



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**18-65 YAŞ ARASI BİREYLERİN YEME TUTUMU VE
FARKINDALIĞININ ARAŞTIRILMASI**

AYŞENUR AYAZ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üye. RABİA İCLAL ÖZTÜRK

İSTANBUL – 2021

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik
Tez Sahibi : Ayşenur AYZ
Tez Başlığı : 18-65 Yaş Arası Bireylerin Yeme Tutumu ve Farkındalığının
Araştırılması
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 05.08.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Dr.Öğr. Üyesi Rabia İclal ÖZTÜRK	İstanbul Medipol Üniversitesi	

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr. Üyesi Neda YOUSEFIRAD	İstanbul Medipol Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Şebnem Ö. ÖZKAYA	Fenerbahçe Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

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

AYŞENUR AYAZ

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans bitirme tezi süreci boyunca engin bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren ve yardımcı olan sevgili danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi RABİA İCLAL ÖZTÖRK'e bana gösterdikleri sevgi, sabır, anlayış ve her zaman her kararında yanımda olmalarından dolayı sevgili anne, babam ve kardeşlerime, özellikle tez çalışmamda bana yardımcı olan kardeşim Zeynep AYZ' a en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1 Yeme Tutumu	5
4.2. Yeme Bozuklukları.....	5
4.2.1. DSM 5'te tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları	6
4.2.1.1. Pika.....	6
4.2.1.2. Geviş getirme/geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu.....	7
4.2.1.3. Kaçınan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu	7
4.2.1.4. Anoreksiya nervoza.....	9
4.2.1.5. Bulimiya nervoza	9
4.2.1.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu	11
4.2.2. Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları	12
4.2.2.1. Atipik anoreksiya nervoza.....	12
4.2.2.2. Bulimiya nervoza (düşük frekanslı ve/veya sınırlı süreli)	12
4.2.2.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük frekanslı ve/veya sınırlı süreli)	12
4.2.2.4. Arınma davranış bozukluğu	12
4.2.2.5. Gece yeme sendromu	13
4.2.3. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları.....	13
4.3. Yeme Farkındalığı	13
5. MATERYAL VE METOT	18
5.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	18
5.2. Araştırmanın Genel Planı	18
5.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	18
5.3.1. Anket formu.....	18
5.3.2. Antropometrik ölçümler	19

5.3.3. Yeme tutum testi (YTT-40)	19
5.3.4. Yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30)	20
5.3.5. Besin tüketim durumunun saptanması	21
5.3.6. İstatistiksel incelemeler	22
6.BULGULAR	23
7. TARTIŞMA	41
7.1. Bireylerin YTT-40 Puanları ve Yeme Bozukluğu Risk Durumlarına Göre Değerlendirmeleri	41
7.2. Bireylerin YFÖ-30 ve YFÖ-30 Faktör Puanlarına Göre Değerlendirmeleri... 44	
7.3. Bireylerin Yaşları ile YTT-40 Puanları, YFÖ-30 Puanları ve YFÖ-30 Faktör Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	52
7.4. Bireylerin YFÖ-30 Puanları, YFÖ-30 Faktör Puanları ve YTT-40 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	53
8. SONUÇ	54
9. KAYNAKLAR	60
10. EKLER	71
EK-1: ANKET FORMU	71
11. ETİK KURUL ONAYI	81
12. ÖZGEÇMİŞ	84

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AN	Anoreksiya Nervoza
APA	Amerikan Psikoloji Derneği
BeBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimiya Nervoza
CHO	Karbonhidrat
cm	Santimetre
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5
EAT-40	Eating Attitudes Test
g	gram
kg	kilogram
m²	metrekare
MEQ	Mindful Eating Questionnaire
mg	miligram
Ort	Ortalama
Ör	Örneğin
RE	Retinol Eşdeğeri
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
SS	Standart Sapma
TL	Türk Lirası
Vb	Ve benzeri
Vit	Vitamin

YTT-40	Yeme Tutum Testi-40
YFÖ-30	Yeme Farkındalığı Ölçeği-30
µg	mikrogram



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 6.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	23
Tablo 6.2. Bireylerin Antropometrik Verilerine Göre Dağılımı	24
Tablo 6.3. Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Dağılımları.....	24
Tablo 6.4. Bireylerin Sağlık Verilerine Göre Dağılımları.....	24
Tablo 6.5. Bireylerin Beslenme Bilgilerine Göre Dağılımları	25
Tablo 6.6. Bireylerin Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımlarına Göre Dağılımları..	26
Tablo 6.7. Bireylerin Cinsiyetlerine Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	27
Tablo 6.8. Bireylerin BKİ Gruplarına göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	28
Tablo 6.9. Bireylerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	29
Tablo 6.10. Bireylerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	29
Tablo 6.11. Bireylerin Şu Anda Zayıflama Diyeti Yapma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30 ve YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	30
Tablo 6.12. Bireylerin Daha Önce Zayıflama Diyeti Yapma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	31
Tablo 6.13. Bireylerin Daha Önce Diyetisyen Tarafından Sağlıklı Beslenme Eğitimi Alma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	32
Tablo 6.14. Bireylerin Enerji ve Besin Ögeleri Alımına Göre YTT-40 ve YFÖ-30 Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi	33
Tablo 6.15. Bireylerin Yeme Bozukluğu Risk Durumuna İlişkin Değerlendirmeleri	34
Tablo 6.16. Yeme Bozukluğu Risk Durumuna Göre Bireylerin Enerji ve Besin Ögeleri Alımlarının Değerlendirilmesi	36
Tablo 6.17. Bireylerin Yaşları ile YTT-40, YFÖ-30 Puanları ve YFÖ-30 Faktör Puanlarının İlişkisi	37
Tablo 6.18. Bireylerin Antropometrik Verileri İle YTT-40, YFÖ-30 Puanları ve YFÖ-30 Faktör Puanlarının İlişkisi.....	38

Tablo 6.19. Bireylerin YFÖ-30, YFÖ-30 Alt Faktörleri, YTT-40 Puanlarının İlişkisi
..... 39



1. ÖZET

18-65 YAŞ ARASI BİREYLERİN YEME TUTUMU VE FARKINDALIĞININ ARAŞTIRILMASI

Bu çalışma yetişkin bireylerde yeme tutumu ve farkındalığını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma Temmuz 2019-Mayıs 2021 tarihleri arasında Kocaeli’de yaşayan 127 kadın, 127 erkek olmak üzere toplam 254 gönüllü bireyin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara demografik bilgiler, antropometrik ölçümler, YTT-40 ölçeği, YFÖ-30 ölçeği ve besin tüketim kaydının bulunduğu anket formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $30,17 \pm 10,56$ yıldır. Çalışmaya katılan kadınların YTT-40 puanları erkeklere göre yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). YFÖ-30 ölçeği puan ortalaması ise cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0,05$). Kadınların erkeklere göre duygusal yeme puanı ortalaması düşük, yeme kontrolü ve yeme disiplini puanı ortalaması yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). BKİ grupları arasında YTT-40 ve YFÖ-30 ölçeği puan ortalaması açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. YFÖ-30 faktör puanlarından farkındalık, obez bireylerde normal ve hafif şişman bireylere göre düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). YTT-40 ile YFÖ-30 ölçeği alt faktörlerinden yeme disiplini ve enterferans puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). YFÖ-30 ölçeği puanı ile YTT-40 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). YFÖ-30 puanı ile disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık, enterferans puanı arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Konu ile ilgili daha geniş ve kapsamlı araştırmalar yapmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Yeme bozuklukları, Yeme farkındalığı, Yeme tutumu

2. ABSTRACT

RESEARCHING THE EATING ATTITUDES AND MINDFUL EATING OF INDIVIDUALS AGED 18-65

This study was conducted to evaluate eating attitude and awareness in adults. The study was carried out in between July 2019 and May 2021 with the participation of 254 volunteers, 127 women and 127 men, living in Kocaeli. The survey form containing demographic information, anthropometric measurements, Eating Attitudes Test (EAT-40) scale, Mindful Eating Questionnaire (MEQ-30) scale and food consumption record was applied to the participants by the researcher. The mean age of the individuals participating in the study was 30.17 ± 10.56 . The EAT-40 scores of the women participating in the study were found to be higher than the men ($p < 0.05$). The mean score of MEQ-30 scale did not differ significantly according to gender ($p > 0.05$). The mean of emotional eating score of women was lower than that of men, and the mean of eating control and eating discipline was higher ($p < 0.05$). There was no significant difference between BMI groups in terms of mean score of EAT-40 and MEQ-30 scales. Awareness among the MEQ-30 factor scores was found to be lower in obese individuals than in normal and slightly obese individuals ($p < 0.05$). There is a positive, weak and statistically meaningful relationship between the eating discipline and interference score, which are sub-factors of EAT-40 and MEQ-30 scale ($p < 0.05$). No statistically significant correlation was found between the MEQ-30 scale score and the EAT-40 score ($p > 0.05$). There is a positive and statistically meaningful relationship between the MEQ-30 score and disinhibition, emotional eating, eating control, eating discipline, mindful eating, and interference scores ($p < 0.05$). There is a need for more extensive and comprehensive research on the subject.

Keywords: Eating attitude, Eating disorders, Mindful eating

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Beslenme, hayat boyu süren dürtüsel bir gereksinimdir. Bu gereksinimin doğum ile başlayarak tekrar ve süreklilik kazanması sonucunda bireye özgü ortaya çıkan davranışların tümü yeme tutumu olarak tanımlanır (1). Değişen ve gelişen teknolojiyle, kültürel alışkanlıklar ve yaşam şekli değişmekte ve bu durum yeme tutumunda da değişimlere neden olmaktadır. Değişen yeme tutumları sonucunda yeme bozuklukları görülebilmektedir.

