir durumu dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6.2).

Beslenme ile uyku kalitesi arasında da bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Literatürde Akdeniz diyetinin daha iyi uyku kalitesi ile ilişkilendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (Campanini ve ark., 2017; Godos ve ark., 2019). Bu çalışmada da Akdeniz diyetine orta

uyum gösteren bireylerin düşük uyum gösterenlere göre uyku saatlerinin anlamlı olarak daha düzenli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6.2).

Yetişkin bireylerde Akdeniz diyetine bağlılıkla ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada Akdeniz diyetine bağlılık ile haftalık fiziksel aktivite düzeyi ilişkilendirilmiştir ([OR]=1.588; $p<0,005$) (Patino-Alonso ve ark., 2014). Bu çalışmada ise fiziksel aktivite düzeyleri ile Akdeniz diyetine uyum ($p>0,05$) (Tablo 4.6.5) ve fiziksel aktivite skorları ile Akdeniz diyeti uyum puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

5.6.2. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Akdeniz diyeti sağlıklı beslenme için kültürel bir model olarak karşımıza çıkmaktadır (Willet ve ark., 1995). Bu noktada sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile Akdeniz diyeti birlikte değerlendirilebilmektedir.

Akdeniz diyetine uyum ile öğün atlama durumunun incelendiği üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada Akdeniz diyetine uyum arttıkça öğün atlama oranının düştüğü belirtilmiştir (El Hajj ve Julien, 2021). Bu çalışmada da benzer şekilde Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerde yüksek uyum gösterenlere kıyasla ana öğün atlama oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6.3).

Akdeniz diyeti beslenme modelinde kültürel boyut olarak birlikte yenen yemeklerden ve kültürel mutfak aktivitelerine zaman ayırmadan bahsedilmektedir (Lluís Serra-Majem et al., 2020). Sistematiik bir derlemede, birlikte yemek yemenin daha dengeli bir beslenme şekli ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Eto ve ark., 2022). Bunu destekler nitelikte bu çalışmada, sağlıklı bir beslenme modeli olan Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin orta uyum gösterenlere kıyasla yemeklerini daha çok yalnız yemeyi tercih ettikleri saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 4.6.3.)

Güncel Akdeniz diyeti piramidine göre işlenmiş et ve kırmızı et tüketimi haftada maksimum 1-2 porsiyonla; işlenmiş ve şekerli yiyeceklerin tüketimi haftada maksimum 3 porsiyonla sınırlandırılmalıdır (Lluís Serra-Majem et al., 2020). Buna paralel olarak bu

çalışmada Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin haftada 1-2 kez ve üzeri sıklıkta fast-food tüketiminin orta ve yüksek uyum gösterenlere göre daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 4.6.3). Buna ek olarak hem cips, çikolata, kraker, bisküvi vb. paketli ürünlerin tüketim sıklığı hem de fast-food tüketim sıklığı ile Akdeniz diyetine uyum arasında negatif anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r= -0,207$; $p<0,001$; $r= -0,223$ ve $p<0,001$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10).

5.6.3. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Akdeniz diyetinin antropometrik ölçümlerle ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çeşitli beslenme modellerinin değerlendirildiği bir meta-analizde Akdeniz diyetinin vücut ağırlığı ve BKİ kontrolü üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmektedir (Dinu ve ark., 2020). Başka bir meta-analizde Akdeniz diyetinin, metabolik sendrom bileşenlerinden kabul edilen yüksek bel çevresini kontrol altına almada olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (Papadaki ve ark. 2020). Akdeniz diyeti ile bel çevresi/kalça çevresi oranı arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir sistematik derlemeye göre Akdeniz diyetinin bel çevresi/kalça çevresi oranını düşürdüğünü gösteren sonuçlar olduğu gibi Akdeniz diyeti ile bel çevresi/kalça çevresi oranı arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı bulgular da mevcuttur (Bendall ve ark., 2018). PREDİMED (Prevención con Dieta Mediterránea) çalışmasında bel çevresi/boy oranı ile Akdeniz diyetine uyum arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Martínez-González ve ark., 2012). Türkiye'de yürütülmüş bir çalışmada ise boyun çevresinin Akdeniz diyetine kabul edilebilir uyum gösteren bireylerde düşük uyum gösteren bireylere kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunduğu belirtilmiştir (Duran, 2021). Bu çalışmalardan farklı olarak lise ve üniversite öğrencilerinde Akdeniz diyetine uyum ile antropometrik ölçümlerin değerlendirildiği Türkiye'de yürütülmüş bir çalışmada ise Akdeniz diyeti puanı ile BKİ, bel çevresi, boyun çevresi, bel çevresi/boy oranı değerleri arasında ise bir ilişki saptanamamıştır (Gümüş ve Yardımcı, 2019).

Bu çalışmada ise katılımcıların Akdeniz diyetine uyumu ve Akdeniz diyet skorları ile antropometrik ölçümleri arasında anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.6.4 ve Tablo 4.10). Vücut analizleri de dahil edilerek daha kapsamlı planlanan, büyük

örneklemlı çalışmalarla anropometrik ölçümler ile Akdeniz diyeti arasında bir ilişkinin saptanabileceği düşünülmektedir.

5.6.4. Katılımcıların Akdeniz Diyetine Uyumlarına Göre Enerji ve Besin gesi Alımları ile Besin Gruplarından Tüketim Miktarlarının Değerlendirilmesi

Akdeniz diyeti; sebze, meyve, rafine edilmemiş tahıllar, kurubaklagiller, yağlı tohumlar gibi bitkisel kaynaklar, zeytinyağı, balık ve deniz ürünleri bakımından zengin bir beslenme modeli olduğundan vcoda alınan doymamış yağ asitleri, posa, antioksidanlar ve biyoaktif bileşenler ile sağlığı koruyucu etkiye sahip bir beslenme modelidir (Barbaros ve Kabaran, 2014).

Basit karbonhidratlar Akdeniz diyetinde düşük oranda yer alırken, sağlığa yararlı etkileri olan kompleks karbonhidratlara ise daha fazla yer verilmektedir (Barbaros ve Kabaran, 2014). İspanya'da yetişkin bireylerle yapılan bir çalışmada bireylerin çoğunluğunda Akdeniz diyetine uyumlu bir karbonhidrat alımının olduğu gözlenmiştir (León-Muñoz ve ark., 2012). Ülkemizde niversite ęrencilerinde yapılan bir çalışmada ise günlük karbonhidrat alımı ile Akdeniz diyeti kalite indeksi arasında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Gümüş ve Yardımcı, 2020). Bu çalışmada ise katılımcıların 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydından elde edilen enerji ve besin ögesi alımlarının Akdeniz diyeti uyum durumlarına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.6.6) Akdeniz diyetine orta uyum gösteren bireylerin karbonhidrat alımı miktarı ($185,0 \pm 48,2$ g/gün) düşük uyum gösterenlerden ($205,8 \pm 58,6$ g/gün) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Akdeniz diyetinde basit karbonhidratların daha az yer alması bu bulguda etkili olmuş olabilir ancak Akdeniz diyetinin tam tahıllı besinler gibi kompleks karbonhidratlardan zengin olduğunun da unutulmaması gerekmektedir.

Akdeniz diyeti baklagil, meyve-sebze, rafine edilmemiş tahıllar bakımından zengin olduğundan gastrointestinal sistem, lipit ve glukoz metabolizmaları üzerine olumlu etkileri olduğu bilinen diyet lif bileşenleri yönünden de zengindir (Barbaros ve Kabaran, 2014). Sağlıklı yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada, tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde Akdeniz diyet puanları ile lif alımı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Aoun ve ark., 2019). Bu çalışmada da Akdeniz diyetine düşük

uyum gösteren bireylerin çözünür lif ve toplam lif alımı (sırasıyla $22,5 \pm 14,2$ g/gün; $7,9 \pm 7,5$ g/gün) orta ve yüksek uyum gösteren bireylerden (sırasıyla $25,8 \pm 10,8$ g/gün ve $30,4 \pm 14,9$ g/gün; $8,7 \pm 8,7$ g/gün ve $10,0 \pm 7,1$ g/gün) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Çözünmez lif alımı miktarı Akdeniz diyetine yüksek uyum gösterenlerde daha yüksek ($16,3 \pm 6,4$ g/gün) olsa da tüm Akdeniz diyeti uyum kategorileri arasında anlamlı bir fark olduğu (sırasıyla $13,4 \pm 7,2$ g/gün ve $16,3 \pm 6,4$ g/gün) görülmüştür ($p < 0,05$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren grupta lif miktarlarının anlamlı olarak daha düşük bulunması beklenen bir sonuçtur.

Akdeniz diyeti mikro besin öğeleri yönünden zengin bir beslenme modelidir. Bir derlemeye göre Akdeniz diyetine bağlılık, daha iyi bir beslenme profili ile ilişkilendirilmiştir. Akdeniz diyetine bağlılığın yüksek olduğu bireylerde mikro besin alımı yetersizliğinin daha az görülebileceği belirtilmektedir (Castro-Quezada ve ark., 2014). Yetişkin bireylerde Akdeniz diyeti uyumuna göre C vitamini, B6 vitamini, folat ve magnezyum alım miktarlarının spesifik olarak kıyaslandığı bir çalışmaya rastlanılmasa da, Fransa'da yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada C vitamini, B6 vitamini, folat ve magnezyum alım miktarlarının kadın ve erkek bireylerde Akdeniz diyetine uyumla birlikte arttığı (Akdeniz diyeti uyumlarına göre bireylerin günlük vitamin ve mineral alımları sırasıyla C vitamini E: $74,7 \pm 63,6$ mg; $84,74 \pm 60,52$ mg; $95,25 \pm 67,72$ mg ve K: $74,05 \pm 57,53$ mg; $82,16 \pm 57,01$ mg; $92,10 \pm 66,30$ mg; B6 vitamini E: $1,52 \pm 0,54$ mg; $1,69 \pm 0,62$ mg; $1,68 \pm 0,58$ mg ve K: $1,22 \pm 0,51$ mg; $1,34 \pm 0,53$ mg; $1,42 \pm 0,58$; Folat E: $271,3 \pm 119,9$ µg; $305,2 \pm 128,7$ µg; $325,9 \pm 144,5$ µg ve K: $230,8 \pm 125,9$ µg; $257,9 \pm 119,8$ µg; $294,0 \pm 143,6$ µg; Magnezyum E: $276,0 \pm 78,5$ mg; $294,7 \pm 83,3$ mg; $301,2 \pm 80,0$ mg ve K: $221,0 \pm 71,5$ mg; $235,1 \pm 74,8$ mg; $252,6 \pm 83,7$ mg) saptanmıştır (Feart, ve ark., 2012). Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise bireylerin C vitamini, B1 vitamini, B6 vitamini, folat ve magnezyum alım miktarları ile Akdeniz diyeti kalite indeksi skorları arasında pozitif korelasyonlar bulunmuştur (Gümüş ve Yardımcı, 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin C vitamini, B1 vitamini, B6 vitamini, folat ve magnezyum alım miktarlarının Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır (sırasıyla C vitamini $67,9 \pm 51,2$ mg/gün ile $111,7 \pm 69,1$ mg/gün; B1 vitamini $0,9 \pm 0,4$ mg/gün ile $1,1 \pm 0,5$ mg/gün; B6 vitamini $1,3 \pm 0,5$ mg/gün

ile $1,6\pm0,6$ mg/gün; folat $305,3\pm178,3$ µg/gün ile $369,1\pm193,3$ µg/gün; magnezyum $289,0\pm109,3$ mg/gün ile $348,1\pm147,3$ mg/gün; $p<0,05$).

Güncel Akdeniz diyet piramidine göre her gün öğün başına en az biri çiğ olmak üzere günlük en az 2 porsiyon sebze; farklı renk ve çeşitte öğün başına 1-2 porsiyon meyve tüketimi önerilmektedir (Lluís Serra-Majem ve ark., 2020). Çalışmada katılımcıların Akdeniz diyeti uyum durumlarına göre besin gruplarından tüketim miktarları değerlendirildiğinde (Tablo 4.6.7) Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren grupta dahi günlük sebze tüketiminin Akdeniz diyet piramidi önerilerinden daha düşük olduğu ($183,4\pm153,2$ g/gün) görülmektedir. Meyve tüketimin ise Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren bireylerde ($237,5\pm173,5$ g/gün) Akdeniz diyet piramidindeki önerilen miktarlara yaklaştığı saptanmaktadır. Akdeniz diyet piramidine göre süt ürünlerinin günlük ılımlı düzeyde (maksimum 2 porsiyon) tüketimi önerisi, çalışmadaki katılımcıların süt ve süt ürünleri tüketim miktarlarına (Akdeniz diyeti uyum gruplarına göre sırasıyla $180,9\pm160,2$ g/gün, $183,1\pm138,3$ g/gün, $191,1\pm131,3$ g/gün) uygunluk göstermektedir. (Lluís Serra-Majem ve ark., 2020). Akdeniz diyet piramidine göre beyaz etin haftalık 2 porsiyon ve yumurtanın haftalık 2-4 porsiyon tüketimine yer verilirken; balık ve deniz ürünlerinin ise haftada 2 porsiyondan fazla alınması önerilmektedir. Bunların yanı sıra işlenmiş et ve kırmızı etin ise haftada maksimum 1-2 porsiyonla sınırlandırılması gerekmektedir (Lluís Serra-Majem ve ark., 2020). Çalışmadaki bireylerin et ve et ürünlerinden tüketim miktarları ise Akdeniz diyetine düşük orta ve yüksek uyum gösteren gruplarda sırasıyla $122,4\pm95,7$ g/gün, $122,3\pm90,1$ g/gün ve $114,7\pm91,5$ g/gün şeklindedir. Ancak bireylerin et grubu tüketim miktarlarının Akdeniz diyet piramidine göre kıyaslanabilmesi için yumurta, balık ve deniz ürünleri, kırmızı et ve işlenmiş etin ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kohort bir çalışmada, beklenildiği üzere Akdeniz beslenme modeli ile günlük zeytinyağı, kümes hayvanları, balık, az yağlı süt ürünleri, baklagiller, meyve ve sebze tüketimi ilişkili bulunmuştur (Serra-Majem ve ark., 2009). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise toplam sebze ve meyve tüketimi ile Akdeniz diyeti skoru arasında pozitif bir ilişki bulunurken tatlı, çikolata ,cips, tuzlu atıştırmalık ve alkolsüz şekerli içecek tüketimi ile Akdeniz diyeti skoru arasında ise negatif bir ilişki

saptanmıştır (Vélez-Toral ve ark. 2021). Bu çalışmada ise Akdeniz diyetine uyum arttıkça tahıl, ekmek ve ekmek yerine geçen besinlerin tüketiminin azaldığı saptanırken ($p<0,001$) meyve tüketiminin Akdeniz diyetine uyum ile arttığı bulunmuştur ($p<0,001$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerde orta ve yüksek uyum gösteren bireylere kıyasla daha düşük miktarda günlük yağlı tohum tüketildiği bulunurken ($p=0,001$), günlük daha yüksek miktarda bal, reçel, şeker vb. tatlıların tüketildiği belirlenmiştir ($p=0,004$) (Tablo 4.6.7).

5.7. Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeylerine İlişkin Bilgiler

Yetişkin bireylerde depresyon, anksiyete ve stres toplumda günden güne önemli bir oranda artış gösteren yaygın psikolojik sorunlardır (Epel et al., 2018; Firth, Solmi, et al., 2020). Dünyada yaklaşık 280 milyon kişinin depresyondan etkilendiği düşünülmektedir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, Erişim tarihi 20 Ağustos 2022). Toplumun %33,7'sinin ise yaşamı boyunca en az bir kez anksiyete bozukluklarından etkilendiği belirtilmektedir (Bandelow ve Michaelis, 2022).

Klinik olmayan yetişkin örnekleimde DASS-21 ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyon puan ortalaması $5,7\pm 8,2$; anksiyete puan ortalaması $4,0\pm 6,3$ ve stres puan ortalaması ise $8,1\pm 7,6$ olarak bulunmuştur (Sinclair ve ark., 2012). DASS-21 ölçeğinin kullanıldığı yetişkin bireylerle yapılan bir diğer çalışmada depresyon puan ortalaması $2,38\pm 2,69$; anksiyete ortalaması $4,08\pm 3,12$ ve stres puanları ortalamasının $4,08\pm 3,12$ olduğu saptanmıştır (Dönmez ve Çelikkaleli, 2021). Bu çalışmada ise katılımcıların toplam depresyon puan ortalaması $4,5\pm 3,8$; anksiyete puan ortalaması $3,1\pm 3,1$ ve stres puan ortalaması ise $5,3\pm 3,3$ 'tür (Tablo 4.7.1). Depresyon, anksiyete ve stres sınıflamasına göre katılımcıların çoğunluğunun normal grupta olduğu görülmüştür (Tablo 4.7.2).

