



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
BESLENME ve DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YETİŞKİN KADIN BİREYLERDE SEZGİSEL BESLENME DURUMUNUN KRONİK
KONSTİPASYON VE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Elif HARPUTLUOĞLU**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nuray Esra AKSAKAL**

**İSTANBUL
Nisan,2024**



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
BESLENME ve DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YETİŞKİN KADIN BİREYLERDE SEZGİSEL BESLENME DURUMUNUN KRONİK
KONSTİPASYON VE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Elif HARPUTLUOĞLU**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nuray Esra AKSAKAL**

**İSTANBUL
Nisan,2024**



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Beslenme ve Diyetetik Anabilim/Anasanat Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Elif HARPUTLUOĞLU tarafından hazırlanan *“Yetişkin kadın bireylerde sezgisel beslenme durumunun kronik konstipasyon ve demir eksikliği anemisi ile ilişkisinin değerlendirilmesi”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/04/2024

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Nuray Esra AKSAKAL
T.C. Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehmet PALA
T.C. Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ceren İŞERİ
İstanbul Kent Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Müdür
Prof.Dr. Remzi ÇETİN

YETİŞKİN KADIN BİREYLERDE SEZGİSEL BESLENME DURUMUNUN KRONİK KONSTİPASYON VE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORIGINALITY REPORT

12%

SIMILARITY INDEX

11%

INTERNET SOURCES

7%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

acikbilim.yok.gov.tr

Internet Source

1%

2

Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK)

Student Paper

1%

3

acikerisim.medipol.edu.tr

Internet Source

1%

4

dspace.baskent.edu.tr:8080

Internet Source

1%

5

acikerisim.gelisim.edu.tr

Internet Source

1%

6

dergipark.org.tr

Internet Source

1%

7

docs.neu.edu.tr

Internet Source

1%

8

Submitted to Istanbul Gelisim University

Student Paper

<1%

18/04/2024

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Yetişkin Kadın Bireylerde Sezgisel Beslenme Durumunun Kronik Konstipasyon Ve Demir Eksikliği Anemisi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışmayı başından sonuna kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuray Esra Aksakal’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri ilgili laboratuvarı yaptırıldığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

İMZA

Elif HARPUTLUOĞLU

ÖNSÖZ

Çalışmamda tez konumun belirlenmesinden sonuçlanmasına kadar geçen süre boyunca her aşamada bana yol gösteren, emek veren ve bilgi birikimiyle çalışmama katkıda bulunan değerli tez danışmanım Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nuray Esra Aksakal'a ve diğer hocalarıma teşekkür ederim.

Tez sürecimde yanımda olan, desteklerini esirgemeyen canım arkadaşlarım Özlem GÜNGÖR, Esra ALTUNCU ve Aleyna KELEŞ'e teşekkür ederim.

Her zaman bana maddi ve manevi destek olan, başarılarımla benimle birlikte sevinen ve emeklerini hiç eksik etmeyen annem Selma HARPUTLUOĞLU ve babam Kemal HARPUTLUOĞLU'na sonsuz teşekkür ederim.

Nisan 2024

Elif HARPUTLUOĞLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ETİK BEYANI	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
SEMBOLLER	vi
TABLO LİSTESİ 2.1 2.3 olacak	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sezgisel Beslenme.....	4
2.2. Sezgisel Beslenme Kavramının Ana Bileşenleri.....	6
2.2.1. Yemek Yemeye Koşulsuz İzin Verme	6
2.2.2. Duygusal Nedenler Yerine Fiziksel Nedenlerden Dolayı Yemek Yeme... 7	
2.2.3. Ne zaman Ve Ne Kadar Yeneceğini Belirlemek İçin Açlık Ve Tokluk Sinyallerine Güvenme	7
2.3. Sezgisel Beslenmenin İlkeleri	8
2.4. Sezgisel Beslenme ve Diyet Yapma Davranışı.....	11
2.5. Konstipasyon.....	12
2.5.1. Konstipasyon Tanı Kriterleri.....	13
2.5.2. Konstipasyon Türleri Ve Patofizyolojisi.....	14
2.5.3. Konstipasyon Ve Beslenme İlişkisi	15
2.6. Demir Eksikliği Anemisi.....	17
2.6.1. Demir Eksikliği Anemisinin Nedenleri.....	19
2.6.2. Demir Eksikliği Anemisinin Gelişim Evreleri.....	21
2.6.3. Demir Eksikliği Anemisinin Tanısı Ve Tedavisi	21
2.6.4. Demir Eksikliği Anemisinin Beslenme İle İlişkisi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi	28
3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Veri Toplama Araçları	28

3.4.1. Anket Formu	29
3.4.2. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 formu (IES-2)	29
3.4.3. Kabızlık Ölçeği	30
3.4.4. Besin Tüketim Sıklığı Formu.....	31
3.5. Veri Toplama Yöntemi	31
3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.7. Çalışmanın Etik Yönü	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri	33
4.2. Bireylerin Beslenme ve Sağlık Düzeylerine Yönelik Bulgular	35
4.3. Bireylerin Sezgisel Yeme Ölçeği-2'ye göre Değerlendirilmesi.....	38
4.4. Bireylerin Kabızlık Ölçeğine göre Değerlendirilmesi	38
4.5.Bireylerin BKİ Değerleri ile Sezgisel Beslenme ve Konstipasyon Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	39
4.6. Bireylerin Sezgisel Beslenme Durumları ile Konstipasyon Durumlarının Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	40
4.7. Hipotez Testleri	41
4.7.1. Demografik Özelliklere Göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Düzeyleri Arasındaki Farklar.....	41
4.7.2. Demografik Özelliklere Göre Kabızlık Ölçeği Düzeyleri Arasındaki Farklar	43
4.7.3. Beslenme ve Sağlık Özellikleri ile Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Düzeyleri Arasındaki İlişki	44
4.7.4. Beslenme ve Sağlık Özellikleri ile Kabızlık Ölçeği Düzeyleri Arasındaki İlişki	46
4.7.5. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ile Kabızlık Ölçeği Arasındaki İlişki.....	48
4.7.6. Besin Tüketim Sıklıkları ile Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ve Kabızlık Ölçeği Arasındaki İlişkiler.....	49
5. TARTIŞMA	55
6. SONUÇLAR	67
7. ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	85
ÖZGEÇMİŞ.....	97

KISALTMALAR

BKI	:Beden Kütle İndeksi
CRP	:C-reaktif Protein
DEA	:Demir Eksikliği Anemisi
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
Hb	:Hemaglobin
Hct	:Hematokrit
IBS	:İrritabl Bağırsak Sendromu
IES-2	:Sezgisel Yeme Ölçeği-2
MCH	:Ortalama Eritrosit Hemoglobin (Mean Corpuscular Hemoglobin)
MCHC	:Ortalama Eritrosit Hemoglobin Konsantrasyonu (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration)
MCV	:Ortalama Korpüsküler Hacim (Mean Corpuscular Volume)
NIH	:Ulusal Sağlık Enstitüleri (National Institutes Of Health)
PROMIS	:Hasta Tarafından Bildirilen Sonuç Ölçüm Bilgi Sistemi
RDW	:Kırmızı Hücre Dağılım Genişliği (Red Cell Distribution Width)
sTfR	:Çözünebilir Transferrin Reseptörü (Soluble Transferrin Receptor)
SPSS	:Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package of Social Science)
TDBK	:Toplam Demir Bağlama Kapasitesi

SEMBOLLER

%	: Yüzde
dL	: Desilitre
Fe⁺²	: Ferröz demir
Fe⁺³	: Ferrik demir
g	: Gram
kg	: Kilogram
L	: Litre
m²	: Metrekare
mcg	: Mikrogram
mg	: Miligram
mL	: Mililitre
n	: Katılımcı sayısı
n	: Sayı
ng	: Nanogram
p	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
ug	: Mikrogram
Z	: Mann-Whitney U testi

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2. 3. Katılımcıların Beslenme Ve Sağlık Düzeylerine Yönelik Bulguların Dağılımı	8
Tablo 4. 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	33
Tablo 4. 2. Katılımcıların Beslenme Ve Sağlık Düzeylerine Yönelik Bulguların Dağılımı	35
Tablo 4. 3. Katılımcıların Sezgisel Beslenme Puanlarına Göre Sezgisel Beslenme Düzeyleri Dağılımı.....	38
Tablo 4. 4. Kabızlık Ölçeği Kategorik Dağılımları.....	38
Tablo 4. 5. BKİ İle Sezgisel Yeme, Kabızlık, Yaş Ve Öğrenim Durumu Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları.....	39
Tablo 4. 6. Sezgisel Beslenme Durumuna Göre Kadınların Kabız Olma Düzeyleri Ve Fark Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 4. 7. Ölçek Boyutlarının Ve Toplam Puanların Normallik Dağılımı İçin Yapılan Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları.....	41
Tablo 4. 8. Demografik Özelliklere Göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Düzeyleri Arasındaki Farklar.....	42
Tablo 4. 9. Demografik Özelliklere Göre KÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar	43
Tablo 4. 10. Beslenme Ve Sağlık Özellikleri İle IES-2 Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları	44
Tablo 4. 11. Beslenme Ve Sağlık Özellikleri İle Kabızlık Ölçeği Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 4. 12. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Puanları İle Kabızlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları	48
Tablo 4. 13. Besin Tüketim Sıklıkları	49
Tablo 4. 14. Besin Tüketim Sıklıkları İle Sezgisel Yeme Ve Kabızlık Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler	52
Tablo 4. 15. Besin Tüketim Sıklıkları ile Sezgisel Yeme ve Kabızlık Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler	53

ÖZET

YETİŞKİN KADIN BİREYLERDE SEZGİSEL BESLENME DURUMUNUN KRONİK KONSTİPASYON VE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma, Gaziantep'te yaşayan yetişkin kadın bireylerde sezgisel beslenme durumunun kronik konstipasyon ve demir eksikliği anemisi ile ilişkisini saptamak amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Çalışma yaşları 18-65 arası değişen 70 gönüllü kadın birey ile yürütülmüştür. Kadın bireyler hamile olmama ve demir eksikliği anemisi tanısı almış olması şartıyla çalışmaya dahil edilmişlerdir. Veri toplama aracı olarak; demografik özellikleri ile antropometrik ölçüm bilgilerinin yer aldığı form, hastalık öyküsü ve beslenme alışkanlıklarının sorgulandığı anket kullanılmıştır. Katılımcıların sezgisel beslenme durumları incelemek adına Sezgisel Yeme Ölçeği (IES-2) ve konstipasyon durumlarını incelemek için ise Kabızlık Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların son bir yılda demir eksikliği anemisi (kansızlık) tanısı alanların oranı %98.6 olarak bulunmuştur ve %76.6'sı anemi için demir takviyesi aldığı tespit edilmiştir. Demir eksikliği anemisi tanısı almış olan katılımcıların %47.1'inin sezgisel beslendiği tespit edilmiştir. Katılımcıların sezgisel beslenme durumları ile günlük uyku saatleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Katılımcıların ilaç kullanımı ve son 1 yıl içindeki vücut ağırlığı artışı ile sezgisel beslenme durumları arasında ise negatif yönde bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların BKİ düzeyleri ve sezgisel beslenme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur; Katılımcıların sezgisel beslenme puanı arttıkça BKİ düzeylerinde azalma tespit edilmiştir. Demir eksikliği anemisi tanısı almış olan katılımcıların %17.1'inde hiçbir kabızlık semptomu yokken, %35.7'sinde kronik kabızlık olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların BKİ düzeyleri ve kabızlık durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur; Katılımcıların BKİ düzeyleri arttıkça kabızlık semptomlarında da artış tespit edilmiştir. Demir eksikliği anemisi olan ve sezgisel beslenmeyen kadınların %13.5'inde, sezgisel beslenen kadınların ise %21.2'sinde kabızlık semptomu bulunmuştur; Sezgisel beslenen ve beslenmeyen kadınların kabızlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Demir Eksikliği, Konstipasyon, Sezgisel Beslenme*

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP OF INTUITIVE EATING STATUS WITH CHRONIC CONSTIPATION AND IRON DEFICIENCY ANEMIA IN ADULT FEMALE INDIVIDUALS

This study was planned and carried out to determine the relationship between intuitive eating status and chronic constipation and iron deficiency anemia in adult female individuals living in Gaziantep. The study was conducted with 70 female volunteers aged between 18-65. Female individuals were included in the study on the condition that they were not pregnant and diagnosed with iron deficiency anemia. As a data collection tool; A form containing demographic characteristics and anthropometric measurement information, and a questionnaire questioning disease history and nutritional habits were used. The Intuitive Eating Scale (IES-2) was used to examine the participants' intuitive eating status, and the Constipation Scale was used to examine their constipation status. The rate of participants diagnosed with iron deficiency anemia in the last year was found to be 98.6%, and 76.6% were found to have taken iron supplements for anemia. It was determined that 47.1% of the participants diagnosed with iron deficiency anemia were intuitive eaters. It was found that there was a significant and positive relationship between the participants' intuitive eating status and daily sleep hours. It was determined that there was a negative relationship between the participants' drug use and body weight gain in the last year and their intuitive eating status. When the relationship between participants' BMI levels and intuitive eating status was examined, it was found that there was a statistically significant and negative relationship; As the intuitive eating score of the participants increased, a decrease was found in their BMI levels. While 17.1% of the participants diagnosed with iron deficiency anemia had no constipation symptoms, 35.7% were found to have chronic constipation. When the relationship between participants' BMI levels and constipation status was examined, it was found that there was a statistically significant and positive relationship; As the participants' BMI levels increased, constipation symptoms also increased. Constipation symptoms were found in 13.5% of women with iron deficiency anemia who did not eat intuitively and in 21.2% of women who fed intuitively; It has been determined that there is no significant difference between the constipation levels of women who eat intuitively and those who do not.

Keywords: *Constipation, Intuitive Eating, Iron Deficiency*

1. GİRİŞ

Beslenme, insan yaşamında önemli bir rol oynar ve en temel insan ihtiyaçlarından biridir (Köse ve Şanlıer, 2015). Gıdalar vücudun birincil enerji kaynağı olmasına rağmen, çoğu insan için yemek yemek metabolik ihtiyaçlarında ötesine geçmektedir (Boggiano et al., 2015). Bireyler sadece enerji ihtiyacını karşılamak için değil aynı zamanda duygusal açlık denilen durumdan dolayı da gıda alımını arttırmaya başlamıştır. Sanayileşmiş toplumlar, teknolojik gelişmeler, günlük hayatın getirdiği stres durumları ve duygu durumları nedeniyle bireyler daha iyi hissetmek amacıyla dürtüsel olarak besin tüketimini arttırmaktadır (Güler ve ark., 2009). Vücudun fizyolojik ihtiyaçları dışında beslenme ve azalan fiziksel aktivite sonrasında obezite prevalansı da günümüzde artmaya başlamaktadır. Obezitenin sonucunda ise metabolik sendrom, kronik hastalıklar ve sağlık sorunları meydana gelebilmektedir (Bilgen, 2018). Bu durumun prevalansı günümüzde artış gösterdiği için önüne geçebilmek adına duygusal düzenlemenin sağlanması gerektiği düşünülmektedir (Strien, 2018). Sezgisel beslenme kavramının obeziteyi önlemede ve duygusal yemeyi kontrol etmede önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Ek olarak sezgisel yeme durumu kişisel vücut memnuniyetine, özgüven ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır (Smith et al., 2020).

Sezgisel beslenme modelinin temeli, vücudun ihtiyaçları doğrultusunda besin tüketimi yapmaktır (Bas et al., 2017). Sezgisel beslenmede duygusal açlık yerine fiziksel açlık ön plandadır, bu durum ise ‘vücut bilgeliği’ olarak tanımlanmaktadır (Dyck et al., 2016). Aynı zamanda sezgisel beslenme, vücut için sağlıklı olan ve uygun vücut ağırlığını korumaya yardımcı olan gıdaların miktarlarını ve türlerini doğal olarak bilmeye dayanır (Güveli ve ark., 2022). Sezgisel beslenme modeli ise ana olarak 4 bölümden oluşmaktadır: açlık durumunda koşulsuz yemek yeme izni, duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlerle besin tüketme, ‘ne zaman’ ve ‘ne kadar’ sorularına karar vermek için açlığa ve tokluğa güvenme ve kişinin sağlığını onurlandırmasıdır (Healy et al., 2015). Bunun yanı sıra bireyler doğumdan itibaren vücutlarının ihtiyaçlarına göre nasıl beslenmeleri gerektiğini bilirken, çeşitli çevresel uyaranlar bunu zorlaştırmaktadır (Fark et al., 2019).

Olumsuz duyguları ve stresi gidermek için yemeği ödül olarak kullanmak ya da çocukları beslenme konusunda yönlendirmek gibi anne-baba tutumları, potansiyel olarak bireylerin doğuştan gelen açlık ve tokluk mekanizmalarını göz ardı etmesine yol açabilmektedir (Gerards et al., 2011). Bireysel yiyecek seçimlerini etkileyen faktörler aynı zamanda sezgisel beslenme davranışını da etkilemektedir. Reklamlar, sosyal medya uygulamaları, restoranlar gibi birçok uyaran etkisiz açlık sinyallerine neden olabilmekte ve bireyleri acıkmadan bağımsız gıda tüketmeye teşvik edebilmektedir (Tylka and Kroon Van Diest, 2013). Sosyoekonomik durum, gıdanın tadı ve erişilebilirliği gibi birçok farklı faktörün gıda seçimini ve tüketimini etkilediği iyi bilinmektedir. Bu yüzden bireylerin sağlıklı bir vücuda sahip olabilmeleri adına sezgisel beslenme eğitimi alıp bilinçli bir şekilde gıda tüketimi yapmaları önerilmektedir (Fark et al., 2019).

Konstipasyon diğer bir ismi ile kabızlık ise, bir hastalık olarak kabul edilmeyen ve gastrointestinal sistemi etkileyen bir sağlık sorunudur. Dışkı sayısında azalma, zorlanma veya sert dışkılama gibi belirtileri bulunmaktadır. Genel olarak defekasyon ile ilgili bütün şikayetler kabızlık başlığı altında değerlendirilir (Türkay and Saka, 2016). Kabızlık; kadınlarda erkeklere oranla daha sık gözlenmektedir. Aynı şekilde yaşlı bireylerde de görülme sıklığı daha yüksektir. Bununla birlikte kabızlığa etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; var olan kronik hastalıklar, bağırsak florasının durumu, fiziksel aktivite, sosyoekonomik düzey, kullanılan bir takım ilaçlar, hormonal bozukluklar, beslenme ve özellikle yetersiz posa alımıdır (Mamur et al., 2017). Konstipasyonun oluşmasını engelleyen bir diyet modeli, yeterli miktarda enerji içermeli ve sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesi için tüm besin öğelerini ve diyet lifini dengeli bir şekilde içermelidir. Sezgisel beslenme modelinin temelinde ise bu kavram bulunmaktadır; bireye özgü olarak vücudun ihtiyacı olduğu kadar makro ve mikro besin öğelerinin alınmasıdır (Türkay ve Saka, 2016). Özellikle sezgisel beslenmenin “Ne zaman ve ne kadar yeneceğini belirlemek için açlık ve tokluk sinyallerine güvenme” başlıklı bileşeninde konstipasyonun oluşumunu engellemek adına önerilen kavramları da kapsamaktadır (Tylka, 2006). Demir eksikliği anemisi ise, insan vücudundaki demir depolarının yetersiz olması sonucunda meydana gelmektedir. Vücudun hemoglobinin üretilip, kandaki oksijeni dokulara taşıyabilmesi için demire ihtiyacı vardır. Demir yetersizliği ve demir eksikliği anemisi ise farklı durumlardır. Demir eksikliği anemisi, demir yetersizliğinin son basamağıdır (Kaner, 2013). Demir eksikliği anemisi en sık gözlemlenen anemi türüdür. Özellikle kadın bireylerde ve

çocuklarda görülmektedir. En yaygın belirtileri arasında halsizlik ve çabuk yorulma bulunmaktadır (McLean et al., 2009).

Yetişkin gruplarında obezite ve vücuttaki demir durumu arasındaki ilişki üzerine çalışmalar yapılmıştır. Micozzi ve arkadaşları (1989) ABD’li kadın ve erkek bireylerin üzerinde yaptıkları çalışmada, artan Beden kütle indeksi ile kadınlarda serum demir düzeylerinin anlamlı olarak düştüğünü belirtmişler, ancak Beden kütle indeksi ile erkeklerde serum demir düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır. Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda sezgisel beslenen bireylerin, diğer bireylere oranla daha düşük bir beden kütle indeksine sahip olduğu bildirilmiştir (Hawks et al., 2005).

Sezgisel beslenme ve sağlık ile ilgili çalışmaların sıklığı giderek artmaktadır fakat sağlık sorunları olan ve yaşam fonksiyonları olumsuz yönde etkileyen konstipasyon ve demir eksikliği anemisi ile ilgili herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışma ise sezgisel beslenme durumunun, konstipasyon ve demir eksikliği anemisiyle herhangi bir ilişkisi olup olmadığını incelemek amacıyla planlanmıştır. Demir eksikliği anemisine sahip kadın bireylerin sezgisel beslenme puanlarının daha düşük olduğu ve konstipasyon prevalansının daha yüksek olacağı ön görülmüş olup çalışma sonucunda ise katılımcıların %47.1’inin sezgisel beslendiği ve %35.7’sinde kronik konstipasyon durumu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, çalışmanın hipotezini destekleyebilecek niteliktedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezgisel Beslenme

Günümüzde bireyler beslenme ihtiyaçlarını karşılarken farklı yeme davranışları sergilemektedirler (Deveci ve ark., 2017). Bireysel yeme davranışını etkileyen birçok faktör vardır, bunlardan en önemlilerinden birisi ise bireyin duygusal durumudur (Rubinstein, 2006). Son yıllarda bireyler sadece besin açısından aç hissettikleri için değil, besinlerin tatlarına karşı duydukları zevk ve olumsuz duygu duyurumlarını bastırmak içinde besin tüketmektedirler. Bu duruma duygusal açlık denmektedir (Wu et al., 2018). Kişisel duygu durumlarına bağlı olarak gıda tüketiminde meydana gelen değişiklikleri anlamak ve bunlara yanıt vermek amacıyla bazı beslenme davranışları dikkat çekmektedir. Bu beslenme davranışlarından ön planda olan yaklaşım ise sezgisel beslenmedir. Sezgisel beslenme davranışı bireylerin duygusal durumlarını kontrol edebilmeleri ve besin alımlarına dikkat edebilmeleri açısından önem arz etmektedir (Taş ve Kabaran, 2020). Sezgisel yeme kavramı ilk olarak 1995 yılında kayıtlı diyetisyenler olan Evelyn Tribole ve Elyse Resch tarafından desteklenen diyet dışında bir sağlık yaklaşımıdır. Tribole ve Resch, bu yöntemi geleneksel diyetle yaşamını sürdüren bireyler ile ideal ağırlığa ulaşmak ve korumak için diyet yapan bireyler arasında bir dengeye ulaşmak amacıyla kurmuşlardır (Tribole and Resch, 2012). Sezgisel beslenmenin temel kavramı “vücut bilgeliği” kazanmaktır (Dalen et al., 2010). Vücudun açlık ve tokluk gibi doğal sinyallerini dinleyerek ve bunlara uyum sağlayarak beslenme şekli olarak tanımlanır (Özkan ve Bilici, 2018). Besin tüketiminin miktarı ve zamanlamasına ilişkin iç güdüsel geri bildirim yorumlama ve bunlara uyma becerisiyle ilgilenen diyet dışı bir yaklaşım şeklidir (Quansah et al., 2022). Bu durum herhangi bir sağlık kaygısı olmadan ağırlık yönetimine yanıt olarak geliştirilmiştir (Dyke and Drinkwater, 2014). Bu paradigma aynı zamanda bireyin istediğini doğal bir şekilde yemesi, vücudun neye ihtiyacı olduğunu söylemesi, duygusal, sosyal ve çevresel olaylara tepki olarak yemekten kaçınması ve tokluk düzeyine dikkat etmenin doğal yoluna da odaklanmaktadır (Gast and Hawks, 2000). Sezgisel beslenme temel de fizyolojik açlığı doyurmak, kişinin

yeterli miktarda yiyecek tükettikten sonra aşırı doymadan yemeyi bırakabildiği bir yeme davranışıdır. Bireyin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı sürece beslenme dengesini sağlamaya yönelik seçimleri içgüdüsel olarak yapması ve dolayısıyla besin tüketim çeşitliliği üzerine bir sınır olmaması yönündedir (Bacon et al.,2005). Bundan kaynaklı olarak da sezgisel beslenmenin, bireyler kısıtlanmış psikolojisine girmediği için daha fazla düzenli beslenme ve daha pozitif bir beden algısı oluşturma üzerine etkisi bulunmaktadır. Fakat bu durum kapsamlı olarak araştırılmamış diğer psikososyal faktörlerle de ilişkilidir (Akay,2016). Sezgisel beslenme; diyetler ve açlığa rağmen yemeyi teşvik eden reklamlar gibi, vücut bilgeliğini geçersiz kılmaya çalışan durumlardan kişiyi uzaklaştırarak beden bilgeliğini yeniden kazanmaya çalışır (Barrada et al., 2020).

Sezgisel yemeyi etkileyen birçok faktör vardır. Örneğin cinsiyet dikkate alındığında araştırmalar erkeklerin beslenme konusundaki içgüdülerine kadınlardan daha fazla güvendiklerini göstermektedir (Smith and Hawks, 2006). Vücut kitle indeksi (BKİ), sezgisel beslenmede geçerli bir diğer faktördür. Düşük vücut kitle indeksi sezgisel yeme tutumlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda uzun süreli diyet uygulama davranışı da bu konuda etkili olabilmektedir. Doygunluk hissiden sonra besin tüketmeyi bırakan kişilerin, besin tüketmeye devam eden kişilere göre daha az oranda özel diyet programı uygulama geçmişine sahip olduğu belirlenmiştir. (Howard and Porzelius, 1999). Özgüvenli bireylerde ise ne kadar besin tüketecekleri konusunda, kendine güveni daha az olan bireylere kıyasla daha düzenli beslenme tutumları sergileyebildikleri görülmüştür (Fidan ve ark., 2019).

Sezgisel beslenme modeli ilk olarak üç ana başlık ile oluşturulmuştur (Tylka, 2006);

1. Yemek yemeye şartsız izin verme
2. Duygusal nedenlerden dolayı besin tüketmek yerine fiziksel nedenlerden dolayı yemek yeme
3. Ne zaman ve ne kadar besin tüketilmesi gerektiğini belirlemek için açlık ve tokluk mekanizmasına güvenme

Bu başlıkların hepsi birbiriyle ilişkili olup sezgisel beslenme ilkelerini oluşturmaktadır (Tylka, 2006).