Yeme bozukluklarının oluşmasında temel etken yeme tutumunda görülen bozulmalardır (2). Bu durum biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenlerin bir araya gelmesi ile ortaya çıkmaktadır. Günümüzde yeme bozukluklarının toplumda görülme oranı giderek artmaktadır ve daha küçük yaşlarda görülmeye başlamaktadır (3). Yeme bozuklukları, Amerikan Psikoloji Derneği'nin (APA) yayınladığı DSM-5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5) pika, geviş getirme/geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu, anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu ve diğer tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları şeklinde kategorize edilmiştir (4).

Yeme bozukluklarının toplumda görülme oranı önemli seviyededir (5,6). Bir derlemede, hayat boyu yeme bozukluğu görülme oranı kadınlarda %8,4 (%3,3-18,6) ve erkeklerde %2,2 (%0,8-6,5) olarak saptanmıştır (7).

Son yıllarda yeme bozukluklarında standart uygulanan tedavi yöntemlerinin yanı sıra yeme farkındalığı da gündeme gelmiştir (8,9). Yeme farkındalığı, 'Ne yenildiğinden çok, nasıl ve neden yeme sürecinin oluştuğunun farkına vararak, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında bulunarak, çevresel faktörlerden etkilenmeden, besin tercihlerini yargılamadan o anda tüketilecek olan yiyeceğe odaklanarak yeme' olarak tanımlanmaktadır (10). Yeme farkındalığının yeme ataklarını azaltmak ile birlikte vücut ağırlığı kontrolünü sağlamaya yardımcı olabileceği bildirilmektedir (11). Bunun yanında yapılan çalışmalarda kısa süreli farkındalık uygulamalarının enerji alımını azalttığı, yeme keyfini artırdığı ve sağlıklı yeme tutumunu desteklediği saptanmıştır (12). Yapılan bir derlemede, yeme farkındalığı yaklaşımı kullanan çalışmalarda önemli kilo kaybı

olduğu gözlemlenmiştir ancak bu durumun yeme farkındalığı ile ilişkisi kanıtlanamamıştır. Bu durum yeme farkındalığının kilo kaybıyla ilişkili olma ihtimalinin yüksek olduğunu, ancak daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir (13).

Bu çalışma, Kocaeli’de yaşayan bireylerde yeme tutumu ve farkındalığını değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.



4. GENEL BİLGİLER

4.1 Yeme Tutumu

Beslenme, yaşamın devam ettirilmesi için önemli bir gereksinimdir. Bu gereksinimin doğum ile başlayarak tekrar ve süreklilik kazanması sonucunda bireye özgü ortaya çıkan davranışların tümü yeme tutumu olarak tanımlanır (1). Günümüzde yeme tutumu çok yönlü özellikleriyle ön plana çıkan bir konu haline gelmiştir. Yeme tutumu yaşamımızın önemli bir parçası olarak doğumdan itibaren şekillenmekte ve zamanla birçok dış etken ile birlikte bilinçsiz beslenme, dengesiz ve yetersiz beslenme, yemek yeme sırasında başka şeylerle ilgilenme ve hızlı bir şekilde yemek yeme, öğünleri atlama gibi yeni alışkanlıklara dönüşebilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde beslenme alışkanlıklarındaki bu değişiklikler yeme tutum bozukluklarına kadar pek çok soruna sebep olabilmektedir (14).

4.2. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, sağlıklı yaşam kalitesinin önemli ölçüde azalmasına sebep olabilen ciddi hastalıklardır (15,16). Ayrıca fiziksel sağlığı veya psikososyal işlevi bozan, vücut ağırlığı ile ilgili aşırı endişe ile yeme tutumunda bozulma olarak da tanımlanmaktadır. Aynı zamanda yüksek morbidite ve mortalite oranları ile ilişkili ciddi psikiyatrik hastalıklar olarak ortaya çıkabildiği bildirilmektedir (17). DSM-5'te, "Yeme bozuklukları" kavramını "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak değiştirmiştir. Yeme bozukluklarının etiyojisi ise biyolojik, psikolojik, gelişimsel ve sosyokültürel olmak üzere heterojendir (18).

Yeme bozuklukları, anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile ilişkilendirilebilir; bunun yanı sıra uyku problemleri, kardiyak değişiklikler, hormonal dengesizlikler ve çeşitli gastrointestinal semptomlar gibi somatik komplikasyonlara neden olabileceği bildirilmektedir (19).

Yeme bozuklukları temel olarak kadınları etkilemektedir ve ergenlik döneminde önemli bir artış sergilemektedir (20). Yeme bozukluklarının toplumdaki gerçek oranı bilinmemektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalar, anoreksiya

nervoza, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunda toplumda bir artış olduğunu göstermektedir (21).

4.2.1. DSM 5'te tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları

4.2.1.1. Pika

Pika hastalığı, besleyici değeri olmayan maddelerin, bu davranışın gelişimsel olarak uygunsuz olduğu bir yaşta en az 1 ay süreyle, ısrarcı şekilde yenmesi olarak tanımlanabilir (22). Pika'nın kesin etiyolojisi hala bilinmemekle birlikte, açlığın, besin ögesi eksikliklerinin, gastrointestinal problemlerin veya patojenlere yatkınlığın patogeneğinde rol oynayabileceği öne sürülmektedir (23). Pika hastalığında tüketilen maddelerden en yaygın olanları buz, kum, kil, toprak, plastik, bez, kireç, kâğıt, saç ve kibrit ucudur. Çocukluk çağında daha fazla olmakla beraber tüm toplumlarda ve yaş gruplarında rastlanabilen bir hastalıktır. Pika tanısının koyulabilmesi için çocukların 2 yaşından büyük olması gereklidir (4). Pikanın peptik ülser, bağırsak tıkanması, enfeksiyonlar, anemi, elektrolit dengesizliği ve zehirlenme gibi ciddi somatik sonuçlara neden olduğu bildirilmektedir (23).

DSM-5'e göre tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (4):

A. En azından bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan maddeleri yeme.

B. Besleyici değeri olmayan, yiyecek olmayan maddeleri yeme tutumu, bireyin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.

C. Bu yeme tutumu, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak normal kabul edilebilecek bir uygulama değildir.

D. Bu durum, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (Ör. anlıksal gelişimsel bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır.

4.2.1.2. Geviş getirme/geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu

Ruminasyon bozukluğu, mide bulantısı, istemsiz öğürme veya tiksinti olmadan yemek yedikten sonra yemeğin geri çıkarılması şeklindedir (24).

Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, yiyeceği çiğneyip ağızdan çıkarıp tekrar ağıza alıp çiğneme veya yiyeceği yutup tekrar çiğneme veya ağızdan çıkarma ile tanımlanan bir bozukluktur (25). Hayatın her döneminde görülebilir (23).

Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğunun DSM-5’de bulunan tanı kriterleri şu şekildedir (4):

A. Minimum bir ay süreyle, sık sık tüketilen yiyeceğin geri çıkarılması.

B. Sık sık gerçekleşen geri çıkarma durumunun herhangi bir rahatsızlığa bağlı gerçekleşmemesi gerekir.

C. Bu durum yalnızca diğer yeme bozuklukları (anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza ve tıknırcasına yeme bozukluğu) varlığında gerçekleşmemelidir.

D. Bu durum, başka bir psikolojik rahatsızlık kapsamında ortaya çıkıyorsa (Ör. anlıksal gelişimsel veya başka bir nörogelişimsel bozukluk) tek başına yeme bozukluğu olarak değerlendirilmeye alınmamalı, ek klinik bir değerlendirme gerçekleştirilmelidir.

4.2.1.3. Kaçıngan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu

Kaçıngan kısıtlayıcı besin alım bozukluğu, Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabının (Beşinci baskısı) (DSM-5) "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümünde yeni sınıflandırılmış bir bozukluktur (26). Kaçıngan-kısıtlayıcı besin alım bozukluğu artık DSM-5’de yaşa bağlı olmayan bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (27).

Önemli kilo kaybına, beslenme yetersizliğine, enteral beslenmeye veya besin takviyesine bağımlılığa ve / veya psikososyal işleyişte belirgin müdahaleye neden olabilen heterojen bir klinik görünümü içerir (28). Semptomlar, yeme ve yemeye genel bir ilgi eksikliği, duyuşal duyarlılığa dayalı besin seçiciliği ve boğulma veya kusma

gibi caydırıcı deneyimler gibi yemenin olumsuz sonuçlarından korkma bağlamında ortaya çıkabilir (29).

Kaçıngan-kısıtlayıcı besin alım bozukluğu olan hastalar, anoreksiya nervozalı hastalarla aynı tıbbi komplikasyonlara duyarlıdır. Nörogelişimsel bozukluklar veya anksiyete bozuklukları ile komorbidite sıklıkla ortaya çıkar (27). Kaçıngan-kısıtlayıcı besin alım bozukluğu olan bireylere ancak kilo veya şekil kaygısı olmadığında teşhis konulabilir (26).

DSM-5'e göre kaçıngan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibi olmalıdır (4):

A. Aşağıdakilerden birinin veya daha fazlasının birlikte görüldüğü, günlük enerji gereksiniminin sürekli karşılanamaması ile oluşan bir yeme bozukluğudur (Ör. Besinlere karşı ilgisizlik ve rahatsızlık hissi; beslenmenin tiksindirici sonuçları ile ilgili endişeli hissetme). Diğer yeme bozukluklarından ayıran tanı kriterleri:

a. Ciddi miktarda vücut ağırlığı kaybının gerçekleşmesi (Çocuklar için beklenen vücut ağırlığı artışının gerçekleşmemesi veya büyümenin duraksaması).

b. Önemli düzeyde beslenme yetersizliği.

c. Enteral beslenmeye veya oral besin takviyelerine bağlı kalma.

d. Psikososyal işleyişte belirgin düşüş gibi durumlar ile ilişkilidir.