Bazı çalışmalarda hormonal farklılıklardan dolayı depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olabileceği belirtilmektedir (Eid, Gobinath, & Galea, 2019; Rincón-Cortés, Herman, Lupien, Maguire, & Shansky, 2019). Bu çalışmada ise cinsiyete göre depresyon, anksiyete, stres puanları ve düzeylerinde herhangi bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Daha geniş örneklemlerle yapılacak

çalışmalarda cinsiyete göre depresyon, anksiyete, stres puanları ve düzeyleri arasında bir fark görülebileceği düşünülmektedir.

Yaş ile depresyon arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. 20-89 yaş aralığındaki genel popülasyonda yrtlen bir çalışmada depresyon puanlarında ve prevalansında yaşla birlikte doğrusala yakın bir artış olduğu bulunmuştur (Stordal ve ark., 2003). Ayaktan tedavi gören hastalarda depresyon ve depresif belirti prevalanslarını inceleyen bir meta-analize göre ise en düşük depresyon oranlarının 30 yaş altında olduğu görülmüştür (Wang ve ark., 2017). Ancak bunların aksine ülkemizde genç yetişkin bireylerde depresif semptomların yüksek olduğunu gösteren birçok çalışmada mevcuttur (İskender ve ark., 2018; Ulas ve ark., 2015). Bu çalışmada da yaş ile depresyon arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = -0,121$; $p < 0,05$) (Tablo 4.10).

Gutiérrez-Rojas ve ark. yaptığı çalışmada medeni durum ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiş olup; bekar olma durumu ile major depresyon riski arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (Gutiérrez-Rojas ve ark., 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde bekar bireylerde evli bireylere kıyasla depresyon skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.7.3).

Bir derlemeye göre ekonomik koşulların bireylerin mental sağlığını etkileyebileceği belirtilmektedir (Silva ve ark. , 2020). Ekonomik kriz öncesi dönem (2008–2009) ile ekonomik kriz döneminin (2012–2013) karşılaştırıldığı bir çalışmada ekonomik kriz döneminde antidepresan kullanımının kriz öncesi döneme göre artış gösterdiği, katılımcılarda major depresif bozukluk oranının ise %39'dan %61'e yükseldiği saptanmıştır (Sicras-Mainar ve Navarro-Artieda, 2015). Bunu destekler nitelikte bu çalışmada da ekonomik durumu daha kötü olan bireylerin daha yüksek depresyon ve stres skorlarına sahip olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,05$) (Tablo 4.7.3). Ayrıca gelir durumu ile depresyon, anksiyete ve stres arasında da negatif bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r = -0,220$ $p < 0,001$; $r = -0,128$ $p < 0,001$ ve $r = -0,128$; $p < 0,05$) (Tablo 4.10).

Genel olarak fiziksel aktivitenin mental hastalık riskini azalttığı ve mental sağlığı koruduğu belirtilmektedir (Sema ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite ile depresyon arasında negatif yönde yüksek bir korelasyon bulunmuştur ($r:-0.75$ $p<0,05$) (Neslihan ve Bademli, 2017). Bu çalışmada ise fiziksel aktivite ile depresyon ve stres arasında bir ilişki yok iken ($p>0,05$); fiziksel aktivite ile anksiyete skorları arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r= -0,131$; $p<0,05$) (Tablo 4.24). Fiziksel aktivitenin özellikle de düzenli egzersizin; mitokondriyel fonksiyon, mTOR (rapamisin protein kompleksinin memeli hedefi), endorfinler, nörotransmitterler, hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen ve termojenik hipotez dahil olmak üzere çeşitli fizyolojik ve biyokimyasal mekanizmalar yoluyla depresyon, anksiyete ve stres üzerinde olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte egzersizin inflamasyonu azalatarak daha iyi bir ruh halini destekleyebileceği de belirtilmektedir (Mikkelsen ve ark., 2017). Ayrıca egzersizin benlik saygısı, öz-yeterlilik gibi çeşitli psikososyal mekanizmalarla da mental sağlığı koruduğu ifade edilmektedir (Kandolo ve ark., 2019).

Yetişkin örnekleimde yapılan gözlemsel bir çalışmada uyku kalitesi ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasında bir ilişki bulunmuştur. Depresyon, anksiyete ve stres değişkenliğinin %10,1'ini, %12,3'ünü ve %13,1'ini açıklayarak birden çok varyans kaynağı olduğunu gösteren modelde uyku kalitesi daha iyi bir psikolojik durum ile ilişkilendirilmiştir (João ve ark., 2018). Bu çalışmada da uyku saatleri düzenli olan katılımcıların olmayanlara göre daha düşük depresyon, anksiyete ve stres skorlarına sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.7.3). Uykunun duygusal durum üzerindeki etkisinin altında yatan mekanizmalar net olmasa da uyku problemi yaşayan bireylerin beynindeki limbik sistemlerinde bazı değişiklikler olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca REM uykusuna bağlı mekanizmaların ve uyku eksikliğine bağlı enerji kaybının da uyku ve duygusal durum arasındaki ilişkiyi açıklayabileceği düşünülmektedir (Kahn ve ark., 2013).

Sigara ve tütün ürünleri kullanımının psikolojik sağlık ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Prochaska ve ark., 2017). Epidemiyolojik bir çalışmada anksiyete ve komorbid anksiyete ile depresyon sigara kullanımıyla ilişkilendirilmiştir (Mykletun ve ark., 2008). Bunu destekler nitelikte bu çalışmada da sigara kullananların

kullanmayanlara göre daha yüksek anksiyete skorlarına sahip olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.7.3).

Depresyon ve anksiyetenin iştah regülasyonuna etkisi farklılık gösterse de genel olarak depresyon ve anksiyete durumlarında iştahın baskılandığı görülmektedir (Rao ve ark., 2008). Yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada kadın ve erkeklerde öğün atlama ile depresyon anlamlı olarak ilişkilendirilmiştir. Ayrıca kadınlarda akşam yemeğini atlama (%7,2) ve tek başına yeme (%7,2) aile ile akşam yemeği yiyenlerden (%4,3); kahvaltıyı atlama (%6,1) ve tek başına yeme (%6,0) aile ile kahvaltı edenlerden (%3,5); öğle yemeğini atlama (%13,8) ve tek başına yeme (%5,2) aile ile öğle yemeği yiyenlerden (%4,4) anlamlı olarak daha yüksek depresyon prevalansına sahip olma ile ilişkilendirilmiştir (Lee ve Kim, 2021). Yetişkinlerdekine benzer şekilde yaşlı bireylerde yapılan kesitsel bir çalışmada da öğün atlamanın depresyon ve anksiyete ile ilişki olduğu gösterilmiştir (Anderson, 2020). Stresin de iştah regülasyonuna etkisi olduğu düşünülmektedir. Bireysel farklılıklar görülse de genel olarak kronik streste artan yeme isteği, akut streste ise azalan yeme isteği görülmektedir (Ans ve ark., 2018). Bu çalışmada da ana öğün atlayanların atlamayanlara kıyasla daha yüksek anksiyete ve stres skorlarına sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.7.3). Ayrıca çalışmalarda besin tercihlerinin de psikolojik durumlardan etkilendiği; depresyon, anksiyete ve stres durumlarında enerji, şeker ve yağ içeriği yüksek besinlerin tercihinin arttığı belirtilmektedir (Ans ve ark., 2018; Rao ve ark., 2008). Dolayısıyla bu çalışmada da cips, çikolata, kraker bisküvi vb. paketli ürün tüketme sıklığı ile depresyon, anksiyete ve stres arasında (sırasıyla $r = 0,180$ $r=0,198$ $r=0,174$ $p<0,05$); fast-food tüketme sıklığı ile de anksiyete ve stres arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla $r=0,123$ $r=0,106$; $p<0,05$) (Tablo 4.10).

5.8. Katılımcıların Hollanda Yeme Davranışı Anketine İlişkin Bilgileri

Hollanda Yeme Davranışı Anketi; duygusal yeme (olumsuz duygulara tepki olarak gerçekleştirilen yeme davranışı), dışsal yeme (yemeğin görüntüsüne veya kokusuna yönelik geliştirilen yeme davranışı) ve kısıtlayıcı yeme (kilo almamak için gösterilen daha az yeme davranışı) davranışlarını değerlendiren üç alt boyuttan oluşmaktadır (Bozan ve ark., 2011).

Kadınların erkeklere kıyasla duygusal durumlara daha hassas olduğu öne sürülmekte ve buna bağlı olarak da duygusal yeme davranışı geliştirmeye daha açık oldukları belirtilmektedir (Akdevelioğlu ve Yörüsün, 2019). Buna paralel şekilde bu çalışmada da kadınlarda duygusal yeme skorlarının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8.1). Ayrıca genel olarak kadınların erkeklere kıyasla besin alımını kısıtlamak için toplumda daha fazla sosyal baskı altında hissettikleri vurgulanmaktadır (Kemp ve ark., 2013). Bunu destekler nitelikte bu çalışmada da kısıtlayıcı yeme skorlarının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8.1).

Uyku kalitesi ile yeme davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada uyku kalitesi ile duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme arasında herhangi bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir (Lotfi, ve ark., 2015). Başka bir çalışmada ise düşük uyku kalitesine sahip bireylerde yüksek uyku kalitesine sahip bireylere kıyasla duygusal ve dışsal yeme puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunurken; kısıtlayıcı yeme skorlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Dweck, ve ark., 2014). Bu çalışmada ise uyku saatleri düzenli olan katılımcıların daha yüksek kısıtlayıcı yeme puanına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.8.2).

Yeme davranışları ve beslenme eğitimi almayla ilgili yetişkin popülasyonda yapılan çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. Kadın dansçılarda yapılan bir çalışmada; beslenme eğitimi müdahalesinden sonra bireylerin duygusal yeme ve dışsal yeme skorları değişmezken; kısıtlayıcı yeme skorlarının anlamlı olarak azaldığı görülmüştür (Yannakoulia ve ark., 2002). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada beslenme ve diyetetik bölümünde eğitim alan öğrencilerin diğer bölümlere kıyasla diyet kısıtlamalarının daha fazla olduğu ancak bunun yeme bozukluğu tanısı açısından bir fark oluşturmadığı belirtilmiştir (Korinth ve ark., 2010). Bu çalışmada ise daha önce beslenme eğitimi aldığını belirten bireylerin eğitim almayan bireylere göre daha yüksek kısıtlayıcı yeme skoruna sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.8.2).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada daha önce diyet yapan öğrencilerin duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme skorlarının diyet yapmanlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Akdevelioğlu ve Yörüsün, 2019). Bu çalışmada ise

herhangi bir diyet uyguladığını belirten bireylerin kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme skorları diyet yapmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8.2).

Yeme davranışları besin tercihlerimizi etkileyebilmektedir. Bir çalışmada duygusal yemenin tatlı yiyecekler, abur cubur ve atıştırmalık tüketiminin ana belirleyicisi olduğu, dışsal yemenin ise tatlı yiyeceklerin alımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Shukri ve Noor, 2017). Başka bir çalışmada ise duygusal yeme ve dışsal yeme ile fast-food ve atıştırmalık tüketimi arasında pozitif bir ilişki bulunurken; kısıtlayıcı yeme ile şekerli yiyeceklerin tüketimi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Paans ve ark., 2019). Bu çalışmada ise cips, çikolata, kraker, bisküvi vb. paketli ürün tüketim sıklığı ile kısıtlayıcı yeme arasında negatif ilişki ($r= -0,253$ $p<0,001$); duygusal yeme ($r=0,125$ $p<0,05$) ve dışsal yeme ($r=0,330$ $p<0,001$) arasında ise pozitif ilişki saptanmıştır. Fast-food tüketme sıklığı ile kısıtlayıcı yeme arasında negatif bir ilişki ($r= -0,260$ $p<0,001$) var iken, duygusal yeme ($r=0,159$ $p<0,05$) ve dışsal yeme ($r=0,267$ $p<0,001$) arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.10).

Kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada yaş ile dışsal yeme ilişkili bulunurken; yaş ile duygusal ve kısıtlayıcı yeme arasında ise bir ilişki bulunamamıştır (Cebolla ve ark., 2014). Yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada ise 55-65 yaş arası kişilerde hem duygusal yeme hem de dışsal yeme en düşük düzeyde bulunurken; 18-24 yaş arası kişiler arasında bu yeme davranışlarının en yüksek düzeyde olduğu gözlenmiştir. Kısıtlayıcı yeme davranışı ile yaş grupları arasında ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Małachowska ve ark., 2021). Voleybol sporcularında yapılan bir diğer çalışmada ise yaş gruplarına göre dışsal yeme ve duygusal yeme skorlarında bir farklılık saptanmaz iken; kısıtlayıcı yeme skorlarının yüksek yaş gruplarında daha fazla olduğu bulunmuştur (Mutlu ve ark.,2022). Bu çalışmada da yaş ile duygusal yeme ve dışsal yeme arasında bir ilişki görülmezken ($p>0,05$); yaş ile kısıtlayıcı yeme arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($r=0,130$; $p<0,05$) (Tablo 4.10).

Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin beden algısı ve yeme davranışları arasından da kısıtlayıcı yeme davranışının değişebildiği gözlenmektedir. Mutlu ve ark. çalışmasında kısıtlayıcı yeme davranışı ile eğitim durumu arasında bir ilişki saptarken, duygusal yeme

ve kısıtlayıcı yeme davranışları ile eğitim durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır. (Mutlu ve ark., 2022). Bu çalışmada ise eğitim düzeyi ile dışsal yeme arasında zayıf pozitif ($r=0,161$; $p<0,05$) bir ilişki saptanırken; eğitim düzeyi ile duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme davranışları arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Ofis çalışanlarında yapılan bir çalışmada kadınlarda fiziksel aktivite ile yeme davranışları arasında bir ilişki bulunamazken, erkeklerde fiziksel aktivite ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Gül & Yıldırım, 2022). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların fiziksel aktivite skoru ile duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme skorları arasında bir ilişki bulunamamıştır (Düz & Aytekel, 2020). Bu çalışmada ise fiziksel aktivite ile duygusal yeme ve dışsal yeme arasında bir ilişki saptanamazken ($p>0,05$); literatüre benzer şekilde fiziksel aktivite ile kısıtlayıcı yeme arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r=0,137$ $p<0,05$) (Tablo 4.10).

Yeme davranışlarının antropometrik ölçümlerle de ilişkili olduğu belirtilmektedir. Kadınlarla yürütülen bir çalışmada BKİ arttıkça duygusal yeme ve dışsal yemenin arttığı görülmüştür (Cebolla ve ark., 2014). Ülkemizde yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada fazla kilolu ve obez bireylerde kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme puanının (sırasıyla $25,9\pm 8,10$ ve $32,4\pm 13,26$; $25,5\pm 7,27$ ve $31,4\pm 2,2$) normal vücut ağırlığına sahip olanlara kıyasla ($23,8\pm 8,10$ ve $28,8\pm 12,30$) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ayyıldız ve ark., 2021). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise BKİ ve bel çevresinin duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme skorları ile pozitif ilişkili; boyun çevresinin kısıtlayıcı yeme skoruyla pozitif ilişkili; bel çevresi/kalça oranının ise duygusal yeme skoruyla pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (Çil ve ark., 2020). Bu çalışmada ise BKİ ile duygusal yeme arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r= 0,119$ $p<0,05$). Bel çevresi, bel çevresi/ kalça çevresi oranı, bel çevresi/ boy uzunluğu oranı, boyun çevresi gibi diğer antropometrik ölçümler ile yeme davranışı puanları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Daha büyük örneklemlerli çalışmalarda bu antropometrik ölçümlerle yeme davranışları arasında bir ilişkinin saptanabileceği düşünülmektedir.

Yeme davranışlarının bireylerin psikolojik durumdan etkilenebileceği belirtilmektedir. Özellikle duygusal yeme, olumsuz duygulara tepki olarak yeme eğilimi şeklinde ifade edilmektedir. Duygusal yeme davranışı gösteren bireyler kızgınlık, anksiyete, depresyon vb. duygu durumlarına karşı aşırı bir yeme davranışı gösterebilmektedir (Serin ve Şanlıer, 2018). Obezitesi olan yetişkin bireylerle yapılan bir çalışmada anksiyete ile duygusal yeme arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur. Anksiyete semptomları gösteren bireylerin duygusal yeme puanları göstermeyen bireylere kıyasla daha yüksek bulunurken; kısıtlayıcı yeme puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür (Cifuentes ve ark., 2022). Yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada ise stres ile duygusal yeme ilişkili bulunmuştur (Carpio-Arias ve ark., 2022). Başka bir kesitsel çalışmada majör depresif bozukluk ile depresif semptom düzeyi duygusal yeme ve dışsal yeme ile pozitif olarak ilişkilendirilirken; depresyon ile dışsal yeme arasında bir ilişki saptanamamıştır (Paans ve ark., 2018). Adölesanlarla yapılan bir çalışmada depresyon skoru ile duygusal yeme skoru arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Güneş ve ark., 2019). COVID-19 sosyal izolasyon sürecinde hemşirelik bölümü öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise depresyon, anksiyete ve stres skorları, duygusal yeme ve dışsal yeme ile ilişkili görülürken; kısıtlayıcı yeme ile arasında ilişki saptanamamıştır (Uğurlu ve ark., 2021). Bu çalışmada ise depresyon, anksiyete, stres ile kısıtlayıcı yeme arasında anlamlı bir fark yok iken ($p>0,05$); hem duygusal yeme (sırasıyla $r=0,342$; $r=0,288$; $r=0,231$; $p<0,001$) hem de dışsal yeme arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,296$; $r=0,283$; $r=0,243$; $p<0,001$) (Tablo 4.10).