Yetişkin ve puberte bireyler üzerinden yapılan kapsamlı bir kohort çalışmasında ise besin tercihi konusunda vücutlarına güvenen bireylerin daha dengeli beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu ve daha az herhangi bir kronik rahatsızlıktan dolayı

uygulanan kısıtlanmış diyet programlarını yaptıkları gözlemlenmiştir. Özellikle, sezgisel, beslenmenin iki ilkesi olan ‘duygusal nedenlerden yerine fiziksel nedenlerden dolayı besin tüketme’ ve ‘Ne zaman ve ne kadar yeneceğini belirlemek için tokluk ve açlık ipuçlarına güvenme’ psikolojik açıdan da bireylere olumlu katkıları olduğu tespit edilmiştir (Schaefer and Magnuson, 2014). Ek olarak ise sağlık parametreleri ve sezgisel beslenme arasındaki ilişki incelendiğinde, sezgisel beslenmenin yüksek BKİ değerleri ile negatif yönde ilişkili olduğu, psikolojik sağlık parametreleri ve olumlu beslenme davranışları ile pozitif yönde ilişkili olduğu yapılan çalışmalar sonrasında gözlemlenmiştir (Keel et al., 2007).

2.2. Sezgisel Beslenme Kavramının Ana Bileşenleri

2.2.1. Yemek Yemeye Koşulsuz İzin Verme

Yemek yemeye şartsız izin verme, bireyin fizyolojik olarak aç hissettiğinde arzu edilen gıdaların tüketilmesi olarak tanımlanan sezgisel beslenmenin bileşenlerinden biridir (Faith et al., 2004). Sezgisel beslenmenin bu ana başlığını hayatlarına uyarlayan bireyler, neyi ne miktarda yediklerini düşünmeden sadece açlık sinyallerine göre hareket etmektedirler. Bu bireyler gıdaları izin verilen veya yasaklanan olarak sınıflandırmazlar ve yemekten kaçındıkları besinler yoktur (Ortmann et al., 2023).

Vücudun açlık ve tokluk sinyallerine göre yeme davranışı sergileyen bireylerin aşırı yeme davranışlarını sergilemedikleri gözlemlenmiştir (Linardon, 2021). Temel prensip, stres ve ruh hali değişimleriyle başa çıkmak için beslenmeye yönelmek değil, fiziksel açlığı frenleyerek vücudun ihtiyaç duyduğu besin miktarı ve türüne yönelmektir (Denny et al., 2013).

Araştırmalar, kısıtlı diyet uygulayan kişilerin, beslenme kurallarını ihlal etmeleri veya yasaklı yiyecekleri tüketmeleri nedeniyle aşırı yiyecek bağımlılığı sergilediklerini göstermiştir (Cole et al., 2016). Benzer şekilde, kısıtlı diyet uygulayan kişilerin koku ve tat gibi faktörlere karşı daha duyarlı oldukları ve bunun da gıda alımlarını artırabileceği bulunmuştur. Sonuçta, diyet kısıtlaması yiyeceklerle meşgul olmayı daha da artırır; yiyecek alımını kısıtlayan kişiler, koşulsuz olarak yemelerine izin verilenlerden daha fazla yemek yerler (Carbonneau et al., 2017). Cole ve arkadaşlarının "My Body Knows When" başlıklı sezgisel yeme üzerine yaptıkları 10 haftalık pilot müdahale programına katılan 61 kadının program sonunda diyet zihniyetinden kurtulduğu belirlenmiştir (Cole et al., 2010).

2.2.2. Duygusal Nedenler Yerine Fiziksel Nedenlerden Dolayı Yemek Yeme

Sezgisel beslenme modelini hayatlarına uyarlayan bireylerin beslenmeye yönelmesinin amacı; stres ve psikolojik durumlarla baş etmek değil fizyolojik olarak aç hissetmesidir (Tylka, 2006). Fiziksel nedenlerden dolayı yemek yiyen bireylerin açlık durumunu giderme davranışı, duygusal olarak yemeye yönelen bireylerin davranışlarından farklılık gösterir (Framson et al.,2009). Örneğin; Bireyin açlık durumunu giderebilmesi için sebze, meyve, yağlı tohumlar vb. gibi enerji değerleri yüksek olmayan bir gıda veya atıştırılabilirlikle sağlayabilecekken, duygusal olarak açlık hisseden bireyler fiziksel olarak tokluk hissetse bile yemek yeme durumlarını sonlandıramaz veya bu konuda güçlük çekebilmektedirler. Duygusal açlık durumunda birey ne bulursa onu tüketmeye ve özellikle enerji içeriği yüksek besin tercih etmeye yatkınlık gösterirler (Çetin, 2019).

Cole ve arkadaşlarının 10 haftalık müdahale programı olan “My Body Knows” adlı ikinci çalışmalarında sezgisel beslenmenin etkinliğini incelemişlerdir. Program sonunda bireylerin duygusal yemede %22'lik bir azalma yaşadıkları bulunmuş ve bireysel vücut kitle indeksinde hafif bir azalma ve sezgisel yeme davranışlarında bir artış tespit edilmiştir (Cole et al., 2019).

2.2.3. Ne zaman Ve Ne Kadar Yeneceğini Belirlemek İçin Açlık Ve Tokluk Sinyallerine Güvenme

Ne kadar ve ne zaman gıda tüketmeyi belirlemek için açlık ve tokluk ipuçlarına güvenme kavramı, bireylerin doğuştan gelen bir fizyolojik özellik olan açlık ve tokluk hormonlarının sinyallerine güvenmeleri ve bu sinyallere göre beslenmelerini düzenlemeleri prensibine dayanmaktadır (Tylka and Wood-Barcalow,2015).

Doğuştan gelen farkındalık kapasitesi nedeniyle sezgisel yeme davranışları gelişir ve bireyler “acıkınca ye, tokken yemeyi bırak” ilkesiyle hareket ederler. Açlık ve tokluk sinyallerini takip etmeyen ve bunlara güven duymayan insanlar, gıda tüketimini düzenleme konusundaki doğuştan gelen yeteneklerini kaybederler (Ramos et al.,2020). Küçük çocuklar üzerinde yapılan bir araştırma, çocukların gıda alımlarını düzenleyen iç mekanizmalara sahip olduklarını göstermektedir. Bu çocukların besin ögesi alımlarındaki farklılıklara rağmen toplam günlük enerji alımlarının sabit olduğu görülmüştür (Tylka,2006). Ancak yaşlandıkça iç kontrol mekanizmalarının yerini çevresel uyarıların ve dış kuralların alabileceği düşünülmektedir. Özellikle dış kurallar olarak tanımlanan özel diyet programı

uygulama, kısıtlama ve yasaklama süreçleri bireylerin kendi içsel sinyallerine güvenmelerini engelleyebilmektedir. İç kontrol mekanizmalarının yerini, duygusal olarak tetiklendiğinde kontrol edilemeyen dış kurallar alır; bu da yiyecek tercihlerinde, tüketim miktarlarında ve zamanlamada farklılıklara neden olur (Dockendorff et al., 2012).

2.3. Sezgisel Beslenmenin İlkeleri

Sezgisel beslenme yöntemini ilk olarak ortaya atan Tribole ve Resch, vücut bilgelik kavramını tekrardan kazandırabilmek adına sezgisel beslenmenin 10 ilkesini oluşturmuşlardır. Sezgisel beslenmenin 10 temel ilkesi Tablo 1’de gösterilmiştir (Tribole and Resch, 2012).

Tablo 2. 1. Katılımcıların Beslenme Ve Sağlık Düzeylerine Yönelik Bulguların Dağılımı

1.Diyet zihniyetini reddetmek	Sezgisel beslenme, olması gereken sağlıklı vücut ağırlığını ve yeme davranışlarını destekleyen diyet dışı bir beslenme modelidir. Ağırlık kaybı için uygulanan diyet programları, enerji kısıtlamasına odaklandığı için sezgisel beslenme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir.
2.Açlık hissinden onur duymak	Vücudun fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayabilecek kadar enerji elde etmesi gerekir. Sezgisel beslenmenin bu prensibi yeterli enerji ve makro besin alımını içeren bir beslenme modelini vurgulamaktadır. Bu ihtiyaç doğru zamanda ve doğru miktarda karşılanmazsa aşırı yeme isteği tetiklenebilmektedir. Uzun süreli bir açlık durumu sonrasında farkındalıkla ve bilinçli bir şekilde yeme davranışı sergilemek oldukça zordur. Bu durum sağlıklı yiyecek seçimlerine ve aşırı yeme durumlarına sebep olabilmektedir. Ancak açlığın ilk fizyolojik sinyallerine bu duyguyu onurlandırarak

	cevap veren bireyler, olumsuz yeme davranışlarında bulunmaktadır.
3.Besinlerle barışmak	Sezgisel beslenme modeli yiyeceklere iyi,kötü, kabul edilebilir, kabul edilemez olarak etiketlenmemesi gerektiğini savunmaktadır. Aynı yiyeceğin sürekli arka arkaya tüketilmesi (kısıtlı yeme davranışı), davranışsal ve fizyolojik tepkilerin azalmasıyla sonuçlanan nörobiyolojik bir süreçtir ve bu durumun sonrasında gıda alımının kontrol edilmesi zorlaşmaktadır. Besin alımının miktarının ve zamanlamasının sınırlandırılması ve ek olarak gıda seçimine ilişkin kısıtlayıcı tutum ve davranışlar, besin yoksunluğu hissine neden olarak zihnin spesifik olarak gıdalarla meşgul olmasını tetikleyebilmektedir.
4.Gıda polisine karşı çıkmak (İç Kontrol)	Gıda polisi (İç kontrol), beslenmesini eleştiren kişilerin iç sesi olarak tanımlanmıştır. Bu eleştiriler yemeğin sağlıklı olup olmadığını, şeker içeriğini, enerji değerini vb. konuları hedef almaktadır. Besinleri iyi ya da kötü olarak sınıflandıran bu iç sese karşı bireylerin mücadele etmesi ve hayır diyebilmesi gerekmektedir. Bunu başarmak sezgisel beslenme davranışlarının benimsenmesinde çok önemli bir adım olacağı vurgulanmıştır.
5.Doygunluğu hissetmek	Besin tüketimi esnasında açlık hissedilmediği anda yemek yemeyi durdurmak için fizyolojik vücut sinyallerini rehber edinerek tokluk hissini önemsemek gerekmektedir.
6.Tatmin olma faktörünü keşfetmek	Sezgisel beslenmenin bu ilkesinde aşırı açlık hissi oluşmadan o an gerçekten ne tüketmek istendiğini anlamak için zaman ayırmak ve aşırı tokluk hissi sonrasında oluşan rahatsızlık olmadan besin tüketimini durdurmak esas alınmıştır.

7.Duygularla besinleri kullanmadan baş etmek	Sezgisel beslenmenin bu ilkesi bireylerin psikolojik durumlarla başa çıkabilmek için yemeğe değil, başka yollara yönelmesi gerektiğini belirtmektedir. Bireyler kaygı, can sıkıntısı, öfke vb. deneyimler yaşarlar. Bireyler hiçbir yiyeceğin olumsuz duyguları düzeltmeyeceğini bilmesi gerekmekte ve bu nedenle çözümü yiyeceklerde aramamalıdır. Tüm bu olumsuz duyguların bir nedeni vardır ve tedavi edilebilmesi için bu durumun nedeninin araştırılması gerekir. Yiyecek kişinin acısını yalnızca odak noktasını değiştirerek geçici olarak dindirebilmektedir. Ayrıca hedonik açlık sinyallerine dayalı yeme davranışları, bireylerin uzun vadede kendilerini daha kötü hissetmelerine neden olabilir.
8.Bedene saygı duymak	Vücut yağı, suyu, kas oranı ve kemik yapısı bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Bundan kaynaklı olarak sadece ağırlık fiziksel görünüm için yeterli bir gösterge değildir. Sezgisel beslenmenin bu ilkesi genetik yapının kabulünü, sağlıklı ve dengeli bir vücudun tek bir tanımlaması olmadığını vurgulamaktadır.
9.Egzersiz yaparak farkı hissetmek	Bu ilkeye göre fiziksel aktivite, harcanan enerji seviyesini artırmak ve enerji açığı yaratmaktan ziyade olumlu duygular yaratmak için yapılan bir aktivite olduğu kabul edilmektedir. Fiziksel aktivite olumlu duygularla ilişkilidir. Öte yandan olumsuz sağlık risk faktörleriyle ters ilişkili olduğu da bilinmektedir. Egzersiz, tavsiye edilen günlük fiziksel aktivite düzeylerine ulaşmak veya bu şekilde ağırlık kaybetmek için değil, fiziksel ve zihinsel olarak daha zinde,pozitif ve iyi hissetmek için yapılması gerekmektedir.

10.Sağlığı onurlandırma- hoşgörülü beslenmek	Sezgisel beslenmenin son ilkesi, bireylerin vücutlarının beslenme ihtiyaçlarını sezgisel olarak anlayabilmelerini ve bunlara hoşgörülü bir şekilde tepki verebilmelerini kapsamaktadır.
---	---

2.4. Sezgisel Beslenme ve Diyet Yapma Davranışı

Bireyler özel diyet programı uygularken, genel olarak açlık ve tokluk hakkındaki içsel sinyaller üzerinde bilişsel kontrol uygulamaktadırlar ve bunun sonucunda da fizyolojik sinyalleri geçersiz kılarlar ve tükettikleri besini, miktarını ve besin tüketme saatlerini sınırlarlar (Moy et al., 2013). Kronik diyet davranışı sezgisel yeme üzerinde etkili bir faktördür (Bacon et al.,2005). Tam bir öğünden sonra yemeyi bırakan kişilerin, tam öğün yemeyenlere göre daha az diyet geçmişine sahip olduğu belirtilmektedir (Lowe and Levine, 2005; Howard and Porzelius, 1999). Bu bağlamda bireyleri “sezgisel yiyenler ve diyet yapanlar” olarak ikiye ayırmak mümkündür (Tamhane and Stowell, 2017). Bir çalışmada ağırlık kaybetmek için diyet yapmak, sezgisel yeme konusunda daha düşük puanlarla ilişkilendirilmiştir Enerji alımını aşırı derecede kısıtlamanın ve/veya yalnızca belirli türdeki gıdaları tüketmenin (örneğin, diyetle “faydalı” kabul edilen gıdalar) sezgisel yeme sürecini bozduğu düşünülmektedir (Moy et al., 2013).

Sezgisel yemenin aksine, katı beslenme kuralları bireylerin aşırı yemesine ya da obsesif gıda tercihine yol açabilmektedir. Sezgisel olarak beslenmeye başlayan kişilerin, bir süre sonra tüketilen gıdaların duygusal problemlerinn üstesinden gelemediklerini fark ettikleri düşünülmektedir (Hazzard et al., 2022). Ek olarak, sezgisel yeme, diyetle yasak olan yiyecekleri yemenin getirdiği suçluluk hissini önleyebileceği gözlemlenmiştir. Oluşan bu suçluluk duygusunun daha fazla miktarda besin tüketmeyi tetiklediği de bilinmektedir. Bu nedenle sezgisel beslenme, ağırlık kaybetme veya uzun vadeli ağırlık koruma stratejisinin bir parçası olarak diyet yapma mantığını reddeder (Mathieu, 2009). Öte yandan geleneksel beslenme kalıpları ile ağırlık kaybı sonrasında diyet programını uygulama bırakıldığı takdirde tekrardan ağırlık artışı da gözlemlenebilmektedir (Katan, 2009). Bu durumda sezgisel beslenme faydalı olabilmektedir; ancak fast food yemek, bilgisayar karşısında atıştırma, bazı düzensiz yeme alışkanlıkları ve günümüzde sıkça maruz

kaldığımız reklamlar da sezgisel yeme için tehdit oluşturabilir. Yemek yerken odaklanmanın artması, yediğinizi içselleştirmeniz ve zihninizdeki düşünce ve duygulara olan duyarlılığın azalması da sezgisel yemede daha sağlıklı gıda tüketimini desteklemektedir (Rodgers et al., 2022).

Literatür incelendiğinde, sezgisel yeme ve diyet farkındalığı gibi diyet dışı yaklaşımlarla ilgili programların diyet kalitesini iyileştirmede etkisi olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Timmerman and Brown, 2012; Carrol et al., 2007). Öte yandan bazı çalışmalar bu programların beslenme kalitesine etkisinin olmadığını belirtmektedir. Tutarsız sonuçlar daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Cole and Horacek, 2010). Lisans öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırma, erkek öğrencilerin kadın öğrencilere kıyasla sezgisel yemek yeme, daha az özel diyet programı uygulama ve yemek yemekten daha fazla keyif alma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya çıkardı. Grup genelinde sezgisel beslenmenin daha düşük beden kütle indeksi ve daha fazla yiyecek çeşitliliği ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Smith and Hawks, 2006). Bacon ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları bir çalışmada enerji kısıtlı bir diyet sonrasında oluşan ağırlık kaybının geçici olduğu ve bunun yanısıra sezgisel beslenme modelinin fiziksel ve mental sağlık göstergeleri ile olumlu yönde ilişkisi olabileceği gösterilmiştir (Bacon et al., 2005).

2.5. Konstipasyon

Konstipasyon diğer adıyla bilinen kabızlık günümüzde özellikle batı toplumlarında sık görülen bir durumdur ve çeşitli belirtilerle ortaya çıkar (Talley et al., 2003). Kabızlığın birçok farklı tanımı olsa da genellikle seyrek veya zor bağırsak hareketleri olarak tanımlanır ve hastalık değil gasterintestinal sistemin bir semptomudur (Higgins and Johanson). ‘Kabızlık’ kelimesinin anlamı hekimler ve hastalar arasında farklılık gösterir. Doktorlar bunu dışkılama sıklığında azalma olarak tanımlarken, hastalar bağırsak hareketleriyle ilgili tüm şikayetleri kabızlık olarak tanımlamaktadır (Jani and Marsicano, 2018). Bu şikayetler; dışkılama sıklığında azalma, sert dışkı, ıkınma, anorektal tıkanıklık hissi, eksik boşalma, karın rahatsızlığı ve şişkinlik gibi çeşitli semptomlardır (Türkay ve Saka, 2016). Yapılan bir çalışmada hastaların %52’si dışkılama zorluğunu, %44’ü sert defekasyonu, %34’ü istenmesine rağmen dışkılama olmamasını, %32’si ise dışkılama sıklığının az

olmasını kabızlık olarak tanımlamıştır (Rao, 2016). Genel popülasyonda ise kabızlık görülme sıklığı %15 olup, özellikle 65 yaş üstü yaşlılarda kadın/erkek oranı daha yüksektir (Rao et al., 2007).

Fiziksel hareketsizlik, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, cinsel istismara maruz kalma ve depresyon/stres belirtilerin varlığı kabızlık için risk faktörleridir (Lindberg et al., 2011). Kabızlığın nedenleri ise birincil (yavaş geçiş veya çıkış tıkanıklığı) veya ikincil olarak sınıflandırılabilir. Kabızlığın İkincil nedenleri Tablo 2’de gösterilmiştir (Jani and Marsicano, 2018).

Tablo 2.5. Kabızlığın İkincil nedenleri

Metabolik bozukluklar	Diyabet, hipotiroidizm, hiperkalsemi
İlaçlar	Nonnsteroid antiinflamatuvar ajanlar, antidepresenlar ve antihipertansifler, diüretinler ve demir takviyesi
Nörolojik bozukluklar	Parkinson hastalığı, multipl skleroz, demans, omurilik lezyonları
Miyopatik hastalıklar	Skleroderma, miyotonik distrofi ve amiloidoz
Yapısal bozukluk	Kolon kanseri, darlıklar ve büyük rektosel

2.5.1. Konstipasyon Tanı Kriterleri

Konstipasyon veya kabızlık kelimesi farklı insanlar için farklı anlamlar ifade eder. Bazı hastalarda dışkı çok sert veya çok küçük olabilirken, bazılarında defekasyon çok zor veya seyrek olabilmektedir (Crane and Talley, 2007). Şikayetlerin klinik olarak ölçmek zordur; bazı şikayetler test yapılarak ölçülebilenken, bazıları ise normal popülasyonla karşılaştırılarak teşhis edilebilir (Çolakoğlu ve Özdemir, 2001). Amerika ve İngiltere’de yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre kabızlık, haftada üçten az bağırsak hareketi olarak tanımlanmaktadır fakat bu tanım evrensel olarak geçerli değildir. Kabızlığı sadece defekasyon sıklığını gözlemleyerek tanımlamak, karmaşık bir patofizyolojisi olan kabızlığı tanımlamak için yeterli değildir (Lembo,2023). Diğer bir sorun ise, bir

araştırmada kabız olduğunu iddia eden hastaların %60'ının her gün normal bağırsak hareketlerine sahip olmasıdır. Bu kişiler çoğunlukla dışkılama zorluğundan veya bağırsak hareketinin tamamlanmamış olduğu hissinden şikayetçidir. Öte yandan dışkı hacminin azalması, dışkılamada zorluk, dışkının tamamen boşaltılamaması ve dışkılamak için laktasif alma ihtiyacı da kabızlık olarak adlandırılabilir (İnce ve Remzi, 2011). Tüm bu gözlemler, fonksiyonel kabızlığa ilişkin daha kapsamlı kriterlerin oluşturulmasını gerektirmektedir. Uluslararası bir komite tarafından konstipasyon için Roma IV tanı kriterleri önerilmiştir (Jani and Marsicano, 2018).

Roma IV kriterleri;

1. Aşağıdakilerden iki veya daha fazla semptom olması:
 - a. Bağırsak hareketlerinin haftada 3 günden daha az olması
 - b. Defekasyonun %25'inden fazlasında ıkınma
 - c. Defekasyonun %25'inden fazlasında topaklı veya sert dışkılar olması
 - d. Defekasyonun %25'inden fazlasında yetersiz bağırsak boşalması/yetersiz tahliye hissi olması
 - e. Defekasyonun %25'inden fazlasında rektal bölgede tıkanıklık hissi
 - f. Defekasyonun %25'inden fazlasında dışkılamaya yardımcı olmak için gereken parmak manevralarının olması
2. Laktasif kullanmadan normal dışkılama nadiren mevcut olmalıdır
3. Irritabl bağırsak sendromu (IBS) için yetersiz kriterler olmasıdır.

Kronik konstipasyon tanısı koymak için; Roma IV kriterlerine göre tanı konulmadan önce semptomların en az 6 ay öncesinden başlamış olması ve tedavi sürecinde ise en az 3 ay boyunca yukarıda belirtilen semptomların görülmesi gerekmektedir (Şahin ve ark., 2022).

2.5.2. Konstipasyon Türleri Ve Patofizyolojisi

Kabızlık, normal geçişli konstipasyon ve fonksiyonel konstipasyon olarak iki türü bulunmaktadır. Bir kabızlık tanısı konulmuş bireyde iki türde gözlemlenebilmektedir (Bosshard et al., 2004).

Normal geçişli konstipasyon uzmanların en sık karşılaştığı türdür. Bu sorunu yaşayan hastalarda dışkı ilerlemesi normaldir ve dışkı sıklığı normal olmasına rağmen hasta kabız olduğunu bildirir. Bu hastalar karın şişkinliği, batın bölgesinde ağrı veya rahatsızlıktan şikayetçidir (Aziz et al., 2020). Tedavi yöntemi olarak ise

diyet lifi tedavisi veya laktasif tedavisi ile kabızlık semptomları düzeltilebilmektedir (Öztürk ve Ergene, 2020).

Fonksiyonel konstipasyon, yavaş geçişli konstipasyon ve defekasyon bozuklukları olarak iki gruba ayrılmaktadır. Dışkı içeriğinin kalın bağırsaktan geç geçişi anlamına gelen yavaş geçişli kabızlık genellikle çocukluk çağında başlar ancak ergenlik dönemindeki genç kadınlarda daha sık görülür (Pyleis et al., 2012). Semptomlar seyrek bağırsak hareketleri, defekasyonda zorluk, şişkinlik, karın ağrısı ve karın rahatsızlığıdır. Yavaş geçişli kabızlığın kesin patofizyolojisi bilinmemektedir, ancak kolonik kas veya sinir aktivitesindeki değişiklikler, enterik nörotransmitterlerinin kaybı ve Cajal interstisyel hücrelerinin kaybı gibi dolaylı bir dizi potansiyel nedeni içerdiği gözlemlenmiştir. Cajal interstisyel hücreleri, bağırsakta kalp pili görevi gördüğü düşünülen elektriksel olarak aktif hücrelerdir (Forootan et al., 2018). Bu hastalarda yüksek lifli diyet alımı dışkı hacmini artırabilir; kolonik geçiş süresini ve kabızlık semptomlarını azaltabilir. Daha şiddetli ve ağır yavaş geçişli kabızlığı olan hastalar diyet lifi ve laksatiflere daha az yanıt verir (Shin et al., 2019).

Defekasyon bozuklukları ise anorektal bölgenin fonksiyonun bozulması olarak tanımlanmaktadır. Defekasyon itici gücünde yetersizlik ve dissinerjik defekasyon olarak iki ayrı grupta incelenir. Defekasyon itici gücünde yetersizlikte, yetersiz rektal itme veya boşalmaya karşı artan direnç ve her ikisine bağlı olarak rektal boşalmanın bozulmasıyla ilişkilidir (Yurdakul,2007). Dissinerjik dışkılamada ise bağırsak hareketini gerçekleştirmeye çalışırken anorektal kasların yetersiz gevşemesi veya anormal kasılması sonucu gerçekleşir (Benngi ve ark., 2014). Patofizyolojisi tam olarak tespit edilememiştir ancak anksiyete, psikolojik stres ve kabızlığın uzun süre devam etmesi dissinerjik dışkılamaya neden olabilmektedir. Prevelansı genel olarak kadın ve yaşlı bireylerde daha daha yüksektir. Diğer konstipasyon türleri ile birlikte de görülme olasılığı fazladır (Talley,2004).