B. Bu durum, herhangi bir besine ulaşamama veya kültürel olan bir beslenme alışkanlığı durumunu kapsamamalıdır.

C. Bu yeme bozukluğu, sadece anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza bulunması durumunda oluşmamalıdır ve vücut ağırlığı ya da vücut şeklinden herhangi bir rahatsızlık duyulduğuna dair bir kanıt olmamalıdır.

D. Yeme bozukluğu, eşzamanlı bir tıbbi durum ile ilişkilendirilmemelidir veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır. Bu bozukluk, farklı başka bir durum veya bozukluk ile birlikte görüldüğünde ek klinik değerlendirmeler ile incelenmelidir.

4.2.1.4. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza, şiddetli diyet kısıtlamasını veya diğer kilo verme davranışlarını (Ör. arınma, aşırı fiziksel aktivite) içeren, fazla miktarda kilo alma korkusu veya vücut imajının bozulması veya her ikisi ile karakterize edilen oldukça belirgin ciddi bir zihinsel bozukluktur. Kilo ve şekil ile ilgili endişeler, anoreksiya nervozayı kaçınan-kısıtlayıcı yeme bozukluğundan ayırır. Ek olarak, anoreksiya nervozada bilişsel ve duygusal işlevler önemli ölçüde bozulur (30,31). Anoreksiya nervozanın tıbbi komplikasyonları tüm organları ve sistemleri etkiler ve bu durum genellikle yetersiz beslenme, kilo kaybı ve temizlenme davranışlarından kaynaklanır (32). Tüm gastrointestinal sistemi etkileyen gastrointestinal semptomlar özellikle yaygındır (33).

Anoreksiya nervoza tanısı konması için gereken DSM-5 kriterleri aşağıda belirtilmektedir (4):

A. Gereksinime göre enerji alımını kısıtlama, bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve vücut sağlığı açısından belirgin biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına neden olur. Belirgin derecede normalin en altında düşük vücut ağırlığı olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin derecede düşük vücut ağırlığında olmasına rağmen bireyin, kilo almayı zorlaştıran davranışlarda bulunması.

C. Bireyin vücut biçimini ya da vücut ağırlığını nasıl algıladığı ile ilgili bir bozukluk vardır. Birey, kendini değerlendirirken vücut biçimi ve ağırlığına aşırı önem verir ya da sahip olduğu düşük vücut ağırlığının vücuduna olan zararını hiçbir zaman anlayamaz.

4.2.1.5. Bulimiya nervoza

Bulimiya nervoza, aşırı yemek yeme ve bununla ilgili kontrol kaybı ve kilo alımını önlemek için uygun olmayan telafi edici davranışlarla karakterize bir durumdur (34). Bu dönemler esnasında bireylerin, tüm çaba ve korkularına rağmen yemek yemeyi durduramadıkları belirtilmiştir (35).

Bulimiya nervoza, normal veya yüksek ağırlıkta ortaya çıkabilir (eğer ağırlık, bulimiya nervoza için eşik değerin altındaysa, anoreksiya nervoza teşhisi, belirleyici olarak aşırı arındırma alt tipi ile birlikte verilir) (36).

Birey kilo almasını engellemek için isteyerek kusma, müshil, diüretik kullanma, aç kalma ve aşırı egzersiz gibi tekrarlayan uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunur (37). Tıkınırcasına yeme ve uygun olmayan dengeleyici davranışlar birlikte, ortalama 3 ay boyunca, haftada en az bir kez meydana gelmektedir (4). Bireylerin öz değerlendirmeleri vücut ölçüleri ve kilodan fazlasıyla etkilenir (38).

DSM-5'e göre bulimiya nervoza tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (4):

A. Tekrar eden tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlenir:

a. Aynı şartlarda, aynı zaman diliminde, çoğu bireyin yiyebileceğinden çok daha fazla besini, ayrı bir zaman diliminde (herhangi bir 2 saat içinde) yeme.

b. Bu dönem sırasında yemek yeme ile ilgili kontrolün kalkması (bireyin yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu.)

B. Kilo almaktan korunmak için, kendi kendini zorla kusturma, laksatif, diüretik ilaçları ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı düzeyde egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C. Bu tıkınırcasına yeme dönemlerinin ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisinin de 3 ay içinde haftada en az 1 kez ortaya çıkması.

D. Bireyin kendini değerlendirirken anlamsız bir şekilde vücut ağırlığı ve biçiminden etkilenmesi.

E. Bulimia nervozanın, sadece anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmaması.

4.2.1.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu

DSM-5 ile tıkınırcasına yeme bozukluğu ayrı bir tanı olarak alınmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde görülmeye başlar. Tıkınırcasına yeme bozukluğunda, hastalar bulimiya nervozaya benzer şekilde tekrarlayan tıkınırcasına yeme ataklarına girerler, ancak telafi edici davranışlarda bulunmazlar (39).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunda, bulimiya nervozaya göre daha az telafi edici davranışın yanında daha çok ve sık tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları görülmektedir (40). Bunun yanında hem bulimiya nervozaya hem de tıkınırcasına yeme bozukluğuna sıklıkla obezite eşlik etmektedir (5,41).

DSM-5'te ise "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümünde ayrıca kendine özgü tanı kriterleri olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır ve tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (4):

A. Tekrar eden tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme atağı aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

a. Aynı şartlarda, aynı zaman diliminde, çoğu bireyin yiyebileceğinden çok daha fazla besini, ayrı bir zaman diliminde (herhangi bir 2 saat içinde) yeme.

b. Bu dönem süresince, yemek yeme ile ilgili kontrolün olmaması (bireyin yemek yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ne kadar yediğini kontrol edemeyeceği duygusu)

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdaki maddelerden üçü ya da daha fazlası eşlik eder:

a. Normalden çok daha hızlı yemek yeme.

b. Rahatsız edecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme.

c. Bedensel açlık hissetmiyorken aşırı miktarda yeme.

d. Yediği miktardan utanma sebebiyle tek başına yeme.

e. Yemek yedikten sonra kendinden tiksinişi, çöküntü ve suçluluk hissi yaşaması.

C. Bu yeme dönemlerinden ciddi şekilde rahatsızlık duyma.

D. Bu yeme dönemleri son 3 ay içerisinde haftada en az 1 kez gerçekleşmiştir.

E. Tıkınırcasına yeme, yalnızca anoreksiya ve bulimiya nevroza bulunması durumunda gerçekleşmez ve bulimiya nevroza da olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi etmeye yönelik davranışlar görülmez (4).

4.2.2. Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları

4.2.2.1. Atipik anoreksiya nervoza

Diğer anoreksiya nervoza kriterlerinin tümü karşılanmış olsa bile önemli ağırlık kaybı olmasına rağmen kişinin vücut ağırlığı normal vücut ağırlığı sınırları içinde veya üzerindedir (42).

4.2.2.2. Bulimiya nervoza (düşük frekanslı ve/veya sınırlı süreli)

Bulimiya nervoza kriterlerinin tümü bulunmaktadır fakat tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışlar ortalama olarak haftada bir kezden az ve/veya 3 aydan az bir zaman dilimi içinde gerçekleşir (42).

4.2.2.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük frekanslı ve/veya sınırlı süreli)

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tüm kriterleri karşılanırsa da, tıkınırcasına yeme durumu ortalama olarak haftada bir kezden az ve/veya 3 aydan az bir zaman dilimi içinde gerçekleşir (4).

4.2.2.4. Arınma davranış bozukluğu

Tıkınırcasına yeme olmamasına rağmen vücut ağırlığı veya vücut şeklini etkilemek için tekrarlayan arınma davranışı (Örneğin, kendini kusturma; laksatiflerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların kullanılması) bulunması durumudur (4).

4.2.2.5. Gece yeme sendromu

Uykudan uyanıp ya da akşam yemeğinden sonra aşırı miktarda besin tüketimi ile karakterize, tekrarlayan gece yeme ataklarıdır. Birey yediğinin farkındadır ve yediklerini hatırlamaktadır (4).

Gece yeme davranışı, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişimler ya da yerel sosyal kurallar gibi dış etkiler ile açıklanamaz. Gece yeme, kişinin fonksiyonel durumunda şiddetli sıkıntı ve/veya bozulmaya sebep olur. Bu bozuk yeme davranışı, tıkmırcasına yeme bozukluğu ya da farklı bir zihinsel bozukluk ile daha iyi bir şekilde açıklanamaz ve madde kullanımı dâhil olmak üzere başka bir tıbbi rahatsızlık ile veya ilacın etkisine bağlanamaz (4).

4.2.3. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları

Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu, sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntıya veya bozukluğa neden olan bir beslenme ve yeme bozukluğuna özgü semptomların baskın olduğu ancak bunların herhangi biri için tüm kriterleri karşılamadığı durumlar için geçerlidir.

Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, klinisyenin belirli bir beslenme ve yeme bozukluğu için kriterlerin karşılanmama nedenini belirtmemeyi tercih ettiği durumlarda kullanılır ve daha spesifik bir tanı koyabilmek için yeterli bilgi bulunmayan durumları içerir (Örneğin, acil servis ortamlarında) (4).

4.3. Yeme Farkındalığı

Farkındalık kavramı Budist dininden gelmektedir. Budist bilgin Nyanaponika Thera'ya göre farkındalık, 'Zihni tanımanın ve şekillendirmenin ana anahtarıdır, bu nedenle zihnin başlangıç ve odak noktasıdır.' şeklinde tanımlanmaktadır (43).

Farkındalık terimi, Jon Kabat-Zinn tarafından 'şu ana kayıtsız şartsız bilinçli olarak dikkat etmek' olarak tanımlanmıştır. Kabat-Zinn, Massachusetts Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Farkındalığa Dayalı Stres Azaltma Programının orijinal geliştiricisi ve lideridir. 1979'dan beri bu programla ilgili deneyimlerine dayanarak bilinçli

yaşamaya rehberlik etmektedir ve bu konuyla ilgili 1990'da Full Catastrophe Living kitabını yazmıştır (44).