5.9. Akdeniz Diyeti ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki

Beslenmenin mental sağlığa etkisi son yıllarda oldukça ilgi çekici bir konu haline gelmiştir. Bu bağlamda, Akdeniz diyetine bağlılığın mental sağlığı koruyucu ve depresyon riskini azaltıcı bir rolü olabileceği düşünülmektedir (Firth ve ark., 2020).

Elli yaş ve üstü yetişkinlerde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, Akdeniz diyetine uyumun depresif semptom düzeyleri ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür (Vall Castelló ve Tubianosa, 2020). On binin üzerinde kişi ile yapılan yaklaşık 4 yıl takipli bir çalışmada Akdeniz diyetinin depresif semptomlar üzerinde koruyucu bir rolü olduğu belirtilmiştir (Sánchez-Villegas ve ark., 2009). Yetişkin bireylerde yapılan 13 yıl takipli

bir diğerk çalışmada ise Akdeniz diyeti depresif semptomların daha az nksetmesiyle ilişkilendirilmiştir (Recchia ve ark., 2020). On beş binin üzerinde yetişkin birey ile yapılan epidemiyolojik uzun dönem takipli bir çalışmada da Akdeniz diyetine uyum ile depresyon riski arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Fresn ve ark., 2019). Yetişkin bireylerde yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada da Akdeniz diyetine uyumu orta ve yüksek olanlarda Akdeniz diyeti ile depresyon riski arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Ruiz-Estigarribia ve ark., 2019). Elli beş yaş üstü bireylerde yapılan bir çalışmada uzun dönem depresif semptom öyküsü olan bireylerin Akdeniz diyet puanları, depresif semptom öyküsü olmayan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Elstgeest ve ark., 2019). İşpanya'da yetişkin bireylerde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada Akdeniz diyeti ile depresyon riski arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir (Snchez-Villegas ve ark., 2016). Avustralya'da orta yaş kadınlarla yapılan uzun dönem takipli bir başka çalışmada ise Akdeniz diyeti ile depresif semptomlar arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Lai ve ark., 2016).

Akdeniz diyeti ve depresyon ilişkisini gösteren uzun dönem takipli çalışmaların yanında Akdeniz diyeti ile depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkilere odaklanan kesitsel çalışmalar da mevcuttur. Akdeniz adalarında 65 yaş üstü bireylerle yapılan kesitsel bir araştırmada Akdeniz diyetine uyumlu beslenmenin, depresif belirtiler üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu ortaya konulmuştur (Skarupski ve ark., 2013). COVID-19 pandemi döneminde internet üzerinden yapılan kesitsel bir çalışmada Akdeniz diyeti skorları arttıķa anksiyete skorlarının azaldığını belirtmiştir (Kaufman-Shriqui ve ark., 2021). Benzer şekilde COVID-19 pandemi döneminde ülkemizde internet üzerinden yetişkin bireylerle yapılan bir diğerk araştırmada da Akdeniz diyetine bağlılıkta 1 puanlık artışın depresyon puanını 3 birim, anksiyete puanını 3,4 birim azalttığı gösterilmiştir. Akdeniz tipi beslenmeye bağlılığın artırılmasının, COVID-19 pandemisi sırasında depresyon ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (zcan ve ark., 2021). Yetişkin bireylerde yapılan bir çalışmada; Akdeniz diyetine uyumun daha az mental stresle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca meyve, sebze, baklagil ve zeytinyağı tüketimi ile mental stres arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur (Salvatore ve ark., 2019). Üniversite ğrencilerinde yapılan kesitsel bir çalışmada sınav kaygısı ve akademik stres ile Akdeniz diyeti arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Trigueros ve ark., 2020). İran'da 3172

yetişkin bireyle yapılan kesitsel bir çalışmada Akdeniz diyetine bağlılık ile depresyon, anksiyete, stres arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Sadeghi ve ark., 2021). Ankara'da kadın yetişkin bireylerle yapılan kesitsel bir çalışmada da Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren katılımcılarda düşük uyum gösteren katılımcılara kıyasla depresyon, anksiyete ve stres risklerinin azaldığı saptanmıştır. Akdeniz diyetine uyum skorları ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Açık, ve ark., 2022). Hollanda'da yetişkin bireylerle yapılan kesitsel bir çalışmada da Akdeniz diyet skoru ile depresyon ve anksiyete arasında negatif bir ilişki saptanmıştır (Gibson-Smith ve ark., 2020). Başka bir kesitsel çalışmada ise katılımcıların mevcut bir depresyon ve anksiyete bozukluğuna sahip olmaları, düşük Akdeniz diyet skoruyla ilişkilendirilmiştir (Gibson-Smith ve ark., 2018). Bunların yanında 65 yaş üstü yaşlı bireylerde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada altı aylık Akdeniz diyeti müdahalesinin depresif semptomların başlangıcını azalttığı saptanmıştır (Knight ve ark., 2015).

Akdeniz diyeti ile depresyon, anksiyete ve stres ilişkisine dair daha farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. 40-75 yaş aralığındaki bireylerle yapılan kohort bir çalışmada Akdeniz diyet skoru grupları arasında depresif semptomların insidansında bir farklılık bulunamamıştır (Gianfredi ve ark., 2021). İspanya'da 75 yaş üstü bireylerde yapılan bir başka çalışmada Akdeniz diyet örüntüsü ile depresyon skorları ilişkili bulunamamıştır (Hernández-Galiot ve Goñi, 2017). Prospektif kohort bir çalışmada orta yaş erkeklerde Akdeniz diyetine bağlılığın artması azalan depresif semptomlarla ilişkili bulunurken; kadınlarda anlamlı bir ilişki gözlenememiştir (Adjibade ve ark., 2018). Başka bir kesitsel çalışmada Akdeniz diyeti, anksiyete ile negatif korelasyon gösterirken; depresyon ile pozitif korelasyon göstermiştir (Vassou ve ark., 2021). Yunanistan'da 50 yaş üstü, kardiyovasküler hastalığı ve başka herhangi bir kronik hastalığı olmayan bireylerle yapılan bir çalışmada ise Akdeniz diyeti ile anksiyete arasında bir ilişki gözlenememiştir (Masana ve ark., 2019). Kadın adolesanlarda yapılan bir başka kesitsel çalışmada ise Akdeniz diyetine uyum, depresyon durumu ile ilişkili bulunurken; anksiyete ve stres durumları ile ilişkili bulunamamıştır (Tehrani ve ark., 2018).

Dolayısıyla literatürde birbirinden farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalar olsa da genel olarak Akdeniz diyeti ile depresyon, anksiyete ve stres arasında negatif bir ilişkinin olabileceği düşünülmektedir. Özellikle Akdeniz diyeti ve depresyon ilişkisi üzerine yapılan uzun dönemli çalışmalar Akdeniz diyetinin depresyona karşı koruyucu etkisini vurgulamaktadır (Fresán ve ark., 2019; Sánchez-Villegas ve ark., 2009).

Bu çalışma da literatürle paralel olarak Akdeniz diyeti ve depresyon, anksiyete, stres arasında orta düzeyde negatif bir ilişki olduğunu saptanmıştır (sırasıyla $r = -0,436$ ve $p < 0,001$; $r = -0,405$ ve $p < 0,001$; $r = -0,401$ ve $p < 0,001$). Yani Akdeniz diyetine uyum puanı arttıkça depresyon, anksiyete ve stres skoru orta düzey bir ilişki ile azalmaktadır (Tablo 4.9.4). Bununla birlikte Akdeniz diyetine bağlılığın yüksek olduğu gruplarda depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve skorlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 4.9.1 ve Tablo 4.9.2).

Akdeniz diyetinin depresyondan koruyucu ve mental sağlığı destekleyici etkisi altında yatan mekanizmalar net olmamakla birlikte; bazı biyolojik mekanizmalar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Depresyon ve çeşitli duygudurum bozukluklarında inflamasyonun arttığı düşünülmekte (Firth ve ark., 2020); nöroinflamasyonun depresyon ve anksiyete gelişiminde rol oynayabileceği belirtilmektedir (Madani ve ark., 2022). Akdeniz diyeti ise β -karoten, tokoferoller, askorbik asit, polifenoller ve antosiyanin gibi antioksidanlardan zengin bir beslenme modeli olduğundan oksidatif stresi azaltmaya yardımcı olarak sinirsel hasarı önleyebilmektedir (Shafiei ve ark., 2019). Ayrıca Akdeniz diyetinde yer alan omega-3 çoklu doymamış yağ asitleri de anti-inflamatuar bir etkiye sahiptir. Çoklu doymamış yağ asitlerinden EPA ve DHA hücre membran fosfolipidlerine katılmak için inflamatuvar özelliğe sahip araşidonik asit (ARA) ile yarışa girerek, proinflamatuvar eikozanoidlerin oluşumunu azalttığı düşünülmektedir. Bunun yanında tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α), interlökin-1 beta (IL-1 β), interlökin-2 (IL-2), interlökin-6 (IL-6) ve interferon gama gibi pro-inflamatuar sitokinlerin salınımını engellediği belirtilmektedir. Ayrıca EPA'nın nükleer faktör kappa B aracılığıyla da TNF- α ve IL-1 seviyelerini azalttığı düşünülmektedir (Kalkuz ve Ünal, 2020). Bunlara ek olarak omega 3 yağ asitleri hücre zarı yapısını ve işlevini değiştirmekte, hücre iletişimini etkileyebilmekte ve nörotransmitter aktiviteleri geliştirebilmektedir. Tüm bunların

yanında, inflamasyonu artırıcı etkisi olduğu belirtilen kırmızı et ve işlenmiş etler Akdeniz diyetinde sınırlı bir tüketim ile karakterizdir (Shafiei ve ark., 2019).

Akdeniz diyetinde çeşitli besin kaynaklarında bulunan bazı B grubu vitaminleri, nöral sistemde homosistein döngüsünü düzenleyen ve monoaminleri sentezleyen nörokimyasal yollarda yer almaktadır (Shafiei ve ark., 2019). Folat ve B12 eksikliğinde homosistein seviyesi yükselebilmekte ve bununla birlikte beyinde dopamin, norepinefrin ve serotonin dahil nörotransmitterlerin ve poliaminlerin sentezinde metillasyon reaksiyonları için donör olan S-adenosylmethioninin (SAM) seviyesi düşebilmektedir (Bremner ve ark., 2020). Depresyon ile yüksek serum homosistein seviyelerinin ilişkilendirildiği çalışmalar bulunmaktadır (Bottiglieri, 2005). Bu bağlamda folat, B6 ve B12 vitaminlerinden yetersiz diyetlerin depresyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Akdeniz diyeti folat, B6 ve B12 vitaminlerinden yeterli bir beslenme modeli olduğu için depresyon riskini azaltabilmektedir (Bremner ve ark., 2020). Bunu destekler nitelikteki bir çalışmada da Akdeniz diyetine bağlılık, serum homosistein seviyelerinde bir azalma ile ilişkilendirilmiştir (Dedoussis ve ark., 2004).

Bağırsak mikrobiyotasının psikolojik sağlığı etkileyebileceği son dönemlerde artan çalışma sayısıyla karşımıza çıkmaktadır. Bağırsak mikroorganizmalarının bağışıklık sistemini, nöral yolları ve merkezi sinir sistemini uyardığı düşünülmektedir. Bağırsak beyin ekseninde yer alan serotonin, gama-aminobütirik asit (GABA), dopamin gibi nöro-aktif maddeler bazı bağırsak mikroorganizmalarınca sentezlenebilmektedir. Depresyon gibi bazı psikiyatrik hastalıkların bozulmuş bağırsak mikrobiyal dengesi ile ilişkili olabileceği de öne sürülmektedir. (Dinan ve ark., 2019; Evrensel ve Ceylan, 2015). Bu bağlamda Akdeniz diyeti bağırsak mikrobiyotasını koruyucu bir beslenme modeli olduğundan psikolojik sağlığı olumlu etkileyebilmektedir (Adan ve ark., 2019). Akdeniz diyeti içerdiği besin bileşenleri nedeniyle bağırsak mikrobiyal çeşitliliğini artırarak, bağırsakta kısa zincirli yağ asitleri metabolitlerin üretimini sağlayarak ve bağırsak bariyer fonksiyonunu koruyarak bağırsak mikrobiyotası üzerinde olumlu etkiler yaratabilmektedir (Merra ve ark., 2020).

Akdeniz diyeti sebze-meyve, tam tahıllı besinler, baklagiller gibi bitkisel kaynaklardan zengin bir beslenme modeli olduğu için posa yönünden zengindir. Posa genel olarak

bağırsak sağlığını geliştirici bir etki göstermektedir. Bunun yanında bazı besinlerde bulunan prebiyotikler bağırsakta metabolize olarak bifidobakteri gibi yararlı mikroorganizmaların sayısını artırabilmektedir. Bu nedenle bazı prebiyotiklerin psikolojik sağlığı olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca yüksek lifli diyetlerin depresif semptomları azaltabileceği de belirtilmiştir (Dinan ve ark., 2019). Amerikalı yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada tam tahıllı besin tüketimi daha düşük depresyon puanları ile ilişkilendirilirken (Kim ve ark., 2016); Japonya'da kadınlar üzerinde yapılan bir diğer kesitsel çalışmada ise tam tahıllı besin alımı ile depresyon puanları arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Sakai ve ark.,2017).

Akdeniz diyetinde yüksek oranda bulunan bir diğer besin bileşeni olan polifenoller, antioksidan özellik göstermekle birlikte bağırsak mikrobiyotası üzerinde de olumlu bir etkiye sahiptir. Polifenoller, bağırsakta metabolize edilerek yararlı bakterilerin çoğalmasını sağlamakta ve mikrobiyal dengeyi korumaktadır. Ayrıca polifenollerin nörotransmitterlerin homeostazı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu da belirtilmektedir (Gantenbein ve Kanaka-Gantenbein, 2021).

Tüm bunlara ilaveten, Akdeniz diyetinde meyve, kuruyemiş ve sebze tüketimi yüksek olduğundan başta magnezyum olmak üzere çeşitli minerallerin alımı da yüksektir. Çalışmalar, magnezyum alımının özellikle depresyon olmak üzere psikiyatrik hastalıklar üzerinde koruyucu etkisi olduğunu belirtmektedir (Madani ve ark., 2022).

Sonuç olarak, Akdeniz diyetinin birçok yoldan psikolojik sağlığı koruyucu etkisi mevcuttur. Bu çalışmada da Akdeniz diyeti ile depresyon, anksiyete ve stres skorları arasında negatif ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla $r = -0,436$; $r = -0,405$; $r = -0,401$ ve $p < 0,001$). Akdeniz diyeti ile psikolojik sağlık ilişkisinin altında yatan biyolojik mekanizmalar üzerinde yoğunlaşmış olmasına rağmen, bunlar henüz tam olarak netleştirilememiştir.

5.10. Akdeniz Diyeti ile Yeme Davranışları Arasındaki İlişki

Bireylerin yeme davranışı açlık gibi fizyolojik faktörlerin yanında duygusal, kültürel, sosyal, çevresel, ekonomik birçok faktörden etkilenmektedir. (Emilien ve Hollis, 2017). "Duygusal yeme", "dışsal yeme" ve "kısıtlayıcı yeme" temel olarak en çok araştırılan

yeme davranışları arasındadır (Bozan ve ark., 2011). Literatürde duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışları ile besin tüketimi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar olsa da bu yeme davranışları ile spesifik olarak Akdeniz diyeti arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Brogan ve Hevey, 2013; Newman ve ark 2007; O'Connor ve ark., 2008; Paans ve ark., 2019).