2.5.3. Konstipasyon Ve Beslenme İlişkisi

Kabızlık tedavisinin temel amacı defekasyonda yumuşak gaita çıkışı, dışkılamanın normal olması ve haftada üç defa veya daha fazla gün defekasyonun herhangi bir zorluk olmadan gerçekleşmesini sağlamak ve belirgin semptomlar olmaksızın hastanın hayat kalitesini arttırmaktır (Belsey et al., 2010). Fonksiyonel kabızlığın tedavisinde hasta eğitimi çok önemlidir. Tedavi daha çok altta yatan patolojiyi düzeltmeye yönelik olmalıdır. Birincil kabızlığın ilk tedavisi, nedeni ne

olursa olsun, yeterli sıvı ve lif alımının teşvik edilmesi, düzenli egzersiz ve diyet değişiklikleri gibi diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir (Johanson, 2007). Bu yöntemlere yanıt vermeyen hastalara ise uzun dönemli laktasif kullanımı uygulanmaktadır (Belsey et al., 2010). Sıvı alım düzeyi ve egzersizin kabızlığı kesin olarak önleyebildiğini söylemek için yeterli düzeyde veri olmasa da sıvı alımının ve düzenli egzersizin bağırsak hareketlerini etkileyerek kabızlığı önleyebileceği varsayılmaktadır. Çünkü yapılan araştırmalarda hareketsiz yaşam süren toplumlarda kabızlık görülme sıklığının üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Dülger ve Şahan, 2011). Yeterli sıvı alımı kabızlığın tedavisinde önemli bir faktördür. Sıvı alımı ve fiziksel aktivite arttıkça bağırsak hareketlerinin sıklığı da artar ve düzenli hale gelebilir. Sıvı tüketimi kişiden kişiye değişkenlik gösterir fakat kabızlığı olan kişilerin günde en az 1500-2000 ml sıvı tüketmesi gerekir. Her ne kadar bazı çalışmalar egzersizin etkisiz olduğunu öne sürse de Rao ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma sonucunda egzersiz sonrasında kolonik geçiş süresinin hızlandığı tespit edilmiştir (Türkay ve Saka, 2016).

Kronik kabızlığı olan hastaların diyet lif alımını arttırmaları önerilir; Diyete eklenen posanın kabızlığın şiddetini ve görülme sıklığını belirgin oranda azalttığı bildirilmiştir (Folden, 2002). Diyet lifi, "insan sindirim enzimleri tarafından hidrolize dirençli bitki bileşenlerinin kalıntıları" olarak tanımlanır ve mide asidi ve sindirim enzimleri tarafından hidrolize dirençli, sindirilmeyen bir karbonhidrat türüdür. Fonksiyonel diyet lifi ise insanlar üzerinde faydalı fizyolojik etkileri olan izole edilmiş maddeler olarak tanımlanır (Bellini et al., 2021). Lifin su tutucu özelliği bulunmaktadır ve bu sayede dışkının nem oranını arttırabilmektedir. Bu bağlamda dışkı kıvamının su içeriği ile yakından ilişkili olduğu ve az miktarlarda bile su içeriği ile dışkı kıvamında değişikliklere sebep olacağı belirtilmiştir. Normal bir dışkı hacminde %74 oranında su içeriği bulunuyorken, kabız olan bir bireydeki dışkı hacmindeki su oranı %72'den daha az bulunmuştur. Yumuşak bir dışkıda ise en az %76 oranında su bulunmaktadır. Bu nedenle %2 kadar küçük bir fark, dışkının morfolojisini değiştirebilmektedir (McRorie et al., 1998). Dışkının yapısındaki bu küçük değişiklik, dışkının distale doğru daha hızlı hareket etmesine ve kolonun peristaltik dalgaları tarafından daha kolay dışarı atılmasına yardımcı olmaktadır (McRorie and McKeown, 2017). Yapılan bir çalışmada kabızlık sorunu olan hastaların diyetlerine çözünür lif eklendikten sonra başlangıçtaki değer ile

kıyaslandığında semptomlarda azalma, dışkılama esnasındaki ağrıda ve dışkı kıvamında iyileşme görülmüştür (Suarez and Ford, 2011).

Probiyotik ve prebiyotiklerin de konstipasyon üzerinde oldukça olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir. Probiyotikler doğal olarak bağırsak florasında yaşayan ve sindirim-emilime yardımcı olan bakterilerdir. Prebiyotikler ise bu bakterileri besleyen ve sindirilemeyen bileşiklerdir. Bunun yanı sıra prebiyotiklerin patojenik bakterilerin de çoğalmasını önleyici etkileri de vardır (Dimidi et al., 2017). Gıdalar ile probiyotik ve prebiyotik alımı mümkündür. Fakat konstipasyonun olan bireylerde daha yüksek dozlarda takviye formu ile alınması tavsiye edilmiştir (Hill et al., 2014). Yapılan bir çalışmada fonksiyonel kabızlığı olan yetişkin bireylerde probiyotiklerin etkisi araştırılmıştır; dışkının haftalık olarak bağırsaktan geçiş süresinin 12 saat azalttığı ve dışkı sıklığını arttırdığı bulunmuştur. Bu çalışmada probiyotiklerin etkisinin türe özgü olarak farklılık gösterdiği ve B. Lactis isimli bakteri ailesinin bağırsaktan geçiş süresini, dışkı sıklığını, dışkı kıvamını ve batında oluşan şişkinliği iyileştirdiği tespit edilmiştir (Marteau et al., 2002).

2.6. Demir Eksikliği Anemisi

Günümüzde prevalansı en yüksek halk sağlığı problemlerinden bir tanesi de demir eksikliği anemisidir (Erdem ve ark., 2009). Demir, tüm canlı hücreler ve birçok metabolik yol için gerekli bir elementtir.

Büyüyen organizmaların demir gereksinimleri yüksektir ancak demir eksikliğine uyum sağlama yetenekleri son derece sınırlıdır. Bundan kaynaklı olarakta demir eksikliği belirtileri kolaylıkla ortaya çıkabilir (Kaner, 2013).

Vücuttaki demir oranı ve dağılımı ise yaşa bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Doğumda vücuttaki total Fe deposu 80 mg/kg'dır. Sağlıklı doğmuş bebeklerde ilk 5-6 ay demir depoları hemoglobin (Hb) üretmeye yeterli düzeydedir. Yeni doğanlarda yüksek Hb düzeyleri ilk 2-3 ayda hızla düşse de, yıkılan kırmızı kan hücrelerinden salınan demir, depolarda toplanmaya başlar. Fakat doğum ağırlığı yaklaşık olarak iki katına yükseldiğinde kan hacmi de bu oranla arttığı için demir depoları da yavaş yavaş tükenmeye başlar (Yıldız,2009). Çocuk döneminde günlük alınması gereken demir miktarı 0,8-1,5 mg'dır ve diyetle alınan demirin vücutta sadece %10'u emildiği için alınması gereken miktar 8-15 mg'a yükselir (Bolaman, 2004). Normal bir yetişkinin vücudunda ise kilogram başına 40-50 mg demir bulunmaktadır ve

demir vücutta ferröz ve ferrik formunda bulunur. Her gün düzenli olarak 0,5-1 mg arasında demir vücuttan atılır. Ek olarak ise genç kızlar ve kadınlar menstürasyon dönemler günde 1 mg demir kaybederler (Çelkan ve ark., 2000).

Organizma de demir %60-70 oranında hemoglobinin içeriğinde ve eritrositlerde, %10 oranında miyoglobin ve demir içeren enzimlerde, kalan %20-30'u ise gerektiğinde kullanılmak adına karaciğerde ve bazı makrofajlarda bulunur (Sezgin ve ark., 2012).

Demir vücutta kan yoluyla taşınır; karaciğerde üretilen ve glukoprotein formunda olan transferin, demirin taşınmasından sorumludur. Demirin depo formu ise ferritindir. Aynı zamanda demirin çözünmesi ve salınmasından da sorumlu bir tür protein bileşiğidir (Gürsel ve ark., 2015).

Demir eksikliği; vücuttaki bütün demir miktarının, olması gereken hemoglobin üretimi, yapısında Fe bulunan enzimlerin oluşumu ve diğer işlevlerin yerine getirilmesi için gerekli olan düzeylerden daha düşük olduğu bir durumdur. Demir eksikliği anemisi ise; demir eksikliğinin son aşamasıdır ve o yaş grubu için Hb değerlerinin 95. persentil altına düşmesiyle ortaya çıkar. Anemi, klinik olarak, popülasyonun %95'ini kapsayan değer aralığı olarak tanımlanan, hastanın geçerli referans aralığının altındaki kan Hb veya hematokrit (Hct) değerleri ile belirlenir (Yanoff et al., 2007).

Hemoglobin ve hematokrit değerleri cinsiyete ve yaşa göre değişkenlik göstermektedir ve bu yüzden referans değerleri belirlenirken bu doğrultuda düzenlemeler yapılmaktadır. Genellikle hemoglobin değeri yetişkin erkek bireylerde 13 g/dL, yetişkin kadın bireylerde ise 12 g/dL'nin altında seyretmesi demir eksikliği anemisi olarak kabul edilmektedir (Kumar et al., 2022). Ek olarak ise demir eksikliği anemisi azalmış veya tükenmiş demir depoları, kandaki düşük demir düzeyleri, transferrin saturasyonunun %16'nın altında olması, düşük hemoglobin ve hemotokrit düzeyleri ve artmış total demir bağlama kapasitesi ile ilişkilidir (Chaparro and Suchdev, 2019). Demir eksiliği ve demir eksikliği anemisinin farklı kavramlar olduğuna dikkat etmek önemlidir. Birçok bireyin demir depoları olması gerekenden daha düşük olmasına rağmen anemik değildirler. Anemi, demir eksikliğinin geç tanı konulan veya ilerlemiş durumudur (McLean et al., 2009).

Demir eksikliği anemisi belirtileri ise; yorgunluk, yemek yeme istediğinde azalma, sindirim sisteminde bozukluklar, kandaki azalmış oksijen taşıma yeteneğinden

kaynaklı baş dönmesi, göz kararması, tırnakların incilmesi, bağışıklık sistemindeki yetersizlikten dolayı azalmış çalışma gücü ve hızlı nefes alıp vermedir (Abbaspour et al., 2014).

Demir eksikliği sıklığı ise dünya çapında aneminin en yaygın nedenidir ve dünya nüfusunun yaklaşık olarak %30'unu etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2 milyardan daha fazla insanın demir eksikliği yaşadığını bildirmektedir. Demir eksikliği özellikle bebeklerde ve hamile kadınlarda yaygındır ve genellikle ekonomik faktörlerle yakından ilişkilidir (Horton and Ross, 2003). Dünya sağlık örgütüne göre bir ülkede anemi görülme sıklığı %5 ise sorun olmadığı, %5-19 arasında ise hafif bir halk sağlığı sorunu olduğu, %20-39 arasında ise orta derecede bir halk sağlığı sorunu olduğu ve %40 ve üzerinde bir sıklık var ise ağır bir halk sağlığı sorunu olduğu kabul etmektedir. Ülkelerin gelişmişlik durumuna göre DSÖ tarafından demir eksikliği sıklığı incelendiğinde; gelişmekte olan ülkelere %36, gelişmiş ülkelere ise %8 olduğu tespit edilmiştir ve gelişmiş olan ülkelere demir eksikliği görülme oranı, demir eksikliği anemisi görülme oranından 2.5 kat fazla olduğu belirtilmiştir (Kaner,2013). Ülkemizde de DEA önemli bir halk sağlığı problemidir ve vakalar sıklıkla çocuklar, hamile ve emzikli kadınlardır (Yurdakök ve İnce, 2009).

2.6.1. Demir Eksikliği Anemisinin Nedenleri

Demir eksikliği bedenin bütün hücrelerini etkileyen üç aşamalı bir süreçtir; İlk nedeni demir depolarının bitmesidir, sonrasında bu durumu demir eksikliği eritropoezi takip eder ve son olarak ise vücutta düşmüş Hb seviyeleri ile karakterize edilen demir eksikliği anemisi gelir (Goddard et al., 2000). Vücudun elzem bir minarel olan demire ihtiyacı, yetersiz demir alımı, diyet sonrası emilen demir düzeyindeki dengesizlik ve yetersiz biyoyararlılık sonucunda demir eksikliği ve demir eksikliği anemisi gerçekleşir (DeLoughery and Thomas, 2017).

Bebeklik, erken çocukluk ve hamilelik döneminde beslenmeyle yetersiz Fe alımı, artan gereksinimler nedeniyle demir eksikliğine de yol açabilir. Beslenmeyle ek düzeyde demir alımı, özellikle ağır menstrasyon döngüsü olan kadınlarda Fe depolarının azalmasına neden olabilmektedir. Çoğul gebelikleri olan kadınlar demir eksikliği açısından daha yüksek risk altındadır. Her hamilelik yaklaşık 500-700 mg demir kaybıyla sonuçlanır ve kan hacmini artırmak için ilave 450 mg demir gerekir (Demir, 2008). Diyetle yetersiz demir alımına bağlı demir eksikliği ise özellikle

gelişmekte olan ülkelerde ve Amerika Birleşik Devletleri'nin ekonomik olarak sınırlı bölgelerinde yaygındır (Laftah et al., 2004). Maddi olarak sınırlı imkanlara sahip bireylerin tahıllardan zengin, etten fakir olarak beslenmesi de demir eksikliği anemisinin bir nedenidir. Tahılların içeriğinde bulunan demirin biyoyararlılığı düşüktür. Demir eksikliği durumunda emilim artsa bile yeterli gereksinim karşılanamamaktadır. Yetişkin erkeklerde demir eksikliğin en sık nedeni, yetişkin kadınlarda ise ikinci en sık nedeni mide-bağırsak kanamalarıdır. Aksi kanıtlanmadıkça yetişkin erkeklerde ve menopoz sonrası kadınlarda demir eksikliğin gastrointestinal kanamaya bağlı olduğu düşünülmelidir (Beutler et al., 2003).

Demir eksikliği anemisinin nedenleri aşağıda sıralanmıştır (Kaner,2013;Kumar et al., 2022);

- I. Yetersiz alım veya artmış gereksinim
 - a. Süt çocukluğu
 - b. Gebelik ve emzirme
- II. Kan kaybı
 - a. Menstrüel döngü
 - b. Sindirim sistemi: Peptik ülser, bazı ilaç grupları, enfeksiyonlar, inflamasyon, tümör tipleri, diyafram fıtığı
 - c. Solunum sistemi: Enfeksiyonlar, iltihap, pulmooner hemosideroz
 - d. Travma ve cerrahi operasyonlar
- III. Emilim ve kullanımda azalma
 - a. Parsiyel gastrektomi
 - b. Malabsorbsiyon sendromları
- IV. Kronik Hastalıklar: Konjestif kalp yetmezliği, kanser, kronik böbrek yetmezliği, obezite, romatoid artrit
- V. Genetik Bozukluklar: Talasemi, orak hücreli anemi, fanconi anemisi, demire dirençli demir eksikliği anemisi

Demir eksikliğin oluşmasındaki risk faktörleri ise; geleneksel diyetler, ilaçlar, enfeksiyon ve iltihap durumları, genetik faktörler, metabolik sendrom, kronik hastalıklar, disbiyozis (bağırsaktan emilime engel olur) ve sosyoekonomik durumlardır (WHO,2008).

2.6.2. Demir Eksikliği Anemisinin Gelişim Evreleri

Demir eksikliği anemisinin ilk evresin vücudun ihtiyacı olan demir miktarının karşılanamadığı negatif yönlü demir dengesidir. Fe eksikliği, karaciğer, dalak ve kemik iliği gibi demir depolama alanlarındaki demirin harekete geçirilmesiyle telafi edilebilir. Bu aşamada serum demir ve TDBK düzeyleri normal sınırlar içinde kalır ve kırmızı kan hücresi morfolojisi ve ölçümleri de normaldir (Beşışık, 2004). Daha sonraki evre ise eritropoez aşamasıdır. Demir depoları azalmaya ve sonrasında tükenmeye başladığında kandaki ve dolaşımdaki demir düzeyleri de azalmaya başlar. Bu durumda yavaş bir şekilde toplam demir bağlama kapasitesi artmaya başlar. Demir bağlayıcı protein olan ferritinin serum düzeyi 15 mcg/L olduğunda kemik iliği demir depoları tükenmiştir. Transferrinin saturasyonu %15-20'ye gerilediğinde hemoglobin üretimi bozulmaya başlar. En son aşamada ise hematolojik ve hematolojik olmayan semptomların eşlik ettiği küçük boyutta eritrositlerle birlikte demir eksikliği anemisi gerçekleşmiş olur (Humphreys et al., 2012; Stoltzfuls,2003).

2.6.3. Demir Eksikliği Anemisinin Tanısı Ve Tedavisi

Demir eksikliği ve demir eksikliği anemisini tanısını koymak için birtakım testler uygulanır. Bunlar serum demiri, serum ferritin, TDBK ve transferrin saturasyonudur. Bu testlerin dışında tarama amaçlı olarak da tam kan sayımının içeriğinde olan Hb, Hct, MCV, MCHC, MCH, RDW değerlerine bakılmaktadır (Tahtacı,2008).

Serum demir düzeyi yaygın olarak ölçülen ve demir eksikliği anemisinde sıklıkla düşük bulunan bir parametredir. Kandaki demir miktarını ölçer. Ortalama referans aralığı ise 60-170 ug/dL'dir (Batchelor et al., 2020).

TDBK transferrinin (vücutta demir taşıma görevi üstlenen bir protein) bağladığı demir miktarıdır. Transferrinin demir eksikliğinde ve anemi durumunda artması ile TDBK artış gösterir. Ortalama referans aralığı ise 250-400 mcg/dL'dir. Bu değer üzerinde olması anemi teşhisi için bir parametredir. Doğum kontrol habı kullanmak ve hamilelikte bu değeri yükseltebilir (Means, 2020).

Transferrin saturasyonu ise transferrinin ne kadar serum demirini bağladığının gösterir. Normal referans aralığı %30-35'tir, bu aralığın altında olması demir eksikliğini, yüksek olması ise vücutta aşırı demir birikiminin göstergesidir (Elstrott et al., 2020).

Ferritin düzeyi normal şartlar altında depo edilmiş demir miktarını gösterir. Normal ferritin değeri ise 20-500 ml/ng aralığındadır. Demir eksikliğinde ise bu değer daha düşük çıkmaktadır (Batchelor et al., 2020).

Demir eksikliği anemisinde azalmış ferritin düzeyleri, düşük serum demir düzeyi ve artmış TDBK tespit edilir (Means,2020).

Hemaglobin (hb) değerlerinin kadın bireylerde 12 g/dL, erkek bireylerde ise 13 g/dL altında olması anemi olarak kabul edilmektedir (WHO,2008).

Hematokrit dolaşımdaki eritrositlerin kan miktarına göre hacminin oranını ifade etmektedir ve kan sayımı cihazlarında ölçülememektedir. Kırmızı kan hücresi hacmi ve eritrosit sayısının çarpımı ile hesaplanmaktadır. Normal hematokrit değerleri %35-45 arasında kabul edilmektedir (Kaner, 2013).

MCV demir eksikliği anemisinin değerlendirilmesinde önemli bir parametredir. Eritrositlerin yani alyuvarların ortalama hacimlerini-büyükliklerini göstermektedir. Yetişkin bireylerde normal aralığı 80-100 femtolitredir. 80 femtolitrenin altındaki eritrositler mikrositik olarak kabul edilir ve demir eksikliği anemisi durumunda da eritrositler mikrostittir. 100 femtolitrenin üzerinde olan eritrositler ise makrosittir (Zühre, 2013).

MCHC eritrositlerin içerisindeki hemoglobin düzeyini belirtir. Erişkin erkeklerde normal referans aralığı 34.4 g/L, kadınlarda ise 33.9 g/L'dir ve bu değerlerden düşük olması demir eksikliği anemisi varlığını belirten bir parametre olarak kabul edilir. MCHC düşüklüğünde eritrositler hipokromiktir yani kırmızı kan hücrelerinin soluk renkte olmasıdır (Celkan,2020).

MCH ise eritrositlerin gerçek boyutunu gösterir. Anemi durumunda MCH seviyesi düşer. Normal kabul edilen referans aralığı ise 27-31 pikogramdır (Zühre,2013).

DEA'nın tedavisi aneminin şiddetine, yaş durumuna, demir eksikliğinin nedeni ve eşlik eden komorbiditelere göre seçilmelidir. Çok düşük hemoglobin veya kalp yetmezliği olan semptomatik hastalarda ilk önce kırmızı kan hücresi transfüzyonu yapılması gerekse de, diğer durumlarda beslenme tavsiyesi ve oral veya parenteral demir tedavisi verilebilir (Çipil ve Demircioğlu, 2016). Aynı zamanda demir eksikliği anemisinin nedeni kanama ise lezyonun en kısa sürede bulunup tedavi edilmesi gerekir (McDermid and Lönnerdal, 2012). Günlük tükettiğimiz besinlerde iki tür demir bulunur: Hem ve non-hem. Demirin hem formu olan Fe^{+2} (ferröz demir) hemoglobin ile kompleks oluşturur. Hem demir et, kümes hayvanları ve deniz ürünleri gibi hayvansal gıdalarda bulunur. Bitkisel besinlerde non-hem demir

(Fe⁺³ veya ferrik demir) bulunur. Hem demiri, non-hem demire göre %15-35 daha iyi emilir. Sebzelerdeki bileşikler, özellikle fosfatlar ve fitatlar, demir emilimini önemli ölçüde engelleyebilir (Hurrell and Egli, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, demir açısından zengin gıdalar olarak et, sakatat, balık ve kümes hayvanlarını, hayvansal olmayan gıdalar olarak ise kurubaklagiller ve yeşil yapraklı sebzeleri önermektedir (Çipil ve Demircioğlu, 2016). Yüksek riskli gruplarda koruyucu veya tedavi amaçlı olarak demir replasmanı yapılmaktadır. Dünya sağlık örgütü, adet gören kızlar ve %20 anemi insidansı olan kadınlar için günlük 60 mg demir alımını önermektedir. Aynı şekilde 0-5 yaş arası çocuklara (2 mg/kg/gün) ve 5-12 yaş arası çocuklara (30 mg/gün) demir takviyesi önermektedir (Goddard et al., 2011). Oral demir preparatları tabletler, kapsüller ve süspansiyonlar dahil olmak üzere çeşitli formlarda mevcuttur. Oldukça ucuz olduğundan ferröz sülfat tabletleri ve süspansiyonları tercih edilmelidir. Ferröz sülfat öğünler arasında alınmalı ve demir emilimini engelleyen yiyecekleri tüketmekten kaçınılmalıdır. Askorbik asidin eş zamanlı alımı emilimi artırırken, antasitler, multivitaminler ve kalsiyum emilimi azaltabilmektedir (Zijp et al., 2000). Hastaların %32'sinde epigastrik bölge de (göbek deliği ve göğüs duvarı arasında kalan bölüm) rahatsızlık, bulantı, ishal ve kabızlık meydana gelebilmektedir. Yan etkiler ortaya çıktığında demir takviyesi yiyeceklerle birlikte alınabilir ancak emilim %40 oranında azalabilir (Powell and McNair, 2008). Tedaviye başladıktan 2-4 hafta sonra kan sayımı tekrarlanmalıdır. Uygun demir dozu verilirse ve altta yatan neden düzeltilirse anemi yaklaşık olarak 2-4 ay içinde düzelir. Demir eksikliği düzeltildikten sonra demir depolarının yenilenmesi için en az 2 ay daha demir takviyesine devam edilir. Yeterli süre ve uygun demir kullanımına rağmen tedaviye yanıt alınamıyorsa demir eksikliği anemisi tanısı tekrar gözden geçirilmelidir. Doğru teşhis konulursa demir emilim bozukluğuna çölyak hastalığı, bağırsak rezeksiyonu ve Helicobacter pylori enfeksiyonu neden olabilmektedir (Beck et al,2014).

2.6.4. Demir Eksikliği Anemisinin Beslenme İle İlişkisi

Demir eksikliği anemisi probleminin etkili halk sağlığı önlemleri yoluyla kontrol edilmesi gerekmektedir. Anemiyi önlemek için beş temel uygulama önemlidir; Bunların başında beslenme eğitimi ve besinlerin demir açısından zenginleştirilmesi gelmektedir (Uysal,1999). Bu uygulamaların yanı sıra anemi sıklığının belirlenmesi, demir takviyesi sağlanması, viral, bakteriyel ve paraziter

hastalıkların kontrol altına alınması gibi faaliyetler yer almaktadır (Yılmaz,2021). Demir eksikliğini önleyebilmek ve/veya tedaviye destek olarak uygulanabilecek beslenme alışkanlığı ve yaşam tarzı değişiklikleri ise; diyetinin içeriğinin düzenlenmesi, yeni doğum yapmış annelerin emzirme açısından desteklenmesi ve teşvik edilmesi, demir emilimini engelleyen gıdalardan ve beslenme alışkanlıklarından kaçınmak, gıdaların demirle zenginleştirilmesi, vücuttaki emilim oranı yüksek demir içeren gıdaların beslenmede arttırılması, biyoyararlılık oranı düşük olan bitkisel besinlerin tüketiminde emilimi arttırabilmek adına öğünlere C vitamini eklenmesi ve ekonomik, eğitimsel ve sosyal yapılarda iyileştirme yapılabilmesidir (Vural ve ark., 2016).

Beslenme yetersizliğinden kaynaklı aneminin önlenmesinde ilk aşama bireylere beslenme hakkında eğitim vermektir. Demir eksikliği anemisinin önlenmesi ve ortadan kaldırılmasında etkili beslenme eğitime odaklanan özel beslenme danışmanlığı gereklidir. Bunu başarmanın ilk adımı halkı eğitmektir. Bu konuda başta sağlık çalışanları olmak üzere basın ve ilgili diğer sektörlerin bilgilendirilməsi ve uygun beslenme prosedürlerinin topluma uygulanabilir hale getirilmesi tavsiye edilmektedir(Sanrı,2014).

Demir gereksinmesi ise erişkin bireylerde, vücuttan eksilen demir miktarı olarak hesaplanmıştır; ortalama olarak günde 0.9 mg'dır. Fakat beslenme ile alınan demirin vücuttaki emilim oranı %10 olduğu için, günlük olarak alınması gereken demir miktarı 9 mg'a çıkmaktadır (Dağ ve Kıyak, 2021). Vücudun ihtiyacı olan demir mineralini beslenme yoluyla hem hayvansal besinlerden hem de bitkisel besinlerden karşılanabilmektedir. Bitkisel besinlerdeki demir non-hem demirdir ve emilim oranı hem demire göre daha düşüktür; %4-15'dir. Bitkisel besinlerdeki demirin emilim oranları da farklılık göstermektedir. Örneğin kurubaklagiller, tahıllara kıyasla emilim oranları daha yüksektir. Hayvansal besinlerde ise hem demir oranı daha fazladır; etlerin içerisindeki demirin yaklaşık %40'ı hem demirdir. Bundan kaynaklı da emilim oranı %25-30'a kadar yükselmektedir. Bitkisel besinler, hayvansal besinlerle birlikte tüketildiği zaman demir emilim oranları daha da artmaktadır (Güleç, 2018).