Farkındalık, iç ve dış uyaranlardan etkilenmeden şimdiki ana odaklanmaya yardımcı olur. Bunun yanında, bireyin uyaranları iyi veya kötü olarak yargılamadan düşünceleri, duyguları, hisleri ve olayları olduğu gibi deneyimlemesini sağlar (45).

Farkındalık terapileri/uygulamaları binlerce insanın daha bilinçli yaşamasına, psikolojik olarak iyi olma halinin sürdürülmesine (46,47) ve kronik ağrı (48,49), uyku problemleri, hastalıklar (44), depresyon (50-52), ve anksiyeteyi (50) yönetmek için gerekli becerileri geliştirmesine yardımcı olmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu (53), kilo problemi (54) gibi sorunlarla mücadele eden bireylerde de tedaviye faydalı olduğu ve bireylerin potansiyel obezjenik davranışlarını düzenleme konusunda (55) işlev görebileceği bildirilmektedir.

Bu sebeple farkındalık, bireyin yeme konusundaki genel yaklaşımını değiştirmek için gerekli kriterleri karşılayan bir yeme yaklaşımının da odak noktası haline gelmiştir. Yeme farkındalığı, bireyleri yeme deneyimleri ile ilgili farkındalık kazanmaya teşvik etmektedir (44).

Farkındalıkla yemek yeme, kısaca bilinçli olarak, şuanda, yargılamadan yemeğe dikkat etmektir ve bireylerin yiyecek ile ilgili duyusal farkındalığına ve yiyecek deneyimlerine odaklanan bir yaklaşımdır (44). Örneğin, dikkatli yeme, yiyecek tüketirken obezjenik ortam ve iç tokluk ipuçları gibi iç ve dış uyaranları fark etme ve kabul etme süreci olarak tanımlanabilir (56). Kalori, karbonhidrat, yağ veya protein ile çok az ilgisi vardır (44).

Son yıllarda davranış değişikliği olmadan diyetin tek başına işe yaramadığı kabul edilmektedir. Diyetlerin hangisinin daha etkili olduğu incelendiğinde her zaman aynı cevap alınmaktadır: Hepsi kısa vadede etkilidir ve hiçbiri uzun vadede etkili değildir. Çünkü diyetler belirli bir kilo kaybına ve yeme kurallarına (Örneğin ne yemeli ne kadar yemeli ve ne yememeli) odaklanma eğilimindedir. Tüm diyetler ağırlık kaybı sonuçlarına bağlı olarak başarı veya başarısızlık potansiyeline sahiptir. Çünkü bireylerin kilo kaybettiklerini görmeden davranış değişikliğini sürdürmeleri nadirdir. Farkındalık, sonuç odaklı bir yaklaşımdan ziyade süreç odaklı bir davranıştır.

Bir bireyin o an ki deneyimine dayanır. Birey yiyecek deneyimine odaklanır ve alımı kısıtlamakla ilgilenmez. Yemek yiyen birey, neyi ne kadar tüketeceğini seçer. Farkındalıklı bir yaklaşım içinde, kişinin seçimlerinin genellikle daha az yemek yeme, yemek yemenin tadını daha çok çıkarmak ve daha sağlıklı yiyecekler seçmek olması tesadüf değildir (44).

Yeme farkındalığının amacı, bireylerin anın ve yemeğin tadını çıkarmalarına yardımcı olmak ve yeme deneyimi için tam olarak var olmalarını teşvik etmektir. Farkındalıkla yemenin amacı kilo vermek değildir, ancak bu tarz yeme alışkanlığını benimseyen bireylerin kilo vermesi muhtemeldir (44).

Yeme farkındalığının, bireyin aşırı yemeyi engellemek için içsel (yani düşünceler / duygular) ve dışsal (yani çevre) ipuçlarının farkında olmasına ve böylece problemlili yeme davranışlarını iyileştirmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir (56).

Olson ve Emery (13) diyetle yeme farkındalığı yaklaşımını kullanan 19 çalışmayı gözden geçirmiştir. Araştırmacılar, 19 çalışmanın 13'ünde önemli kilo kaybı bulmuş olsalar da farkındalıkla yemek yeme ile meydana gelen kilo kayıpları arasındaki ilişkiyi kanıtlayamamıştır ve daha fazla araştırma yapılmasını önermişlerdir. Bu durum, farkındalıklı yemenin kilo kaybıyla ilişkili olma ihtimalinin yüksek olduğunu, ancak kesin ilişkiyi değerlendirmek için gelecekteki çalışmaların gerekli olacağını göstermektedir (13).

Daha önce de belirtildiği gibi, kilo vermeye yönelik diyetler genellikle kısa vadede başarılıdır, ancak çoğu zaman içinde başarısız olma eğilimindedir. Diyetle başarılı olanlar için ortak durum, diyetle dikkat etme ve sadık kalma durumudur. Diyetle öneriler, "Yemek yerken televizyon izlemeyin", "Doğru porsiyonları servis edin", "Yutmadan önce 32 kez çiğneyin" ve "Yemek yerken oturun" gibi ne yenildiğine her zaman dikkat edilmesi olmuştur. Farkındalıklı yemenin farkı, bunun kurallar veya yönergelerle ilgili olmamasıdır; bunun yerine bireysel deneyimle ilgilidir. Kimse her seferinde aynı yemekle aynı deneyimi yaşamaz. Farkındalıklı yemede durum, insanların kendi deneyimlerine sahip olmaları ve bunları yaşarken şimdiki zamanda olmalarıdır (44).

Farkındalığın, hastaların yeme patolojisinde pozitif etkilere sahip olduğu, tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarında azalma (57) ve kilo kaybında (13) etkili olduğu bildirilmektedir.

Son yıllarda obez/hafif şişman ve normal kilolu popülasyonlarda farkındalıklı yemeye ilgi artmıştır. Farkındalıklı yeme, bilinçli yiyecek seçimleri yapmaktan, psikolojik açlık ve tokluk ipuçları konusunda bir farkındalık geliştirmekten (58) ve bu ipuçlarına yanıt olarak sağlıklı yemekten oluşmaktadır (59). Bireyin yemek yerken şimdiki anın farkında olması (60), yemeğin duyuvar üzerindeki etkisine ve yemeye tepki olarak fiziksel ve duygusal duyuvarlara dikkat etmesi şeklinde kavramsallaştırılmaktadır (61). Farkındalıklı yemenin evrensel bir tanımı yoktur, ancak bu ilkeler literatürde tutarlıdır.

Tıknırcasına yemeyi içeren üç inceleme, bu uygunsuz yeme tutumunu azaltmada farkındalığın olumlu bir etkisi olduğunu göstermiştir; etki büyüklükleri orta düzeydedir (42). Duygusal yemede etkinliğinin kanıtları mevcuttur (42,62). Farkındalığın kilo yönetimindeki rolü daha az belirgindir (42,63). Çalışmalar (42) arasındaki yüksek heterojenlik seviyesi ve birçok çalışmanın (13) metodolojik zayıflığı vurgulanmıştır.

Hendrickson ve Rasmussen yaptıkları çalışmada, yetişkinler ve ergenlerle kısa bir farkındalıklı yeme eğitimi ile farkındalıkla yemenin öz kontrolü arttırdığını saptamışlardır (60). Farkındalıkla yeme eğitiminin, atıştırmalık seçimleri üzerinde de etkisi olduğu gösterilmiştir. Seguias ve Tapper yaptıkları çalışmada, öğle yemeği yerken farkındalıklı yeme ile ilgili ses kaydı dinledikten sonra katılımcıların kontrol grubuna kıyasla çok daha az enerjili atıştırmalık yiyecekler tükettiklerini keşfetmiştir (64). Bu bulgular, farkındalıklı yemenin, aşırı kilolu ve obez bireyler için oldukça önemli olan, yiyecek seçimleri konusunda özdenetim ve dürtüselliği geliştirmek için yararlı bir araç olabileceğini düşündürmektedir.

Timmerman ve Brown (65), kalori ve yağ alımını azaltmaya, duygusal yemeyi azaltmaya ve farkındalıklı yemeyi artırmaya odaklanan bir grup müdahalesinin etkinliğini değerlendirmiştir. Haftada en az üç kez restoranlarda yemek yediğini bildiren 35 kadını, dışarıda yemek yerken kilo yönetiminin önündeki engelleri ele almaya yönelik tasarlanmış altı haftalık iki saatlik seanslara randomize etmişlerdir.

Müdahale grubunun önemli ölçüde daha fazla kilo verdiği, günlük kalori ve yağ alımlarının daha düşük olduğu saptanmıştır ve diyetle ilgili öz yeterliliklerinin arttığı görülmüştür. Farkındalıklı yemek bu tedavinin yalnızca bir bileşeni olduğundan, farkındalıklı yeme eğitiminin kilo vermeye ne kadar katkıda bulunduğu açık değildir ve daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Ek olarak, Timmerman ve Brown (2012) farkındalıklı yeme müdahalesinin ardından farkındalıklı yemedeki gelişmeleri ölçmemiştir. Bu nedenle tedavi kazanımlarının artan farkındalıklı yemeden kaynaklanıp kaynaklanmadığı açık değildir (65).

Bunun yanında, Fung ve arkadaşları (66), farkındalıklı yemenin genel sağlığını teşviki ve geliştirilmesi için kullanılabileceğini savunmaktadır. Farkındalıklı yemenin tedaviye etkili bir bileşen olduğu gösterilmiş olsa da özellikle farkındalıklı yeme ile aşırı kilo ve obezite ile ilişkili birçok düzensiz yeme tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma yapılmıştır.

Vinai ve arkadaşları (67), yeme farkındalığının gece yeme ataklarını iyileştirebileceğini göstermiştir.

Lattimore ve arkadaşları (68), kısıtlanmış yeme ve farkındalık arasındaki ilişkileri inceleyen kesitsel bir çalışma ile farkındalığın, kısıtlanmış yeme ile olumsuz bir ilişkisi olduğunu bulmuştur. Bu çalışma normal kilolu bir popülasyonla yapılmıştır. Hafif şişman veya obez bir popülasyonda yapılmış araştırmalara ihtiyaç vardır.