Duygusal yeme davranışı ve dışsal yeme davranışı ile beslenme tarzı arasındaki ilişkiyi inceleyen, 30'un üzerinde BKİ'ye sahip bireyler ile yapılan bir çalışmada duygusal ve dışsal yeme davranışının şekerlemeler, alkolsüz içecekler gibi yağ ve şeker içeriği yüksek besinlerin tüketimiyle pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (Brogan ve Hevey, 2013). Başka bir çalışmada dışsal yeme davranışı ile şekerli yiyeceklerin tüketimi arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Elfahg ve ark, 2008). Yetişkin bireylerle yapılan bir diğer çalışmada ise duygusal yeme davranışının şekerli yiyeceklerin daha fazla tüketimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Jaakkola ve ark., 2013). Yetişkin ve adolesanlar üzerinde yürütülen kesitsel bir çalışmada da duygusal yeme davranışı atıştırmalık tüketimiyle pozitif olarak ilişkilendirilmiştir (Fleurbaix Laventie Ville Sante (FLVS) Study Group, 2004). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise duygusal yeme davranışının, şekerli yiyecek tüketimiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Jeffers ve ark., 2020). Bu bulguların aksine Hollanda'da yapılan kesitsel bir çalışmada, Akdeniz diyeti skoru ile duygusal yeme ve dışsal yeme davranışları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak duygusal yeme ve dışsal yeme davranışının daha yüksek atıştırmalık ve fast-food alımıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Paans ve ark., 2019). Bu çalışmada ise Akdeniz diyetine uyum ile duygusal yeme ve dışsal yeme davranışları arasında negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r = -0,130$ ve $p < 0,05$; $r = -0,245$ ve $p < 0,001$) (Tablo 4.9.4). Ayrıca Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren bireylerin orta ve düşük uyum gösteren bireylere kıyasla daha düşük dışsal yeme skoruna sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9.3).

Özellikle duygusal yemede şeker ve yağ içeriği yüksek besinlerin tercihi için bu yiyeceklerin lezzetli olması ve tüketildikten sonra haz vermesi önemli bir neden olarak düşünülmektedir. Ayrıca bu yiyeceklerin tüketildikten sonra nörotransmitterleri ve nöroendokrin sistemleri etkileyerek ruh halini etkilemesi de önemli bir faktör olarak

karşımıza çıkmaktadır (Macht ve Simons, 2011). Genel olarak çalışmalarda duygusal yeme ve dışsal yeme ile şeker ve yağ oranı yüksek atıştırıcılık türündeki yiyeceklerin tüketiminin ilişkili bulunması; bu çalışmadaki duygusal yeme ve dışsal yeme skoru arttıkça sağlıklı bir beslenme modeli olan Akdeniz diyetine uyumun azaldığı bulgusunu açıklamaktadır. Ancak bu çalışmada duygusal yeme ve dışsal yeme ile Akdeniz diyeti arasındaki ilişki anlamlı ($p<0,05$) olmasına rağmen bu ilişkinin düşük düzeyde (sırasıyla $r = -0,130$; $r = -0,245$) olduğu da unutulmamalıdır.

Akdeniz diyeti ve kısıtlayıcı yeme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen, Hollanda'da yetişkin bireylerle yapılan kesitsel bir çalışmada kısıtlayıcı yeme davranışı daha yüksek Akdeniz diyeti skoru ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca kısıtlayıcı yeme davranışı daha az şekerli yiyecek tüketimiyle de ilişkilendirilmiştir (Paans ve ark., 2019). Üniversite öğrencileriyle yapılan kesitsel bir diğer çalışmada kısıtlayıcı yeme davranışı ile yüksek Akdeniz diyet skoru arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Ferreira-Pêgo ve ark., 2020). Otuz üzerinde BKİ'ye sahip bireyler ile yapılan bir çalışmada ise kısıtlayıcı yeme davranışı şekerlemeler, alkolsüz içecekler gibi yağ ve şeker içeriği yüksek besinlerin tüketimiyle negatif ilişkili bulunmuştur (Brogan ve Hevey, 2013). Başka bir çalışmada kısıtlayıcı yeme davranışı meyve-sebze tüketimi ile ilişkilendirilmiştir (Elfhag ve ark., 2008). Bu çalışmalara karşın kısıtlayıcı yeme davranışı ve besin tüketimine dair farklı sonuçların bulunduğu birçok çalışma da bulunmaktadır. Örneğin kadınlarla yapılan deneysel bir çalışmada, kısıtlayıcı yeme puanı yüksek katılımcıların düşük olanlara kıyasla stres seviyesinden bağımsız olarak daha fazla yağlı yiyecek tükettikleri görülmüştür (Habhab ve ark., 2009). Bazı çalışmalarda ise kısıtlayıcı yeme davranışının atıştırıcılık tüketimi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Newman ve ark., 2007; O'Connor ve ark., 2008). Üniversite öğrencileri ile yapılan kesitsel bir çalışmada kısıtlayıcı yeme davranışının düşük diyet çeşitliliği için bir risk faktörü olabileceği saptanmıştır (Yong ve ark., 2021). Ayrıca kısıtlayıcı yeme davranışı ve diyet örüntüsü arasında herhangi bir ilişkinin saptanmadığı bazı çalışmalar da mevcuttur (Konttinen ve ark., 2010; Olea López ve Johnson, 2016). Bu çalışmada ise Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireylerin kısıtlayıcı yeme davranış skorlarının Akdeniz diyetine orta ve yüksek uyum gösterenlere kıyasla daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$). (Tablo 4.9.3). Akdeniz

diyetine uyum ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r=0,117$ ve $p<0,05$) (Tablo 4.9.4).

Birkaç derlemede kısıtlayıcı yeme davranışının tamamen sağlıklı veya sağlıksız olarak sınıflandırılmayacağı öne sürülmüştür. Koşullara bağlı olarak sağlığı koruyucu veya sağlığa zararlı olabileceği belirtilmiştir. Örneğin obezitesi olan bireylerde kısıtlayıcı yeme davranışı yediklerini bilinçli kontrol etmenin bir işareti olabilirken; normal kilolu bireylerde sağlıksız bir yeme şeklinin göstergesi olabilmektedir (Johnson ve ark., 2012; Schaumberg ve ark., 2016). Kısıtlayıcı yeme davranışı ve besin tüketimi arasındaki ilişkiyi açıklayan net bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, bu alanda farklı bakış açıları mevcuttur. Bununla birlikte kısıtlayıcı yeme davranışı ve Akdeniz diyeti arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu doğrultuda çalışmamızda kısıtlayıcı yeme puanları ile Akdeniz diyetine uyum arasında anlamlı ancak düşük düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,117$ ve $p<0,05$). Ayrıca bu çalışmaya yeme bozukluğu tanısı almış bireyler dahil edilmemiş ve çalışmada kısıtlayıcı yeme davranışı ile Akdeniz diyetine uyum arasındaki ilişki üzerinde odaklanılmış, bireylerin kısıtlayıcı yeme davranışına bağlı geliştirebilecekleri yeme bozuklukları sorgulanmamıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma; yetişkin bireylerin Akdeniz diyetine uyumlarını, depresyon, anksiyete, stres durumlarını, yeme davranışlarını ve beslenme durumlarını saptamak; bireylerin Akdeniz diyetine uyumları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Antalya Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğüne başvuran dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan 19-64 yaş arası 356 yetişkin birey üzerinde yürütülmüştür. Bireylerin sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları, Akdeniz diyetine uyumu, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri, yeme davranışı ve besin tüketim kaydını içeren anket araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle katılımcılara uygulanmıştır. Katılımcıların boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi gibi antropometrik ölçümleri alınmıştır. Araştırma sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

1. Katılımcıların %71,1'i kadın, %28,9'u erkek ve yaş ortalaması $40,1 \pm 11,33$ yıldır.
2. Katılımcıların çoğunluğunun gelirleri giderlerine (%48,6) eşittir.
3. Çalışmaya katılan kadınların çoğunluğu ev hanımı (%30,3) iken, erkeklerin çoğunluğunu memur (%34,0)'dur.
4. Katılımcıların çoğunluğu lise (%38,2) ve üniversite mezunudur (%40,2). Erkeklerin eğitim durumunun kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).
5. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi evlidir (%64,0). Kadınların evli olma oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$).
6. Katılımcıların çoğunluğu alkol ve sigara kullanmaz iken, cinsiyete göre alkol kullanımı karşılaştırıldığında alkol kullanımının erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,001$).

7. Katılımcıların çoğunluğu (%69,4) daha önce beslenmeyle ilgili bir eğitim almadığını belirtirken, daha önce beslenmeyle ilgili eğitim alma durumunun kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,030$). Beslenmeyle ilgili bilgiler ise genellikle diyetisyenden (%41,0) öğrenilmiştir.
8. Katılımcıların %41,9'u yeterli ve dengeli beslendiğini belirtmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (% 50,6) günde 3 ana öğün tüketirken, öğün atladığını belirten bireylerin genellikle atladığı ana öğünün öğle öğünü (%54,8) ve en çok öğün atlama sebebinin ise zaman yetersizliği (%27,8) olduğu saptanmıştır.
9. Katılımcıların %52,2'si ara öğün yaparken, ara öğün yapma durumunun kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).
10. Katılımcıların çoğunluğu (%83,1) yemeklerini aile/arkadaşlarla birlikte yediğini belirtmiştir. Yemekleri tek başına yediğini belirtenlerin oranının erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
11. Katılımcıların %31,5'i besin takviyesi kullanırken, en çok kullanılan besin takviyeleri ise D vitamini (%15,4), B12 vitamini (%11,8) ve demirdir (% 11,0). Kadınlarda besin takviyesi kullanımının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$).
12. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ve boyun çevresi ortalamaları sırasıyla kadınlarda $66,8\pm10,9$ kg; $162,8\pm5,9$ cm; $84,3\pm12,1$ cm; $102,5\pm9,5$ cm ve $28,8\pm3,5$ cm iken, erkeklerde $82,6\pm11,2$ kg; $176,4\pm6,9$ cm; $97,2\pm10,6$ cm; $104,4\pm6,2$ cm ve $39,1\pm2,4$ cm'dir. Kadınların tüm antropometrik ölçümlerinin erkeklerden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
13. Katılımcıların çoğunluğunun BKİ değerlerinin normal (%43,3) ve hafif şişman (%42,1) olduğu görülmüştür.

- 14.** Katılımcıların %53,1'inin inaktif, %42,7'sinin minimal aktif ve %4,2'sinin ise çok aktif olduğu ve çok aktif grupta yer alan erkeklerin oranının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
- 15.** Erkeklerin diyetle günlük aldıkları enerji (2010,7 $\pm$ 445,1 kkal), karbonhidrat (210,2 $\pm$ 61,6 g), protein (83,8 $\pm$ 30,9 g), yağ (90,2 $\pm$ 28,1 g), B2 vitamini (1,5 $\pm$ 0,7 mg), B6 vitamini (1,6 $\pm$ 0,7 mg), demir (13,6 $\pm$ 5,7 mg), magnezyum (345,2 $\pm$ 148,3 mg), çinko (11,8 $\pm$ 4,1 mg) miktarları ile protein yüzdesi oranı (%17,0 $\pm$ 4,3) kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- 16.** Erkeklerin günlük enerji, protein, yağ ve karbonhidrat gereksinimlerini karşılama yüzdeleri (sırasıyla %103,9 $\pm$ 23,0; %146,6 $\pm$ 54,1; %137,4 $\pm$ 42,8 ve %76,1 $\pm$ 22,3) kadınlara kıyasla (sırasıyla %87,1 $\pm$ 15,9; %111,6 $\pm$ 34,5; %117,2 $\pm$ 33,9 ve %64,8 $\pm$ 15,9) daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Erkeklerin günlük B6 vitamini, demir ve çinko gereksinimlerini karşılama yüzdeleri (%115,1 $\pm$ 55,2; %122,1 $\pm$ 53,5 ve %107,8 $\pm$ 37,1) ise kadınlardan (sırasıyla %97,8 $\pm$ 37,0; % 80,2 $\pm$ 35,8 ve %96,4 $\pm$ 32,0) daha yüksek olduğu saptanırken (sırasıyla $p=0,006$ $p<0,001$ $p=0,004$), kadınların günlük C vitamini gereksinimlerini karşılama yüzdesi (%91,8 $\pm$ 67,5) ise erkeklerden (%72,5 $\pm$ 53,8) anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,027$).
- 17.** Katılımcıların ortalama MEDAS skoru 7,3 $\pm$ 1,7'dir. MEDAS skorunun kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla 7,4 $\pm$ 1,6 ve 6,9 $\pm$ 1,9; $p=0,02$).
- 18.** Katılımcıların çoğunluğu (%73,6) Akdeniz diyetine orta uyum göstermektedir. Ayrıca Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenler içerisinde erkeklerin oranı kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek olarak saptanırken, Akdeniz diyetine orta uyum gösterenler içerisinde kadınların oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,014$).

19. Akdeniz diyetine uyum ile tanımlayıcı özelliklerin ilişkisi incelendiğinde; kadınların erkeklere ($p<0,05$) ve evli bireylerin bekarlara kıyasla Akdeniz diyetine uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).
20. Akdeniz diyeti ile gelir durumu ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
21. Akdeniz diyetine orta uyum gösteren bireylerin düşük uyum gösterenlere göre uyukularının anlamlı olarak daha düzenli olduğu saptanmıştır ($p=0,023$).
22. Akdeniz diyetine uyum ile bireylerin beslenme alışkanlıkları karşılaştırıldığında; Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenlerin orta uyum gösterenlere kıyasla daha fazla ana öğün atladığı ($p=0,038$) ve yemeklerini daha çok yalnız yemeyi tercih ettikleri saptanmıştır ($p=0,005$). Ayrıca Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenlerde diğer gruplara kıyasla paketli ürün ve fast-food tüketiminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).
23. Bireylerin Akdeniz diyetine uyumları ile ara öğün yapma durumları ve besin takviyesi kullanım durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
24. Katılımcıların antropometrik ölçümleri ile Akdeniz diyeti uyum durumları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).
25. Bireylerin enerji ve besin ögesi alım düzeyleri ile Akdeniz diyetine uyumları incelendiğinde; Akdeniz diyetine uyumu düşük olan katılımcıların karbonhidrat alım miktarlarının orta uyum gösterenlere göre daha yüksek ($p=0,02$); çözünür lif ve toplam lif alımlarının orta ve yüksek uyum gösterenlere göre daha düşük (sırayla $p=0,002$; $p<0,001$); C vitamini, B1 vitamini, B6 vitamini, folat ve magnezyum alımlarının yüksek uyum gösterenlere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Enerji ve diğer besin ögesi alımlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

- 26.** Akdeniz diyetine uyum arttıkça tahıl, ekmek ve ekmek yerine geçen besinlerin tüketiminin azaldığı saptanmıştır ($p<0,001$). Akdeniz diyetine uyumun arttığı gruplarda meyve tüketiminin arttığı belirlenmiştir ($p<0,001$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren bireyler orta ve yüksek uyum gösteren bireylere göre daha düşük miktarda yağlı tohum tüketirken ($p=0,001$); bal, reçel, şeker vb. tatlıları ise daha yüksek miktarda tüketmektedir ($p=0,004$).
- 27.** Katılımcıların DASS-21 ölçeğinden aldıkları depresyon puanları ortalaması $4,5\pm3,8$; anksiyete puanları ortalaması $3,1\pm3,1$ ve stres puanları ortalaması $5,3\pm3,3$ 'tür. Depresyon, anksiyete ve stres sınıflamasına göre katılımcıların çoğunluğu normal grupta yer almaktadır (sırasıyla %57,3; %66,0 ve %77,5).
- 28.** Katılımcıların DASS-21 ölçek puanları ve sınıflamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- 29.** DASS-21 skorları ile bireylerin bazı özellikleri karşılaştırıldığında; bekar bireylerin evlilere göre depresyon skorlarının daha yüksek ($p=0,001$); ekonomik durumu daha kötü olan bireylerin olmayanlara göre daha yüksek depresyon ($p<0,001$) ve stres ($p=0,044$) skorlarına; ana öğün atlayanların atlamayanlara kıyasla daha yüksek anksiyete ve stres skorlarına ($p=0,003$ ve $p=0,035$); sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre daha yüksek anksiyete skoruna ($p=0,012$) ve uyku saatleri düzensiz olan katılımcılarında düzenli olanlara kıyasla daha yüksek depresyon, anksiyete ve stres skorlarına sahip olduğu saptanmıştır (sırayla $p=0,006$; $p<0,001$ ve $p=0,001$).
- 30.** Alkol kullanımı, fiziksel aktivite düzeyleri ve besin takviyesi kullanım durumları ile depresyon, anksiyete, stres skorları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).
- 31.** Katılımcıların kısıtlayıcı yeme davranışı puan ortalaması $25,3\pm8,4$; duygusal yeme davranışı puan ortalaması $24,7\pm13,3$ ve dışsal yeme davranışı puan ortalaması $28,4\pm7,5$ 'tir. Kadınların kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışı puanlarının (sırasıyla $26,4\pm8,3$ ve $26,0\pm13$) erkeklere (sırasıyla $22,7\pm8,0$ ve $21,6\pm11,1$) kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,006$).