Ekonomiden ve alış gücünden kaynaklı olarak ülkemizde hayvansal kaynaklı besinlerin genel popülasyonun beslenmesinde yeterli miktarda bulunmadığı gözlemlenmiştir. Beslenme kalitesi orta seviyede kabul edilen diyetlerde ise hayvansal besinlerinden gelen enerji miktarı ise %15-20 aralığındadır ve demirin

emilim oranı %10 olarak kabul edilmektedir. Bu konuda en çok dikkat edilmesi gereken bireyler ise hamile ve emzikli kadın bireylerdir. Günlük olarak hamile bireyler 20 mg, emzikli bireyler için ise 5 mg demir takviyesi yapılmalıdır (Helvacıoğlu, 2012).

En iyi demir kaynağı ise hem miktar olarak hem de biyoyararlılık olarak kırmızı etlerdir; tavuk ve balığa kıyasla kırmızı etlerin demir içeriği daha yüksektir. Diğer demir kaynakları ise; pekmez, üzüm, yumurta (yumurtanın içeriğindeki fosforun demir emilimini azaltabilmektedir), kurutulmuş meyveler, yeşil yapraklı sebzeler, fındık/fıstık/susam gibi yağlı tohumlar ve kuru baklagillerdir. Maddi durum gözetildiğinde kırmızı et tüketemeyen bireylerin demir gereksinimlerini kurubaklagil, tahin-pekmez ve ıspanak gibi yeşil yapraklı sebzelerden karşılamaları önerilmektedir.

Diyetle alınan demirin emilimini ve biyoyararlılığını etkileyen bazı faktörler vardır.

Bunlar;

1. Karbonhidrat kaynaklı besinlerde eğer ki herhangi bir intolerans durumu yoksa, mayalandırma yapılması tahılların içeriğindeki ve demir emilimini engelleyen fitatların oranını azalttığı için demir biyoyararlılığını arttırmaktadır (Tuncer ve Ayhan, 2021).
2. C vitaminin demir emilim oranını 2-3 kat arttığı için diyetle eklenmesi ve bitkisel kaynaklı yemeklerle birlikte alınması gerekmektedir (Skolmowska et al., 2022).
3. Oksalat ve tanen içeren besinlerin sıkça tüketilmesi bağırsaklardan emilen demire bağlanarak biyoyararlılığı azaltırlar (Kaner,2013).
4. Diyet lifinin beslenmede olması gerekenden fazla miktarda alınması emilim sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. C vitamini olarak bilinen askorbik asit diyet lifinin de olumsuz etkisini baskılamaktadır (WHO,2004).c
5. Besin tüketimi esnasında polifenoller içeren (çay, kahve, kakao, kola vb.) besinlerin demir emilimini azalttığı tespit edilmiştir (Tuncer ve Ayhan, 2021).

Şişmanlık ve demir eksikliği anemisi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda ise farklı sonuçlar ve bulgular elde edilmiştir (Kaner,2013). Bu duruma dair ilk çalışma Wenzel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır; şişman ergen bireylerin olması gereken kilo aralığındaki ergen bireylere göre daha düşük oranda serum demir seviyelerine

sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Bu çalışmanın ardından Seltzer ve Mayer'in yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir; şişman puberte kızlarda normal ağırlıktaki kızlara oranla daha düşük transferrin saturasyonu ve daha düşük serum demir seviyesi saptanmıştır (Wenzel et al., 1963; Seltzer and Mayer, 1963).

Amerikalı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ise kadınların beden kütle indeksi arttıkça serum demir düzeylerinin düştüğü tespit edilmiş fakat erkek bireylerde beden kütle indeksi ve demir düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Micozzi et al., 1989).

Menapoz sonrası dönemleri incelenen yetişkin kadın bireylerde ise, şişman kadın bireylerin normal ağırlıktaki kadın bireylere kıyasla daha yüksek düzeyde sTfR düzeylerine sahip oldukları ve beden kütle indeksi ile sTfR arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yüksek sTfR seviyeleri ise demir eksikliği anemisi teşhisi için kullanılan bir belirteçtir (O'Broin et al., 2005). Aynı durum erkek bireylerde incelendiğinde ise artmış sTfR düzeyinin abdominal şişmanlık ile bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Freixenet et al., 2009).

Şişmanlık ile demir eksikliği anemisinin arasındaki ilişki ise kronik inflamasyondan kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Şişmanlık ve metabolik sendrom durumu vücutta inflamasyon sürecini başlatmakta ve CRP seviyelerini arttırmaktadır. İnflamasyon sonucunda ise ferritin seviyeleri ve sentezinin arttığı gözlemlenmiştir (Liu et al., 2003).

Şişman bireylerde kan hacminin artması, enerjisi yüksek ve besin içeriği açısından kalitesiz gıdalar tüketilmesi ve artmış yağ dokusuna karşı kronik inflamasyon durumu gelişmektedir (Rohm et al., 2022). Bireylerde CRP sistemik olarak vücutta oluşan inflamasyonu tespit etmek amacıyla kullanılan bir belirteçtir. Yapılan bir çalışmada şişman bireylerde CRP seviyelerinin arttığı bulunmuş ve sonrasında ağırlık kaybına takiben bu seviyelerin düştüğü tespit edilmiştir. Bu değişim, adipoz dokunun hacmi ile CRP seviyeleri arasında doğrudan bir ilişki olduğunun göstergesidir (Bastard et al., 2006; Nokta ve Mollahaliloğlu, 2021).

CRP, ağırlık yönetimi ve demir eksikliğinin incelendiği bir çalışmada ise, şişman çocuklarda ve kadın bireylerde CRP ve beden kütle indeksi arasında pozitif yönde bir ilişki; serum demir miktarı ile ise negatif yönde bir ilişkisi olduğu gözlemlenmiştir. Bu duruma ek olarak ise şişman kadın ve çocukların sağlıklı kilo aralığında olanlara kıyasla daha fazla oranda demir yetersizliği anemisi yaşadığı tespit edilmiştir (Oliveira et al., 2008; Lopez-Jaramillo et al., 2008).

Genel olarak literatür incelendiğinde demir eksikliği anemisi ve ağırlık durumunun ilişkisini incelemek adına yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır. Fakat diyet kalitesi arttıkça ve sağlıklı ağırlıkta ki bireylerde, vücutta oluşan hastalık fizyolojisinin azaldığı bilinmektedir (Kaner ve ark., 2016; Nokta ve Mollahaliloğlu, 2021).

Bizim çalışmamızda ise yeni ve güncel bir beslenme modeli olan sezgisel beslenme müdahalelerinin, konstipasyon ve demir eksikliği anemisi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceği ön görülmüş ve bu durumların arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek hedeflenmiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, yetişkin kadın bireylerde sezgisel beslenme durumunun kronik konstipasyon ve demir eksikliği anemisi ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır. Gözlemsel analitik nitelikte olup kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 5 Temmuz 2023 – 5 Eylül 2023 tarihleri arasında Gaziantep’te yaşayan kadın bireyler üzerinde yapılmıştır. Katılımcılara online platformda anket uygulanmıştır.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evreni Gaziantep’te yaşayan, doktor tarafından demir eksikliği anemisi tanısı almış olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan kadın bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleminin hesaplanmasında G*Power 3.1.9.2 (G*Power, Universität Düsseldorf, Almanya) programı kullanılmıştır. Sezgisel yeme ölçeği puanları ile kabızlık ölçeği puanları arasındaki ilişki için korelasyon analizine göre hesaplanan 0.3 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı ve %80 güç ile araştırmaya dahil edilmesi gereken minimum örneklem büyüklüğü 67’dir. Bebekler, gebe ve emziren kadın bireyler, çocuklar ve erkek bireyler araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmada katılımcılardan; kişisel özellikleri, beslenme alışkanlıklarına ilişkin veriler, hastalık öyküsü, antropometrik ölçümlerden beden kütle indeksi (BKI) için boy ve ağırlık bilgisi alınmıştır (Ek 4). Ölçek olarak; Sezgisel yeme ölçeği-2 (IES-2) ve kabızlık ölçeği uygulanmıştır (Ek 5; Ek 6). Beslenme durumlarını değerlendirebilmek adına ise ek olarak besin tüketim sıklığı formu uygulanmıştır (Ek 7).

3.4.1. Anket Formu

Çalışma için hazırlanan anket formu 4 kısımdan oluşmaktadır. Anketin ilk kısmında katılımcılar hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla genel bilgiler kısmı bulunmaktadır. Bu bölümde katılımcıların yaşı, medeni durumu, mesleği, eğitim durumu, gelir düzeyi, sigara-alkol kullanım durumları ve uyku düzenleri hakkında 9 adet soru bulunmaktadır. İkinci bölümde, katılımcıların hastalık öyküsü, varsa kullandıkları ilaçlar ve demir eksikliği anemisi tanısı, takviyesi hakkında 6 adet soru bulunmaktadır. Üçüncü bölümde, katılımcıların beslenme durumuna ilişkin bilgi edinebilmek adına 9 adet soru bulunmaktadır. Dördüncü bölümde ise bireylerin BKİ değerlerini hesaplayabilmek adına antropometrik ölçümleri (Boy,kilo) alınmıştır (Ek 4).

3.4.2. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 formu (IES-2)

Sezgisel beslenme, ilk defa 1995 yılında, her ikisi de kayıtlı diyetisyen olan Evelyn Tribole ve Elyse Resch tarafından popüler hale getirilen, geleneksel diyet yaklaşımları ve tipik sağlık topluluğu yaklaşımları arasında bir köprü olarak kullanılan diyet dışı bir sağlık yaklaşımıdır (Bas et al., 2017). Tribole ve Resch, bu yaklaşımı, ideal vücut ağırlığına ulaşmak için diyet yapmayı içeren geleneksel diyet dışı yaklaşımlarla birleştirir. Literatürde, sezgisel yemeyi ölçen geçerliliği kanıtlanmış iki anket bulunmaktadır. İlk olarak Steven Hawks ve diğerleri tarafından 2004 yılında geliştirilmiş, daha sonra 2006 yılında Tracy Tylka tarafından revize edilmiştir (Tylka, 2006). Güncel olarak ise Tylka ve Kroon Van Diest tarafından 2013 yılında geliştirilen Sezgisel Yeme Ölçeği-2 kullanılmaktadır (Ek 5). IES-2, Baş ve diğerleri tarafından 2017 yılında Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik testlerinden geçmiştir (Baş et al., 2017). Sezgisel Yeme Ölçeği-2, 23 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır (Tylka et al., 2013). Bu faktörler;

- Koşulsuz yeme izni : Fiziksel olarak açlık hissedildiği durumlarda istenilen yemeğin tüketilmesini yansıtmaktadır. Bu alt faktörde; 1,3,4,9,16 ve 17. maddeler değerlendirilmektedir.
- Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel sebeplerle yeme: Bireylerin yemek yeme eğiliminin nedeni; stresle baş edememe ve ruh halindeki dalgalanmalar değil, fizyolojik olarak açlık hissetmeleridir. Bu alt faktörde; 2,5,10,11,12,13,14 ve 15. maddeler değerlendirilmektedir.

- Açlık ve tokluk işaretlerine güven: Bireylerin kendi açlık ve tokluk ipuçlarına olan güvenini doğal bir fizyolojik özellik olarak yansıtıp ve bu ipuçlarına göre hareket etmelerini belirtmektedir. Sezgisel yeme davranışının geliştirilmesinde doğuştan gelen farkındalık yeteneğinden yararlanıldığını ve bireylerin davranışlarının ‘acıkınca ye, doyunca bırak’ ilkesi ile hareket ettiği vurgulanmaktadır. Bu alt faktörde; 6,7,8,21,22 ve 23. maddeler değerlendirilmektedir.
- Vücut-Besin seçimi örtüşmesi: Vücudun ihtiyaçlarının, bir kişinin yaptığı gıda seçimleriyle ne derece örtüştüğünü yansıtmaktadır. Bireylerin lezzetli gıdaları seçerken sağlık ve vücut işlevlerini yerine getiren besleyici gıdaları da tercih etme durumlarını yansıtmaktadır. Bu alt faktörde; 18,19 ve 20. maddeler değerlendirilmektedir.

Toplamda 23 sorudan oluşturulan bu testte cevaplar “kesinlikle katılmıyorum” 1, “katılmıyorum” 2, “kararsızım” 3, “katılıyorum” 4 ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilirken; 1, 2, 4, 5, 9, 10 ve 11 soruları için puanlandırma tersine dönmekte ve “kesinlikle katılmıyorum” 5, “katılmıyorum” 4, “kararsızım” 3, “katılıyorum” 2 ve “kesinlikle katılıyorum” 1 olarak puanlandırılmaktadır. Değerlendirme yapılırken asıl ölçek ve her alt boyutun kendisini oluşturulan toplam puanın kapsadığı soru sayına bölünerek bir sayısal değer elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puanı veya alt boyut puanları ne kadar yüksekse sezgisel beslenme de o kadar yüksek demektir (Madden et al., 2012). Katılımcıların sezgisel beslenenler ve sezgisel beslenmeyenler olarak sınıflandırılmasında sezgisel beslenme toplam puanının medyanı temel alınacaktır, medyan ve medyanın üstündeki değerlere sahip olanlar sezgisel beslenen bireyler, medyanın altındaki değerlere sahip olanlar ise sezgisel beslenmeyen bireyler olarak değerlendirileceklerdir (Özkan, 2018).

3.4.3. Kabızlık Ölçeği

Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) tarafından geliştirilen, hasta tarafından bildirilen sonuç ölçüm bilgi sistemi (PROMIS®) sindirim sistemi bozuklukları da dahil olmak üzere hastalıkların değerlendirilmesi için hasta tarafından bildirilen durumların çözümlenmesini sağlar. PROMIS kabızlık ölçütü ise şikayetlerin en az yedi gün devam ettiği varsayımına dayanarak, başlıca kabızlık semptomlarının neden olduğu sıklığı, şiddeti, etkiyi ve rahatsızlığı ölçmek için tasarlanmıştır. Başlıca

kabızlık semptomları ise; dışkılama sıklığında azalma, sert dışkı, eksik boşalma, ıkınma, anorektal tıkanıklık hissi, karın rahatsızlığı ve şişkinliktir. PROMİS Kabızlık ölçeği 9 maddeden oluşmaktadır (Spigel et al., 2014) (Ek 6). Kabızlık ölçeği Bilge ve diğerleri (2017) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. 9 ölçek sorusu için Cronbach alfa katsayısı 0,758 olarak bulunmuştur (Mamur et al., 2017). Anket 9 sorudan oluşmaktadır ve her soruda cevaplar 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. “Hiç/Hiçbir zaman” 0, “Çok az/Bir gün/ Nadiren” 1, “Biraz/Bazen/2-6 gün” 2, “Sık/Günde bir” 3, “Çok fazla/Her zaman/Günde birden fazla” 4 olarak puanlandırılmaktadır. Her soru için puanlar toplanıp değerlendirilmektedir. Orijinal ankette yer alan puanlama sistemine göre 0 puan semptomsuz, 1-3 puan en az semptomlu, 4-7 puan hafif semptomlu, 8-15 puan orta derecede semptomlu ve 16 ve üzeri puan en çok semptomlu olarak değerlendirilmektedir. Online platformda yapılan anket için uygulamada kolaylık sağladığı ve diğer kabızlık ölçeğine göre Türkçe uyarlanması daha güncel tarihli olduğundan dolayı PROMİS kabızlık ölçeği kullanılmıştır.

3.4.4. Besin Tüketim Sıklığı Formu

Bu bölümde bireylerin besin gruplarını ne sıklıkla tükettiklerine ilişkin bilgiler alınacaktır. Tüketim sıklığı gün, ay ve hafta olarak verilmiştir. Bu form beslenme ve hastalık/semptom arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla sıklıkla kullanılan bir yöntemdir ve bireylerin beslenme düzenleri hakkında genel bir bilgi edinmeyi sağlar. Besin tüketim sıklığı formu, hazırlayan hekim/diyetisyenin amacına yönelik farklı olarak hazırlanabilmektedir (Pekcan,2008). Çalışmada kullanılan besin tüketim sıklığı formu toplam 28 besin maddesini içermektedir. Besin grupları süt ve süt ürünleri, et-yumurta kurubaklagil, sebze ve meyveler, tahıllar, yağlar, tatlı grubu ve içecekler bulunmaktadır (Ek 7).

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama araçlarındaki anket ve ölçekler bireylere online platform üzerinden uygulanmıştır. Bireylere gerekli açıklamalar ve onam formundan sonra online anketi eksiksiz doldurup tekrardan iletmeleri istenmiştir (Ek 1; Ek 3).

3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada nominal ve ordinal veriler Frekans analizi yöntemi ile analiz edilmiş ve tanımlanmıştır. Ölçüm verilerinin tanımlanmasında ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Kategorik verilerin fark analizlerinde çapraz tablolama ve Ki-kare testleri kullanılmıştır. Ölçek ortalamalarının normallik dağılımı için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan parametrelerin fark analizlerinde ikili gruplar arasındaki fark analizi için Mann Whitney U Testi, ikiden fazla grup arasındaki farkı için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İlişkisel tarama analizlerinde Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm analizler % 95 güven aralığı ve 0.05 anlamlılık düzeyinde, **SPSS 25.0** for Windows programında gerçekleştirilmiştir.

3.7. Çalışmanın Etik Yönü

Bu çalışma Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu tarafından 19.06.2023 tarihli ve 161 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur (Ek 2).

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 70 yetişkin kadın birey ile yapılan araştırmanın problem durumuna göre oluşturulan alt başlıklarına ilişkin elde edilen bulgular verilmiştir.

4.1. Bireylerin Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımlarına yönelik frekans analizi sonuçları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4. 1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		n	%
Yaş Grubu (Yıl)	39 ve altı	37	52.9
	40 ve üzeri	33	47.1
Yaş	Ort. $\pm$ SS (Min. – Maksi.)	39.87 $\pm$ 11.24 (19 - 62)	
Medeni durum	Bekar	19	27.1
	Evli	51	72.9
Meslek	Çalışmıyor	16	22.9
	Ev hanımı	24	34.3
	Memur	4	5.7
	Özel sektör	24	34.3
	Diğer	2	2.9
Öğrenim durumu	İlkokul mezunu	6	8.6
	Ortaokul mezunu	3	4.3
	Lise mezunu	27	38.6
	Yüksekokul/Üniversite/ Lisansüstü	34	48.6
Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	7	10.0
	Geliri giderine eşit	45	64.3
	Geliri giderinden fazla	18	25.7
Düzenli sigara kullanımı	Kullanıyor	31	44.3
	Kullanmıyor	39	55.7
Alkol tüketim durumu	Tüketiyor	20	28.6
	Tüketmiyor	50	71.4

Tablo 4.1’de gösterildiği üzere katılımcıların %52.9’u 39 ve altında, %47.1’i 40 ve üzerinde yaşa sahiptir. Katılımcıların yaş ortalaması 39.87 ± 11.24 ’tür. Katılımcıların yaşları 19 ile 62 arasında değişmektedir. Katılımcıların %27.1’i bekar, %72.9’u evlidir. Katılımcıların 22.9’u çalışmamaktadır. Katılımcıların %34.3’ü ev hanımı, %5.7’si memurdur. Katılımcıların %34.3’ü özel sektörde çalışmaktadır. Katılımcıların %8.6’sı ilkokul, %4.3’ü ortaokul, %38.6’sı lise, %48.6’sı yüksekokul/üniversite mezunudur. Katılımcıların %10’unun geliri giderinden azdır. Katılımcıların %64.3’ünün geliri giderine eşittir. Katılımcıların %25.7’sinin geliri giderinden fazladır. Katılımcıların %44.3’ü düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %28.6’sı alkol tüketmektedir.



4.2. Bireylerin Beslenme ve Sağlık Düzeylerine Yönelik Bulgular

Katılımcıların beslenme ve sağlık düzeylerine yönelik bulguların dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4. 2. Katılımcıların Beslenme Ve Sağlık Düzeylerine Yönelik Bulguların Dağılımı

		n	%
Uyku durumu	Düzenli	52	74.3
	Düzenli değil	18	25.7
Günlük uyku	7 saatin altında	25	35.7
	7 saat ve üzerinde	45	64.3
Tanılı hastalık	Var	43	61.4
	Yok	27	38.6
İlaç kullanımı	Kullanıyor	28	40.0
	Kullanmıyor	42	60.0
1 yıl içerisinde doktor tarafından tanı konulmuş DEA	Tanı var	69	98.6
	Tanı yok	1	1.4
Anemi için demir takviyesi kullanımı	Kullandı	55	78.6
	Kullanmadı	15	21.4
Ağırlık artışı	Artış oldu	28	40.0
	Artış olmadı	42	60.0
Ağırlık artış miktarı	2.60 kg ve altında	0	0.0
	2.60 kg üzerinde	28	40.0
	Artış olmadı	42	60.0
Ağırlık kaybı	Kayıp oldu	29	41.4
	Kayıp olmadı	41	58.6
Ağırlık kayıp miktarı	2.60 kg ve altında	3	4.3
	2.60 kg üzerinde	26	37.1
	Kayıp olmadı	41	58.6
Özel diyet	Uyguluyor	20	28.6
	Uygulamıyor	50	71.4
Besin takviyesi	Kullanıyor	35	50.0

	Kullanmıyor	35	50.0
Ana/öğün	1/3	1	1.4
	2/0	4	5.7
	2/1	10	14.3
	2/2	13	18.6
	2/3	9	12.9
	2/4	4	5.7
	3/0	2	2.9
	3/1	6	8.6
	3/2	8	11.4
	3/3	6	8.6
	3/4	5	7.1
	3/5	1	1.4
	5/0	1	1.4
Düzenli öğün	Tüketiyor	32	45.7
	Tüketmiyor	38	54.3
Atlanan öğün	Atlamıyor	30	42.9
	Sabah	6	8.6
	Öğle	17	24.3
	Ara öğünler	3	4.3
	Akşam	14	20.0
Boy (cm)	Ort. $\pm$ SS (Min. – Maksi.)	166.13 $\pm$ 5.31 (155.0 – 175.0)	
Ağırlık (kg)	Ort. $\pm$ SS (Min. – Maksi.)	68.40 $\pm$ 11.66 (47.0 – 92.0)	
BKİ (kg/m^2)	Ort. $\pm$ SS (Min. – Maksi.)	24.87 $\pm$ 4.58 (16.65 – 34.41)	

*Besin Takviyeleri: Multivitamin/mineral, C vitamini, Omega-3, D vitamini, Probiyotik, Çinko, Propolis ve türevleri, Kara mürver, Kalsiyum, Glukozamin ve diğer.

Tablo 4.2’de gösterildiği üzere katılımcıların %74.3’ü düzenli bir uykuya sahip olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %64.3’ü günlük 7 saat ve üzerinde, %35.7’si 7 saatin altında uyuduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %61.4’ünün tanı aldığı bir hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %40’ı ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %98.6’sında son 1 yıl içerisinde doktor tarafından teşhisi konulmuş demir eksikliği anemisi bulunmaktadır. Katılımcıların %78.6’sı anemi için demir takviyesi

kullanmaktadır. Katılımcıların %40'ında son 1 yıl içinde 2.6 kg'ın üzerinde ağırlık artışı olmuştur. Katılımcıların %41.4'ünde son 1 yıl içinde vücut ağırlığında kayıp olmuştur. Katılımcıların %28.6'sı özel bir diyet programı uygulamaktadır. Katılımcıların %50'si besin takviyesi kullanmaktadır. Katılımcıların %45.7'si düzenli olarak öğün tüketmektedir. Katılımcıların %42.9'u öğün atlamadığını belirtmiştir. Katılımcıların %24.3'ü öğle öğününü, %20'si akşam öğününü atladığını belirtmiştir. Katılımcıların %18.6'sı genellikle günde 2 ana ve 2 ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %14.3'ü genellikle günde 2 ana ve 1 ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların boy ortalaması 166.13 ± 5.31 cm'dir. Katılımcıların ağırlık ortalaması 68.40 ± 11.66 kg'dır. Katılımcıların BKİ ortalaması 24.87 ± 4.58 kg/m²'dir.



4.3. Bireylerin Sezgisel Yeme Ölçeği-2'ye göre Değerlendirilmesi

Katılımcıların sezgisel beslenme puanlarına göre sezgisel beslenme düzeyleri dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4. 3. Katılımcıların Sezgisel Beslenme Puanlarına Göre Sezgisel Beslenme Düzeyleri Dağılımı

	n	%
<3.33 puan	37	52.9
>3.33 puan	33	47.1
Toplam	70	100.0

Tablo 4.3'e göre katılımcıların (%98.6'sında DEA durumu bulunmaktadır) %52.9'unun sezgisel beslenme puan ortalaması 3.33 değerinin altında olup, sezgisel beslenme katılımcıların %47.1'inde vardır.

4.4. Bireylerin Kabızlık Ölçeğine göre Değerlendirilmesi

Kabızlık ölçeği kategorik dağılımları Tablo 4.4'da verilmiştir.

Tablo 4. 4. Kabızlık Ölçeği Kategorik Dağılımları

	n	%
Yok	12	17.1
Az semptomatik	15	21.4
Hafif semptomatik	12	17.1
Orta semptomatik	6	8.6
Çok semptomatik	25	35.7
Toplam	70	100.0

Tablo 4.6'da gösterildiği üzere araştırmaya katılan kadınların (%98.6'sında DEA durumu bulunmaktadır) %17.1'inde kabızlık yokken, %21.4'ünde az, %17.1'inde hafif, %8.6'sında orta ve %35.7'sinde çok semptomatik kabızlık vardır.

4.5. Bireylerin BKİ Değerleri ile Sezgisel Beslenme ve Konstipasyon Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

BKİ ile sezgisel yeme ve kabızlık arasındaki ilişki için yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.5'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 5. BKİ İle Sezgisel Yeme, Kabızlık, Yaş Ve Öğrenim Durumu Arasındaki İlişki İçin Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları

		BKİ
Koşulsuz yeme izni	<i>r</i>	.024
	<i>p</i>	.843
Duygusal sebeplerden ziyade fiziksel sebeplerle yeme	<i>r</i>	-.568**
	<i>p</i>	.000
Açlık tokluk işaretlerine güven	<i>r</i>	-.523**
	<i>p</i>	.000
Vücut-besin örtüşmesi	<i>r</i>	-.242*
	<i>p</i>	.043
Sezgisel yeme toplam puan	<i>r</i>	-.489**
	<i>p</i>	.000
Kabızlık toplam puan	<i>r</i>	.340**
	<i>p</i>	.004
Yaş	<i>r</i>	.590**
	<i>p</i>	.000
Öğrenim Durumu	<i>r</i>	-.605**
	<i>p</i>	.000

**Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır. | *Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır.

Yaş ve BKİ değerlerinin normal dağılımı nedeniyle, yaş ile BKİ arasındaki ilişki için Pearson korelasyon uygulanmıştır.