Yeme farkındalığının, açlık olmadan ortaya çıkan yeme konusundaki farkındalığı artırmanın bir yöntemi olabileceği ve ayrıca bireylerin aç olmadığını gözlemledikten sonra yememeyi seçmelerine yardımcı olabileceği bildirilmektedir (55). Ayrıca sorunlu yeme davranışlarını ve birçok bireyin besin alımını kontrol ederken karşılaştığı zorlukları ele alma potansiyeline sahip olabileceği savunulmaktadır. Toplum için vücut ağırlığını korumaya yönelik tavsiyelere dahil edilebilecek olumlu bir yaklaşım gibi görüldüğü bildirilmektedir (69).

5. MATERİYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve durum saptama çalışması olarak planlanmış olup, Haziran 2019-Haziran 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini, Kocaeli’de yaşayan 18-65 yaş arası gönüllü bireyler oluşturmaktadır. Araştırma tamamen gönüllülük esasına dayalı gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma 21.06.2019 tarihli Etik Kurul raporu ile amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere uygun bulunmuştur.

G*Power programı kullanılarak yapılan Power analizi sonucunda yeme tutumu testi puanı için effect size d (etki boyutu): 0,206 ve SD: 14,8 alındığında Power: 0,80 ve p: 0,05 için tespit edilen örneklem sayısı minimum n:231 kişi olarak saptanmıştır. Örnekleme %10 kayıp olabileceği düşünülerek gerekli örneklem büyüklüğünün 254 kişi olmasına karar verilmiştir. Buna göre araştırmaya 127 erkek ve 127 kadın olmak üzere 254 kişi dahil edilmiştir. Araştırmaya gebe ve emziren birey dahil edilmemiştir.

5.2. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmaya katılan bireylere sosyodemografik özellikleri, fiziksel aktivite, sigara ve alkol kullanım durumları, beslenmeye dair bilgileri, antropometrik ölçümleri, yeme tutumu ve farkındalıkları, besin tüketim kayıtlarını belirlemek amacıyla hazırlanan anket formu (EK-1) bireylere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır ve bazı antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır.

5.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

5.3.1. Anket formu

Bireylere uygulanan anket formu beş bölümden oluşmaktadır:

1.Bölüm: Anketin birinci bölümünde bireylerin sosyodemografik özellikleri (yaş, meslek, eğitim düzeyi, gelir durumu vb.), hastalık öyküsü, fiziksel aktivite, sigara ve alkol kullanım durumları, beslenmeye dair bilgileri sorgulanmıştır.

2. Bölüm: Anketin ikinci bölümü antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm)) ile ilgili bilgileri içermektedir.

3. Bölüm: Anketin üçüncü bölümünde bireylerin yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukları değerlendirmek amacıyla yeme tutum testi ölçeği bulunmaktadır.

4. Bölüm: Anketin dördüncü bölümünde bireylerin yeme farkındalığı düzeyini değerlendirmek amacıyla yeme farkındalığı ölçeği bulunmaktadır.

5. Bölüm: Anketin beşinci bölümünde besin tüketim durumunu saptamak amacıyla 3 günlük besin tüketim kayıt formu (2 gün hafta içi, 1 gün hafta sonu olacak şekilde) bulunmaktadır.

5.3.2. Antropometrik ölçümler

Bireylerin vücut ağırlığı (kg) ve boy uzunluğu (cm) TANİTA model terazi ile ölçülmüştür. Boy ölçümü birey dik pozisyonda Frankfurt düzleminde dururken (kulak kanalı ile orbita alt sınırı aynı hizada) yapılmıştır. Bel ve kalça çevresi mezura ile ölçülmüştür. Vücut ağırlığı ise sabah aç karnına, mümkün olan en az giysi ile ayakkabısız olarak yapılmıştır. BKİ, vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m²) formülü ile hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına göre bireylerin BKİ'leri gruplandırılmıştır. Buna göre BKİ < 18,5 kg/m² “zayıf”, 18,5-24,9 kg/m² “normal”, 25,0-29,9 kg/m² “hafif şişman” ve ≥ 30,0 kg/m² “obez” olarak kabul edilmiştir ve değerlendirme bu ölçütlere göre yapılmıştır (70).

5.3.3. Yeme tutum testi (YTT-40)

Yeme Tutum Testi (YTT-40), Garner ve Garfinkel tarafından yeme bozukluğu olan veya olmayan bireylerde, yeme tutumu ve davranışlarındaki bozuklukları değerlendiren, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza belirtilerini objektif olarak ölçen, 40 sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeği olarak oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır (71,72).

YTT-40, genç ve yetişkin bireylere uygulanan ve zaman kısıtlaması olmayan bir ölçektir.

Maddeler; “daima”, “çok sık”, “sık sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6 noktalı çoktan seçmeli dereceli bir ölçektir. Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilmektedir (71).

Yeme tutum testinin sonuçları; 1-18-19-23-27-39 numaralı sorular için 'bazen' 1 puan, 'nadiren' 2 puan ve 'hiçbir zaman' 3 puan, diğer seçenekler 0 puan verilerek, diğer soruların yanıtları ise 'daima' 3 puan, 'çok sık' 2 puan, “sık sık” 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmiştir (71).

Testten en fazla 120 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça yeme tutumu bozulmaktadır. Ölçek için kesme puanı 30’dur. Ölçekten alınan puan 30 puanın altındaysa normal yeme tutumunu, 30 ve üzerindeyse bozulmuş yeme tutumunu göstermektedir (71,72).

5.3.4. Yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30)

YFÖ-30 (Yeme Farkındalığı Ölçeği), yeme farkındalığı düzeyini ölçmek için geliştirilen bir ankettir (EK-3). Bu ölçek ilk olarak Framson ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiş olup (56), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2016 yılında Köse ve arkadaşları (10) tarafından yapılmıştır.

Ölçekte günlük yaşamdaki yeme farkındalığı düzeyini saptamak amacıyla 30 adet soru bulunmaktadır. Her soru 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Puanlamada hiç seçeneği 1 puan, nadiren seçeneği 2 puan, bazen seçeneği 3 puan ve sık sık seçeneği 4 puan ve her zaman seçeneği 5 puan olarak kabul edilmektedir. Ölçekte 20 adet ters madde bulunurken sadece 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27. sorular düz şekilde puanlandırılmaktadır.

Ölçeğin alt faktörleri Disinhibisyon, Duygusal Yeme, Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık ve Enterferans şeklinde kategorize edilmiştir (73):

1. Disinhibisyon: Bireyin kendini tutması, miktar ve zaman kontrolünü sağlaması.
2. Duygusal yeme: Bireyin duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yemesi.
3. Yeme kontrolü: Bireyin yeme hızını ayarlaması, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutması.
4. Odaklanma: Bireyin yemeğin kendisine-tadına odaklanması, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara vermesi.
5. Yeme disiplini: Planlama, hazırlanma, dengeleme, bulundurma, düzen, saat.
6. Farkındalık: Bireyin fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı.
7. Enterferans: Bireyin koku, görüntü, ses gibi sensoriyel etmenlere, davet, besin çeşitliliği ya da reklam gibi etkenlerle baş edebilmesi.

Ölçeğin her bir alt faktöründen alınan yüksek puan bireyin ilgili alt faktörün değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu açıklamaktadır. Ölçekten yeme farkındalığı toplam puanı da hesaplanmaktadır. Yeme farkındalığını değerlendirmek amacıyla Türkiye örneklemini için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu bildirilmektedir (10).

5.3.5. Besin tüketim durumunun saptanması

İleriye dönük besin tüketim durumunu saptamak amacıyla besin tüketim kaydı formu uygulanmıştır. Besin tüketim kaydı, günlük enerji ve besin öğeleri tüketimini değerlendirmek amacıyla bir gün hafta sonuna gelecek şekilde art arda toplamda 3 gün olacak şekilde katılımcılar tarafından alınmıştır. Besinlerin porsiyon ölçüleri, [(su bardağı, çay bardağı, kahve fincanı, kupa, yemek kaşığı (silme, tepeleme), kepçe, tatlı kaşığı, küçük, orta boy, büyük boy vb. olarak] kullanılmıştır. Bireylerin günlük diyetle aldıkları ortalama enerji ve besin öğeleri miktarı Hohenhim Üniversitesi, Stuttgart, Almanya'da geliştirilmiş Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) bilgisayar paket programı ile hesaplanmıştır.

5.3.6. İstatistiksel incelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) Programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

6.BULGULAR

Tablo 6.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Kadın(n=127)		Erkek (n=127)		Toplam (n=254)	
		n	%	n	%	n	%
Yaş	<30 yaş	78	61,4	70	55,1	148	58,3
	≥30 yaş	49	38,6	57	44,9	106	41,7
Yaş $\bar{x} \pm ss$		29,68±10,74		30,66±10,40		30,17±10,56	
Medeni Durum	Evli	57	44,9	45	35,4	102	40,2
	Bekar	70	55,1	82	64,6	152	59,8
Öğrenim Durumu	İlkokul	8	6,3	4	3,1	12	4,7
	Ortaokul	9	7,1	5	3,9	14	5,5
	Lise	53	41,7	56	44,1	109	42,9
	Ön Lisans ve üzeri	57	44,9	62	48,8	119	46,9
	Gelir Durumu	2000 TL altı	54	42,5	29	22,8	83
	2000-5000 TL	57	44,9	72	56,7	129	50,8
	5000 TL üzeri	16	12,6	26	20,5	42	16,5
Meslek	İşsiz	9	7,1	7	5,5	16	6,3
	Ev Hanımı	32	25,2	0	0	32	12,6
	Memur	15	11,8	32	25,2	47	18,5
	İşçi	18	14,2	40	31,5	58	22,8
	Serbest Meslek	14	11	28	22	42	16,5
	Öğrenci	39	30,7	20	15,7	59	23,2

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 6.1’de görülmektedir. Çalışma yaşları 18 ile 64 arasında değişmekte olan, 127’si (%50) kadın ve 127’si (%50) erkek olmak üzere toplam 254 katılımcı ile yapılmıştır. Yaş ortalaması 30,17±10,56 yıldır. Katılımcıların %40,2’si evli, %59,8’i bekarıdır. Çalışmaya katılan bireylerin %4,7’si ilkokul, %5,5’i ortaokul, %42,9’u lise, %46,9’u ön lisans ve üzeri mezundur.