32. Daha önce herhangi bir beslenme eğitimi aldığını ve herhangi bir diyet uyguladığını belirten bireylerin eğitim almayan ve diyet uygulamayanlara kıyasla daha yüksek kısıtlayıcı yeme davranışı skoruna sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıca diyet uyguladığını belirtenlerin diyet yapmayanlara göre dışsal yeme davranışı skorları ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p=0,024$).
33. Katılımcıların yemek yeme şekilleri ve fiziksel aktivite düzeyleri ile kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme davranış skorları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
34. Uyku saatleri düzenli olan katılımcıların düzenli olmayanlara göre daha yüksek kısıtlayıcı yeme davranışı puanına sahip olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $26,3\pm 8,1$ ve $23,3\pm 8,6$; $p=0,002$).
35. Akdeniz diyetine uyum ile DASS-21 skorları değerlendirildiğinde; Akdeniz diyetine uyum arttıkça bireylerin depresyon, anksiyete ve stres puanlarının azaldığı saptanmıştır ($p<0,001$).
36. Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumu (orta ve yüksek uyum) arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri normal kişi sayısının daha fazla olduğu, ileri ve çok ileri düzey depresyona, orta ve çok ileri düzey anksiyeteye ve orta ve ileri düzey strese sahip olan birey sayısının anlamlı olarak daha az olduğu görülmüştür ($p<0,001$).
37. Akdeniz diyetine uyum puanları ile DASS-21 puanları karşılaştırıldığında; Akdeniz diyetine uyum puanları ile depresyon puanları ($r= -0,436$; $p<0,001$), anksiyete puanları ($r= -0,405$; $p<0,001$) ve stres puanları ($r= -0,401$; $p<0,001$) arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür.
38. Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren katılımcıların orta ve yüksek uyum gösterenlere kıyasla kısıtlayıcı yeme davranışı skorlarının daha düşük (sırasıyla $22,6\pm 7,6$; $25,6\pm 8,4$ ve $27,0\pm 8,4$; $p=0,0017$), yüksek uyum gösterenlerin orta ve düşük uyumu olanlara göre daha düşük dışsal yeme skoruna sahip olduğu görülmüştür (sırasıyla $24,4\pm 6,2$; $28,4\pm 7,6$ ve $30,6\pm 6,5$; $p<0,001$). Duygusal yeme skorlarında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

39. Akdeniz diyeti ile yeme davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde; Akdeniz diyetine uyum ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki var iken ($r=0,117$; $p<0,05$); duygusal yeme davranışı ve dışsal yeme davranışı arasında ise negatif yönde zayıf ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla $r= -0,130$ $p<0,05$; $r= -0,245$ $p<0,001$).
40. DASS-21 skorları ile kısıtlayıcı yeme davranışı skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmaz iken ($p>0,05$); duygusal yeme davranışı ile depresyon arasında pozitif yönde orta ($r=0,342$; $p<0,001$), anksiyete ($r=0,288$; $p<0,001$) ve stres ile pozitif yönde zayıf düzeyde ($r=0,231$; $p<0,001$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır.
41. Dışsal yeme davranışı ile depresyon ($r=0,296$; $p<0,001$), anksiyete ($r=0,283$; $p<0,001$) ve stres ($r=0,243$; $p<0,001$) arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.
42. Akdeniz diyetine uyum ile yaş arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,226$; $p<0,001$); cips, çikolata, kraker bisküvi vb. paketli ürünleri tüketim sıklığı ve fast-food tüketim sıklığı ile negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki görülmüştür (sırasıyla $r= -0,207$; $p<0,001$ ve $r= -0,223$; $p<0,001$).
43. Depresyon ile yaş ve gelir durumu arasında negatif yönde zayıf (sırasıyla $r= -0,121$ $p=0,023$; $r= -0,220$ $p<0,001$); cips, çikolata, kraker bisküvi vb. paketli ürün tüketim sıklığı ile depresyon, anksiyete, stres arasında ise pozitif yönde zayıf (sırasıyla $r=0,180$ $p<0,001$; $r=0,198$ $p<0,05$ ve $r=0,174$ $p<0,001$); fast-food tüketim sıklığı ile anksiyete ve stres arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=0,123$ ve $r=0,106$; $p<0,05$).
44. Gelir durumu ile anksiyete ve stres arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı bir ilişki görülmektedir (her bir değer için $r= -0,128$ $p<0,001$).
45. Anksiyete ile fiziksel aktivite arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r= -0,131$; $p=0,014$).

46. Kısıtlayıcı yeme davranışı ile yaş arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,130$; $p=0,014$); cips, çikolata, kraker bisküvi vb. paketli ürün ve fast-food tüketim sıklıkları ile negatif yönde zayıf (sırasıyla $r= -0,253$ $p<0,001$; $r= -0,260$ $p<0,001$) ve fiziksel aktivite ile de pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0,137$; $p=0,009$).

47. Dışsal yeme davranışı ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde zayıf ($r=0,161$; $p=0,002$); duygusal ve dışsal yeme davranışları ile fast-food tüketim sıklığı arasında pozitif yönde zayıf (sırasıyla $r=0,159$; $p<0,05$ ve $r=0,267$; $p<0,001$) ve cips, çikolata, kraker bisküvi vb. paketli ürünlerin tüketim sıklığı ile pozitif yönde zayıf ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,125$; $p<0,05$ ve $r=0,330$; $p<0,001$).

Yetişkin bireylerde sağlıklı beslenme toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için önemli bir faktördür. Bu anlamda Akdeniz diyeti sağlığı koruyucu, geliştirici ve sürdürülebilir bir beslenme modeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Akdeniz diyetinin sağlığa etkisi uzun yıllardır oldukça geniş bir çerçevede araştırılmaktadır. Son dönemlerde Akdeniz diyeti ile başta depresyon olmak üzere çeşitli psikolojik sorunların ilişkisi üzerinde durulmaktadır. Toplumda günden güne artmakta olan ve toplum sağlığı için risk oluşturan depresyon, anksiyete ve stresin gelişiminin önlenmesinde Akdeniz beslenme modelinin yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca etiolojisinde depresyon, anksiyete ve stres durumlarının etkisi olduğu düşünülen kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi birçok kronik hastalığında beslenme önerileri ile oluşum riski azaltılabilecektir. Bu noktada diyetisyenler tarafından sağlık üzerindeki yararlı etkileri vurgulanarak, toplumdaki bireylerin hayatına Akdeniz diyetinin dahil edilebilmesi önem taşımaktadır. Sağlıklı beslenme ve Akdeniz diyetinin benimsenebilmesi için bireylerin besin tüketimlerinde etkili olabilen yeme davranışlarının anlaşılması önem arz etmektedir. Literatürde besin tüketimiyle yeme davranışları arasında yapılan çalışmalar mevcut olsa da Akdeniz diyeti ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı oldukça sınırlıdır.

Sonuç olarak, Akdeniz diyet modeline uygun beslenme alışkanlıkları arttırılarak, sağlıklı yetişkin popölasyon için risk olabilecek depresyon, anksiyete ve stres durumlarının gelişiminin önlenmesine yardımcı olunabilecektir. Ayrıca bu çalışmadan elde edilen veriler, yeme davranışları ile Akdeniz diyetine uyum arasındaki ilişkinin anlaşılmasına katkı sağlayarak, toplumda yaşayan bireyler tarafından Akdeniz beslenme alışkanlıklarının kazanılmasını da sağlayabilecektir. Çalışmanın Akdeniz bölgesinde yer alan bir ilde yürütölümüş olması Akdeniz diyetine uyumunun saptanması açısından değerlidir ancak bu alanda diğer bölgeleri de kapsayacak şekilde, daha geniş örneklemliler ve daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Açık M, Altan M, & Çakiroğlu FP. A cross-sectionally analysis of two dietary quality indices and the mental health profile in female adults. *Current Psychology*. 2022; 41(8): 5514-5523.
- Adan RA, van der Beek EM, Buitelaar JK, Cryan JF, Hebebrand J, Higgs S, Dickson SL. Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat. *European Neuropsychopharmacology*. 2019; 29(12): 1321-1332.
- Adjibade M, Assmann KE, Andreeva VA, Lemogne C, Hercberg S, Galan P, Kesse-Guyot E. Prospective association between adherence to the Mediterranean diet and risk of depressive symptoms in the French SU. VI. MAX cohort. *European Journal of Nutrition*. 2018; 57(3):1225-1235.
- Adwas AA, Jbireal J, Azab AE. Anxiety: Insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology, and treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*. 2019; 2(10): 580-591.
- Akbulut G. Güncel akdeniz diyeti ve potansiyel sağlık etkileri. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017; 2(2).
- Akdevelioğlu Y, Yörüsün TÖ. Üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarına ilişkin bazı faktörlerin incelenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 4(1): 19-28.
- Alhassan A, Young J, Lean ME, Lara J. Consumption of fish and vascular risk factors: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Atherosclerosis*. 2017; 266: 87-94.
- Altomare R, Cacciabauda F, Damiano G, Palumbo VD, Gioviale MC, Bellavia M, Monte AIL. The mediterranean diet: a history of health. *Iranian Journal of Public Health*. 2013; 42(5):449.
- Altun A, Brown H, Szoeki C, Goodwill AM. The Mediterranean dietary pattern and depression risk: A systematic review. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2019; 33: 1-10.
- Anderson L. Skipping meals is associated with symptoms of anxiety and depression in a nationally representative sample of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020; 28(4): 128-129.

- Annunziata A, Agovino M, Mariani A. Sustainability of Italian families' food practices: Mediterranean diet adherence combined with organic and local food consumption. *Journal of Cleaner Production*. 2019; 206: 86-96.
- Ans AH, Anjum I, Satija V, Inayat A, Asghar Z, Akram I, Shrestha B. Neurohormonal regulation of appetite and its relationship with stress: A mini literature review. *Cureus*. 2018; 10(7).
- Arıca ŞÇ, Güreş N, Arslan S. Tüketicilerin sağlıklı beslenmeye yönelik tutumlarının incelenmesine yönelik bir araştırma. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2016; 20(2): 99-110.
- Artero A, Tarín JJ, Cano A. The impact of moderate wine consumption on health. *Maturitas*. 2015; 80(1): 3-13.
- Ashwell M, Hsieh SD. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 2005; 56(5), 303-307.
- Aslan UB, Livanelioğlu, A, Aslan, Ş. (2007). Fiziksel aktivite düzeyinin üniversite öğrencilerinde iki farklı yöntemle değerlendirilmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 18(1), 11-19.
- Aslantürk E, Kamil U. Bireylerin dışarıda tek başına/yalnız yemek yeme deneyimleri ve yiyecek içecek işletmelerinin yalnız yemek yiyenlere ilişkin değerlendirmeleri. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*. 2021: 18(3); 518-543.
- Ayyıldız F, Ülker İ, Yıldırım H. Hedonik açlık ve yeme davranışı ilişkisinin farklı beden kütlelerine yansıması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2021; 49(2), 9-17.
- Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou, A, Dernini S, Miranda G. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*. 2011;14(12A): 2274-2284.
- Baliunas DO, Taylor BJ, Irving H, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol as a risk factor for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 2009; 32(11): 2123-2132.
- Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2022; 17(3): 27-35

- Barbaros B, Kabaran S. Akdeniz diyeti ve sağlığı koruyucu etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2014; 42(2), 140-147.
- Baysal A, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlığıl ST, Merdol T, Pekcan G, Yıldız E . *Diyet El Kitabı*. 9. baskı, Hatiboğlu Yayınları, Ankara; 2016, s 99-118.
- Becerra-Tomás N, Blanco Mejía S, Viguiouk E, Khan T, Kendall CW, Kahleova H, Salas-Salvadó J. Mediterranean diet, cardiovascular disease and mortality in diabetes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies and randomized clinical trials. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2020; 60(7); 1207-1227.
- Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C, Hoffmann G, Knüppel S, Iqbal, K. Henauwd, SD, Michelsd N, Devleesschauwere B, Schlesinger S. Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2019; 59(7): 1071-1090.
- Bendall C, Mayr H, Opie R, Bes-Rastrollo M, Itsiopoulos C, Thomas C. Central obesity and the Mediterranean diet: A systematic review of intervention trials. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2018; 58(18): 3070-3084.
- Bottiglieri T. Homocysteine and folate metabolism in depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2005; 29(7):1103-1112.
- Bozan N, Bas M, Asci FH. Psychometric properties of Turkish version of Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). A preliminary results. *Appetite*. 2011; 56(3): 564-566.
- Bremner JD, Moazzami K, Wittbrodt MT, Nye JA, Lima BB, Gillespie CF, Rapaport , M Pearce B, Shah A, Vaccarino V. Diet, Stress and Mental Health. *Nutrients*. 2020; 12(8): 2428.
- Brigitta, B. Pathophysiology of depression and mechanisms of treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2002;4:7-20.
- Brogan A., Hevey D. Eating styles in the morbidly obese: restraint eating, but not emotional and external eating, predicts dietary behaviour. *Psychology & Health*. 2013; 28(6): 714-725.

- Bruch H. Role of the emotions in hunger and appetite. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1995; 63(1): 68-75.
- Campanini MZ, Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Lopez-Garcia E. Mediterranean diet and changes in sleep duration and indicators of sleep quality in older adults. *Sleep*. 2017;40(3).
- Carlos MEB, Teresa IM. Are adherence to the Mediterranean diet, emotional eating, alcohol intake, and anxiety related in university students in Spain? *Nutrients*. 2020; 12(8): 2224.
- Carpio-Arias TV, Manzano AMS, Sandoval V, Vinueza-Veloz AF, Betancourt AR, Ortiz SLB, Vinueza-Veloz MF. Relationship between perceived stress and emotional eating. A cross sectional study. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2022; 49: 314-318.
- Castaldo L, Narváez A, Izzo L, Graziani G, Gaspari A, Di Minno G, Ritieni A. Red wine consumption and cardiovascular health. *Molecules*. 2019; 24(19):3626.
- Castro-Barquero S, Ruiz-León AM, Sierra-Pérez M, Estruch R, Casas R. Dietary strategies for metabolic syndrome: a comprehensive review. *Nutrients*. 2020; 12(10): 2983.
- Cebolla A, Barrada J, Van Strien T, Oliver E, Baños R. Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*. 2014; 73: 58-64.
- Choi KW, Kim YK, Jeon HJ. Comorbid anxiety and depression: clinical and conceptual consideration and transdiagnostic treatment. *Anxiety Disorders*. 2020; 219-235.
- Cifuentes L, Campos A, Silgado MLR., Kelpin S, Stutzman J, Hurtado MD, Grothe K, Hensrud D, Clark M, Acosta A. Association between anxiety and eating behaviors in patients with obesity. *Obesity Pillars*. 2022; 3: 100021.
- Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science*, 2016; 11(4):456-463.
- Cole SW. The conserved transcriptional response to adversity. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2019; 28: 31-37.
- Craig CL, Marshall AL, Sjöström M., Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity

- questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2003; 35(8):1381-1395.
- Çayır A, Nazlı A, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2011; 64(1):13-19.
- Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016; 6(1): 51-66.
- Çil MA, Caferoğlu Z, Bilgiç P. (2020). Üniversite öğrencilerinde diyet kalitesinin ve yeme davranışının antropometrik ölçümler ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 11(1): 61-67.
- Dağ A. Lefkoşa’da yaşayan yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme durumlarının saptanması. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2019; 47(2): 50-60.
- Dedoussis GV, Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Pitsavos C, Zampelas A, Choumerianou D, Stefanadis C. Effect of interaction between adherence to a Mediterranean diet and the methylenetetrahydrofolate reductase 677C→ T mutation on homocysteine concentrations in healthy adults: the ATTICA Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2004; 80(4):849-854.
- Delgado AM, Almeida MDV, Parisi S. *Chemistry of the Mediterranean diet*: Springer, 2017, p:177-207.
- Demir G, Kılıçkalkan B, Takak MK. COVID-19 pandemisi sürecinde yetişkinlerin besin destekleri kullanımlarının incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2021; 31(4): 430-439.
- Dinan TG, Stanton C, Long-Smith, C, Kennedy P, Cryan JF, Cowan CS, Cénit MC, Kamp J, Sanz Y. Feeding melancholic microbes: MyNewGut recommendations on diet and mood. *Clinical Nutrition*. 2019; 38(5):1995-2001.
- Dinu M, Pagliai G, Angelino D, Rosi A, Dall'Asta M, Bresciani L, Ferraris C, Guglielmetti M, Godos J, Del Bo C, Nucci D, Meroni E, Landini L, Martini, D, Sofi F. Effects of popular diets on anthropometric and cardiometabolic parameters: an umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Advances in Nutrition*. 2020; 11(4):815-833.