Tablo 4.5'de gösterildiği üzere kadınların BKİ değerleri ile SYÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ($r = -.489$; $p < .01$), kabızlık ölçeği toplam puanları ile pozitif yönde ($r = .340$; $p < .01$) ve anlamlı ilişki vardır.

Tablo 4.5'de gösterildiği üzere katılımcıların BKİ değerleri ile yaşları arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .590$; $p < .01$). Yaş arttıkça BKİ değerlerinin de arttığı söylenebilir. Katılımcıların BKİ değerleri ile eğitim düzeyleri arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.605$; $p < .01$). Eğitim düzeyi arttıkça BKİ değerlerinin azaldığı söylenebilir.

4.6. Bireylerin Sezgisel Beslenme Durumları ile Konstipasyon Durumlarının Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sezgisel beslenme durumuna göre kadınların kabız olma düzeyleri ve fark analizi sonuçları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4. 6. Sezgisel Beslenme Durumuna Göre Kadınların Kabız Olma Düzeyleri Ve Fark Analizi Sonuçları

			SYÖ kategorik		Toplam
			<3.33	>3.33	
Kabızlık kategorik	Yok	n	5	7	12
		%	13.5	21.2	17.1
	Az semptomatik	n	6	9	15
		%	16.2	27.3	21.4
	Hafif semptomatik	n	4	8	12
		%	10.8	24.2	17.1
	Orta semptomatik	n	4	2	6
		%	10.8	6.1	8.6
	Çok semptomatik	n	18	7	25
		%	48.6	21.2	35.7
Toplam	n	37	33	70	
	%	100.0	100.0	100.0	

$$\chi^2_4 = 7.569; p = .109$$

Tablo 4.6’da gösterildiği üzere sezgisel yemeyen kadınların %13.5’inde kabızlık yokken, sezgisel yemek yiyen kadınların %21.2’sinde kabızlık yoktur. Ki-kare testi sonucuna göre sezgisel yemek yiyen ve yemeyen kadınların kabızlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$).

4.7. Hipotez Testleri

Hipotez testlerinden önce, her bir ölçeğin dağılımının normallik testi yapılmıştır. Ölçek boyutlarının ve toplam puanların normallik dağılımı için yapılan Kolmogorov Smirnov testi sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4. 7. Ölçek Boyutlarının Ve Toplam Puanların Normallik Dağılımı İçin Yapılan Kolmogorov Smirnov Testi Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi		
	D	sd	p değeri
Koşulsuz yeme izni	.117	70	.019
Fiziksel sebeplerle yeme	.173	70	.000
Açlık tokluk işaretlerine güven	.170	70	.000
Vücut-besin örtüşmesi	.235	70	.000
Sezgisel yeme toplam puan	.185	70	.000
Kabızlık toplam puan	.247	70	.000

Tablo 4.7’deki Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonuçlarına göre sezgisel yeme toplam puanları ile alt boyut puanları ve kabızlık toplam puanlarının dağılımları standart normal dağılıma uymamaktadır ($p < .05$). Bu nedenle, IES-2 ve Kabızlık Ölçeği puanlarının analizi için parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

4.7.1. Demografik Özelliklere Göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Düzeyleri Arasındaki Farklar

Demografik özelliklere Göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 düzeyleri arasındaki farklara yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H1: Kadınların SYÖ puanları, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4. 8. Demografik Özelliklere Göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Düzeyleri Arasındaki Farklar

		SYÖ Toplam		Anlamlılık
		Ort.	SS	
Yaş Grubu (yıl)	39 ve altı	3.59	0.92	$Z = -2.684$
	40 ve üzeri	2.96	0.77	$p = .007^*$
Medeni durum	Bekar	3.23	0.88	$Z = -0.482$
	Evli	3.31	0.91	$p = .630$
Meslek	Çalışmıyor	3.15	0.99	$\chi^2_4 = 1.842$ $p = .765$
	Ev hanımı	3.21	0.94	
	Memur	3.09	0.80	
	Özel sektör	3.46	0.82	
	Diğer	3.59	1.32	
Öğrenim durumu	İlkokul mezunu	2.46	0.20	$\chi^2_3 = 12.515$ $p = .006^*$
	Ortaokul mezunu	2.86	0.22	
	Lise mezunu	3.00	0.91	
	Yüksekokul/Üni./ Lis.üstü	3.70	0.80	
Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	2.70	0.78	$\chi^2_2 = 5.041$ $p = .080$
	Geliri giderine eşit	3.24	0.87	
	Geliri giderinden fazla	3.65	0.91	
Düzenli Sigara Kullanımı	Kullanıyor	3.41	0.91	$Z = -0.822$ $p = .411$
	Kullanmıyor	3.19	0.89	
Alkol Tüketim Durumu	Tüketiyor	3.80	0.74	$Z = -2.823$ $p = .005^*$
	Tüketmiyor	3.09	0.88	

* $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Z: Mann Whitney U Testi (Z istatistiği)

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi (Ki-kare istatistiği)

Tablo 4.8'deki Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 toplam puanı 39 ve altında yaşa sahip olanlarda, yüksek okul/üniversite/lisansüstü düzeyde eğitime sahip olanlarda ve alkol içenlerde daha yüksek düzeydedir.

Fark analizi sonuçlarına göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 toplam puanı yaş, eğitim durumu ve alkol kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bir gösterirken ($p < .05$), diğer tüm demografik özelliklere göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 toplam puanların farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$). Bu nedenle, **H1** hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

4.7.2. Demografik Özelliklere Göre Kabızlık Ölçeği Düzeyleri Arasındaki Farklar

Demografik özelliklere Göre Kabızlık Ölçeği düzeyleri arasındaki farklara yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H2: Kadınların Kabızlık Ölçeği puanları, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmaktadır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4. 9. Demografik Özelliklere Göre KÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar

		KÖ toplam		Anlamlılık
		Ort.	SS	
Yaş Grubu (yıl)	39 ve altı	9.14	10.38	$Z = -1.754$
	40 ve üzeri	14.45	12.15	$p = .079$
Medeni durum	Bekar	10.37	11.26	$Z = -0.451$
	Evli	12.12	11.64	$p = .652$
Meslek	Çalışmıyor	15.19	12.26	$\chi^2_4 = 5.801$ $p = .215$
	Ev hanımı	12.13	12.62	
	Memur	9.75	12.84	
	Özel sektör	10.08	9.63	
	Diğer	0.00	0.00	
Öğrenim Durumu	İlkokul mezunu	18.00	13.31	$\chi^2_3 = 8.863$ $p = .031^*$
	Ortaokul mezunu	15.33	11.50	
	Lise mezunu	15.85	11.94	
	Yüksekokul/Üni./ Lis.üstü	6.85	9.04	
Gelir Düzeyi	Geliri giderinden az	21.29	10.37	$\chi^2_2 = 8.090$ $p = .018^*$
	Geliri giderine eşit	12.24	11.29	
	Geliri giderinden fazla	6.39	9.95	
Düzenli Sigara Kullanımı	Kullanıyor	12.03	11.73	$Z = -0.570$ $p = .569$
	Kullanmıyor	11.33	11.43	
Alkol Tüketim Durumu	Tüketiyor	7.20	9.05	$Z = -1.534$ $p = .125$
	Tüketmiyor	13.42	11.94	

* $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Z: Mann Whitney U Testi (Z istatistiği)

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi (Ki-kare istatistiği)

Tablo 4.9’daki Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi sonuçlarına göre Kabızlık ölçeği toplam puanları Yüksekokul/Üni./Lisansüstü mezunlarında ve geliri giderinden fazla olanlarda daha düşük düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre kabızlık ölçeği toplam puanı eğitim ve gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterirken ($p < .05$), diğer tüm demografik özellik gruplarına göre

farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$). Bu nedenle, araştırmanın **H2** hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

4.7.3. Beslenme ve Sağlık Özellikleri ile Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Düzeyleri Arasındaki İlişki

Beslenme ve sağlık özellikleri ile Sezgisel Yeme Ölçeği-2 düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H3: Kadınların beslenme ve sağlık özellikleri ile Sezgisel Yeme Ölçeği-2 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4. 10. Beslenme Ve Sağlık Özellikleri İle IES-2 Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları

		Sezgisel Yeme Toplam Puanı
Düzenli uyku	<i>r</i>	.231
	<i>p</i>	.054
Günlük uyku saati	<i>r</i>	.270*
	<i>p</i>	.024
Tanılı hastalık	<i>r</i>	-.193
	<i>p</i>	.110
İlaç kullanımı	<i>r</i>	-.279*
	<i>p</i>	.019
1 yıl içerisinde doktor tarafından tanı konulmuş DEA	<i>r</i>	.158
	<i>p</i>	.191
Anemi için demir takviyesi kullanımı	<i>r</i>	.107
	<i>p</i>	.378
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artışı	<i>r</i>	-.305*
	<i>p</i>	.010
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artışı (miktar)	<i>r</i>	-.364
	<i>p</i>	.057
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı kaybı	<i>r</i>	.219
	<i>p</i>	.069
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı kaybı (miktar)	<i>r</i>	-.030
	<i>p</i>	.877
Özel diyet	<i>r</i>	-.055
	<i>p</i>	.652
Besin takviyesi	<i>r</i>	.118
	<i>p</i>	.330
Düzenli öğün	<i>r</i>	-.101
	<i>p</i>	.406

*Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır.

*Besin Takviyeleri: Multivitamin/mineral, C vitamini, Omega-3, D vitamini, Probiyotik, Çinko, Propolis ve türevleri, Kara mürver, Kalsiyum, Glukozamin ve diğer.

Tablo 4.10'daki Spearman's rho korelasyon analizi sonuçlarına göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 toplam puanları ile günlük uyku saati arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r = .270; p < .05$).

Tablo 4.10'daki Spearman's rho korelasyon analizi sonuçlarına göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 toplam puanları ile ilaç kullanımı ($r = -.279; p < .05$), son 1 yıl içindeki vücut ağırlığı artışı ($r = -.305; p < .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle, araştırmanın **H3** hipotezi kısmen doğrulanmıştır.



4.7.4. Beslenme ve Sağlık Özellikleri ile Kabızlık Ölçeği Düzeyleri Arasındaki İlişki

Beslenme ve sağlık özellikleri ile Kabızlık Ölçeği düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H4: Kadınların beslenme ve sağlık özellikleri ile Kabızlık Ölçeği düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.11de verilmiştir.

Tablo 4. 11. Beslenme Ve Sağlık Özellikleri İle Kabızlık Ölçeği Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları

		Kabızlık Toplam Puan
Düzenli uyku	<i>r</i>	.018
	<i>p</i>	.883
Günlük uyku saati	<i>r</i>	.044
	<i>p</i>	.719
Tanımlı hastalık	<i>r</i>	.123
	<i>p</i>	.309
İlaç kullanımı	<i>r</i>	.212
	<i>p</i>	.079
1 yıl içerisinde doktor tarafından tanı konulmuş DEA	<i>r</i>	-.045
	<i>p</i>	.712
Anemi için demir takviyesi kullanımı	<i>r</i>	-.099
	<i>p</i>	.417
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artışı	<i>r</i>	.247*
	<i>p</i>	.039
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artışı (miktar)	<i>r</i>	.002
	<i>p</i>	.992
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı kaybı	<i>r</i>	-.067
	<i>p</i>	.582
Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı kaybı (miktar)	<i>r</i>	.144
	<i>p</i>	.455
Özel diyet	<i>r</i>	-.015
	<i>p</i>	.902
Besin takviyesi	<i>r</i>	-.288*
	<i>p</i>	.016
Düzenli öğün	<i>r</i>	-.024
	<i>p</i>	.842

*Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır.

*Besin Takviyeleri: Multivitamin/mineral, C vitamini, Omega-3, D vitamini, Probiyotik, Çinko, Propolis ve türevleri, Kara mürver, Kalsiyum, Glukozamin ve diğer.

Tablo 4.11'deki Spearman's rho korelasyon analizi sonuçlarına göre, Kabızlık ölçeği toplam puanları ile son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artışı arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .247; p < .05$). Kabızlık ölçeği toplam puanları ile besin takviyesi arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.288; p < .05$). Bu nedenle, araştırmanın **H4** hipotezi kısmen doğrulanmıştır.



4.7.5. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ile Kabızlık Ölçeği Arasındaki İlişki

Kadın katılımcıların Sezgisel Yeme Ölçeği-2 puanları ile Kabızlık Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H5: Kadınların sezgisel beslenme puanları ile Kabızlık Ölçeği düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4. 12. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 Puanları İle Kabızlık Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Yapılan Spearman's Rho Korelasyon Analizi Sonuçları

		Kabızlık Toplam Puan
Koşulsuz Yeme İzni	<i>r</i>	-.111
	<i>p</i>	.359
Fiziksel sebeplerle yeme	<i>r</i>	-.321**
	<i>p</i>	.007
Açlık tokluk işaretlerine güven	<i>r</i>	-.199
	<i>p</i>	.099
Vücut-Besin Örtüşmesi	<i>r</i>	-.166
	<i>p</i>	.169
Sezgisel Yeme Toplam Puan	<i>r</i>	-.275*
	<i>p</i>	.021

*Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır.

*Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.12’teki Spearman’s rho korelasyon analizi sonuçlarına göre, Kabızlık Ölçeği toplam puanları ile IES-2 fiziksel sebeplerle yeme alt boyut puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.321$; $p < .05$). Bunun dışında, Sezgisel yeme ölçeği toplam puanları ile Kabızlık Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.275$; $p < .05$). Bu nedenle, araştırmanın **H5** hipotezi doğrulanmıştır.

4.7.6. Besin Tüketim Sıklıkları ile Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ve Kabızlık Ölçeği Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.13’te besin tüketim sıklıklarının dağılımı verilmektedir.

Tablo 4. 13. Besin Tüketim Sıklıkları

	Hiç		Ayda bir kez		15 günde bir kez		Haftada 1-2 defa		Haftada 3- 5 defa		Her gün		Her öğün	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yoğurt	5	7.1	1	1.4	2	2.9	33	47.1	17	24.3	11	15.7	1	1.4
Yumurta	8	11.4	0	0.0	5	7.1	24	34.3	19	27.1	14	20.0	0	0.0
Kırmızı et	5	7.1	2	2.9	16	22.9	41	58.6	6	8.6	0	0.0	0	0.0
Beyaz et	8	11.4	4	5.7	18	25.7	33	47.1	7	10.0	0	0.0	0	0.0
Peynir	7	10.0	0	0.0	0	0.0	11	15.7	26	37.1	24	34.3	2	2.9
Kurubaklagil	8	11.4	9	12.9	28	40.0	22	31.4	3	4.3	0	0.0	0	0.0
Sakatatlar	38	54.3	16	22.9	15	21.4	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İşlenmiş et	23	32.9	10	14.3	8	11.4	18	25.7	6	8.6	5	7.1	0	0.0
Taze sebze	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	18.6	26	37.1	29	41.4	2	2.9
Taze meyve	1	1.4	0	0.0	5	7.1	30	42.9	19	27.1	15	21.4	0	0.0
Beyaz ekmek	14	20.0	7	10.0	3	4.3	9	12.9	4	5.7	20	28.6	13	18.6
Tam tahıllı ekmek	18	25.7	9	12.9	4	5.7	8	11.4	11	15.7	20	28.6	0	0.0
Tahıllar	0	0.0	1	1.4	4	5.7	15	21.4	27	38.6	23	32.9	0	0.0
Sıvı yağ	0	0.0	0	0.0	1	1.4	0	0.0	9	12.9	48	68.6	12	17.1
Katı yağ	4	5.7	0	0.0	5	7.1	11	15.7	17	24.3	31	44.3	2	2.9
Kuru meyve	6	8.6	12	17.1	24	34.3	18	25.7	6	8.6	4	5.7	0	0.0
Kuruyemiş	12	17.1	5	7.1	8	11.4	31	44.3	8	11.4	6	8.6	0	0.0
Sütlü tatlı	10	14.3	15	21.4	21	30.0	23	32.9	1	1.4	0	0.0	0	0.0
Hamur işi tatlı	12	17.1	19	27.1	18	25.7	19	27.1	2	2.9	0	0.0	0	0.0
Çikolata, şeker	8	11.4	10	14.3	8	11.4	17	24.3	13	18.6	14	20.0	0	0.0
Süt	7	10.0	2	2.9	8	11.4	33	47.1	15	21.4	5	7.1	0	0.0
Kefir	13	18.6	12	17.1	6	8.6	14	20.0	20	28.6	5	7.1	0	0.0
Siyah çay	7	10.0	0	0.0	1	1.4	0	0.0	9	12.9	41	58.6	12	17.1
Bitki çayı	11	15.7	7	10.0	10	14.3	25	35.7	11	15.7	6	8.6	0	0.0
Kahve	3	4.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	22.9	47	67.1	4	5.7

Su	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	24.3	53	75.7
Gazlı içecekler	18	25.7	20	28.6	12	17.1	14	20.0	6	8.6	0	0.0	0	0.0

Tablo 4.13'te gösterildiği üzere katılımcıların %54.3'ü sakatatları, %25.7'si tam tahıllı ekmeği, %25.7'si gazlı içecekleri hiç tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %40'ı 15 günde bir kez kurubaklagil tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %34.3'ü 15 günde bir kez kuru meyve tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %30'u 15 günde bir kez sütlü tatlı tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %28.6'sı ayda bir kez gazlı içecek tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %47.1'i haftada 1-2 defa yoğurt, %47.1'i haftada 1-2 defa beyaz et, %47.1'i haftada 1-2 defa süt tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %38.6'sı haftada 3-5 defa tahıl tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %37.1'i haftada 3-5 defa peynir, %37.1'i haftada 3-5 defa taze sebze tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %68.6'sı her gün sıvı yağ tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %67.1'i her gün kahve tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %58.6'sı her gün siyah çay tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %75.7'si her öğün su tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %18.6'sı her öğün beyaz ekmek tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %17.1'i her öğün sıvı yağ, %17.1'i her öğün siyah çay tükettiğini belirtmiştir.

Kadın katılımcıların Sezgisel Yeme Ölçeği-2 puanları ile besin tüketim sıklıkları arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H6: Kadınların sezgisel beslenme puanları ile besin tüketim sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Kadın katılımcıların Kabızlık Ölçeği puanları ile besin tüketim sıklıkları arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

H7: Kadınların Kabızlık Ölçeği puanları ile besin tüketim sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Hipotezlerin testi için yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.14 ve 4.15'te verilmiştir.

Tablo 4.14'te besin tüketim sıklıkları ile Sezgisel Yeme ve Kabızlık Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4. 14. Besin Tüketim Sıklıkları İle Sezgisel Yeme Ve Kabızlık Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler

		Sezgisel Yeme Toplam Puan	Kabızlık Toplam Puan
Yoğurt	<i>r</i>	-.035	.171
	<i>p</i>	.772	.156
Yumurta	<i>r</i>	-.190	-.056
	<i>p</i>	.115	.643
Kırmızı et	<i>r</i>	.061	-.094
	<i>p</i>	.618	.437
Beyaz et	<i>r</i>	-.103	.031
	<i>p</i>	.397	.800
Peynir	<i>r</i>	.351**	-.220
	<i>p</i>	.003	.067
Kurubaklagil	<i>r</i>	.066	-.001
	<i>p</i>	.589	.992
Sakatatlar	<i>r</i>	-.060	-.087
	<i>p</i>	.619	.476
İşlenmiş et	<i>r</i>	-.162	.063
	<i>p</i>	.181	.602
Taze sebze	<i>r</i>	-.188	.181
	<i>p</i>	.120	.134
Taze meyve	<i>r</i>	.017	-.014
	<i>p</i>	.889	.911
Beyaz ekmek	<i>r</i>	-.074	.192
	<i>p</i>	.542	.112
Tam tahıllı ekmek	<i>r</i>	.075	-.138
	<i>p</i>	.539	.254
Tahıllar	<i>r</i>	-.015	.112
	<i>p</i>	.899	.355

*Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.14'teki Spearman korelasyon analizi sonucuna göre peynir tüketim sıklığı ile sezgisel yeme toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .351, p < .01$).

Tablo 4.15'te (Tablo 4.14'ün devamı niteliğindedir) besin tüketim sıklıkları ile Sezgisel Yeme ve Kabızlık Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkileri tespit etmek amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4. 15. Besin Tüketim Sıklıkları ile Sezgisel Yeme ve Kabızlık Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler

		Sezgisel Yeme Toplam Puan	Kabızlık Toplam Puan
Sıvı yağ	<i>r</i>	.105	.089
	<i>p</i>	.387	.466
Katı yağ	<i>r</i>	.097	.179
	<i>p</i>	.426	.138
Kuru meyve	<i>r</i>	.121	.052
	<i>p</i>	.319	.666
Kuruyemiş	<i>r</i>	.043	.250*
	<i>p</i>	.725	.037
Sütlü tatlı	<i>r</i>	.318**	.014
	<i>p</i>	.007	.909
Hamur işi tatlı	<i>r</i>	.150	.036
	<i>p</i>	.217	.765
Çikolata, şeker	<i>r</i>	-.140	.118
	<i>p</i>	.247	.332
Süt	<i>r</i>	.016	.144
	<i>p</i>	.899	.235
Kefir	<i>r</i>	.323**	-.098
	<i>p</i>	.006	.418
Siyah çay	<i>r</i>	.034	.126
	<i>p</i>	.782	.300
Bitki çayı	<i>r</i>	.006	.251*
	<i>p</i>	.961	.036
Kahve	<i>r</i>	.082	.018
	<i>p</i>	.502	.880
Su	<i>r</i>	.077	-.076
	<i>p</i>	.528	.531
Gazlı içecekler	<i>r</i>	-.296*	.341**
	<i>p</i>	.013	.004

*Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır.

*Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4.15'teki Spearman korelasyon analizi sonucuna göre kuruyemiş tüketim sıklığı ile Kabızlık ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .250, p < .05$).

Tablo 4.15'deki Spearman korelasyon analizi sonucuna göre sütlü tatlı tüketim sıklığı ile sezgisel yeme toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .318, p < .01$).

Tablo 4.15'deki Spearman korelasyon analizi sonucuna göre kefir tüketim sıklığı ile sezgisel yeme toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .323, p < .01$).

Tablo 4.15'deki Spearman korelasyon analizi sonucuna göre bitki çayı tüketim sıklığı ile Kabızlık Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .251, p < .05$). Bitki çayı tüketim sıklığı arttıkça konstipasyon görülme miktarının arttığı söylenebilir.

Tablo 4.15'deki Spearman korelasyon analizi sonucuna göre gazlı içecek tüketim sıklığı ile Kabızlık Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .341, p < .01$). Gazlı içecek tüketim sıklığı arttıkça konstipasyon görülme miktarının arttığı söylenebilir.

Tablo 4.15'deki Spearman korelasyon analizi sonucuna göre gazlı içecek tüketim sıklığı ile sezgisel yeme toplam puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.296, p < .05$). Gazlı içecek tüketim sıklığı azaldıkça sezgisel yeme davranışının arttığı söylenebilir.

H6 ve H7 hipotezleri kısmen doğrulanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı yetişkin kadın bireylerde sezgisel beslenme durumunun demir eksikliği anemisi ve kronik konstipasyonla herhangi bir ilişkisi olup, olmadığını saptamak amacıyla yapılmıştır; Günümüzde artan obezite prevelansı, başarısız diyet müdahaleleri ve artan ağırlık durumundan sonra oluşan kronik inflamasyona karşın sezgisel yeme kavramının etkisi araştırılmıştır (Hawley et al., 2008).

Yetersiz, dengesiz veya kısıtlayıcı beslenme sonrasında vücutta birtakım sistemlerin bozulması ve bundan kaynaklı olarak da metabolik sendrom ve bazı hastalıklar/semptomlar oluşmaktadır (Baysal, 2003). Sezgisel beslenme müdahaleleri ise bu durumların önüne geçebilmek adına tasarlanmış bir beslenme modelidir; Vücudun açlık ve tokluk uyarıları üzerine beslenmeyi temsil eder (Cadene-Schlam and Lopez-Guimera, 2014).

Konstipasyon eğer ki bir hastalıktan kaynaklı oluşmuyorsa, bireyin beslenme modeli ile yakından bir ilişkisi bulunmaktadır. Diyet içeriğinin yetersiz miktarda posa, probiyotik ve prebiyotik içermesi ve yüksek oranda basit karbonhidrat ve rafine işlenmiş gıda içermesi kabızlık için risk faktörü oluşturmaktadır (Ateş, 2015).

Demir eksikliği anemisi ise kronik bir hastalıktan veya kanamadan dolayı oluşmadıysa, günlük beslenme rutinleriyle de ilişkisi bulunmaktadır. Dengesiz beslenme sonucunda artmış ağırlık oranıyla bağlantılı vücutta kronik inflamasyon oluşmaktadır. Kronik inflamasyon ise vücuttaki CRP oranını ve bundan kaynaklı olarak da demir depolarının boşalmasına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra yetersiz beslenen toplumlarda, beslenme içeriğinin kalitesiz ve gıdaların biyoyararlılığının düşük olmasından kaynaklıda demir eksikliği anemisi görülmektedir (Liu et al.,2003).

Ek olarak ise araştırılan bu iki rahatsızlığında arasında bir ilişki bulunmaktadır; Kullanılan demir takviyesinin bazı bireylerde konstipasyona neden olduğu gözlemlenmiştir (Jani and Marsicano, 2018). Bizim çalışmamızda ise demir eksikliği anemisine sahip kadın bireylerin %35.7'sinin kronik konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Yapılan araştırmalar sonucunda sezgisel beslenmenin fiziksel sağlık parametrelerini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. Bu sonuç ise sezgisel beslenmenin, demir eksikliği anemisi ve konstipasyon ile ilişkisinin pozitif yönde olmasına dair hipotezi destekleyebilecek niteliktedir (Dyke and Drinkwater, 2014).

Bu çalışmadaki örneklemin kadın bireylerden oluşmasının sebebi ise; kadın bireylerin, erkek bireylere kıyasla hem demir eksikliği anemisi prevelansı, hemde konstipasyon prevelansının daha yüksek olmasıdır (Horton and Ross, 2003; Rao et al., 2007).

Buna ek olarak ise yapılan çalışmalar sonrasında erkek bireylerin kadınlara kıyasla sezgisel beslenme puanları daha yüksek çıkmıştır (Smith and Hawks, 2006).

Literatürde spesifik olarak sezgisel beslenmenin, anemi ve kabızlık ile ilişkisi incelenmemiştir ve Türkiye’de sezgisel beslenme üzerine yapılan çalışmaların sayısı da sınırlıdır.