Çalışma genelinde katılımcıların %32,7’sinin gelir düzeyi 2000 TL altında iken, %50,8’inin 2000-5000 TL arasında, %16,5’inin 5000 TL üzerindedir. %6,3’ü işsiz iken, %12,6’sı ev hanımı, %18,5’i memur, %22,8’i işçi, %16,5’i serbest meslek ve %23,2’si öğrencidir.

Tablo 6.2. Bireylerin Antropometrik Verilerine Göre Dağılımı

	Kadın (n=127)	Erkek (n=127)	Toplam (n=254)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Vücut ağırlığı (kg)	69±14,57	82,58±13,96	75,79±15,78
Boy uzunluğu (cm)	165,31±6,6	179,12±6,67	172,21±9,58
BKİ (kg/m ²)	25,32±5,42	25,72±4	25,52±4,76
Bel çevresi (cm)	78,01±13,53	89,66±13,25	83,86±14,58
Kalça çevresi (cm)	102,29±12,69	100,78±11,08	101,53±11,91

Katılımcıların antropometrik verilerinin dağılımı Tablo 6.2’de görülmektedir. Kadınların BKİ ortalaması 25,32±5,42 kg/m², erkeklerin 25,72±4 kg/m²’dir.

Tablo 6.3. Bireylerin BKİ Gruplarına Göre Dağılımları

		Kadın (n=127)		Erkek (n=127)		Toplam (n=254)	
		n	%	n	%	n	%
		BKİ	Zayıf	8	6,3	2	1,6
	Normal	61	48	55	43,3	116	45,7
	Hafif şişman	34	26,8	47	37	81	31,9
	Obez	24	18,9	23	18,1	47	18,5

Bireylerin beden kütle indeksi gruplarına göre dağılımları Tablo 6.3’te görülmektedir. Buna göre katılımcıların %45,7’si normal kilolu, %31,9’u hafif şişman, %18,5’i obez, %3,9’u zayıftır.

Tablo 6.4. Bireylerin Sağlık Verilerine Göre Dağılımları

		Kadın (n=127)		Erkek (n=127)		Toplam (n=254)	
		n	%	n	%	n	%
		Kronik Hastalık varlığı	Evet	26	20,5	13	10,2
	Hayır	101	79,5	114	89,8	215	84,6
Kronik Hastalıklar(n=39)	Kalp-Damar Hastalıkları	2	7,7	1	7,7	3	7,7
	Diyabet	2	7,7	1	7,7	3	7,7
	Hipertansiyon	4	15,4	4	30,8	8	20,5
	Sindirim Sistemi Hastalıkları	3	11,5	0	0	3	7,7

	Solunum Sistemi Hastalıkları	4	15,4	2	15,4	6	15,4
	Kas İskelet Sistemi Hastalığı	1	3,8	0	0	1	2,6
	Endokrin Hastalıklar	7	26,9	1	7,7	8	20,5
	Diğer	6	23,1	4	30,8	10	25,6
Sigara Kullanımı	Hayır	100	78,7	77	60,6	177	69,7
	Evet	27	21,3	50	39,4	77	30,3
Alkol Kullanımı	Hayır	114	89,8	103	81,1	217	85,4
	Evet	13	10,2	24	18,9	37	14,6
Düzenli Egzersiz Yapma	Hayır	81	63,8	102	80,3	183	72
	Evet	46	26,2	25	19,7	71	28
Sürekli İlaç Kullanımı	Hayır	102	80,3	117	92,1	219	86,2
	Evet	25	19,7	10	7,9	35	13,8

Katılımcıların %15,4'ünün kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan 39 kişinin %7,7'sinde kalp-damar hastalıkları, %7,7'sinde diyabet, %20,5'inde hipertansiyon, %7,7'sinde sindirim sistemi hastalıkları, %15,4'ünde solunum sistemi hastalıkları, %2,6'sında kas-iskelet sistemi problemleri, %20,5'inde endokrin hastalıklar, %25,6'sında diğer kronik hastalıklar bulunmaktadır.

Bireylerin %30,3'ü sigara, %14,6'sı alkol kullanmaktadır. Bireylerin %28'i düzenli egzersiz yapmaktadır ve %13,8'inin sürekli kullandığı ilaç vardır.

Tablo 6.5. Bireylerin Beslenme Bilgilerine Göre Dağılımları

		Kadın (n=127)		Erkek (n=127)		Toplam (n=254)	
		n	%	n	%	n	%
Şu anda zayıflama diyeti yapma durumu	Hayır	76	59,8	110	86,6	186	73,2
	Evet	51	40,2	17	13,4	68	26,8
Daha önce zayıflama diyeti yapma durumu	Hayır	56	44,1	100	78,7	156	61,4
	Evet	71	55,9	27	21,3	98	38,6
Besin takviyesi kullanma durumu	Hayır	118	92,9	118	92,9	236	92,9
	Evet	9	7,1	9	7,1	18	7,1
Beslenme bilgisine erişim	Kitle iletişim araçları	94	74	82	64,6	176	69,3
	Kitaplar, bilimsel yayın	24	18,9	16	12,6	40	15,7
	Diyetisyen	76	59,8	29	22,8	105	41,3
	Doktor	15	11,8	6	4,7	21	8,3

	Sağlık kulüpleri	0	0	3	2,4	3	1,2
	Çevre	60	47,2	63	49,6	123	48,4
Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışların değişmesi	Her zaman	17	13,4	16	12,6	33	13
	Sık sık	47	37	39	30,7	86	33,9
	Nadiren	50	39,4	51	40,2	101	39,8
	Hiçbir zaman	13	10,2	21	16,5	34	13,4
Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alma	Hayır	75	59,1	111	87,4	186	73,2
	Evet	52	40,9	16	12,6	68	26,8

Bireylerin %26,8'i şu anda zayıflama diyeti yapmaktadır. Bireylerin %38,6'sı daha önceden zayıflama diyeti yapmıştır. Bireylerin %7,1'i besin takviyesi kullanmaktadır. Bireylerin %26,8'i daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi almıştır.

Bireylerin beslenme bilgisine erişimleri sorgulandığında; %69,3'ü kitle iletişim araçları, %15,7'si kitaplar, bilimsel yayın, %41,3'ü diyetisyen, %8,3'ü doktor, %1,2'si sağlık kulüpleri, %48,4'ü çevre cevaplarını vermiştir.

Bireylerin %13'ü doğru beslenme bilgisine eriştiğinde her zaman davranışlarının değiştiğini söylerken, %33,9'u sık sık, %39,8'i nadiren değiştiğini, %13,4'ü hiçbir zaman değişmediğini söylemiştir.

Tablo 6.6. Bireylerin Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımlarına Göre Dağılımları

	Kadın (n=127)			Erkek (n=127)		
	Ort±SS	Önerilen Miktar	Karşılanma Yüzdesi (%)	Ort±SS	Önerilen Miktar	Karşılanma Yüzdesi (%)
Enerji	1244,4±460,3	-	-	1789,9±549,5	-	-
Protein (g)	50,8±20,8	-	-	76,1±22,7	-	-
Protein (%)	17,4±5,3	12-20	145,4-87,2	18,2±5,2	10-20	182,6-91,3
Yağ (g)	62±23	-	-	83,5±29,3	-	-
Yağ (%)	45±8,4	20-35	225,4-128,8	41,7±8,3	20-35	208,7-119,6
Kolesterol (mg)	339,7±180,6	180	188,7	483±260,6	250	193,2
CHO (g)	117,3±63,2	130	90,2	179,1±80,7	130	137,8
CHO (%)	37,4±11,2	45-60	83,1-62,3	40±10,6	45-60	88,9-66,7
Lif (g)	14,2±6	25	57	18,5±8,6	25	74,1
A Vit. (µg)	989±1412	650	152,1	1245,5±2152,2	750	166
D Vit. (µg)	3,4±5,1	15	23	4,4±3,9	15	29,4
E Vit. (mg)	10,4±6,1	11	95,3	14,4±7,9	13	110,9
K Vit. (µg)	90,7±78,3	90	100,8	93,5±120,5	120	77,9
B ₁ Vit (mg)	0,7±0,2	1,2	60	0,9±0,3	1,2	76,6
B ₂ Vit (mg)	1,2±0,5	1,1	110,9	1,5±0,8	1,3	119,2
B ₆ Vit (mg)	1±0,4	1,3	79,2	1,3±0,5	1,3	102,3
B ₉ Vit. (µg)	250,6±98,5	-	-	291,2±132,3	-	-

B ₁₂ Vit. (µg)	4,1±5,4	95	4,4	9,7±17,9	110	8,8
C Vit. (mg)	100,2±61	95	105,5	102,2±88,8	110	92,9
Kalsiyum (mg)	553,8±240,6	950	58,3	596,2±233,3	950	62,7
Demir (mg)	8±3,5	11	73,1	11,1±4,6	11	100,9
Sodyum (mg)	2291±1823,8	1,5	152735,3	3062,7±1091,3	1,5	204180,7
Potasyum (mg)	2026,7±706,1	4,7	43122,5	2378±969,5	4,7	50597,23
Magnezyum(mg)	199,7±82	300	66,5	258,6±97,2	350	73,8
Fosfor (mg)	823,7±306,7	550	149,7	1111,3±327	550	202
Çinko (mg)	8±3,2	7,5	106,9	11,8±4,1	9,4	126,3
Bakır (mg)	1±0,5	1,3	78,4	1,4±0,6	1,6	88,1
Klor (mg)	3525,4±2657,5	-	-	4530,7±1555,3	-	-
Flor (µg)	499,5±298,8	2,7	18501,8	574±280,5	3,3	17395,1
İyot (µg)	102±50,1	150	68	137,5±63	150	91,7