- Dönmez Ş, Çelikkaleli Ö. Beden Öz-Şefkat Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2021; 18(48): 244-262.
- Duran, S. Relationship between adherence to the traditional mediterranean diet and body compositions in a Turkish population. International Journal of Caring Sciences. 2021; 14(2):1419-1427.
- Düz S, Aytekeli ST. Determination the level of physical activity and eating behaviors of university students. Asian Journal of Education and Training. 2020; 6(1): 65-71.
- Dweck JS, Jenkins SM, Nolan LJ. The role of emotional eating and stress in the influence of short sleep on food consumption. Appetite. 2014; 72: 106-113.
- Eid RS, Gobinath AR, Galea LA. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. Progress in Neurobiology. 2019; 176: 86-102.
- El Hajj JS, Julien SG. Factors associated with adherence to the Mediterranean diet and dietary habits among university students in Lebanon. Journal of Nutrition and Metabolism. 2021; 2021:6688462.
- Elfhag K, Tholin S, Rasmussen F. Consumption of fruit, vegetables, sweets and soft drinks are associated with psychological dimensions of eating behaviour in parents and their 12-year-old children. Public Health Nutrition. 2008; 11(9): 914-923.
- Elstgeest LE, Winkens LH, Penninx BW, Brouwer IA, Visser M. Associations of depressive symptoms and history with three a priori diet quality indices in middle-aged and older adults. Journal of Affective Disorders. 2019; 249:394-403.
- Emilien C, Hollis JH. A brief review of salient factors influencing adult eating behaviour. Nutrition Research Reviews. 2017; 30(2): 233-246.
- Epel ES, Crosswell AD, Mayer SE, Prather AA, Slavich GM, Puterman E, Mendes W B. More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. Frontiers in Neuroendocrinology. 2018; 49:146-169.
- Esposito K, Marfella R, Ciotola M, Di Palo C, Giugliano F, Giugliano G, D'Armiento, M, D'Andrea MDF, Giugliano D. Effect of a Mediterranean-style diet on

- endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *Jama*. 2004; 292(12): 1440-1446
- Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Chiodini P, Panagiotakos D, Giugliano D. A journey into a Mediterranean diet and type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*. 2015; 5(8): e008222.
- Eto K, Sakamoto T, Ainuki T. A Review on eating together and its health, diet, and lifestyle influences among Japanese. *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*. 2022;68(Supplement):52-54.
- Evrensel A, Ceylan ME. Bağırsak beyin eksen: Psikiyatrik bozukluklarda bağırsak mikrobiyotasının rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015; 7(4): 461-472.
- Ferreira-Pêgo C, Rodrigues J, Costa A, Sousa B. Eating behavior: The influence of age, nutrition knowledge, and Mediterranean diet. *Nutrition and Health*. 2020; 26(4): 303-309.
- Feart C, Alles B, Merle B, Samieri C, Barberger-Gateau P. Adherence to a Mediterranean diet and energy, macro-, and micronutrient intakes in older persons. *Journal of Physiology and Biochemistry*. 2012; 68: 691-700.
- Firth J, Gangwisch JE, Borisini A, Wootton RE, Mayer EA. (2020). Food and mood: how do diet and nutrition affect mental wellbeing? *BMJ*. 2020; 369 :m2382.
- Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E, Gilbody S, Torous J, Teasdale SB, Jackson SE, Smith LE, Eaton M, Jacka FN, Veronese N, Franks G, Siskind D, Sarris J, Carvalho AF, Stubbs B. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*. 2020; 19(3): 360-380.
- Fleurbaey Laventie Ville Sante (FLVS) Study Group. The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *The Journal of Nutrition*. 2004; 134(9): 2372-2380.
- Fresán U, Bes-Rastrollo M, Segovia-Siapco G, Sanchez-Villegas A, Lahortiga F, de la Rosa PA, Martínez-Gonzalez M.A. Does the MIND diet decrease depression risk? A comparison with Mediterranean diet in the SUN cohort. *European Journal of Nutrition*. 2019; 58(3): 1271-1282.

- Fryar CD, Carroll MD, Gu Q, Afful J, Ogden CL. Anthropometric reference data for children and adults: United States, 2015–2018. National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics .2021; 3(46).
- Fung TT, Rexrode KM, Mantzoros CS, Manson JE, Willett WC, Hu FB. Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation*. 2009; 119(8): 1093-1100.
- Gantenbein KV, Kanaka-Gantenbein C. Mediterranean diet as an antioxidant: the impact on metabolic health and overall wellbeing. *Nutrients*.2021; 13(6): 1951.
- Gianfredi V, Koster A, Odone A, Amerio A, Signorelli C, Schaper NC, Bosma H, Köhler S, Dagnelie PC, Stehouwer CD, Schram MT, Dongen M, Eussen S, Stehouwer CD. Associations of dietary patterns with incident depression: The maastricht study. *Nutrients*. 2021; 13(3):1034.
- Gibson-Smith D, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Giltay EJ, Penninx BW. Association of food groups with depression and anxiety disorders. *European Journal of Nutrition*. 2020; 59(2):767-778.
- Gibson-Smith D, Bot M, Brouwer IA, Visser M, Penninx BW. Diet quality in persons with and without depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 2018; 106: 1-7.
- Godos J, Ferri R, Caraci F, Cosentino FII, Castellano S, Galvano F, Grosso G. Adherence to the mediterranean diet is associated with better sleep quality in Italian adults. *Nutrients*.2019; 11(5):976.
- Godos J, Zappalà G, Bernardini S, Giambini I, Bes-Rastrollo M, Martinez-Gonzalez M. Adherence to the Mediterranean diet is inversely associated with metabolic syndrome occurrence: a meta-analysis of observational studies. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 2017; 68(2):138-148.
- Golan R, Gepner Y, Shai I. Wine and health–new evidence. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2019; 72(1):55-59.
- Guallar-Castillón P, Rodríguez-Artalejo F, Tormo M, Sánchez M., Rodríguez L, Quirós J, Navarro C, Molina E, Martínez C, Marín P. Major dietary patterns and risk of coronary heart disease in middle-aged persons from a Mediterranean country: the

- EPIC-Spain cohort study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2012; 22(3):192-199.
- Guasch-Ferré M, Willett W. The Mediterranean diet and health: A comprehensive overview. *Journal of Internal Medicine*. 2021; 290(3): 549-566.
- Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020; 42: 657-672.
- Gül Ç, Yıldırım İ. Ofis çalışanlarının yeme davranışları fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2022; 16(3):290-305.
- Gümüş AB, Yardımcı H. Öğrencilerin ev dışı ana öğün tüketimlerine ve antropometrik ölçümlerine göre akdeniz diyet uyumlarının incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2019; 28(6): 397-403.
- Gümüş AB, Yardımcı H. Üniversite öğrencilerinin günlük besin ögesi alımlarının Akdeniz diyeti kalite indeksi (KIDMED) ile ilişkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 6(2): 167-173.
- Güneş AO, Alikashiçoğlu M, Demirdöğen EŞ, Erginöz E, Demir T, Ercan O. P530 Associations between disordered eating attitudes and behaviors in adolescents with obesity and depression and anxiety. *Archives of Disease in Childhood*. 2019; 104: A365-A366.
- Habhab S, Sheldon JP, Loeb RC. The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. *Appetite*. 2009; 52(2): 437-444.
- Hashemian M, Farvid MS, Poustchi H, Murphy G, Etemadi A, Hekmatdoost A, Kamangar F, Sheikh M, Pourshams A, Sepanlou SG. The application of six dietary scores to a Middle Eastern population: a comparative analysis of mortality in a prospective study. *European Journal of Epidemiology*. 2019; 34: 371-382.
- Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*. 1991; 110(1): 86.

- Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2005; 44(2):227-239.
- Hernández Á, Sanllorente A, Castañer O, Martínez-González MÁ, Ros E, Pintó X, Ros E, Pintó X, Estruch R, Salas-Salvadó J, Corella D, Alonso-Gómez ÁM. Increased consumption of virgin olive oil, nuts, legumes, whole grains, and fish promotes HDL functions in humans. *Molecular Nutrition & Food Research*. 2019; 63(6): 1800847.
- Hernández-Galiot A, Goñi I. Adherence to the Mediterranean diet pattern, cognitive status and depressive symptoms in an elderly non-institutionalized population. *Nutricion Hospitalaria*. 2017; 34(2):338-344.
- Holt ME, Lee JW, Morton KR, Tonstad S. Mediterranean diet and emotion regulation. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*. 2014; 7(3):163-172.
- Huang Q, Liu H, Suzuki K, Ma S, Liu C. Linking what we eat to our mood: a review of diet, dietary antioxidants, and depression. *Antioxidants*. 2014; 8(9): 376.
- İskender H, Dokumacıoğlu E, Kanbay Y, Kılıç N. Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam ve depresyon puan düzeyleri ile ilgili faktörlerin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 9(4), 414-423.
- Jaakkola J, Hakala P, Isolauri E, Poussa T, Laitinen K. Eating behavior influences diet, weight, and central obesity in women after pregnancy. *Nutrition*. 2013; 29(10): 1209-1213.
- Jacka FN, O'Neil A, Opie R, Itsiopoulos C, Cotton S, Mohebbi M, Chatterton ML. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Medicine*. 2017; 15(1): 1-13.
- Jeffers AJ, Mason TB, Benotsch EG. Psychological eating factors, affect, and ecological momentary assessed diet quality. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2020; 25: 1151-1159.
- Jesulola E, Micalos P, Baguley IJ. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model-are we there yet? *Behavioural Brain Research*. 2018; 341: 79-90.

- João KADR, de Jesus SN, Carmo C, Pinto P. The impact of sleep quality on the mental health of a non-clinical population. *Sleep Medicine*. 2018; 46:69-73.
- Johnson F, Pratt M, Wardle J. Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. *International Journal of Obesity*. 2012; 36(5): 665-674.
- Kafes AY. Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*. 2021; 3(1): 186-194.
- Kagawa M, Byrne NM, Hills AP. Comparison of body fat estimation using waist: height ratio using different ‘waist’ measurements in Australian adults. *British Journal of Nutrition*. 2008; 100(5): 1135-1141.
- Kahn M, Sheppes G, Sadeh A. Sleep and emotions: bidirectional links and underlying mechanisms. *International Journal of Psychophysiology*. 2013; 89(2): 218-228.
- Kalkuz Ş, Ünal RN. N-3 çoklu doymamış yağ asitleri alımı ve depresyon üzerine etkileri: güncel literatür ne öneriyor? *Cukurova Medical Journal*. 2020; 45(4): 1803-1817.
- Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019; 107: 525-539
- Kant AK. Eating patterns of US adults: meals, snacks, and time of eating. *Physiology & Behavior*. 2018; 193: 270-278.
- Karaca E, Toprak D, Dogan N, Ersoy N, Ersoy G. Evaluation of physical activity levels and anthropometric measurements in Turkish adults. *Age*. 2021; 18(40): 41.
- Karacif F, Çelikcan G, Özçakır A, Yeşim U, Alper Z. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastaların Sağlıklı Beslenme Hakkındaki Tutumları. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020; 14(4): 507-520.
- Kaufman-Shriqui V, Navarro DA, Raz O, Boaz M. Multinational dietary changes and anxiety during the coronavirus pandemic-findings from Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2021; 10(1): 1-11.
- Kemp E, Bui M, Grier S. When food is more than nutrition: Understanding emotional eating and overconsumption. *Journal of Consumer Behaviour*. 2013; 12(3):204-213.

- Key A. Seven Countries: A Multivariate analysis of death and coronary heart disease cambridge. Harvard University Press, Massachusetts; 1980.
- Kim WK, Shin D, Song WO. Are dietary patterns associated with depression in US adults? *Journal of Medicinal Food*. 2016; 19(11): 1074-1084.
- Knight A, Bryan J, Wilson C, Hodgson J, Murphy K. A randomised controlled intervention trial evaluating the efficacy of a Mediterranean dietary pattern on cognitive function and psychological wellbeing in healthy older adults: the MedLey study. *BMC Geriatrics*. 2015; 15(1): 1-14.
- Koloverou, E, Panagiotakos D, Pitsavos C, Chrysoshoou C, Georgousopoulou, E, Grekas, A, Christou A, Chatzigeorgiou M, Skoumas I, Tousoulis D, Stefanadis C. (2016). Adherence to Mediterranean diet and 10-year incidence (2002–2012) of diabetes: correlations with inflammatory and oxidative stress biomarkers in the ATTICA cohort study. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*. 2016; 32(1): 73-81.
- Kontinen H, Männistö S, Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Haukkala A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*. 2010. 54(3): 473-479.
- Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*. 2010; 13(1): 32-37.
- Koşum T, Akbay C. Istanbul ili kent merkezinde tüketicilerin fast food tüketim alışkanlıkları. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2021; 20(78): 553-568.
- Lankinen M, Kolehmainen M, Jäskeläinen T, Paananen J, Joukamo L, Kangas AJ, Soininen P, Poutanen K, Mykkänen H, Gylling H. Effects of whole grain, fish and bilberries on serum metabolic profile and lipid transfer protein activities: a randomized trial (Sysdimet). *PLoS ONE*. 2014; 9(2): e90352
- Lai JS, Hiles S, Bisquera A, Hure AJ, McEvoy M, Attia J. A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2014; 99(1):181-197.
- Lai JS, Oldmeadow C, Hure AJ, McEvoy M, Byles J, Attia J. Longitudinal diet quality is not associated with depressive symptoms in a cohort of middle-aged Australian women. *British Journal of Nutrition*. 2016; 115(5): 842-850.

- Lam BCC, Koh GCH, Chen C, Wong MTK, Fallows SJ. Comparison of body mass index (BMI), body adiposity index (BAI), waist circumference (WC), waist-to-hip ratio (WHR) and waist-to-height ratio (WHtR) as predictors of cardiovascular disease risk factors in an adult population in Singapore. *PLoS ONE*. 2015; 10(4): e0122985.
- Lee E, Kim JM. Association between depression and eating behavior factors in Korean adults: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2018. *Journal of Nutrition and Health*. 2021; 54(2): 152-164.
- Lehert P, Villaseca P, Hogervorst, E, Maki PM, Henderson VW. Individually modifiable risk factors to ameliorate cognitive aging: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric*. 2015; 18(5): 678-689.
- León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo, F. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *The Journal of Nutrition*. 2012; 142(10): 1843-1850.
- Liu RH. Health-promoting components of fruits and vegetables in the diet. *Advances in Nutrition*. 2013; 4(3): 384S-392S.
- Lobstein T, Brinsden H, Neveux M. *World Obesity Atlas*. 2022.
- Lotfi M, Al-Hosseini, MK, Jafarirad S. The relationship of sleep quality with eating behavior and food intake among male university students. *Journal of Sleep Medicine & Disorders*. 2015; 2(5): 1034.
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(3): 335-343.
- Macht M, Simons G. Emotional eating. In *Emotion regulation and well-being*: Springer; 2011, p 281-295.
- Madani S, Ahmadi A, Shoaee-Jouneghani F, Moazen M, Sasani N. (2022). The relationship between the Mediterranean diet and Axis I disorders: A systematic review of observational studies. *Food Science & Nutrition*. 2022;10:3241-3258

- Małachowska A, Jeżewska-Zychowicz M, Gębski J. Polish adaptation of the dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ): The role of eating style in explaining food intake: A cross-sectional study. *Nutrients*. 2021; 13(12): 4486.
- Martínez-González MÁ, Corella D, Salas-Salvadó J, Ros E, Covas MI, Fiol M, Wärnberg J, Arós F, Ruíz-Gutiérrez V, Lamuela-Raventós RM. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *International Journal of Epidemiology*. 2012; 41(2): 377-385.
- Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales P, Corella D, Covas MI, Schröder H, Arós F, Gómez-Gracia E. (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. *PLoS ONE*. 2012; 7(8): e43134.
- Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, Corella D, Fitó M, Ros E, Investigators P. Benefits of the Mediterranean diet: insights from the PREDIMED study. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2015; 58(1): 50-60.
- Marx W, Lane M, Hockey M, Aslam H, Berk M, Walder K, Borsini A, Firth J, Pariente CM, Berding K. Diet and depression: exploring the biological mechanisms of action. *Molecular Psychiatry*. 2021; 26(1): 134-150.
- Masana FM, Tyrovolas S, Kollia N, Chrysoshoou C, Skoumas J, Haro JM, Tousoulis D, Papageorgiou C, Pitsavos C, Panagiotakos BD. Dietary patterns and their association with anxiety symptoms among older adults: The ATTICA study. *Nutrients*. 2019; 11(6):1250.
- Merdol TK, Standart Yemek Tarifeleri. 4. baskı, Hatiboğlu Yayıncılık, Ankara: 2011.
- Merra G, Noce A, Marrone G, Cintoni M, Tarsitano MG, Capacci A, De Lorenzo A. Influence of mediterranean diet on human gut microbiota. *Nutrients*. 2020; 13(1):7.
- Michaelides A, Zis P. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. *Postgraduate Medicine*. 2019; 131(7): 438-444.
- Mikkelsen K, Stojanovska L, Polenakovic M., Bosevski M, Apostolopoulos V. Exercise and mental health. *Maturitas*. 2017; 106: 48-56.