Sezgisel beslenme kavramının cinsiyete bağlı olarak farklılık gösterme durumunu inceleyen ilk çalışma niversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya 259 birey katılmıştır. Çalışmanın sonucunda ise erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre sezgisel beslenme toplam puanları daha yüksek çıkmıştır ve duygusal nedenlerden ziyade fiziksel nedenlerle besin tüketme olasılıklarının diğer başlıklara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < .05$) (Kroon Van Diest, 2007). 250 (68 erkek ve 182 kadın) kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ise erkeklerin IES-2 toplam puanı kadınlardan yüksek bulunmuştur, erkeklerin %69.1’inin ve kadınların %47.7’sinin sezgisel beslendiği tespit edilmiştir ($p < .05$). Çalışmada sezgisel beslenmenin alt puanlarından olan ‘‘koşulsuz yemeye izin verme’’ ve ‘‘duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı besin tüketme’’ erkek bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < .05$) (zkan, 2018). Bu sonuçlar genel olarak literatürde yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzer niteliktedir. Fakat son dönemde 322 yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışmada ise erkeklerin %41.2’sinin ve kadınların ise %58.8’nin sezgisel beslendiği belirtilmiştir (Karakaş, 2020). Bundan kaynaklı olarak da sezgisel beslenme ve cinsiyet arasındaki ilişki düzeyi net olmamaktadır fakat genel olarak erkek bireylerin kadın bireylere kıyasla daha yüksek oranda sezgisel beslendiği düşünülmektedir. Bu çalışmada ise, çalışmaya katılan bütün bireyler kadındır ve bu durum çalışmanın sınırlılığıdır.

Konstipasyon ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde, literatürdeki çalışmaların sonuçlarına göre kadınların erkeklere kıyasla kabızlık görülme oranı 2-3 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (McCrea et al, 2009). Özellikle adet dönemlerindeki kadın bireylerin birçoğu konstipasyon sorunu yaşamaktadır (Wyman et al., 1978). İngiltere’de 731 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %8.2’sinin kronik konstipasyon olduğu belirlenmiştir (Dukas and Willett, 2003). 1892 yetişkinin olduğu bir çalışma da ise erkek bireylerin %39’unun ve kadın bireylerin ise %52’sinin defekasyon esnasında zorlandığı tespit edilmiştir (Rao et al., 2007). Konstipasyonu olan yetişkin bireylerin beslenme durumlarının incelendiği bir çalışmada kadın bireylerin %69.4’ü erkek bireylerin ise %30.6’sında konstipasyon sorunu tespit edilmiştir (Ateş,2015). Bu çalışmada ise kadın bireylerin %35.7’sinin kronik konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Demir eksikliği anemisi ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde ise düzenli beslenme alışkanlıkları olan erkek bireylerde ve postmenopoz dönemindeki kadın bireylerde demir eksikliği ve demir eksikliği anemisi hastalığı olması beklenmeyen bir durumdur. Bu grup hastada demir eksikliği tespit edildiğinde sindirim sisteminin de bir kanama ve malabsorbsiyon olduğu düşünülmelidir (Çipil ve Demircioğlu, 2016). Demir eksikliği anemisi prevelansı incelendiğinde sıklıkla kadın bireyler, çocuklar ve gebeler yer almakta ve daha yüksek risk altında bulunmaktadırlar (Erduran, 2010). Kadın bireylerde doğum kontrolünün türü, kan bağıışı veya hafif patolojik bir kan kaybı gibi bazı durumlar demir gereksinimin karşılanmasını zorlaştırmaktadır. Ek olarak ise kadın bireylerin özellikle düşük enerjili diyet uygulaması, vejeteryan/veganlık durumları da DEA için yüksek risk oluşturmaktadır (Hercberg et al., 2001). Adolesan çocuklar üzerine yapılan bir çalışmada demir eksikliği görülme sıklığı kız çocuklarda %35.4, erkek çocuklarda ise %26.1 olarak, demir eksikliği anemisi görülme sıklığı ise kız çocuklarda %6.7, erkek çocuklarda ise %4.2 olduğu saptanmıştır (Şimşek ve ark., 2019). Bizim çalışmamıza katılan kadın bireylerin %98.6’sı son bir yıl içerisinde doktor tarafından demir eksikliği tanısı almıştır (Tablo 4.2.).

Sezgisel beslenme ve yaş grubu arasında bir ilişki olup olmadığına dair literatür incelendiğinde; yaş aralığı 18-91 olan bir çalışmada katılımcıların sezgisel beslenme toplam puanı ve yaş grupları arasında anlamlılık bulunamamıştır ($p > .05$) (Ruzanska

and Warschburger, 2017). 180 birey üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise yaş arttıkça sezgisel beslenme puanının azaldığı bulunmuştur ($p < .05$) (Gast et al., 2012). Yaş aralığı 18-65 olan ve katılımcılarının %65.5'i kadın olan bir çalışmada sezgisel beslenme toplam puanı yaş arttıkça artış göstermesine rağmen aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > .05$). Fakat sezgisel beslenmenin alt puanı olan ‘‘Açlık ve tokluk sinyallerine bağlı besin tüketme’’ faktörü 42-65 yaş grubundaki bireylerin ortalaması diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < .05$) (Karakaş,2020). Yapılan bir diğer çalışmada ise sezgisel beslenmenin, araştırmaya katılan bireylerin yaş grubundan etkilenmediği ve yaşa bağlı olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Öğretir, 2021). Bu çalışmada ise IES-2 toplam puanı 39 ve altında yaşa sahip olanlarda daha yüksek düzeydedir ve gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 4.8.).

Dünya literatüründe yapılan çalışmalar sonucunda toplum ortalamasına göre yaşı yüksek bireylerde konstipasyon görülme oranının yaklaşık olarak %20 olduğu belirlenmiştir (Mueller-Lissner, 2010). Genel olarak yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir (Campbell et al., 1993). Bu çalışma da ise kabızlık ölçeği puan ortalaması 40 ve üzeri yaşa sahip olanlarda daha yüksek düzeyde fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 4.9.).

DEA prevalansı, gelişmiş ülkelere göre gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre bu oran Avrupa’da %14 ve Türkiye’de ise %25 olarak belirlenmiştir (Royston,1982). Yüksek risk grubu içerisinde genel olarak genç kadın bireyler (doğurganlık çağı, mensturasyon döngüsü, gebelik) bulunmaktadır (Erdem ve ark., 2009). 18-30 yaş aralığındaki 286 kadın birey üzerinde yapılan bir çalışmada, bireylerin %9.7’sinde demir eksikliği ve %2.2’sinde demir eksikliği anemisi tespit edilmiştir (Milman et al., 1998). Yaş aralığı 35-65 yaş olan 883 kadın birey üzerinde yapılan çalışmada ise, menopoz öncesi kadınlarda, postmenopoz dönemindeki kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük hemoglobin seviyeleri bulunmuştur ($p<.001$) (Milman et al., 1993). Bu çalışmaya ise spesifik olarak demir eksikliği anemisi olan kadın bireyler dahil edilmiştir ve yaş dağılımı incelendiğinde bireylerin %52.9’u 39 ve yaş altında, %47.1’i ise 40 yaş ve üzerindedir. Katılımcılar yaş ortalaması 39.87 ± 11.24 ’tür ve yaş grubu aralığı 19 ile 62 arasında değişmektedir (Tablo 4.1.). Bu çalışma, literatür ile kısmen aynı doğrultudadır.

Bizim çalışmamızda IES-2 puanı 39 ve altında yaşa sahip olanlarda, yüksek okul/üniversite/lisansüstü düzeyde eğitime sahip olanlarda ve alkol içenlerde daha yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterirken ($p < .05$), diğer tüm demografik özelliklere göre IES-2 puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 4.8.). Literatürde spesifik olarak sezgisel beslenme durumunun sosyoekonomik düzey ve eğitim durumu ile ilişkisini inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır.

Kabızlık ölçeği puanları ise yüksekokul/üniversite/lisansüstü mezunlarında ve geliri giderinden fazla olanlarda daha düşük düzeydedir. Fark analizi sonuçlarına göre kabızlık ölçeği toplam puanı eğitim ve gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterirken ($p < .05$), diğer tüm demografik özellik gruplarına göre farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.9.) Sosyoekonomik düzeyin kabızlık durumunun sıklığına etkisi bulunmaktadır (Bytzer et al., 2001). Literatürde yapılan çalışmalarda ekonomik durum incelendiğinde maddi durumu kısıtlı olan bireylerin, maddi durumu iyi olan bireylere kıyasla kabızlık görülme sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Howell et al., 2006).

Bu çalışmaya katılan kadın bireylerin %98.6'sı DEA'ne sahiptirler. Medeni durum incelendiğinde bireylerin %27.1'i bekar olup, %72.9'u ise evlidir. Meslek grupları

incelendiğinde %22.9'u çalışmıyor, %5.7'si memur, %34.3'ü özel sektör çalışanı, %34.3'ü ev hanımı ve %2.9'u bunların dışında meslek sahibi olduklarını ifade etmişlerdir. En yüksek oranda demir eksikliği anemisine sahip olan grup ise özel sektör çalışanları ve ev hanımlarıdır. Eğitim durumu incelendiğinde ise bireylerin %8.6'sı ilkokul, %4.3'ü ortaokul, %38.6'sı lise ve %48.6'sı daha yüksek düzeyde eğitime sahiptirler. Maddi durum incelendiğinde ise bireylerin %10'u gelirlerinin giderlerinden az, %64.3'ü gelirlerinin giderlerine eşit ve %25.7'si gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu ifade etmişlerdir. En yüksek oranda demir eksikliği anemisine sahip olan grup ise geliri giderlerine eşit olan gruptur. Bireylerin %44.3'ü sigara ve %28.6'sı alkol kullanmaktadır (Tablo 4.1.).

Bu çalışmada Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ile bireylerin son 1 yıl içerisindeki ağırlık artışı ($r = -.305$; $p < .05$) ve ilaç kullanımı ile ($r = -.279$; $p < .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 4.10.). Türkiye'de 605 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada vücut ağırlığı yükseldikçe

sezgisel beslenme durumunun azaldığı tespit edilmiştir (Field et al., 2004). Literatür incelendiğinde ise aynı doğrultuda sezgisel beslenme durumunun azaldığı gözlemlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise ağırlık artışı ve sezgisel beslenme durumu arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmasına ek olarak; BKİ değerleri ile sezgisel beslenme arasında da anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5.). Bunun sebebi incelendiğinde ise kilosu yüksek bireylerin tükettikleri besinlere dikkat etmesinden ve kısıtlanan diyet programlarını uygulamayı tercih ettiklerinden kaynaklı olabilmektedir (Ağralı 2021; Kuseyri, 2020; Dyke and Drinkwater, 2014). Dolayısıyla bu çalışmada da sezgisel beslenme durumu ve ağırlık ile ilişkisinde literatür ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Özel diyet yapma durumu incelendiğinde ise yapılan bir çalışmada özel diyet yapma ve bu diyetin süresinin uzaması ile sezgisel beslenme puanının azaldığı sonucuna varılmıştır (Field et al., 2004). 2018 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise özel diyet yapmanın, sezgisel beslenmenin alt başlıklarına karşıt olarak bedeninden memnun olmama durumuna paralel olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Özkan ve Bilici, 2018). Fakat demir eksikliği anemisi olan kadınlar üzerinde yapılan bu çalışmada ise özel diyet programı uygulama (bireylerin %28.6'sı) ile IES-2 arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.10.).

Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ile günlük uyku saati arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .270, p < .05$) (Tablo 4.10.). Literatür incelendiğinde ise sezgisel beslenme modelinin bireylerin uyku kalitesi üzerinde belirleyici etkisi olabileceği öne sürülmektedir (Saleh-Ghadimi et al., 2019). 135 kadın birey üzerinde yapılan bir çalışmanın sonucunda kötü uyku kalitesine sahip kadın bireylerin sezgisel beslenme düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. (Bakırhan, 2023). Bizim çalışmamızın sonucunda ise uyku saati arttıkça sezgisel beslenme puanlarında arttığı tespit edilmiştir. İncelenen diğer beslenme ve sağlık parametreleri ile sezgisel beslenmenin arasında anlamlı bir olmadığı fark bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 4.10.).

Halk sağlığı uzmanları, doktorlar ve diyetisyenler, günümüzdeki artmış obezite prevalansının, dengesiz beslenme ve bundan kaynaklanan yeme bozukluklarının ve günümüzde oluşan kronik hastalıkların/semptomlarının önüne geçebilmek adına kısıtlamaya dayalı diyet programı ve dış faktörler tarafından yönlendirilen ağırlık yönetimi stratejilerine karşın alternatif yolları keşfetmenin önemini vurgulamaktadırlar. Sezgisel beslenme, spesifik olarak sadece ağırlık kaybına

odaklanmadan yeme ve yaşam tarzı değişikliği davranışını güçlendirerek hem ağırlık yönetimi hem de fiziksel ve ruhsal sağlık için diyet dışı uygulanan bir beslenme modelidir (Cole and Horacek, 2009). Son yıllarda sezgisel beslenme üzerine yapılan araştırmaların sayısında artış gözlemlenmiştir.

Literatür taraması yapılan ve 26 çalışmayı değerlendiren bir inceleme makalesi sonucunda sezgisel beslenmenin sağlık göstergeleri arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Yapılan bu çalışma sonrasında özellikle üniversite öğrencilerinde ve kadın bireyler arasında sezgisel besin tüketimi yapanların, sezgisel besin tüketimi yapmayanlara kıyasla daha düşük BKİ'ne sahip olduğu bulunmuştur ve sezgisel beslenmenin BKİ ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Dyke and Drinkwater, 2014). Ek olarak ise şişman ve obez olan kadınlarda sezgisel beslenme protokolünün ağırlık kaybı olmasa da, korunması üzerine etkisi olduğu bulunmuştur. Bu durumun sebebinin ise sezgisel beslenmenin temelde ki etkisinin ağırlık döngüsünü azalttığı yönde olduğu düşünülmektedir. 2 yıl takip süreli bir çalışmada ise BKİ ile sezgisel beslenme arasında anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (Bacon et al., 2005). 1601 kadın üzerinde yapılan bir diğer çalışma da ise sezgisel beslenme puanlarının, BKİ ile negatif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p < .01$) (Madden et al., 2012). Bu çalışmada ise kadınların BKİ düzeyleri ile sezgisel beslenme arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişkisi olduğu bulunmuştur ($r = -.489$; $p < .05$). Katılımcıların BKİ ortalaması $24.87 \pm 4.58 \text{ kg/m}^2$ ve ağırlık ortalaması $68.40 \pm 11.66 \text{ kg}$ 'dır (Tablo 4.5.). Çalışmaya katılan ve demir eksikliği anemisi olan kadın bireylerin ise %47.1'inin sezgisel beslendiği tespit edilmiştir (Tablo 4.3.).

Demir eksikliği anemisi ve sezgisel beslenme durumunun incelendiği bir çalışma literatürde yer almamaktadır. Fakat sezgisel beslenme ile belirli sağlık parametrelerinin ve inflamasyon belirteçlerinin incelendiği sınırlı sayıda çalışmalar bulunmaktadır. İncelenen sağlık parametreleri kan basıncı, tansiyon, kolesterol seviyeleri vb. durumlardır. İnflamasyon belirteçleri olarak ise oral glukoz testi seviyeleri ve CRP seviyeleri incelenmiştir. Bu çalışmalarda sezgisel beslenmeye karşı olarak geleneksel diyet programları kullanılmıştır. Çalışmaların sonucunda ise sezgisel beslenme süresi uzadığında hem başlangıç durumuna göre hem de diğer beslenme programlarıyla karşılaştırıldığında sonuçların daha iyi olduğu tespit edilmiştir (Bacon et al., 2005; Crerand et al., 2007; Provencher et al., 2009; Gagnon et al., 2010). Artmış CRP seviyelerinin demir eksikliğini etkilediği bilinmektedir (Liu et al., 2003). CRP üzerine yapılan çalışmada ise seviyelerin iyileştiği tespit edilmiştir

(Dalen et al., 2010). Bizim çalışmamızda ise anemisi olan kadın bireylerin %52.9'unun sezgisel beslenmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.3.). Bu bulgu daha sonraki çalışmalar için umut verici niteliktedir.

Literatürde demir eksikliği anemisi yaşayan kadın bireylerin beslenme durumları ile konstipasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Fakat konstipasyon ve günlük beslenme rutinlerini inceleyen çalışmalarda kronik konstipasyonun önlenmesinde ve tedavisinde beslenmenin önemli bir rol oynadığı tespit edilmiştir. Özellikle incelenen grup ise diyetteki lif, su ve besinlerin kalitesidir (Bellini et al., 2017; Bellini et al., 2014). Lif içeriği zengin olan bir öğünün daha yavaş emildiği, kan şekerini hızlı bir şekilde yükseltmediği, bu durumundan kaynaklı daha erken tokluk hissi oluşturduğu ve genellikle enerji değeri açısından daha az yoğun ve ilave şeker miktarı daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu faktörlerin hepsi obeziteyi tedavi etmeye ve önlemeye, sağlıklı yaşamaya yönelik beslenme modellerinin içeriğinde yer almaktadır (Marlett et al., 2002). Yapılan çalışmalar sonrasında yavaş geçişli kabızlık modelinin, beslenmedeki değişimlerden diğer kabızlık modeline kıyasla daha çok etkilendiği bulunmuştur (Dionne et al., 2018).

Literatür taraması yapılan bir makalede konstipasyon üzerine yapılan çalışmalar incelenmiş ve genellikle yapılan çalışmaların ciddi semptomatik hastalar üzerinde yapıldığını ve bundan kaynaklı olarak da beslenme müdahalelerinin yetersiz kaldığı belirtilmiştir. Daha hafif semptomlu fakat kronik olarak konstipasyonu olan hastalarında araştırmalara dahil edilmesi gerektiği önerilmiş ve ek olarak doktorların konstipasyon konusunda beslenme bilgisinin yeterli olmadığını, çalışmalara gastroentologların ve beslenme uzmanlarının da dahil edilmesi ve uzun dönem araştırmalarla takip edilmesi önerilmiştir (Bellini et al., 2021).

Bu çalışmada ise bireylerin %17.1'inde kabızlık yokken, %21.4'ünde az, %17.1'inde hafif, %8.6'sında orta ve %35.7'sinde çok semptomatik kabızlık (kronik) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.). BKİ ile konstipasyon ilişkisi incelendiğinde ise istatistiksel olarak pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur ($r = .340$; $p < .05$) (Tablo 4.5.). Ek olarak ise çalışmamız sonucunda Kabızlık ölçeği toplam puanları ile son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artış durumu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .247$; $p < .05$) (Tablo 4.11.). Bu durum vücut ağırlığı arttıkça

konstipasyon görülme miktarının arttığını belirtmektedir. 18180 yetişkin birey üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin 459'unda konstipasyon tespit edilmiş ve konstipasyonun olan hastaların %60'nın BKİ değerlerinin 25 kg/m² 'den üzerinde ve ortalama değerinin ise 26.5 kg/m² olduğu bulunmuştur (Pourhoseingholi et al., 2018). Konstipasyon ve beslenme üzerine yapılan bir diğer çalışmada ise bireylerin %45.9'nun BKİ değerlerinin 25 kg/m² 'den yüksek olduğu bulunmuştur (Ateş, 2015). Bu çalışmaya katılan bireylerin %78.6'sı DEA için demir takviyesi kullanmıştır ve çok semptomatik kabızlık yüzdesi ise %35.7'dir (Tablo 4.2; Tablo 4.4). Demir takviyesinin kabızlık için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Jamshed et al., 2011). Bu çalışmadaki bulgulara da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

İncelenen diğer sağlık parametrelerinin kabızlık ile ilişkisi değerlendirildiğinde ise; Kabızlık ölçeği toplam puanları ile besin takviyesi arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir ($r = -.288$; $p < .05$) (Tablo 4.11). Katılımcıların kullandıkları besin takviyelerinin kabızlık semptomları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu bulunmuştur. İncelenen diğer beslenme (Öğün sayısı, öğün atlama durumu, özel diyet programı uygulama) ve sağlık parametrelerinin ise konstipasyon üzerinde bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. (Tablo 4.11.).

Sezgisel beslenme ve konstipasyonun ilişkisi incelendiğinde ise Kabızlık Ölçeği toplam puanları ile IES-2 fiziksel sebeplerle yeme alt boyut puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.321$; $p < .05$). (Tablo 4.12.). "Fiziksel nedenlerden dolayı yemek yeme" alt boyutundaki esas kavram duygusal durumlardan ziyade sadece açlık hissi olduğu zaman besin tüketilmesidir (Framson et al., 2009). Bu alt boyutta bireylerin fiziksel açlık üzerine beslenmelerinin daha kaliteli besin tercihi yaptıkları gözlemlenmiştir (Horwath et al., 2019). Bunun dışında olan 3 alt boyut ile Kabızlık Ölçeği arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.12.).

Sezgisel yeme ölçeği toplam puanları ile Kabızlık Ölçeği toplam puanları arasında ise negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -.275$; $p < .05$) (Tablo 4.12.). Sezgisel beslenmeyen katılımcıların %13.5'inde hiç kabızlık semptomu yokken, sezgisel beslenenlerin ise %21.2'sinde kabızlık semptomu olmadığı bulunmuştur. Ek olarak ise sezgisel beslenmeyen katılımcıların %48.6'sında (yaklaşık yarısı) "çok semptomatik" kabızlık semptomlarına sahip olduğu ve sezgisel beslenen katılımcıların ise %21.2'sinin "çok semptomatik" kabızlığa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6.).

Sonuç olarak ise sezgisel beslenme modelinin kabızlık semptomları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların besin tüketim sıklıkları incelendiğinde ise; %54.3'ü sakatatları, %25.7'si tam tahıllı ekmeği, %25.7'si gazlı içecekleri hiç tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 4.13). Literatür incelendiğinde dengeli ve yeterli miktarda posa içeren diyet programlarının konstipasyon üzerinde olumlu bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Talley et al., 1996). Posa ise en yüksek oranda tam tahıllı gıdalar, kurubaklagiller, sebze ve meyvelerde bulunmaktadır. Günlük alınması gereken lif oranına (25 g/gün) ulaşabilmek için haftada en az iki kez kurubaklagil alınması gerekmektedir (TÜBER, 2022). Bizim çalışmamızın sonucunda, katılımcıların %40'ı 15 günde bir kez kurubaklagil tükettiğini, % 11.4'ü ise hiç kurubaklagil tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 4.13). Katılımcıların kabızlık problemleri (%35.7'sinde çok semptomatik kabızlık bulunmaktadır) göz önünde bulundurulduğunda, yetersiz düzeyde kurubaklagil tükettikleri ve bu oranı arttırmaları gerektiği söylenebilir.

Tam tahıllı gıda grubunun ise her gün veya her öğün tüketilmesi gerekmektedir (TÜBER, 2022). Bireylerin tüketim sıklığı incelendiğinde ise; %38.6'sı haftada 3-5 defa tahıl tükettiğini, %32.9'su ise her gün tükettiğini belirtmiştir. Ek olarak ise bireylerin %25.7'si tam tahıllı ekmeği hiç tüketmediğini, %28.6'sı ise her gün tükettiğini belirtmişlerdir. Beyaz ekmek tüketimi incelendiğinde ise; katılımcıların %18.6'sı her öğün beyaz ekmek tükettiğini, %20'si ise hiç tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 4.13.). Çalışma sonuçlarına göre tam tahıllı gıda grubunun yeterli düzeyde tüketilmediği tespit edilmiştir. Konstipasyon semptomlarını engelleyebilmek ve lif alımını arttırabilmek adına beyaz ekmek yerine tahıllı ekmek, pirinç/makarna yerine ise bulgur/yulaf vb. gıdaların tüketilmesi önerilmektedir (Anderson et al., 2009).

Sebze ve meyve tüketim sıklığı incelendiğinde ise; katılımcıların %41.4'ü her gün sebze, %21.4'ü ise her gün meyve tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların % 42.9'u ise haftada 1-2 defa meyve tükettiğini belirtmiştir (Tablo 4.13.). Sebze ve meyve grubunun her gün tüketilmesi gerekmektedir, bu doğrultuda bireylerin tüketim sıklıklarında yetersizlik görülmektedir.

En iyi demir kaynağı ise hem miktar olarak hem de biyoyararlılık olarak kırmızı etlerdir; tavuk ve balığa kıyasla kırmızı etlerin demir içeriği daha yüksektir (Güleç, 2018). Etin demir eksikliği anemisini önlemede önemli bir katkısı bulunmaktadır. Kırmızı et veya beyaz etin yetişkin kadın grubuna göre her gün tüketilmesi

gerekmektedir (TÜBER, 2022). Bu çalışmada ise katılımcıların %58.6'sı haftada 1-2 kez kırmızı et, %47.1'i ise haftada 1-2 kez beyaz et tükettikleri tespit edilmiştir (Tablo 4.13). Bireylerin et tüketimlerinin oldukça yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Besin tüketimi esnasında polifenoller içeren çay ve kahvenin demir emilimini azalttığı tespit edilmiştir (Tuncer ve Ayhan, 2021). Bu çalışma da katılımcıların %58.6'sının her gün siyah çay tükettiği ve %67.1'i her gün kahve tükettiği tespit edilmiştir. Ek olarak ise katılımcıların 17.1'i her öğünde siyah çay, % 5.7'si ise her öğünde kahve tükettiğini belirtmiştir (Tablo 4.13.). Demir eksikliği anemisi olan kadın bireylerin çay ve kahve tüketimini sınırlaması gerektiği söylenebilir. Demir eksikliği anemisi olan kadın bireylerin sezgisel beslenme durumlarının, besin tüketim sıklıkları ile ilişkisi incelendiğinde; peynir tüketim sıklığı, sütlü tatlı tüketim sıklığı ve kefir tüketim sıklığı ile sezgisel yeme toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r = .318, p < .01$) (Tablo 4.14; Tablo 4.15). Sezgisel beslenen kadın bireylerin (katılımcıların % 47.1'i) peynir, sütlü tatlı ve kefir tüketim sıklıkları, sezgisel beslenmeyen kadın bireylere (katılımcıların % 52.9'u) oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak; gazlı içecek tüketim sıklığı ile sezgisel yeme toplam puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -.296, p < .05$) (Tablo 4.15.). Gazlı içecek tüketim sıklığı azaldıkça sezgisel yeme davranışının arttığı söylenebilir. Katılımcıların konstipasyon semptomları ile besin tüketim sıklıklarının ilişkisi incelendiğinde ise; kuruyemiş tüketim sıklığı, bitki çayı tüketim sıklığı ve gazlı içecek tüketim sıklığı ile Kabızlık ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .250, p < .05$) (Tablo 4.15.). Bitki çayı, gazlı içecek ve kuruyemiş tüketim sıklığı arttıkça konstipasyon görülme miktarının arttığı belirlenmiştir.