Tablo 6.6’da bireylerin günlük enerji ve besin ögesi alımları ve günlük gereksinimlerine göre karşılama yüzdeleri verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların ve erkeklerin enerji ve besin ögesi alımları, Türkiye’ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi enerji ve besin ögesi önerilen düzeylerine göre incelendiğinde, D vitamini ve B12 vitamini alımlarının önerilen düzeye göre karşılama yüzdelerinin %50’inin altında olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.7. Bireylerin Cinsiyetlerine Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

	Kadın (n=127)	Erkek (n=127)	p
	Ort±SS	Ort±SS	
YTT-40	22,52±11,96	17,09±10,11	¹ 0,000*
YFÖ-30	97,17±11,92	97,45±13,62	² 0,864
Disinhibisyon	16,8±3,9	16,8±4,29	² 0,988
Duygusal yeme	16,23±5,06	19,43±5,22	² 0,000*
Yeme kontrolü	14,71±3,74	13,17±3,68	² 0,001*
Odaklanma	16,6±2,2	16,31±2,3	² 0,304
Yeme disiplini	11,75±3,56	10,65±3,89	² 0,020*
Farkındalık	14,52±2,67	14,43±2,95	² 0,806
Enterferans	6,71±1,96	6,7±2,03	² 0,975

¹Mann Whitney U test

²Student t test

*p<0.05

Kadınların ve erkeklerin YTT-40 ölçeği, duygusal yeme, yeme kontrolü ve yeme disiplini puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların YTT-40 ölçeği, yeme kontrolü ve yeme disiplini puan ortalamaları erkeklerden yüksek bulunurken, duygusal yeme puan ortalamaları ise erkeklerden düşük bulunmuştur. Kadınların ve erkeklerin YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon, odaklanma, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.8. Bireylerin BKİ Gruplarına göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

	BKİ Grup				p
	Zayıf (n=10)	Normal	Hafif	şişman	
		(n=116)	(n=81)	Obez (n=47)	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
YTT-40	21,0±9,19	17,32±8,18	21,98±14,07	21,94±12,48	¹ 0,101
YFÖ-30	96,8±10,01	98,32±11,81	98,25±12,5	93,32±15,41	² 0,123
Disinhibisyon	19,1±4,38	17,09±4,13	16,77±3,56	15,64±4,58	² 0,055
Duygusal yeme	18,3±3,68	17,97±5,2	17,89±5,14	17,28±6,48	² 0,882
Yeme kontrolü	16,0±2,71	14,19±3,65	13,6±3,72	13,47±4,28	² 0,184
Odaklanma	16,0±1,05	16,38±2,17	16,69±2,32	16,32±2,52	² 0,662
Yeme disiplini	8,9±2,23	11,34±3,86	11,53±3,63	10,79±3,88	² 0,166
Farkındalık	13,1±2,51	14,71±2,4	14,95±3,21	13,38±2,78	²0,005*
Enterferans	5,6±1,9	6,73±2,07	6,85±1,83	6,62±2,07	² 0,306

¹Kruskal Wallis test

²Oneway ANOVA Test

* $p<0.05$

BKİ grupları arasında YTT-40 ölçeği, YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini ve enterferans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

BKİ grupları arasında farkındalık puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0,005$; $p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek üzere yapılan post-hoc analizi sonucunda, obez bireylerin farkındalık puanları, normal kilolu ve hafif şişman bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p_1:0,030$; $p_2:0,011$; $p<0,05$). Diğer BKİ grupları arasında farkındalık puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.9. Bireylerin Kronik Hastalık Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

	Kronik Hastalık		p
	Var (n=39)	Yok (n=215)	
	Ort±SS	Ort±SS	
YTT-40	25,95±12,75	18,69±10,78	¹ 0,000*
YFÖ-30	95,87±14,19	97,57±12,52	² 0,446
Disinhibisyon	14,95±3,93	17,13±4,04	² 0,002*
Duygusal yeme	16,97±5,94	17,99±5,26	² 0,280
Yeme kontrolü	13,62±3,77	14,0±3,79	² 0,560
Odaklanma	16,9±1,76	16,37±2,33	² 0,181
Yeme disiplini	12,13±4,11	11,03±3,68	² 0,094
Farkındalık	14,31±3,2	14,51±2,74	² 0,684
Enterferans	7,1±2,02	6,63±1,98	² 0,176

¹Mann Whitney U test ²Student t test *p<0.05

Kronik hastalığı olan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, kronik hastalığı olmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,000; p<0,05). Kronik hastalığı olmayan bireylerin disinhibisyon puan ortalamaları, kronik hastalığı olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,002; p<0,05). Kronik hastalık varlığına göre YFÖ-30 ölçeği, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 6.10. Bireylerin Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

	Düzenli Egzersiz Yapma		p
	Hayır (n=183)	Evet (n=71)	
	Ort±SS	Ort±SS	
YTT-40	18,61±9,96	22,87±14,04	¹ 0,010*
YFÖ-30	95,84±12,39	101,1±13,06	² 0,003*
Disinhibisyon	16,61±4,15	17,28±3,92	² 0,243
Duygusal yeme	18,04±5,7	17,3±4,42	² 0,271

Yeme kontrolü	13,74±3,8	14,45±3,72	² 0,181
Odaklanma	16,52±2,38	16,27±1,9	² 0,416
Yeme disiplini	10,34±3,68	13,42±2,99	² 0,000*
Farkındalık	14,15±2,89	15,31±2,41	² 0,003*
Enterferans	6,47±2,11	7,31±1,52	² 0,001*
¹ Mann Whitney U test	² Student t test	*p<0.05	

Düzenli egzersiz yapan bireylerin YTT-40 ölçeği, YFÖ-30 ölçeği, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları, düzenli egzersiz yapmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,010, p:0,003, p:0,000; p<0,05). Düzenli egzersiz varlığına göre disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü ve odaklanma puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 6.11. Bireylerin Şu Anda Zayıflama Diyeti Yapma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30 ve YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

	Şu anda Zayıflama Diyeti Yapma		p
	Hayır (n=186)	Evet (n=68)	
	Ort±SS	Ort±SS	
YTT-40	17,41±8,24	26,34±15,57	¹ 0,000*
YFÖ-30	96,68±12,64	99,04±13,09	² 0,192
Disinhibisyon	16,77±4,19	16,88±3,83	² 0,845
Duygusal yeme	18,41±5,36	16,24±5,12	² 0,004*
Yeme kontrolü	13,83±3,73	14,25±3,93	² 0,432
Odaklanma	16,49±2,25	16,35±2,29	² 0,670
Yeme disiplini	10,4±3,68	13,4±3,05	² 0,000*
Farkındalık	14,33±2,84	14,87±2,7	² 0,180
Enterferans	6,52±2,07	7,21±1,68	² 0,015*
¹ Mann Whitney U test	² Student t test	*p<0.05	

Şu anda zayıflama diyeti yapan bireylerin YTT-40 ölçeği, yeme disiplini ve enterferans puan ortalamaları, yapmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,000, p:0,000, p:0,015; p<0,05). Şu anda zayıflama diyeti yapmayan bireylerin duygusal yeme ölçeği puan ortalamaları, yapan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,004; p<0,05). Şu anda zayıflama diyeti yapma durumuna göre YFÖ-30 toplam puanı, disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma ve farkındalık puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 6.12. Bireylerin Daha Önce Zayıflama Diyeti Yapma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

	Daha Önce Zayıflama Diyeti Yapma		p
	Hayır (n=156)	Evet (n=98)	
	Ort±SS	Ort±SS	
YTT-40	17,05±10,3	24,19±11,69	¹ 0,000*
YFÖ-30	97,71±11,6	96,68±14,5	² 0,557
Disinhibisyon	17,24±3,86	16,09±4,36	² 0,029*
Duygusal yeme	18,71±5	16,43±5,66	² 0,001*
Yeme kontrolü	14,06±3,58	13,76±4,09	² 0,536
Odaklanma	16,46±2,39	16,45±2,04	² 0,983
Yeme disiplini	10,4±3,81	12,47±3,33	² 0,000*
Farkındalık	14,45±2,68	14,52±3,02	² 0,843
Enterferans	6,62±2,16	6,85±1,69	² 0,342

¹Mann Whitney U test

²Student t test

*p<0.05

Daha önce zayıflama diyeti yapan bireylerin YTT-40 ölçeği ve yeme disiplini puan ortalamaları, yapmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,000, p:0,000; p<0,05). Daha önce zayıflama diyeti yapmayan bireylerin disinhibisyon ve duygusal yeme puan ortalamaları, yapan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,029, p:0,001; p<0,05). Daha önce zayıflama diyeti yapma durumuna göre YFÖ-30 toplam puanı, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık

ve enterferans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.13. Bireylerin Daha Önce Diyetisyen Tarafından Sağlıklı Beslenme Eğitimi Alma Durumlarına Göre YTT-40, YFÖ-30, YFÖ-30 Faktör Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

	Daha önce diyetisyen tarafından		p
	sağlıklı beslenme eğitimi alma		
	Hayır (n=186)	Evet (n=68)	
	Ort±SS	Ort±SS	
YTT-40	17,92±10,34	24,96±12,54	0,000*
YFÖ-30	97,72±12,16	96,21±14,38	0,406
Disinhibisyon	17,07±3,99	16,06±4,29	0,081
Duygusal yeme	18,36±5,08	16,38±5,9	0,009*
Yeme kontrolü	14,12±3,61	13,46±4,2	0,217
Odaklanma	16,45±2,33	16,46±2,03	0,989
Yeme disiplini	10,74±3,71	12,46±3,65	0,001*
Farkındalık	14,45±2,81	14,56±2,82	0,778
Enterferans	6,66±2,07	6,84±1,77	0,520