- Milenkovic T, Bozhinovska N, Macut D, Bjekic-Macut J, Rahelic D, Velija Asimi Z, Burekovic A. Mediterranean diet and type 2 diabetes mellitus: a perpetual inspiration for the scientific world. a review. *Nutrients*. 2021;13(4): 1307.
- Miller GE, Murphy ML, Cashman R, Ma R, Ma J, Arevalo JM, Kobor SM, Cole SW. Greater inflammatory activity and blunted glucocorticoid signaling in monocytes of chronically stressed caregivers. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2014; 41: 191-199.
- Moody A. Adult anthropometric measures, overweight and obesity. *Health Survey for England*, 2013;1: 1-39.
- Molina-Montes E, Sanchez MJ, Buckland G, Bueno-de-Mesquita H.B, Weiderpass E, Amiano P, Wark PA, Kühn T, Katzke V, Huerta JM. Mediterranean diet and risk of pancreatic cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort. *British Journal of Cancer*. 2017; 116(6): 811-820.
- Morze J, Danielewicz A, Przybyłowicz K, Zeng H, Hoffmann G, Schwingshackl L. An updated systematic review and meta-analysis on adherence to mediterranean diet and risk of cancer. *European Journal of Nutrition*. 2021; 60(3): 1561-1586.
- Mutlu AA, Nezire İ, Okta PG. Voleybolcuların yeme davranışlarının belirlenmesi. *Research in Sport Education and Sciences*. 2022; 24(3): 87-92.
- Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *European Psychiatry*. 2008; 23(2):77-84.
- Neslihan L, Bademli K. Yetişkin bireylerde fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkisinin belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017; 14(40): 101-110.
- Newman E, O'Connor DB, Conner M. Daily hassles and eating behaviour: the role of cortisol reactivity status. *Psychoneuroendocrinology*. 2007; 32(2): 125-132.
- Nooyens AC, Bueno-de-Mesquita HB, van Gelder BM, van Boxtel MP, Verschuren WM. Consumption of alcoholic beverages and cognitive decline at middle age: the Doetinchem Cohort Study. *British Journal of Nutrition*. 2014; 111(4): 715-723.

- O'Connor DB, Jones F, Conner M, McMillan B, Ferguson E. Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*. 2008; 27(1): 20.
- O'Connor DB, Thayer JF, Vedhara K. Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual Review of Psychology*. 2021; 72: 663-688.
- Olea López AL, Johnson L. Associations between restrained eating and the size and frequency of overall intake, meal, snack and drink occasions in the UK adult national diet and nutrition survey. *PloS ONE*. 2016; 11(5): e0156320.
- Owen L, Corfe B. The role of diet and nutrition on mental health and wellbeing. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2017; 76(4): 425-426.
- Özcan BA, Yeşilkaya B, Yılmaz HÖ, Günal A, Özdemir, A. Effects of adherence to the Mediterranean diet on depression, anxiety, and sleep quality during the Covid-19 pandemic in Turkey. *International Journal of Innovative Research and Reviews*, 2021; 5(2): 39-44.
- Özdemir DC, Akarsu B, Başer DA, Fidancı İ, Aksoy H, Cankurtaran M. COVID-19 pandemisinde erişkinlerin besin desteği kullanımı ile ilgili tutumları, davranışları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi: tanımlayıcı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 7(2): 307-319.
- Öztürk M, Üniversitede Eğitim- Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenilirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2005, (Danışman: Prof Dr. Hülya Arıkan).
- Paans NP, Bot M, Van Strien T, Brouwer IA, Visser M, Penninx BW. Eating styles in major depressive disorder: Results from a large-scale study. *Journal of Psychiatric Research*. 2018; 97: 38-46.
- Paans NP, Gibson-Smith D, Bot M. Van Strien T, Brouwer IA, Visser M, Penninx BW. Depression and eating styles are independently associated with dietary intake. *Appetite*. 2019; 134: 103-110.
- Papadaki A, Nolen-Doerr E, Mantzoros CS. The effect of the Mediterranean diet on metabolic health: a systematic review and meta-analysis of controlled trials in adults. *Nutrients*. 2020; 12(11): 3342.

- Patino-Alonso MC, Recio-Rodríguez JI, Belio JFM, Colominas-Garrido R, Lema-Bartolomé J, Arranz AG, Agudo-Conde C, Gomez-Marcos M, García-Ortiz L, EVIDENT Group. Factors associated with adherence to the Mediterranean diet in the adult population. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014; 114(4): 583-589.
- Paykel ES. Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2008; 10(3): 279-289,
- Pehlivanoglu EFÖ, Balcioğlu H, Ünlüoğlu İ. Akdeniz diyeti bağlılık ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020; 42(2): 160-164.
- Pekcan G., Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı*. 2008; 67-141.
- Polivy J, Herman CP. Restrained eating and food cues: recent findings and conclusions. *Current Obesity Reports*. 2017; 6(1): 79-85.
- Polivy J, Herman CP, Mills JS. What is restrained eating and how do we identify it? *Appetite*. 2020; 155: 104820.
- Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, mental illness, and public health. *Annual Review of Public Health*. 2017; 38: 165-185.
- Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, Sergentanis IN, Kosti R, Scarmeas N. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: a meta-analysis. *Annals of Neurology*. 2013; 74(4): 580-591.
- Quarta S, Massaro M, Chervenkov M, Ivanova T, Dimitrova D, Jorge R, Ivanova T, Dimitrova D, Rui Jorge Andrade V, Philippou E, Zisimou C, Maksimova V. Persistent moderate-to-weak mediterranean diet adherence and low scoring for plant-based foods across several southern european countries: Are we overlooking the mediterranean diet recommendations? *Nutrients*. 2021; 13(5): 1432.
- Rao TS, Asha M, Rames B, Rao KJ. Understanding nutrition, depression and mental illnesses. *Indian Journal of Psychiatry*. 2008; 50(2):77.
- Rakıcıoğlu N, Ayaz A, Pekcan G, *Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu*. 4. baskı, Ankara; 2014.

- Recchia D, Baghdadli A, Lassale C, Brunner E, Verdier JM, Kivimäki M, Akbaraly T. Associations between long-term adherence to healthy diet and recurrent depressive symptoms in Whitehall II Study. *European Journal of Nutrition*. 2020; 59(3): 1031-1041.
- Rincón-Cortés M, Herman JP, Lupien S, Maguire J, Shansky RM. Stress: Influence of sex, reproductive status and gender. *Neurobiology of Stress*. 2019; 10: 100155.
- Ruiz-Estigarribia L, Martínez-González MÁ, Díaz-Gutiérrez J, Sánchez-Villegas A, Lahortiga-Ramos F, Bes-Rastrollo M. Lifestyles and the risk of depression in the “Seguimiento Universidad de Navarra” cohort. *European Psychiatry*. 2019; 61:33-40.
- Sadeghi O, Keshteli AH, Afshar H, Esmailzadeh A, Adibi P. Adherence to Mediterranean dietary pattern is inversely associated with depression, anxiety and psychological distress. *Nutritional Neuroscience*. 2021; 24(4): 248-259.
- Sağar ME. Yetişkin bireylerde sosyal medya bağımlılığının irdelenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*. 2019; 2(1): 29-42.
- Saka M, Türker P, Ercan A, Kızıltan G, Baş M. Is neck circumference measurement an indicator for abdominal obesity? A pilot study on Turkish Adults. *African Health Sciences*. 2014; 14(3): 570-575.
- Sakai H, Murakami K, Kobayashi S, Suga H, Sasaki S. Food-based diet quality score in relation to depressive symptoms in young and middle-aged Japanese women. *British Journal of Nutrition*. 2017; 117(12): 1674-1681.
- Salvatore FP, Relja A, Filipčić IŠ, Polašek O, Kolčić I. Mediterranean diet and mental distress: “10,001 Dalmatians” study. *British Food Journal*. 2019; 121(6): 1314-1326.
- Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Majem LS, Martínez-González MA. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Archives of General Psychiatry*. 2009; 66(10): 1090-1098.

- Sánchez-Villegas A, Ruíz-Canela M, Gea A, Lahortiga F, Martínez-González MA. The association between the Mediterranean lifestyle and depression. *Clinical Psychological Science*. 2016; 4(6): 1085-1093.
- Santos-Buelga C, González-Manzano S, González-Paramás AM. Wine, polyphenols, and mediterranean diets. what else is there to say? *Molecules*. 2021; 26(18): 5537.
- Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2018; 7(1):19–30.
- Schachter S. Obesity and eating: internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*. 1968; 161(3843): 751-756.
- Schaumberg K, Anderson D, Anderson L, Reilly E, Gorrell S. Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity*. 2016; 6(2): 89-100.
- Schwingshackl L, Christoph M, Hoffmann G. Effects of olive oil on markers of inflammation and endothelial function: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2015; 7(9): 7651-7675.
- Schwingshackl L, Hoffmann G. Monounsaturated fatty acids, olive oil and health status: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Lipids in Health and Disease*. 2014; 13(1): 1-15.
- Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi AM, Knüppel S, Iqbal K, Schwedhelm C, Bechthold A, Schlesinger S, Boeing H, Boeing H. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Epidemiology*. 2017; 32(5): 363-375.
- Schwingshackl L, Morze J, Hoffmann G. Mediterranean diet and health status: Active ingredients and pharmacological mechanisms. *British Journal of Pharmacology*. 2020; 177(6): 1241-1257.
- Schwingshackl L, Schlesinger S, Devleesschauwer B, Hoffmann G, Bechthold A, Schwedhelm C, Boeing H. Generating the evidence for risk reduction: a

- contribution to the future of food-based dietary guidelines. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2018; 77(4): 432-444.
- Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Knüppel S, Iqbal K, Andriolo V, Boeing H. Food groups and risk of hypertension: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Advances in Nutrition*. 2017; 8(6): 793-803.
- Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Knüppel S, Laure Preterre A, Iqbal K, Henauw S, Michels N, Devleeschauwer B, Boeing H, Schlesinger S. Food groups and risk of colorectal cancer. *International Journal of Cancer*. 2018; 142(9): 1748-1758.
- Sema C, Arslan E, Ersöz G. Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Sporometre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2014; 12(1): 1-10.
- Serin Y, Şanlıer N. Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018; 9(2): 135-146.
- Serra-Majem L, Bes-Rastrollo M, Román-Vinas B, Pfrimer K, Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA. (2009). Dietary patterns and nutritional adequacy in a Mediterranean country. *British Journal of Nutrition*. 2009; 101(2): 21-28.
- Serra-Majem L, Medina FX.. The Mediterranean diet as an intangible and sustainable food culture. In *The Mediterranean Diet*. Academic Press, 2015; p: 37-46.
- Serra-Majem L, Roman-Vinas B, Sanchez-Villegas A, Guasch-Ferre M, Corella D, La Vecchia C. Benefits of the Mediterranean diet: Epidemiological and molecular aspects. *Molecular Aspects of Medicine*. 2019; 67: 1-55.
- Serra-Majem L, Tomaino L, Dernini S, Berry EM, Lairon D, Ngo de la Cruz J, Bach-Faig A, Donini LM, Medina F, Belahsen R. Updating the mediterranean diet pyramid towards sustainability: Focus on environmental concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(23): 8758.
- Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*. 2013; 3(4): 171-178.
- Shafiei F, Salari-Moghaddam A, Larijani B, Esmailzadeh A. Adherence to the Mediterranean diet and risk of depression: a systematic review and updated meta-analysis of observational studies. *Nutrition Reviews*. 2019; 77(4): 230-239.

- Shimizu M, Wansink B. Watching food-related television increases caloric intake in restrained eaters. *Appetite*. 2011; 57(3): 661-664.
- Shukri M, Noor NFM. Eating style and the nature of food consumption: mapping individuals' health risks. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*. 2017; 17(3): 38-46.
- Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R. (2015). Use of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in primary care during a period of economic crisis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015; 29-40.
- Silva M, Resurrección D, Antunes A, Frascuilho D, Cardoso G. Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020; 29: e7.
- Sinclair SJ, Siefert CJ, Slavin-Mulford JM, Stein MB, Renna M, Blais MA. Psychometric evaluation and normative data for the depression, anxiety, and stress scales-21 (DASS-21) in a nonclinical sample of US adults. *Evaluation & the health professions*. 2012; 35(3): 259-279.
- Singh B, Parsaik AK, Mielke MM, Erwin PJ, Knopman DS, Petersen RC, Roberts RO. Association of mediterranean diet with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's disease*. 2014; 39(2): 271-282.
- Skarupski KA, Tangney C, Li H, Evans D, Morris M. Mediterranean diet and depressive symptoms among older adults over time. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2013; 17(5): 441-445.
- Snopek L, Mlcek J, Sochorova L, Baron M, Hlavacova I, Jurikova T, Sochor J. Contribution of red wine consumption to human health protection. *Molecules*. 2018; 23(7): 1684.
- Sotos-Prieto M, Bhupathiraju SN, Mattei J, Fung TT, Li Y, Pan A, Hu FB. Changes in diet quality scores and risk of cardiovascular disease among US men and women. *Circulation*. 2015; 132(23): 2212-2219.
- Tehrani AN, Salehpour A, Beyzai B, Farhadnejad H, Moloodi R, Hekmatdoost A, Rashidkhani B. Adherence to Mediterranean dietary pattern and depression,

- anxiety and stress among high-school female adolescents. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*. 2018; 11(1): 73-83.
- Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 criteria and depression severity: implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9: 450.
- Tong TY, Imamura F, Monsivais P, Brage S, Griffin SJ, Wareham NJ, Forouhi NG. (2018). Dietary cost associated with adherence to the Mediterranean diet, and its variation by socio-economic factors in the UK Fenland Study. *British Journal of Nutrition*. 2018; 119(6): 685-694.
- Torres A, Cachafeiro V, Millán J, Lahera V, Nieto ML, Martín R, Alvarez-Sala L. Red wine intake but not other alcoholic beverages increases total antioxidant capacity and improves pro-inflammatory profile after an oral fat diet in healthy volunteers. *Revista Clínica Española*. 2015; 215(9): 486-494.
- Tosti V, Bertozzi B, Fontana L. Health benefits of the Mediterranean diet: metabolic and molecular mechanisms. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2018; 73(3):318-326.
- Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348(26): 2599-2608.
- Trigueros R, Padilla AM, Aguilar-Parra JM, Rocamora P, Morales-Gázquez MJ, & López-Liria R. The influence of emotional intelligence on resilience, test anxiety, academic stress and the mediterranean diet. A study with university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(6): 2071.
- Tsofliou F, Theodoridis X, Arvanitidou EI. (2020). Toward a Mediterranean-style diet beyond the Mediterranean countries: Evidence of implementation and adherence. In *The Mediterranean Diet*. Academic Press, 2020; p: 129-138.
- Tunay VB, Tedavi, F. Yetişkinlerde fiziksel aktivite. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2008; 730:16.
- Tuschl RJ. From dietary restraint to binge eating: some theoretical considerations. *Appetite*. 1990; 14(2): 105-109.

- Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER), Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022.
- Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No 1132, Ankara,2019.
- Uğurlu KY, Mataracı Değirmenci D, Durgun H, Gök H. The examination of the relationship between nursing students' depression, anxiety and stress levels and restrictive, emotional, and external eating behaviors in COVID-19 social isolation process. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(2): 507-516.
- Ulas B, Tatlibadem B, Nazik F, Sonmez M, Uncu F. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015; 2(3): 71-75.
- Vall Castelló J, Tubianosa C. Linking mediterranean diet and lifestyle with cardio metabolic disease and depressive symptoms: A study on the elderly in europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(19):7053.
- Van den Brink AC, Brouwer-Brolsma EM, Berendsen AA, Van de Rest O. The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) diets are associated with less cognitive decline and a lower risk of Alzheimer's diseases: a review. *Advances in Nutrition*. 2019; 10(6): 1040-1065.
- Van der Kolk B. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2000; 2(1):7-22.
- Van Strien T. Are most dieters unsuccessful? An alternative interpretation of the confounding of success and failure in the measurement of restraint. *European Journal of Psychological Assessment*. 1997; 13(3): 186-194.
- Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986; 5(2): 295-315.
- Vassou C, Yannakoulia M, Georgousopoulou EN, Pitsavos C, Cropley M, Panagiotakos DB. Foods, nutrients and dietary patterns in relation to irrational beliefs and

- related psychological disorders: The ATTICA epidemiological study. *Nutrients*. 2021; 13(5): 1472.
- Vélez-Toral M, Morales-Domínguez Z, Granado-Alcón MDC, Díaz-Milanés D, Andrés-Villas M. Mediterranean diet, psychological adjustment and health perception in university students: The mediating effect of healthy and unhealthy food groups. *Nutrients*. 2021; 13(11): 3769.
- Ventriglio A, Sancassiani F, Contu MP, Latorre M, Di Slavatore M, Fornaro M, Bhugra D. Mediterranean diet and its benefits on health and mental health: a literature review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*. 2020; 16(Suppl-1): 156.
- Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li W, Liu Z. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017; 7(8): e017173.
- WHO. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008. 2011.
- Willett W. Mediterranean dietary pyramid. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(9): 4568.
- Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1995; 61(6): 1402-1406.
- Wu L, Sun D. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing cognitive disorders: an updated systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scientific Reports*. 2017; 7(1): 1-9.
- Yahia EM, García-Solís P, Celis MEM. Contribution of fruits and vegetables to human nutrition and health. In *Postharvest physiology and biochemistry of fruits and vegetables*. Woodhead Publishing, 2019, p: 19-45
- Yannakoulia M, Kontogianni M, Scarmeas N. Cognitive health and Mediterranean diet: just diet or lifestyle pattern? *Ageing Research Reviews*. 2015; 20: 74-78.
- Yannakoulia M, Sitara M, Matalas AL. Reported eating behavior and attitudes improvement after a nutrition intervention program in a group of young female

- dancers. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*. 2002; 12(1): 24-32.
- Yeşil E, Turhan B, Tatan D, Şarahman C, Mendane S. Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nervoza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(1): 1-9.
- Yin W, Löf M, Chen R, Hultman CM, Fang F, Sandin S. Mediterranean diet and depression: a population-based cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2021; 18(1): 1-10.
- Yiengprugsawan V, Banwell C, Takeda W, Dixon J, Seubsman S, Sleight AC. Health, happiness and eating together: what can a large Thai cohort study tell us? *Global Journal of Health Science*. 2015; 7(4): 270.
- Yokoyama M, Origasa H, Matsuzaki M, Matsuzawa Y, Saito Y, Ishikawa Y, Itakura H. Effects of eicosapentaenoic acid on major coronary events in hypercholesterolaemic patients (JELIS): a randomised open-label, blinded endpoint analysis. *The Lancet*. 2007; 369(9567): 1090-1098.
- Yong C, Liu H, Yang Q, Luo J, Ouyang Y, Sun M, Lin Q. The relationship between restrained eating, body image, and dietary intake among university students in china: A cross-sectional study. *Nutrients*. 2021; 13(3): 990.