Bu araştırmanın ana amacı, yetişkin kadınların sezgisel beslenme düzeyi durumları ile kronik konstipasyon ve demir eksikliği anemisi arasındaki ilişkiyi tespit edebilmektir. Benzer nitelikli çalışmalar incelendiğinde hem sezgisel yemenin hem de demir eksikliği anemisi ve konstipasyonun bir arada değerlendirildiği bir araştırmanın literatürde yer almadığı saptanmıştır. Bu çalışmada özel olarak demir eksikliği anemisi olan kadın bireyler tercih edilmiştir. Genel olarak çalışma sonuçları incelendiğinde BKİ değerleri ve ölçekler arasındaki ilişkiler ve IES-2 alt boyut ve toplam puanı ile kabızlık ölçeği arasındaki ilişkilerin sonuçları çalışmanın hipotezlerini destekleyebilecek niteliktedir. Dolayısıyla, araştırma kapsamında edinilen bu

sonuçların yetişkin kadınları daha yakından tanımaya yönelik ipucu niteliğinde bilgiler içerdiği savunulabilir. Bu durum da araştırma sonuçlarını daha önemli kılmaktadır. Fakat geniş popölasyonla, bireylere sezgisel beslenme eğitimi verildikten sonra, kan bulguları ile uzun dönem incelenmesi kanıt düzeyini oldukça arttırabilir.



6. SONUÇLAR

Bu çalışmada Gaziantep’te yaşayan, demir eksikliği anemisi olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan toplam 70 kadın bireyin sezgisel beslenme durumlarının demir eksikliği anemisi ve kronik konstipasyon ile ilişki incelenmiştir.

1. Bireylerin son bir yılda demir eksikliği anemisi (kansızlık) tanısı alanların oranı %98.6 olarak bulunmuştur ve %78.6’sı anemi için demir takviyesi almışlardır.
2. Bireylerin (%98.6’sında DEA durumu bulunmaktadır) %52.9’unun sezgisel beslenme puan ortalaması 3.33 değerinin altında olduğu bulunmuştur.
3. Bireylerin %47.1’inin sezgisel beslendiği bulunmuştur.
4. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 puanı 39 ve altında yaşa sahip olanlarda, özel sektör çalışanlarında, yüksek okul/üniversite/lisansüstü düzeyde eğitime sahip olanlarda ve alkol içenlerde daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.
5. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 puanı yaş, eğitim durumu ve alkol kullanımına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken ($p < .05$), diğer tüm demografik özelliklere göre Sezgisel Yeme Ölçeği-2 puanları farkı istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > .05$).
6. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ile günlük uyku saati arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($r = .270$; $p < .05$). Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ile ilaç kullanımı ($r = -.279$; $p < .05$), son 1 yıl içindeki vücut ağırlığı artışı ($r = -.305$; $p < .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır.
7. Bireylerin BKİ düzeyleri ile Sezgisel Yeme Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = -.489$; $p < .05$).
8. Bireylerin (%98.6’sında DEA durumu bulunmaktadır) %17.1’inde kabızlık yokken, %21.4’ünde az, %17.1’inde hafif, %8.6’sında orta ve %35.7’sinde çok semptomatik (kronik) kabızlık olduğu bulunmuştur.
9. Kabızlık ölçeği toplam puanları Yüksekokul/Üni./Lisansüstü mezunlarında ve geliri giderinden fazla olanlarda daha düşük düzeydedir. Fark analizi

10. sonuçlarına göre kabızlık ölçeği toplam puanı eğitim ve gelir düzeyi göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gösterirken ($p < .05$), diğer tüm demografik özellik gruplarına göre farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$).
11. Kabızlık ölçeği toplam puanları ile son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artışı arasında pozitif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .247$; $p < .05$). Kabızlık ölçeği toplam puanları ile besin takviyesi arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.288$; $p < .05$).
12. Bireylerin BKİ düzeyleri ile Kabızlık Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = .340$; $p < .05$).
13. Kabızlık Ölçeği ile IES-2 fiziksel sebeplerle yeme alt boyut puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.321$; $p < .05$). Bunun dışında, Sezgisel yeme ölçeği toplam puanları ile Kabızlık Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.275$; $p < .05$).
14. Sezgisel beslenmeyen kadınların %13.5'inde hiçbir kabızlık semptomu yokken, sezgisel beslenen kadınlarda ise %21.2'sinde hiçbir kabızlık semptomu olmadığı tespit edilmiştir. Fark analizi sonuçlarına göre ise sezgisel beslenen ve beslenmeyen kadınların kabızlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > .05$). Bu durum katılımcı sayısından kaynaklanmaktadır.
15. Sezgisel Yeme Ölçeği-2 ile peynir tüketim sıklığı, sütü tatlı tüketim sıklığı ve kefir tüketim sıklığı arasında pozitif yönlü ve anlamlı; gazlı içecek tüketim sıklığı ile negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .323$, $p < .01$).
16. Kabızlık Ölçeği toplam puanları ile kuruyemiş tüketim sıklığı, bitki çayı tüketim sıklığı ve gazlı içecek tüketim sıklığı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .341$, $p < .01$).

7. ÖNERİLER

- Sezgisel beslenme ve sağlık parametrelerinin uzun dönemde incelenmesi adına yapılan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır. Genel olarak sezgisel beslenme kavramı tek başına incelenmiştir. Bireylerin diyet dışı beslenme modellerine teşvik edilmesinden önce detaylı olarak incelenmesi gerekmektedir.
- Dünya literatüründe genel olarak sezgisel beslenme çalışmaları, bu çalışmada da olduğu gibi kadınlar veya üniversite öğrencilerinin üzerinde yapılmıştır. İleriki dönemde sezgisel beslenme adına yapılacak çalışmalar genel popülasyon üzerinde ve randomize kontrollü olarak yapılmalıdır. Bu sayede kanıt düzeyi olarak daha doğru sonuçlar tespit edilebilir.
- Sezgisel beslenme anketlerinin içeriği geliştirmelidir; Ek olarak diyet dışı müdahalenin günlük yaşama uyarlanmasının bireyler için zor veya kolay olduğu, besin tüketim düzeni hakkında daha fazla bilgi ve özellikle ağırlık dışında fiziksel sağlık göstergeleri hakkında sorularda eklenmelidir. Geliştirme sonrasında yapılan çalışmaların sonuçları daha detaylı bilgi edinmeye yardımcı olabilir.
- Literatürde sezgisel beslenmenin demir eksikliği anemisi ve konstipasyonla ilişkisi inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Demir eksikliği anemisi ve konstipasyonun önlenmesi halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma sonrasında ağırlık yönetimi, DEA ve konstipasyon tedavisinde diğer geleneksel beslenme yöntemleriyle birlikte sezgisel beslenme yaklaşımlarının birlikte kullanılarak geliştirilecek olan yeni tedavi stratejilerinin umut verici olacağı ancak bu konuda daha kapsamlı geniş popülasyon çalışmalarının yapılması gerektiği düşünülmektedir.
- Genel popülasyonda takviye kullanılmama durumuna karşın aile hekimleri ve diyetisyenlerin bireylere anemi durumunun önemini anlatıp eğitim vermesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Abbaspour, N., Hurrell, R., & Kelishadi, R.** (2014). Review on iron and its importance for human health. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 19(2), 164.
- Ağralı, C.** (2021). Menopoz dönemindeki kadınların sezgisel yeme ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki (Master's thesis, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Akay, GG.** (2016). Yeme bozukluklarında fiziksel açlığı duygusal açlıktan ayırt edebilme. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics*, 1(2), 17-22.
- Altay, O., Güveli, H., Güven, N., Özlü, T., Kenger, E.** (2022) “Sağlık Çalışanları Arasında Sezgisel Yeme Davranışı Sıklığının Saptanması.” *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 31(2):0–3.
- Anderson, J. W., Baird, P., Davis Jr, R. H., Ferreri, S., Knudtson, M., Koraym, A., ... & Williams, C. L.** (2009). Health benefits of dietary fiber. *Nutrition reviews*, 67(4), 188-205.
- Ateş, B.** (2015). Fonksiyonel konstipasyonu olan yetişkin bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Aziz, I., Whitehead, W. E., Palsson, O. S., Törnblom, H., & Simrén, M.** (2020). An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 14(1), 39-46.
- Bakırhan, H.,** (2023). Nutritional Status, Intuitive eating behavior, physical activity and sleep quality in women . 11. uluslararası kadın çocuk sağlığı ve eğitimi kongresi (pp.425). İstanbul, Turkey
- Barrada JR, Cativiela B, van Strien T, Cebolla A.** (2020). Intuitive Eating A Novel Eating Style? Evidence From a Spanish Sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 36(1):19–31
- Bas, Murat, Kezban Esen Karaca, Duygu Sağlam, Gozde Arıtcı, Ecem Cengiz, Selen Köksal, and Aylin Hasbay Buyukkaragoz.**(2017) “Turkish Version of the Intuitive Eating Scale-2: Validity and Reliability among University Students.” 114: 391-397

- Bastard, J. P., Maachi, M., Lagathu, C., Kim, M. J., Caron, M., Vidal, H., ... & Feve, B.** (2006). Recent advances in the relationship between obesity, inflammation, and insulin resistance. *European cytokine network*, 17(1), 4-12.
- Batchelor, E. K., Kapitsinou, P., Pergola, P. E., Kovesdy, C. P., & Jalal, D. I.** (2020). Iron deficiency in chronic kidney disease: updates on pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, 31(3), 456.
- Baysal, A.** (2003). Metabolik sendrom ve beslenme. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 32(1), 5-11.
- Beck, K. L., Conlon, C. A., Kruger, R., & Coad, J.** (2014). Dietary determinants of and possible solutions to iron deficiency for young women living in industrialized countries: a review. *Nutrients*, 6(9), 3747-3776.
- Bellini, M., Gambaccini, D., Salvadori, S., Tosetti, C., Urbano, M. T., Costa, F., ... & Marchi, S.** (2014). Management of chronic constipation in general practice. *Techniques in coloproctology*, 18, 543-549.
- Bellini, M., Tonarelli, S., Barracca, F., Rettura, F., Pancetti, A., Ceccarelli, L., ... & Rossi, A.** (2021). Chronic constipation: is a nutritional approach reasonable?. *Nutrients*, 13(10), 3386.
- Bellini, M., Usai-Satta, P., Bove, A., Bocchini, R., Galeazzi, F., Battaglia, E., ... & Bassotti, G.** (2017). Chronic constipation diagnosis and treatment evaluation: the "CHRO. CO. DI. TE" study. *BMC gastroenterology*, 17(1), 1-11.
- Belsey, J., Greenfield, S., Candy, D., & Geraint, M.** (2010). Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 31(9), 938-949.
- Bengi, G., Yalçın, M., & Akpınar, H.** (2014). Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 18(2), 181-197.
- Bermejo, F., & García-López, S.** (2009). A guide to diagnosis of iron deficiency and iron deficiency anemia in digestive diseases. *World journal of gastroenterology: WJG*, 15(37), 4638.
- Beşışık, S.K.** (2004). Demir eksikliği anemisi. *Türkiye Klinikleri Hematoloji Dergisi*, 2(2), 96-102.
- Beutler, E., Hoffbrand, A. V., & Cook, J. D.** (2003). Iron deficiency and overload. *ASH Education Program Book*, 2003(1), 40-61.
- Bharucha, A. E., Dorn, S. D., Lembo, A., & Pressman, A.** (2013). American Gastroenterological Association medical position statement on constipation. *Gastroenterology*, 144(1), 211-217.
- Bilgen, S. Ş.** (2018). Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği geliştirilmesi geçerlilik ve güvenilirliği çalışması (Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

- Boggiano MM, Wenger LE, Turan B et al.** (2015) Real-time sampling of reasons for hedonic food consumption: further validation of the palatable eating motives scale. *Frontiers in Psychology*, 6:744
- Bolaman, Z.** (2004). Demir Eksikliği Anemisi. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Kongre Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 50-57.
- Bosshard, W., Dreher, R., Schnegg, J. F., & Büla, C. J.** (2004). The treatment of chronic constipation in elderly people: an update. *Drugs & aging*, 21, 911-930.
- Bytzer, P., Howell, S., Leemon, M., Young, L. J., Jones, M. P., & Talley, N. J.** (2001). Low socioeconomic class is a risk factor for **upper and** lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15 000 Australian adults. *Gut*, 49(1), 66-72.
- Cadena-Schlam, L., & López-Guimerà, G.** (2015). Ingesta intuitiva: Un nuevo abordaje del comportamiento alimentario. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 995-1002.
- Campbell, A. J., Busby, W. J., & Horwath, C. C.** (1993). Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 47(1), 23-26.
- Carbonneau, E., Bégin, C., Lemieux, S., Mongeau, L., Paquette, M. C., Turcotte, M., Provencher, V.** (2017). A Health at Every Size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clin Nutr*, 36(3), 747- 754. doi:10.1016/j.clnu.2016.06.008
- Carroll, S., Borkoles, E., & Polman, R.** (2007). Short-term effects of a non-dieting lifestyle intervention program on weight management, fitness, metabolic risk, and psychological well-being in obese premenopausal females with the metabolic syndrome. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 32(1), 125-142.
- Celkan, T. T.** (2020). What does a hemogram say to us?. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 55(2), 103.
- Celkan, T., Apak H., Özkan, A., Ballı, Ş., Ercan, T. E., Çelik, M., ... & Yıldız, İ.** (2000). Demir eksikliği anemisinde önlem ve tedavi. *Türk pediatri arşivi*, 35(4).
- Chaparro, C. M., & Suchdev, P. S.** (2019). Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low-and middle-income countries. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1450(1), 15-31
- Cole, R. E. ve Horacek, T.** (2010). Effectiveness of the My Body Knows When intuitive-eating pilot program. *American journal of health behavior*, 34(3), 286-297
- Cole, R. E., & Horacek, T.** (2009). Applying precede-proceed to develop an intuitive eating nondieting approach to weight management pilot program. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(2), 120-126.

- Cole, R. E., Clark, H. L., Heilesen, J., DeMay, J. ve Smith, M. A.** (2016). Normal Weight Status in Military Service Members Was Associated With Intuitive Eating Characteristic. *Mil Med*, 181(6), 589-595. doi:10.7205/milmed-d-15- 00250
- Cole, R. E., Meyer, S. A., Newman, T. J., Kieffer, A. J., Wax, S. G., Stote, K. and Madanat, H.** (2019). The My Body Knows When Program Increased Intuitive Eating Characteristics in a Military Population. *Military medicine*
- Crane, S. J., & Talley, N. J.** (2007). Chronic gastrointestinal symptoms in the elderly. *Clinics in geriatric medicine*, 23(4), 721-734.
- Crerand, C. E., Wadden, T. A., Foster, G. D., Sarwer, D. B., Paster, L. M., & Berkowitz, R. I.** (2007). Changes in obesity-related attitudes in women seeking weight reduction. *Obesity*, 15(3), 740-747.
- Çetin, B.** (2019). Katı diyet kontrolü, esnek diyet kontrolü ve sezgisel yeme: Yeme bozukluğu ve beden imaj endişeleri üzerindeki farklı ilişkiler. (Yüksek Lisans Tezi), Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Çipil, H., & Demircioğlu, S.** (2016). Demir eksikliği anemisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 7(3), 34-37.
- Çolakoğlu, S., Özdemir, F., & Hafta, A.** (2001). Toplumumuzda kabızlık oranı ve değişik faktörlerle ilişkisi. *Türk J Gastroenterol*, 12(1), 149.
- Dağ, A., Kıyak, E.** (2021) Demir eksikliği anemisi hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 594-603.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., & Begay, D.** (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary therapies in medicine*, 18(6), 260-264.
- DeLoughery, Thomas G.** (2017). Iron deficiency anemia. *Medical Clinics*, 101(2), 319-332.
- Demir, M.** (2008). Demir Eksikliği Anemisi ve Beta Talasemi Taşıyıcılarında İmmün Sistem Fonksiyonları. Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya ve Klinik Biyokimya Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Denny, K. N., Loth, K., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D.** (2013). Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*, 60, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.029>
- Deveci, B., Deveci, B., & Avcıkurt, C.** (2017). Yeme davranışı: Gastronomi ve mutfak sanatları öğrencileri üzerine bir araştırma. *Journal of Tourism & Gastronomy Studies*, 5(3), 118-134.

- Dimidi, E., Christodoulides, S., Scott, S. M., & Whelan, K. (2017).** Mechanisms of action of probiotics and the gastrointestinal microbiota on gut motility and constipation. *Advances in nutrition*, 8(3), 484-494.
- Dionne, J., Ford, A. C., Yuan, Y., Chey, W. D., Lacy, B. E., Saito, Y. A., ... & Moayyedi, P. (2018).** A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology|ACG*, 113(9), 1290-1300.
- Dockendorff, S. A., Petrie, T. A., Greenleaf, C. A., & Martin, S. (2012).** Intuitive eating scale: an examination among early adolescents. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 604.
- Dukas, L., Willett, W. C., & Giovannucci, E. L. (2003).** Association between physical activity, fiber intake, and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *The American journal of gastroenterology*, 98(8), 1790-1796.
- Dülger, D., & Gahan, Y. (2011).** Diyet lifin özellikleri ve sağlık üzerindeki etkileri. *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 25(2), 147-158.
- Elstrott, B., Khan, L., Olson, S., Raghunathan, V., DeLoughery, T., & Shatzel, J. J. (2020).** The role of iron repletion in adult iron deficiency anemia and other diseases. *European journal of haematology*, 104(3), 153-161.
- Erdem, Ö., Erten Bucaktepe, G., & Kara, I. H. (2009).** Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi*, 36(2).
- Erduran, E. (2010).** Türkiye’de demir eksikliği anemisi ve güncel yaklaşım. *Türk Hematoloji Derneği*.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004).** Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity research*, 12(11), 1711-1722.
- Fidan, Ö. P. T., Göküstün, K. K., & Özdoğan, Y. (2019).** beslenmede alternatif müdahale: sezgisel yeme. *Proceeding book*, 290
- Field, A. E., Manson, J. E., Taylor, C. B., Willett, W. C. & Colditz, G. A. (2004).** Association of weight change, weight control practices, and weight cycling among women in the Nurses’ Health Study II. *International Journal of Obesity*, 28(2004), 1134–1142. <https://doi:10.1038/sj.ijo.0802728>
- Folden, S. L. (2002).** Practice guidelines for the management of constipation in adults. *Rehabilitation nursing*, 27(5), 169-175.
- Forootan, M., Bagheri, N., & Darvishi, M. (2018).** Chronic constipation: A review of literature. *Medicine*, 97(20). doi: 10.1097/MD.00000000000010631.

- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D.** (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American dietetic Association*, 109(8), 1439-1444
- Freixenet, N., Remacha, A., Berlanga, E., Caixàs, A., Giménez-Palop, O., Blanco-Vaca F. ve diğerleri.** (2009) Serum soluble transferrin receptor concentrations are increased in central obesity. Results from a screening programme for hereditary hemochromatosis in men with hyperferritinemia. *Clinica Chimica Acta*, 400(1-2), 111-116.
- Fricker, J., Moel, G., Apfelbaum, M.** (1990). Obesity and iron status in menstruating women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52(5), 863-866. 204. Karl, J.P., Lieberman, H.R., Cable, S.J., Williams, K.W., Glickman, E.L.,
- Gagnon-Girouard, M. P., Bégin, C., Provencher, V., Tremblay, A., Mongeau, L., Boivin, S., & Lemieux, S.** (2010). Psychological impact of a “Health-at-Every-Size” intervention on weight-preoccupied overweight/obese women. *Journal of Obesity*, 2010.
- Gast, J. A., & Hawks, S. R.** (2000). Examining intuitive eating as a weight loss program. *Healthy Weight Journal*, 14(3), 42-44.
- Gast, J., Madanat, H., & Nielson, A. C.** (2012). Are men more intuitive when it comes to eating and physical activity?. *American journal of men's health*, 6(2), 164-171.
- Gerards SM, Sleddens EF, Dagnelie PC, de Vries NK, Kremers SP.** (2011) Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *Int J Pediatr Obes* ;6(2-2):e28-e45. doi:10.3109 /17477166.2011.575147
- Goddard, A. F., James, M. W., McIntyre, A. S., & Scott, B. B.** (2011). Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut*, gut-2010. doi: 10.1136/gut.2010.228874. Epub 2011 May 11. PMID: 21561874.
- Goddard, A. F., McIntyre, A. S., & Scott, B. B.** (2000). Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut*, 46(suppl 4), iv1-iv5.
- Güleç, Ş.** (2018). Diyetten Alınan ve Kandaki Demir Mineralinin İnsan İnce Bağırsak Hücre Modelinde Demir Eksikliği Anemisine Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46(2), 107-117.
- Güler, Y., Gönener, H. D., Altay, B., & Gönener, A.** (2009). Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10), 165- 181
- Gürsel, O., Eker, İ., & Kürekçi, A. E.** (2015). Demir Metabolizması ve Bozuklukları. *Journal of Pediatric Disease/Cocuk Hastalıkları Dergisi*, 9(1).
- Hawks, S., Madanat, H., Hawks, J., & Harris, A.** (2005). The Relationship between Intuitive Eating and Health Indicators among College Women. *American journal of health education*, 36(6), 331-336.

- Hawley, G., Horwath, C., Gray, A., Bradshaw, A., Katzer, L., Joyce, J., & O'Brien, S.** (2008). Sustainability of health and lifestyle improvements following a non-dieting randomised trial in overweight women. *Preventive medicine*, 47(6), 593-599.
- Hazzard, V. M., Burnette, C. B., Hooper, L., Larson, N., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D.** (2022). Lifestyle health behavior correlates of intuitive eating in a population-based sample of men and women. *Eating Behaviors*, 46, 101644.
- Healy, Nicole, Elana Joram, Oksana Matvienko, Suzanne Woolf, and Kimberly Knesting.** (2015) "Impact of an Intuitive Eating Education Program on High School Students' Eating Attitudes." *Health Education* 115(2):214–28
- Helvacıoğlu, D.** (2012). Çocukluk çağındaki Obezitenin Demir eksikliği Anemisine Neden olmasının araştırılması (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Hercberg, S., Preziosi, P., & Galan, P.** (2001). Iron deficiency in Europe. *Public health nutrition*, 4(2b), 537-545.
- Higgins, P. D., & Johanson, J. F.** (2004). Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Official journal of the American College of Gastroenterology|ACG*, 99(4), 750-759.
- Hill, C., Guarner, F., Reid, G., Gibson, G. R., Merenstein, D. J., Pot, B., ... & Sanders, M. E.** (2014). Expert consensus document: The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*.
- Horton, S., & Ross, J.** (2003). The economics of iron deficiency. *Food policy*, 28(1), 51-75.
- Horwath, C., Hagmann, D., & Hartmann, C.** (2019). Intuitive eating and food intake in men and women: Results from the Swiss food panel study. *Appetite*, 135, 61-71.
- Howard, C. E., & Porzelius, L. K.** (1999). The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clinical psychology review*, 19(1), 25-44.
- Howell, S. C., Quine, S., & Talley, N. J.** (2006). Low social class is linked to upper gastrointestinal symptoms in an Australian sample of urban adults. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 41(6), 657-666.
- Humphreys LT, Pustacioglu C, Nemeth E, Braunschweig C.** (2012). Rethinking Iron Regulation and Assessment in Iron Deficiency, Anemia of Chronic Disease, and Obesity: Introducing Hcpidin. *Journal of The Academy of Nutrition and Dietetics*, 112, 391-400.
- Hurrell, R., & Egli, I.** (2010). Iron bioavailability and dietary reference values. *The American journal of clinical nutrition*, 91(5), 1461S-1467S.
- İnce, M. ve Remzi, FH** (2011). Kronik Kabızlık ve Diyet. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni* , 10 (1).

- Jamshed, N., Lee, Z. E., & Olden, K. W.** (2011). Diagnostic approach to chronic constipation in adults. *American family physician*, 84(3), 299-306.
- Jani, B., & Marsicano, E.** (2018). Constipation: evaluation and management. *Missouri medicine*, 115(3), 236.
- Johanson, J. F.** (2007). Review of the treatment options for chronic constipation. *Medscape General Medicine*, 9(2), 25.
- Kaner, G.** (2013). Hafif şişman ve şişman kadınlarda demir yetersizliği anemisi, beslenme örüntüsü ile kronik inflamasyon belirteçleri ve diyet tedavisinin etkinliğinin belirlenmesi.4-30.
- Kaner, G., Pekcan, G., Pamuk, G., & Pamuk, B. Ö.** (2016). Şişmanlık Demir Yetersizliği İçin Risk Etmeni Olabilir mi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1(3), 208-12
- Karakaş, H. M.** (2020). Obez olan ve olmayan yetişkin bireylerde sezgisel yeme davranışının hedonik açlık ve aşırı besin isteği ile ilişkisinin belirlenmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Katan, M. B.** (2009). Weight-loss diets for the prevention and treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 360(9), 923.
- Kaya, Z.** (2013). Tam kan sayım çıktılarının yorumlanması. *Dicle Tıp Dergisi*, 40(3), 521-528.
- Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner Jr, T. E.** (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 116(2), 422.
- Köse S, Şanlıer N.** (2015) Hedonik açlık ve obezite. *Türkiye Klinikleri J Endocrin*,10(1):16-23
- Kroon Van Diest, A.** (2008). Gender Differences in Intuitive Eating and Factors That Negatively Influence Intuitive Eating (Doctoral dissertation, The Ohio State University).
- Kumar, S. B., Arnipalli, S. R., Mehta, P., Carrau, S., & Ziouzenkova, O.** (2022). Iron deficiency anemia: efficacy and limitations of nutritional and comprehensive mitigation strategies. *Nutrients*, 14(14), 2976.
- Kuseyri, G.** (2020). Üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışının beslenme durumu üzerine etkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi SBE.
- Laftah, A.H., Ramesh, B., Simpson, R.J., Solanky, N., Bahram, S., Schumann, K. ve diğerleri.** (2004). Effect of hepcidin on intestinal iron absorption in mice. *Blood*, 103, 3940-3944.