EKLER

Ek.1. Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzni

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2021		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Hülya KAMARLI ALTUN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyum ile Depresyen, Anksiyete, Stres Düzeyleri, ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 882	Tarih: 01.12.2021
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Ek.2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyum ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ve Yeme Davranışları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

b. Araştırmanın İçeriği: Araştırmanın örneklemini Antalya Muratpaşa Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğüne başvuran çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş aralığında dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan en az 319 yetişkin gönüllü bireyden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylere herhangi bir müdahalede bulunulmayacak , bireylerin bilgileri araştırmacı tarafından COVID-19 pandemi tedbirlerine uyularak yüz yüze görüşme şeklinde anket yöntemiyle toplanacaktır. Anket formlarında; bireylerin demografik özellikleri-genel bilgileri, genel beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları sorgulanacak; bireylerin Akdeniz diyetine uyumunu değerlendirmek için Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, depresyon-anksiyete-stres düzeylerini değerlendirmek için Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği ve yeme davranışlarını değerlendirmek için Hollanda Yeme Davranışı Anketi kullanılacaktır. Bireylerin besin tüketim durumları; anketin sonunda yer alan besin tüketim kaydı ile değerlendirilecektir. Besin tüketim kaydı tek günlük 24 saatlik geriye dönük olarak alınacaktır. Antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi, üst orta kol çevresi, boyun çevresi) COVID-19 tedbirlerine uygun bir şekilde görüşme esnasında araştırmacı tarafından ölçülerek kaydedilecektir. Elde edilen verilerin tamamı istatistik paket programına girilerek; bireylerin Akdeniz diyetine uyumları ile depresyon,anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları arasındaki ilişki değerlendirilecektir.

c. Araştırmanın Amacı: Son yıllarda yapılan çalışmalar beslenmenin psikolojik durumla özellikle de depresif semptomlarla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda Akdeniz Diyeti öne çıkan bir beslenme modeli olmuştur. Akdeniz Diyeti, meyve ve sebzeler, tam tahıllı besinler, baklagiller, yağlı tohumlar ve zeytin gibi bitkisel besinlerden zengin; balık ve deniz ürünlerinin orta-yüksek düzeyde olduğu bir beslenme tarzıdır. Öte yandan bireylerin beslenme tarzı ile göstermiş oldukları yeme davranışları arasında da bir ilişki olabilmektedir. Bu çalışma; yetişkin bireylerin Akdeniz diyetine uyumunu, depresyon, anksiyete, stres durumlarını; yeme davranışlarını ve beslenme durumlarını saptamak, bireylerin Akdeniz diyetine uyumları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma (X) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 18-65 yaş arası en az 319 katılımcı

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Araştırmada katılımcılara COVID 19 güvenlik önlemlerine uyularak anket formu uygulanacak ve görüşme esnasında antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi, boyun çevresi) alınacaktır. Deneysel bir işlem bulunmamaktadır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşılabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Katılımcılara bir anket formu uygulanacak ve antropometrik ölçümleri alınacağı, herhangi bir girişimsel işlemde bulunulmayacağı için bu araştırmanın bireylere olası bir risk veya zararı bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Bireylerin Akdeniz Diyetine uyumu ile depresyon, anksiyete, stres durumları ve yeme davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışma; Akdeniz tipi beslenmenin bireylerin depresyon, anksiyete, stres durumlarına etkisinin gözlenmesi ve bireylerin Akdeniz Diyetine uyum durumları ile yeme davranışlarının bir ilişkisinin olup olmadığının anlaşılması açısından önemlidir. Böylece Akdeniz Diyetine uygun beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yeme davranışları artırılarak yetişkin popülasyonu için risk olabilecek depresyon, anksiyete ve stresin gelişimi önlenabilir; daha sağlıklı bir toplum oluşabilir. Ayrıca mevcut bilgilerimize göre bu alanda yapılan çalışma sayısı sınırlı olduğundan bu araştırmanın literatüre de katkı sağlayacağı da düşünülmektedir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Hülya KAMARLI ALTUN

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Hülya KAMARLI ALTUN tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih: Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek.3. Anket Formu

YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYETİNE UYUM İLE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES DÜZEYLERİ VE YEME DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TARİH:/...../.....

A.GENEL ÖZELLİKLER

1.Anket No:	
2.Cinsiyeti	1.Kadın 2. Erkek
3.Yaş	
4.Medeni Durum	1.Evli 2.Bekar
5.Çocuğunuz var mı?	1.Evet 2.Hayır
6.Evet ise çocuk sayısı	
7.Eğitim Durumu	1. Okuryazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Üniversite mezunu 6. Lisansüstü mezunu
8. Gelir Durumu	1. Gelir giderden fazla 2. Gelir gidere denk 3. Gider gelirden fazla
9. Meslek	1. Memur 5. Ev hanımı 2. Sigortalı İşçi 6. İşsiz / Çalışmıyor 3. Serbest Meslek 7. Öğrenci 4. Emekli 8.Diğer
10.Alkol tüketir misiniz?	1.Evet 2.Hayır
11. Sigara kullanıyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
12.Uyku saatleriniz düzenli midir? (Genel olarak aynı saatte uyuyup uyanır mısınız?)	1.Evet 2. Hayır

B. BESLENME ALIŞKANLIKLARINA İLİŞKİN BİLGİLER

13.Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır 3.Değişken
14. Beslenme konularıyla ilgili bilgileri genellikle nereden alırsınız?	1. Diyetisyen 2. Doktor/hemşire 3. Arkadaş-aile/akraba çevresi 4. Radyo, Televizyon, gazete, dergi 5. internet/sosyal medya 6. Diğer(.....)
15.Genellikle yemeklerinizi nasıl yersiniz?	1.Tek başına 2.Aile/arkadaşlarla birlikte
16. Genellikle günde kaç ana öğün yaparsınız?	 Ana öğün
17. Ana öğünlerinizi atlar mısınız?	1. Hayır 2. Evet 3. Bazen
18. Genellikle hangi ana öğününüzü atlıyorsunuz?	1. Sabah 2. Öğle 3. Akşam
19. Ara öğün yapar mısınız?	1. Hayır 2. Evet 3. Bazen
20. Evetse günde kaç ara öğün yaparsınız ?	 Ara öğün
21. Öğün atlama nedeniniz nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Canı istemiyor, iştahsız 4.Erken uyanamama 2. Zaman yetersizliği 5.Alişkanlığı yok 3. Zayıflamak istiyor 6.Diğer(.....)
22. Uyguladığınız bir diyet var mı?	1.Evet 2.Hayır
23.Varsa; uyguladığınız bu diyeti size kim önerdi?	1.Doktor 2.Diyetisyen 3. Hemşire 4.Diğer (.....)
24.Ne sıklıkla cips, çikolata, kraker ,bisküvi , vb. paketli ürün tüketirsiniz?	1)Her gün 4) 15 günde bir 2) Haftada 3-4 5) Ayda bir ve daha az 3) Haftada 1-2 6) Hiç tüketmem
25.Ne sıklıkla fast-food tüketirsiniz?	1)Her gün 4) 15 günde bir 2) Haftada 3-4 5) Ayda bir ve daha az 3) Haftada 1-2 6) Hiç tüketmem
26. Herhangi bir besin takviyesi kullanıyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
27. Evet ise; (Birden fazla seçebilirsiniz)	1.Multivitamin-mineral desteği 2.Omega 3-balık yağı 3.Demir 4.D vitamini 5.B12 vitamini 6.Probiyotik 7.Diğer (.....)

C. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Boy uzunluğu:cm	Bel çevresi:.....cm	Bel/kalça oranı:.....
Vücut ağırlığı:kg	Boyun çevresi:..... cm	Bel/Boy oranı:.....
BKİ:.....kg/m ²	Kalça çevresi:..... cm	

D.ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA)

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yaptığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

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

Haftada ___ gün ☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

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

Günde ___ saat Günde ___ dakika ☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız?Yürüme hariç.

Haftada ___ gün ☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

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

Günde ___ saat Günde ___ dakika ☐ Bilmiyorum/Emin değilim

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

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

Haftada ___ gün ☐ Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

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

Günde ___ saat Günde ___ dakika ☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

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

Günde ___ saat Günde ___ dakika ☐ Bilmiyorum/Emin değilim

E. AKDENİZ DİYETİ BAĞLILIK ÖLÇEĞİ

Sorular	Yanıt	Puanlama Ölçütü	Puan
1. Yemeklerde temel yağ olarak zeytinyağı kullanıyor musunuz?		Haftada en az 2 kez salata, sebze, et veya balık yemeklerinde	
2. Günde ne kadar zeytinyağı tüketirsiniz? (kızartmalarda, salata, ev dışında yenilen yemeklerde kullanılanlarda vb.) (1 yemek kaşığı=13.5 g*)		Günde 48 g'dan fazla	
3. Günde kaç porsiyon sebze tüketirsiniz? (1 porsiyon = 200 g)		Günde 2 porsiyon ve fazlası	
4. Günde kaç porsiyon meyve (taze sıkılmış meyve suları dahil) tüketirsiniz? (Toplam meyve porsiyonu= Total meyve g/80) (Taze meyve suyu porsiyonu= Her 100 ml** için 1 porsiyon)		Günde ≥ 3 porsiyon	
5. Günde kaç porsiyon kırmızı et tüketirsiniz?		Günde<100 g	
6. Günde kaç porsiyon tereyağı veya margarin tüketiyorsunuz? (1 yemek kaşığı=12 g)		Günde < 1 porsiyon	
7. Günde ne kadar şekerli ya da tatlandırılmış içecekler tüketirsiniz? (1 porsiyon=100 ml)		Günde < 1 porsiyon	
8. Şarap içer misiniz? Haftada ne kadar tüketiyorsunuz? (1 Kadeh = 125 ml)		Haftada ≥ 7 kadeh	
9. Haftada kaç porsiyon bakliyat tüketirsiniz? (1 porsiyon =150 g= 8 YK)		Haftada ≥ 3 porsiyon	
10. Haftada kaç porsiyon balık / deniz ürünü tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 100-150 g balık veya 4-5 adet veya 200 g kabuklu deniz ürünleri)		Haftada ≥ 3 porsiyon	
11. Haftada kaç kez işlenmiş tatlı ya da hamur işi (ev yapımı olmayan) tüketiyorsunuz?		Haftada < 3 defa	
12. Haftada kaç defa fındık (yer fıstığı dahil) tüketiyorsunuz? (1 porsiyon = 30 g)		Haftada ≥ 3 porsiyon	
13. Sığır eti, domuz eti, hamburger veya sosis yerine tavuk, hindi veya tavşan eti yemeyi mi tercih edersiniz?		Beyaz et tüketimi > kırmızı et tüketimi	
14. Haftada kaç kez sebze, makarna, pilav veya diğer yemeklerinize domates, sarımsak, soğan veya pırasa soslu zeytinyağı kullanırsınız?		Haftada ≥ 2 defa	

*g: gram **ml: mililitre

F. DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ-21 (DASS 21)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur.

SON BİR HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1.Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.				
.				
5.Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.				
6.Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.				
7.Yüksek sesle ağladım.				
8.Yüksek sesle güldüm.				
9.Yüksek sesle şiddetli bir şekilde ağladım.				
10.Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım				
12.Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi				
15.Panik haline yakın olduğumu hissettim				
17.Birey olarak değersiz olduğumu hissettim				
20.Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim				

*Ölçek sahibi tarafından ölçeğin tüm maddelerinin paylaşımına izin verilmemiştir.

G. HOLLANDA YEME DAVRANIŞI ANKETİ (DEBQ)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabı (X) işareti koyarak işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?					
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz					
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?					
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30. Başkalarını yerken görürseniz, siz de yemek yemek ister misiniz?					
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					

24 SAATLİK GERİYE DÖNÜK BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	BESİNLER	MİKTAR	İÇİNDEKİLER
SABAHA Saat:			
ARA Saat:			
ÖĞLE Saat:			
ARA Saat:			
AKŞAM Saat:			
ARA Saat:			

Ek.4. Ölçek Kullanım İzinleri



elif fatma özkan
Alıcı: ben ▾

26 Eki 2021 Sal 19:20 ☆ ↶

Merhaba Gözde Hanım,

Çalışmamızı kullanmanızda bizim açımızdan bir sakınca yok. Başarılar dileriz.

[Android için Outlook'u](#) edinin

From: gözde yılmaz
Sent: Tuesday, October 26, 2021 2:39:17 PM
To:
Subject: Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği hakkında

...

İyi günler hocam.

Beslenme ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Yetişkin bireylerde Akdeniz Diyetine Uyum ile depresyon-anksiyete-stres durumu ve yeme davranışlarını değerlendireceğim tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği'ni kullanmam uygun mudur?

İzninizle ölçeği kullanabilir miyim ?

Saygılarımla.

Diyetisyen Gözde Yılmaz.



Hakan Sarıçam
Alıcı: ben ▾

17 Eyl 2021 Cum 11:28 ☆ ↶ ⋮

Merhabalar,

Ölçek maddeleri ve puanlama bilgisi ektedir.

Tez çalışması kapsamında memnuniyetle kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

Not: Ölçek maddeleri ticari kazanç sağlayan çalışmalarda kullanılamaz ve ölçek maddelerinin tamamı sanal ortamda (tez'in sonu, web siteleri vb.) paylaşılamaz.

gözde yılma 17 Eyl 2021 Pzt, 20:49 tarihinde şunu yazdı:

...

Beslenme ve diyetetik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim.Yetişkin bireylerde Akdeniz diyeti ve duygu durumlarını değerlendirmek istediğim tez çalışmamda DASS-21 ölçeğini kullanmayı düşünüyorum. İzninizle oluşturacağım ankete eklemek için ölçeğin Türkçe haline ve değerlendirmek için puanlama sistemine ulaşmam mümkün müdür ?

Şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Diyetisyen Gözde Yılmaz



Prof. Dr. Murat BAŞ <
Alıcı: ben ▾

8 Eki 2021 Cum 10:20 ☆ ↶ ⋮

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Hollanda Yeme Davranışı Anketi-DEBQ"yu çalışmanızda kullanabilirsiniz. Anket formu ekte yer almaktadır. İyi çalışmalar.

Prof. Dr. Murat BAŞ

Acıbadem Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
Beslenme ve Diyetetik Bölümü Başkanı

gözde yılma 8 Eki 2021 Çar, 14:49 tarihinde şunu yazdı:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gözde	Uyruğu	T.C.
Soyadı	Yılmaz	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Adem Tolunay Anadolu Lisesi	2013
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	2018
Yüksek Lisans		
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL	93,750

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)

Burslar-Ödüller:

Yayınlar ve Bildiriler:

Altun H. K., Gencer Y., Suna G., Sen B., Yılmaz, G. "Evaluation of Nutritional Status, Physical Performance, and Sarcopenia in Older Adults: Example of Antalya 60+ Tazelenme University". Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1), 81-95.

Büyüktuncer Z , Işgın K, Ede G, Gök S, Yiyit Ş, Daştan H, Yazıcı B, Yılmaz G, Dağ Ö, Zavrak H, Çevik S. "Sezgisel Yeme Davranışını Etkileyebilen Olası Faktörler: Beslenme Eğitimi ve Obezite." 7.Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu, 12-15 Nisan 2018, İstanbul.

Büyüktuncer Z , Işgın K, Ede G, Gök S, Yiyit Ş, Daştan H, Yazıcı B, Yılmaz G, Dağ Ö, Zavrak H . "Sezgisel Yeme Davranışının Beslenme Durumu ve Yeme Tutumu ile İlişkisi." 7.Ulusal Sağlıklı Yaşam Sempozyumu, 12-15 Nisan 2018, İstanbul.