- Lembo, A.** (2023). Chronic constipation. *Handbook of Gastrointestinal Motility and Disorders of Gut-Brain Interactions*, 263-276.
- Linardon, J.** (2021). Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1967–1977. <https://doi.org/10.1002/eat.23623>
- Lindberg, G., Hamid, S. S., Malfertheiner, P., Thomsen, O. O., Fernandez, L. B., Garisch, J., ... & LeMair, A.** (2011). World Gastroenterology Organisation global guideline: constipation—a global perspective. *Journal of clinical gastroenterology*, 45(6), 483-487.
- Liu, J.M., Hankinson, S.E., Stampfer, M.J., Rifai, N., Willett, W.C., Ma, J.** (2003). Body iron stores and their determinants in healthy postmenopausal US women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78(6), 1160-1167
- Lopez-Jaramillo, P., Herrera, E., Garcia, R.G., Camacho, P.A., Castillo, V.R.** (2008). Interrelationships between body mass index, C-reactive protein and blood pressure in a Hispanic pediatric population. *American Journal of Hypertension*, 21, 527-532.
- Lowe, M. R., & Levine, A. S.** (2005). Eating motives and the controversy over dieting: eating less than needed versus less than wanted. *Obesity research*, 13(5), 797-806.
- Madden, C. E., Leong, S. L., Gray, A., & Horwath, C. C.** (2012). Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. *Public health nutrition*, 15(12), 2272-2279.
- Marlett, J. A., McBurney, M. I., & Slavin, J. L.** (2002). Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(7), 993-1000.
- Marteau, P., Cuillerier, E., Meance, S., Gerhardt, M. F., Myara, A., Bouvier, M., ... & Grimaud, J. C.** (2002). *Bifidobacterium animalis* strain DN-173 010 shortens the colonic transit time in healthy women: a double-blind, randomized, controlled study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 16(3), 587-593.
- Mathieu, J.** (2009). What should you know about mindful and intuitive eating?. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982-1987.
- McCrea, G. L., Miaskowski, C., Stotts, N. A., Macera, L., & Varma, M. G.** (2009). A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America. *Journal of pain and symptom management*, 37(4), 737-745.
- McDermid JM, Lönnerdal B.** (2012). Iron. *Adv Nutr* 1;3(4):532-3. doi: 10.3945/an.112.002261. PMID: 22797989; PMCID: PMC3649722.
- McLean, E., Cogswell, M., Egli, I., Wojdyla, D., & De Benoist, B.** (2009). Worldwide prevalence of anaemia, WHO vitamin and mineral nutrition information system, 1993–2005. *Public health nutrition*, 12(4), 444-454

- McLean, Erin, Mary Cogswell, Ines Egli, Daniel Wojdyla, and Bruno De Benoist.** (2009) "Worldwide Prevalence of Anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993-2005." *Public Health Nutrition* 12(4):444–54
- Means, R. T.** (2020). Iron deficiency and iron deficiency anemia: implications and impact in pregnancy, fetal development, and early childhood parameters. *Nutrients*, 12(2), 447.
- Micozzi, M.S., Albanes, D., Stevens, R.G.** (1989). Relation of body size and composition to clinical biochemical and hematologic indices in US men and women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 50(6), 1276-1281
- Milman, N., Clausen, J., & Byg, K. E.** (1998). Iron status in 268 Danish women aged 18–30 years: influence of menstruation, contraceptive method, and iron supplementation. *Annals of hematology*, 77, 13-19.
- Milman, N., Rosdahl, N., Lyhne, N., Jørgensen, T., & Graudal, N.** (1993). Iron status in Danish women aged 35–65 years: relation to menstruation and method of contraception. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 72(8), 601-605.
- Moy, J., Petrie, T. A., Dockendorff, S., Greenleaf, C., & Martin, S.** (2013). Dieting, exercise, and intuitive eating among early adolescents. *Eating Behaviors*, 14(4), 529-532.
- Mueller-Lissner, S. A., & Wald, A.** (2010). Constipation in adults. *BMJ Clinical Evidence*, 2010, 0413-0413.
- Nokta, K., & Mollahaliloğlu, S.** (2021). Obezite Ve Demir Eksikliği Anemisi İle İlgili Kan Parametreleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Medical Research Reports*, 4(1), 29-36.
- O'Broin, S., Kelleher, B., Balfe, A., McMahon, C.** (2005). Evaluation of serum transferrin receptor assay in a centralized iron screening service. *Clinical Laboratory Haematology*, 27, 190-194.
- Oliveira, A.C., Oliveira, A.M., Adan, L.F., Oliveira, N.F., Silva, A.M., Ladeia, A.M.** (2008). C-reactive protein and metabolic syndrome in youth: a strong relationship? *Obesity*, 16, 1094-1098.
- Ortmann, J., Lutz, A. P. C., Rose, G., Happ, C., Vögele, C., Schulz, A., & van Dyck, Z.** (2023). Development and initial validation of a self-report measure to assess eating disorder-specific interoceptive perception. *Psychological Assessment*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/pas0001283>
- Öğretir, H.** (2021). Sınava hazırlanan öğrencilerde sınav kaygısının sezgisel yeme davranışı ile beslenme durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi SBE.
- Özkan, N., & BİLİCİ, S.** (2018). Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 16-24

- Öztürk, M., & Ergene, E. (2020).** Konstipasyonun Diyet Tedavisinde Probiyotiklerin Önemi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (11), 255-266.
- Pekcan, G. (2008).** Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı*, 726, 67-141.
- Powell, N., & McNair, A. (2008).** Gastrointestinal evaluation of anaemic patients without evidence of iron deficiency. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 20(11), 1094-1100.
- Provencher, V., Bégin, C., Tremblay, A., Mongeau, L., Corneau, L., Dodin, S., ... & Lemieux, S. (2009).** Health-at-every-size and eating behaviors: 1-year follow-up results of a size acceptance intervention. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(11), 1854-1861.
- Pyleris, E., Giamarellos-Bourboulis, E. J., Tzivras, D., Koussoulas, V., Barbatzas, C., & Pimentel, M. (2012).** The prevalence of overgrowth by aerobic bacteria in the small intestine by small bowel culture: relationship with irritable bowel syndrome. *Digestive diseases and sciences*, 57, 1321-1329.
- Quansah, D. Y., Schenk, S., Gilbert, L., Arhab, A., Gross, J., Marques-Vidal, P. M., ... & Puder, J. J. (2022).** Intuitive eating behavior, diet quality and metabolic health in the postpartum in women with gestational diabetes. *Nutrients*, 14(20), 4272.
- Ramos, M. H., Silva, J. M., De Oliveira, T. A. V., da Silva Batista, J., Cattafesta, M., Salaroli, L. B. ve Soares, F. L. P. (2020).** Intuitive eating and body appreciation in type 2 diabetes. *J Health Psychol*, 1359105320950791. doi:10.1177/1359105320950791
- Rao, S. S. (2003).** Constipation:: evaluation and treatment. *Gastroenterology Clinics*, 32(2), 659-683.
- Rao, S. S., Seaton, K., Miller, M. J., Schulze, K., Brown, C. K., Paulson, J., & Zimmerman, B. (2007).** Psychological profiles and quality of life differ between patients with dyssynergia and those with slow transit constipation. *Journal of psychosomatic research*, 63(4), 441-449.
- Rodgers, R. F., Hazzard, V. M., Franko, D. L., Loth, K. A., Larson, N., & Neumark-Sztainer, D. (2022).** Intuitive Eating among Parents: Associations with the Home Food and Meal Environment. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 122(7), 1336-1344.
- Rohm, T. V., Meier, D. T., Olefsky, J. M., & Donath, M. Y. (2022).** Inflammation in obesity, diabetes, and related disorders. *Immunity*, 55(1), 31-55.
- Royston, E. (1982).** The prevalence of nutritional anaemia in women in developing countries: a critical review of available information. *World health statistics quarterly* 1982; 35 (2): 52-91.
- Rubinstein, G. (2006).** The big five and self-esteem among overweight dieting and non-dieting women. *Eating Behaviors*, 7(4), 355-361.

- Ruzanska, U. A., & Warschburger, P.** (2017). Psychometric evaluation of the German version of the Intuitive Eating Scale-2 in a community sample. *Appetite*, 117, 126-134.
- Saleh-Ghadimi, S., Dehghan, P., Abbasalizad Farhangi, M., Asghari-Jafarabadi, M., & Jafari-Vayghan, H.** (2019). Could emotional eating act as a mediator between sleep quality and food intake in female students?. *BioPsychoSocial Medicine*, 13, 1-9.
- Sanrı, B.** (2014). İstanbul tıp fakültesi diyet polikliniğine başvuran hastalarda sık görülen hastalıkların belirlenmesi (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Schaefer, J. T., & Magnuson, A. B.** (2014). A review of interventions that promote eating by internal cues. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(5), 734-760.
- Seltzer, C.C., Mayer, J.** (1963). Serum iron and iron-binding capacity in adolescents. II. Comparison of obese and nonobese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 13, 354-361.
- Sezgin Evim, M., Baytan, B., & Meral Güneş, A.** (2012). Demir ve Demir Metabolizması. *Journal of Current Pediatrics/Güncel Pediatri*, 10(2).
- Shin JE, Park KS, Nam K.** (2019). Chronic Functional Constipation. *Korean J Gastroenterol*.25;73(2):92-98. doi: 10.4166/kjg.2019.73.2.92. PMID: 30845385.
- Skolmowska, D., Głabska, D., Kolota, A., & Guzek, D.** (2022). Effectiveness of dietary interventions in prevention and treatment of iron-deficiency anemia in pregnant women: A systematic review of randomized controlled trials. *Nutrients*, 14(15), 3023.
- Smith, J. M., Serier, K. N., Belon, K. E., Sebastian, R. M., & Smith, J. E.** (2020). Evaluation of the relationships between dietary restraint, emotional eating, and intuitive eating moderated by sex. *Appetite*, 155, 104817
- Smith, T., & Hawks, S. R.** (2006). Intuitive Eating, Diet Composition, and the Meaning of Food in Healthy Weight Promotion. *American Journal of Health Education*, 37(3), 130-136.
- Stoltzfuls, R.J.** (2003). Iron Deficiency: Global prevalence and consequences. *Food and Nutrition Bulletin*, 24(4), 99-103.
- Suares, N. C., & Ford, A. C.** (2011). Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 33(8), 895-901
- Şahin, F. T., Atayan, Y., Çorbacı, K., Tilki, M., Yalçın, M., Gündüz, A., ... & Yaprak, B.** (2022). Kabızlığa Güncel Yaklaşım. *Livre de Lyon*.

- Şimşek, C. E. Ç., Çelik, N., Aygüneş, U., Dönmez, A. Y., Ezgi, A. V. C. I., & Ekici, M.** (2019). Obez Çocuk ve Adolesanlarda Hematolojik Parametreler ve Demir Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 19(3), 479-487.
- Tahtacı, M.** (2008). Demir eksikliği anemisinde periferik nöral fonksiyonun sinir uyarılabilirliği testleri ile elektrofizyolojik olarak incelenmesi.
- Talley, N. J.** (2004). Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. *Reviews in Gastroenterological Disorders*, 4, S3-S10.
- Talley, N. J., Fleming, K. C., Evans, J., Weaver, A. L., Zinsmeister, A. R., Melton III, L. J., & O'Keefe, E. A.** (1996). Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *American Journal of Gastroenterology (Springer Nature)*, 91(1).
- Talley, N. J., Jones, M., Nuyts, G., & Dubois, D.** (2003). Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *The American journal of gastroenterology*, 98(5), 1107-1111.
- Tamhane N.M., Stowell J.R.** (2017). The Role of Body Image, Dieting, Self-Esteem and Binge Eating in Health Behaviors. (Master Thesis). Eastern Illinois University, Charlestone.
- Taş, E., & Kabaran, S.** (2020). Sezgisel yeme, duygusal yeme ve depresyon: Antropometrik ölçümler üzerinde etkileri var mı. *Sağlık ve Toplum*, 20(3), 127-139.
- Timmerman, G. M., & Brown, A.** (2012). The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of nutrition education and behavior*, 44(1), 22-28.
- Tribble Resch, E.** (2012). *Intuitive Eating: A Revolutionary Program that Works*. Blackstone Audio, Incorporated, and Buck 50 Productions, LLC.
- Tunçer, E., & Ayhan, N. Y.** (2021). Çölyak hastalığında mikro besin ögesi eksiklikleri ve beslenme önerileri. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 29-38.
- Türkay, Ödül, and Mendane Saka.** (2016) "Konstipasyon ve Diyet." *Güncel Gastroentoloji* (19):234–39.
- Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER).** (2022). *Besin Ögeleri ve Besin Grupları*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031; 12-31.
- Tylka, T. L.** (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226.
- Tylka, T. L. ve Wood-Barcalow, N. L.** (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118-129. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M.** (2013). The Intuitive Eating Scale2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137- 153.
- Uysal, Z.** (1999). Demir metabolizmasında, demir eksikliğinde ve demir fazlalığında yenilikler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52(3).
- Van Dyck, Z., Herbert, B. M., Happ, C., Kleveman, G. V. ve Vögele, C.** (2016) German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. *Appetite*, 105: 798-807
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J.** (2014). Review article relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public health nutrition*, 17(8), 1757-1766.
- Van Strien, T.** (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), 35
- Visser, M., Bouter, L.M., McQuillan, G.M., Wener, M.H., Harris, T.B.** (1999). Elevated C-reactive protein levels in overweight and obese adults. *The Journal of the American Medical Association*, 282, 2131-2135
- Vural, T., Özcan, A., & Sancı, M.** (2016). Güncel bilgiler ışığında gebelikte demir eksikliği anemisi: Demir desteği kime? Ne zaman? Ne kadar?. *Van Tıp Dergisi*, 23(4), 369-376.
- Wenzel, B.J., Stults, H.B., Mayer, J.** (1963). Hypoferraemia in obese adolescents. *Lancet*, 2, 327-328.
- World Health Organization.** (2008). Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia.
- World Health Organization.** (2014). Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief (No. WHO/NMH/NHD/14.4). World Health Organization.
- Wu, J., Willner, C. J., Hill, C., Fearon, P., Mayes, L. C., & Crowley, M. J.** (2018). Emotional eating and instructed food-cue processing in adolescents: An ERP study. *Biological psychology*, 132, 27-36.
- Wyman, J. B., Heaton, K. W., Manning, A. P., & Wicks, A. C.** (1978). Variability of colonic function in healthy subjects. *Gut*, 19(2), 146.
- Y. Fark et al.** (2019) The Effect of Mindful Eating and Intuitive Eating Behaviours on Nutrition Status in University Students. 3(2):16-24
- Yanoff, L.B., Menzie, C.M., Denking, B., Sebring N.G., McHugh, T., Remaley, A.T. ve diğerleri.** (2007). Inflammation and iron deficiency in the hypoferraemia of obesity. *International Journal of Obesity*, 31, 1412-1419.
- Yıldız, İ.** (2009). Demir eksikliği anemisi Derleme. *Türk Pediatri Arşivi*, 44(11), 4-8.

- Yılmaz, Ö.** (2021). Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisini Önleme Yaklaşımları. Journal of Health and Sport Sciences, 4(2), 42-49.
- Yurdakök, K., İnce, O.T.** (2009). Çocuklarda demir eksikliği anemisini önleme yaklaşımları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 52, 224-231
- Yurdakul İ. Kronik kabızlık.** (2007) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II Sempozyum Dizisi No:58,43-58.
- Zijp, I. M., Korver, O., & Tijburg, L. B.** (2000). Effect of tea and other dietary factors on iron absorption. Critical reviews in food science and nutrition, 40(5), 371-398.



EKLER

Ek 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Ek 2: Etik Kurul Raporu

Ek 3: Anket İzni

Ek 4: Anket Formu

Ek 5: Sezgisel Yeme Ölçeği (IES-2)

Ek 6: Kabızlık Ölçeği

Ek 7: Besin Tüketim Sıklığı Formu



Ek 1: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Gönüllü Onay Formu Metninde Bulunması Gerekenler

1. Araştırmayla İlgili Bilgi Verilmesi

• Yetişkin kadın bireylerde sezgisel beslenme durumunun kronik konstipasyon ve demir eksikliği anemisi ile ilişkisinin değerlendirilmesi çalışması Elif HARPUTLUOĞLU tarafından Yetişkin kadın bireylerde sezgisel beslenme durumunun kronik konstipasyon ve demir eksikliği anemisi ile ilişkisini incelemek amacıyla anket şeklinde düzenlenmiştir. Çalışma tanımlayıcı nitelikte ve gözlemsel kesitsel olarak planlanmıştır. Katılımcılardan araştırma kapsamında farklı veriler toplanacaktır. Bunlar; katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle ilgili olan genel bilgiler, beslenme alışkanlıklarını, hastalık öyküsü, sezgisel beslenme durumlarını saptamaya yönelik sezgisel yeme ölçeği ve konstipasyon durumuna yönelik kabızlık ölçeği sorularından oluşmaktadır. Çalışma kapsamında kullanılacak olan ankette Sezgisel yeme ölçeği-2 ve kabızlık ölçeği kullanılacaktır. Bu verilerin toplanmasında katılımcılara online platformda anket uygulanacaktır. Katılımcıların, kendilerine yöneltilen soruları hiçbir baskı altında kalmadan içtenlikle yanıtlaması beklenmektedir. Çalışma Gaziantep genelinde yetişkin kadın bireyler üzerinden yapılacaktır. Eğer çalışmanın amacı ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyac duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya mail adresi ve 8 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

2. Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi

• Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir cezaya/yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahiptir. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Gönüllüden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Gönüllünün kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Ancak verileriniz bilimsel yayın amacı ile kullanılabilir.

İkinci bölüm: (Katılımcının Beyanı)

Sayın Elif HARPUTLUOĞLU tarafından Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

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

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi

durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

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

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

☐

Evet, onaylıyorum

☐

Hayır, onaylamıyorum

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no, ...):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no, ...):

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası:

Elif HARPUTLUOĞLU

Ek 2: Etik Kurul Raporu

		T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi : 10.12.2015 Revizyon Tarihi : 16.09.2020 Revizyon No : 02 Sayfa No : 1/1	
Tarih: 19.06.2023		Karar No:			
Toplantı Sayısı:		Elif Harputluoğlu'nun Dr.Öğr. Üyesi Nuray Esra Aksakal'ın danışmanlığında yürüteceği "Yetişkin Kadın Bireylerde Sezgisel Beslenme Durumunun Kronik Konstipasyon ve Demir Eksikliği Anemisi ile İlişisinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.			
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile İlişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Doç. Dr. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☐ Hayır ☒	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakıroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
ETKU:10					

Ek 3: Anket İzni

Kabızlık Ölçeği Kullanım İzni

E Elif Harputlu
to dr_ubilge ▾ Wed, Apr 26, 12:56 PM ☆ ↶ ⋮

Merhabalar Uğur hocam,
Ben Haliç Üniversitesi beslenme ve diyetetik yüksek lisans öğrencisi Elif Harputluoğlu. Toad'dan ulaştığım kabızlık ölçeğinizi yüksek lisans tezim için kullanabilmek adına sizden izin istiyorum.
Saygılarımla,
Teşekkür ederim

d Uğur Bilge
to me ▾ Wed, Apr 26, 3:35 PM ☆ ↶ ⋮

🌐 Turkish ▾ > English ▾ Translate message Turn off for: Turkish x

Elif hanım

Atıfta bulunarak kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim

Prof.Dr. Uğur BİLGE
Eskişehir İl Sağlık Müdürü

Gönderen: Elif Harputlu
Gönderildi: 26 Nisan 2023 Çarşamba 13:01
Kime:
Konu: Kabızlık ölçeği kullanım izni Hk.

Sezgisel Beslenme Ölçeği Kullanım İzni

Sezgisel beslenme ölçeği kullanım izni Hk. Inbox x

E Elif Harputlu
to murat.bas ▾ Wed, Apr 26, 1:06 PM ☆ ↶ ⋮

Merhabalar Murat hocam,
Ben Haliç Üniversitesi beslenme ve diyetetik yüksek lisans öğrencisi Elif Harputluoğlu. Toad'dan ulaştığım Sezgisel beslenme ölçeğinizi yüksek lisans tezim için kullanabilmek adına sizden izin istiyorum.
Saygılarımla,
Teşekkür ederim

m Murat BAŞ
to me ▾ Thu, Apr 27, 9:28 AM ☆ ↶ ⋮

🌐 Turkish ▾ > English ▾ Translate message Turn off for: Turkish x

Elif Hanım Merhaba,

Çalışmanızda Sezgisel Yeme Ölçeği'ni kullanabilirsiniz. Ölçek formu ekte yer alıyor. İyi çalışmalar.

> Elif Harputlu
... > şunları yazdı (26 Nis 2023 13:10):

Ek 4: Anket Formu

Yetişkin Kadın Bireylerde Sezgisel Beslenme Durumunun Kronik Konstipasyon ve Demir Eksikliği Anemisi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi Anketi

Sayın katılımcı; Haliç Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi kapsamında yetişkin kadın bireylerde sezgisel beslenme durumunun kronik konstipasyon ve demir eksikliği anemisi ile ilişkisinin değerlendirilmesi konusunda bir çalışma yürütülmektedir. Aşağıda bulunan ankete verdiğiniz cevaplar için teşekkür ederiz. Bizimle paylaştığınız tüm bilgiler gizli tutulmakta olup veri elde etmek amacı ile uygulanan diğer anketler ile birlikte toplu olarak değerlendirilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

1. GENEL BİLGİLER

1. Yaşınız(yıl)
2. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Bekar
 - b) Evli
3. Mesleğiniz:
4. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur yazar değil
 - b) İlkokul mezunu
 - c) Ortaokul mezunu
 - d) Lise mezunu
 - e)Yüksekokul/Üniversite/ Lisansüstü mezunu
5. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) gelirim giderimden az
 - b) gelirim giderime eşit
 - c) gelirim giderimden fazla
6. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
7. Alkol kullanıyor musunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
8. Uyku düzeniniz normal mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
9. Günde kaç saat uyursunuz? saat.....dakika
10. Tanı aldığınız bir hastalığınız var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır

2. HASTALIK ÖYKÜSÜ

11.Doktor tarafından konulmuş hastalık tanınızı belirtiniz.

.....

12. Varsa hastalığa ilişkin bir ilaç kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

13. Kullandığınız ilacın adını ve kullanım şeklini belirtiniz.

.....
14. Son 1 yıl içerisinde doktor tarafından teşhisi konulmuş demir eksikliği anemisi (kansızlık) durumunuz oldu mu?

a) Evet b) Hayır

15. Varsa anemi (kansızlık) durumuna ilişkin takviye kullandınız mı?

a) Evet b) Hayır

3. BESLENME DURUMUNA İLİŞKİN BİLGİLER

16. Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı artışı oldu mu? a) Evet (belirtiniz) ... kg

17. Son 1 yıl içinde vücut ağırlığı kaybınız oldu mu? a) Evet (belirtiniz) ... kg

18. Şu an özel bir diyet programı uyguluyor musunuz? a) Evet b) Hayır

19. Besin takviyesi kullanıyor musunuz? (Kullanmıyorsanız lütfen 21. soruya geçiniz) a) Evet b) Hayır

20. Kullandığınız besin takviyeleri nelerdir?

a) multivitamin/mineral b) c vitamini c) omega-3 d) d vitamini e) probiyotik f) çinko

g) propolis ve türevleri h) kara mürver i) kalsiyum j) diğer belirtiniz
.....

21. Genellikle günlük tükettiğiniz ana ve ara öğün sayısı nedir?.... ana öğün
ara öğün

22. Düzenli olarak öğün tüketir misiniz? a) Evet (Lütfen 23. soruya geçiniz) b) Hayır

23. Genellikle hangi öğünü atlarsınız?

a) Sabah
b) Öğle
c) Akşam
d) Ara öğünler

24. Bir günde yaklaşık kaç su bardağı su tüketiyorsunuz?Su bardağı

4. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER:

1.) Boy uzunluğu (cm):

2.) Ağırlık (kg):

3.) BKİ (kg/m²)

EK 5: Sezgisel Yeme Ölçeği-2

Her madde için, sizin tutum veya davranışınıza en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1. Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
2. Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
3. Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
4. Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
5. Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
6. Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
7. Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
8. Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
9. Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
10. Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
11. Stresliyen, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
12. Beni rahatlatması için yiyecekler başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzümlük) baş edebilirim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

13. Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
14. Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
15. Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
16. Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
17. Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip ETMEM.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
18. Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
19. Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemesini sağlayacak yiyecekler yerim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
20. Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
21. Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
22. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐
23. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	Kesinlikle Katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle Katılıyorum ☐

EK 6: Kabızlık Ölçeği

Her madde için, sizin tutum veya davranışınıza en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

Sert veya topaklı gaita sizi ne kadar rahatsız etti?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Sık ☐	Çok fazla ☐	
Tuvaletinizi yapmaya çalışırken ne kadar zorluk hissettiniz?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Sık ☐	Çok fazla ☐	
Rahatsız edici barsak hareketleri sizi ne kadar rahatsız etti?	Hiçbir zaman ☐	Bir gün ☐	2-6 gün ☐	Günde bir ☐	Günde birden fazla ☐	
Ne kadar sıklıkta sert veya yumrulu gayta yaptınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Her zaman ☐	
Tuvaletinizi yaparken ne kadar sıklıkta zorlandınız?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Sık ☐	Çok fazla ☐	
Tuvaletinizi yaparken rektum veya anüste ne kadar sıklıkta ağrı hissettiniz?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Sık ☐	Çok fazla ☐	
Barsak hareketiniz sonrasında ne sıklıkta boşaltımın bitmediği- yani bir miktar daha gaitanız kaldığını hissettiniz?	Hiç ☐	Çok az ☐	Biraz ☐	Sık ☐	Çok fazla ☐	
Gaytanızı çıkarmak için ne sıklıkta parmağınızı veya tuvalet kağıdını kullandınız?	Hiç değil ☐	Kötü ☐	Çok az kötü ☐	Biraz kötü ☐	Oldukça kötü ☐	Çok kötü ☐

EK 7: Besin Tüketim Sıklığı Formu

Besinleri, ne kadar sıklıkla tükettiğinizi size uygun olarak işaretleyiniz.

Besinler	Tüketim Sıklığı (kez)						
	Hiç	Ayda bir kez	15 günde bir kez	Haftada 1-2 defa	Haftada 3- 5 defa	Her gün	Her öğün
Yoğurt							
Yumurta							
Kırmızı et							
Beyaz et							
Peynir							
Kurubaklagil							
Sakatatlar							
İşlenmiş et (Salam,sucuk,soşis vb.)							
Taze sebze							
Taze meyve							
Beyaz ekmek							
Tam tahıllı ekmek							
Tahıllar							
Sıvı yağ							
Katı yağ							
Kuru meyve							
Kuruyemiş							
Sütlü tatlı							
Hamur işi tatlı							
Çikolata, şeker							
İÇECEKLER							
Süt							
Kefir							
Siyah çay							
Bitki çayı							
Kahve							
Su							
Gazlı içecekler							

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Elif Harputluoğlu
2. Unvanı: Diyetisyen
3. Öğrenim Durumu: Lisans Mezunu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Beslenme ve Diyetetik	İstanbul Medipol Üniversitesi	2021
Yüksek Lisans	Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans	Haliç Üniversitesi	Devam