¹Mann Whitney U test ²Student t test * $p<0.05$

Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alan bireylerin YTT-40 ölçeği, yeme disiplini puan ortalamaları, eğitim almayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$, $p:0,001$; $p<0,05$). Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi almayan bireylerin duygusal yeme ölçeği puan ortalamaları, eğitim alan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,009$; $p<0,05$). Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alma durumuna göre YFÖ-30 toplam puanı, disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.14. Bireylerin Enerji ve Besin Ögeleri Alımına Göre YTT-40 ve YFÖ-30 Puan Ortalamasının Değerlendirilmesi

	YTT-40		YFÖ-30	
	r	¹ p	r	² p
Enerji	-0,168	0,007*	-0,124	0,048*
Protein (g)	-0,116	0,065	-0,019	0,762
Protein (%)	0,068	0,280	0,136	0,030*
Yağ (g)	-0,089	0,155	-0,117	0,063
Yağ (%)	0,141	0,025*	0,015	0,816
Kolesterol (mg)	0,010	0,880	-0,015	0,808
CHO (g)	-0,159	0,011*	-0,126	0,044*
CHO (%)	-0,146	0,020*	-0,080	0,205
Lif (g)	-0,070	0,263	-0,078	0,216
A Vit. (µg)	0,035	0,578	-0,090	0,154
D Vit. (µg)	-0,036	0,572	0,011	0,861
E Vit. (eşd.) (mg)	-0,065	0,305	-0,060	0,343
K Vit. (µg)	0,098	0,121	-0,039	0,532
B ₁ Vit/Tiamin (mg)	0,010	0,875	-0,059	0,350
B ₂ Vit/Ribofl. (mg)	0,066	0,291	-0,017	0,783
B ₆ Vit/Pirid. (mg)	0,041	0,520	0,004	0,951
Folat, topl. (µg)	0,049	0,440	-0,075	0,233
B ₁₂ Vit. (µg)	-0,021	0,735	0,001	0,983
C Vit. (mg)	0,143	0,023*	0,038	0,546
Kalsiyum (mg)	0,044	0,487	-0,011	0,863
Demir (mg)	-0,082	0,192	-0,043	0,493
Sodyum (mg)	-0,130	0,038*	0,000	0,996
Potasyum (mg)	0,096	0,128	-0,011	0,861
Magnezyum (mg)	-0,058	0,361	-0,073	0,246
Fosfor (mg)	-0,074	0,240	-0,043	0,490
Çinko (mg)	-0,112	0,076	-0,065	0,301
Bakır (mg)	-0,121	0,055	-0,120	0,057
Klor (mg)	-0,085	0,179	0,008	0,897

Flor (µg)	-0,079	0,208	0,003	0,964
İyot (µg)	-0,057	0,364	0,007	0,913
	¹ Spearman's rho korelasyon analizi	² Pearson korelasyon analizi	*p<0.05	

YTT-40 ölçeği puanı ile enerji, CHO (g), CHO (%), sodyum (mg), arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0,004, p:0,011, p:0,020, p:0,038; p<0,05). YTT-40 ölçeği puanı ile yağ (%), C vitamini arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (%14,1) ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0,025, p:0,023; p<0,05). YTT-40 ölçeği puanı ile diğer enerji ve besin öğeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

YFÖ-30 ölçeği puanı ile enerji, CHO (g) arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde (%12,4) ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0,048, p:0,044; p<0,05). YFÖ-30 ölçeği puanı ile protein (%) arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (%13,6) ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0,030; p<0,05). YFÖ-30 ölçeği puanı ile diğer enerji ve besin öğeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 6.15. Bireylerin Yeme Bozukluğu Risk Durumuna İlişkin Değerlendirmeleri

		Yeme Bozukluğu Riski				p
		Normal yeme tutumu (<30) (n=127)		Bozulmuş yeme tutumu (≥30) (n=37)		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	99	78	28	22	¹ 0,001*
	Erkek	118	92,9	9	7,1	
BKİ	Zayıf	8	80	2	20	² 0,015*
	Normal	108	93,1	8	6,9	
	Hafif şişman	65	80,2	16	19,8	
	Obez	36	76,6	11	23,4	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	26	66,7	13	33,3	¹ 0,001*

	Hayır	191	88,8	24	11,2	
Düzenli Egzersiz Yapma	Hayır	161	88	22	12	¹ 0,099
	Evet	56	78,9	15	21,1	
Şu anda zayıflama diyeti yapma durumu	Hayır	172	92,5	14	7,5	¹ 0,000*
	Evet	45	66,2	23	33,8	
Daha önce zayıflama diyeti yapma durumu	Hayır	145	92,9	11	7,1	¹ 0,000*
	Evet	72	73,5	26	26,5	
Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alma	Hayır	169	90,9	17	9,1	¹ 0,000*
	Evet	48	70,6	20	29,4	
¹ Continuity (yates) düzeltmesi		² Ki-kare test		*p<0.05		

Kadınlarda bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%22), erkeklerden (%7,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,001; p<0,05).

BKİ grupları arasında yeme bozukluğu riski açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p:0,015; p<0,05). Bozulmuş yeme tutumu görülme oranı normal kilolu kişilerde (%6,9), zayıf (%20), hafif şişman (%19,8) ve obez (%23,4) kişilerden anlamlı şekilde düşüktür (p₁:0,041; p₂:0,013; p₃:0,007; p<0,05). Zayıf, hafif şişman ve obez kişiler arasında yeme tutumu bozukluğu riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Kronik hastalığı olan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%33,3), kronik hastalığı olmayan kişilerden (%11,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,001; p<0,05).

Düzenli egzersiz yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%21,1), düzenli egzersiz yapmayan kişilerden (%12) daha yüksek olmakla birlikte, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Şu anda zayıflama diyeti yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%33,8), yapmayan kişilerden (%7,5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,000; p<0,05).

Daha önce zayıflama diyeti yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%26,5), yapmayan kişilerden (%7,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,000; p<0,05).

Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%29,4), eğitim almayan kişilerden (%9,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,000; p<0,05).

Tablo 6.16. Yeme Bozukluğu Risk Durumuna Göre Bireylerin Enerji ve Besin Öğeleri Alımlarının Değerlendirilmesi

	Yeme Bozukluğu Riski		p
	Normal yeme tutumu (<30) (n=217)	Bozulmuş yeme tutumu (≥30) (n=37)	
	Ort±SS	Ort±SS	
Enerji	1567,46±585,31	1222,63±404,64	0,000*
Protein (g)	65,23±25,85	53,64±18,2	0,009*
Protein (%)	17,65±5,14	19,02±6,32	0,256
Yağ (g)	74,65±29,05	61,65±21,73	0,011*
Yağ (%)	43,04±8,43	45,64±8,91	0,055
Kolesterol (mg)	412,16±239,35	406,72±210,73	0,783
CHO (g)	154,86±79,94	109,28±57,99	0,001*
CHO (%)	39,28±10,73	35,37±12	0,036*
Lif (g)	16,65±7,79	14,83±7,33	0,167
A Vit. (µg)	1078,73±1674,41	1343,21±2534,5	0,291
D Vit. (µg)	4,13±4,92	2,77±1,95	0,023*
E Vit. (eşd.) (mg)	12,65±7,46	11,3±6,54	0,381
K Vit. (µg)	92,5±104,95	89,98±79,2	0,707
B ₁ Vit/Tiamin (mg)	0,82±0,34	0,8±0,3	0,941
B ₂ Vit/Ribofl. (mg)	1,37±0,68	1,44±0,78	0,795
B ₆ Vit/Pirid. (mg)	1,18±0,52	1,17±0,39	0,667
Folat, topl. (µg)	267,88±116,73	288,91±126,67	0,235
B ₁₂ Vit. (µg)	6,74±12,69	8,36±17,92	0,290
C Vit. (mg)	98,27±77,08	118,67±68,21	0,021*
Kalsiyum (mg)	581,66±246,87	536,33±169,97	0,560
Demir (mg)	9,74±4,5	8,63±3,29	0,190
Sodyum (mg)	2778,2±1620,49	2082,55±825,3	0,001*

Potasyum (mg)	2205,21±903,41	2185,98±596,52	0,327
Magnezyum (mg)	234,56±97,68	197,49±65,68	0,044*
Fosfor (mg)	989,16±358,32	840,62±244,44	0,021*
Çinko (mg)	10,13±4,27	8,91±3,69	0,083
Bakır (mg)	1,25±0,62	1,02±0,59	0,004*
Klor (mg)	4136,36±2337	3392,92±1309,12	0,017*
Flor (µg)	551,68±288,6	449,51±298,29	0,003*
İyot (µg)	122,83±60,36	102,11±51,73	0,028*

¹Mann Whitney U test ²Student t test *p<0.05

Normal yeme tutumu olan bireylerin günlük enerji, protein, yağ, karbonhidrat, karbonhidrat (%), D vitamini (µg), sodyum (µg), magnezyum (µg), fosfor (µg), bakır (µg), klor (µg), flor (µg), iyot (µg) alım miktarları, bozulmuş yeme tutumu olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,000, p:0,009, p:0,011, p:0,001, p:0,036, p:0,023, p:0,001, p:0,044, p:0,021, p:0,004, p:0,017, p:0,003, p:0,028; p<0,05).

Bozulmuş yeme tutumu olan bireylerin günlük C vitamini (µg) alım miktarları, normal yeme tutumu olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (p:0,021; p<0,05).

Tablo 6.17. Bireylerin Yaşları ile YTT-40, YFÖ-30 Puanları ve YFÖ-30 Faktör Puanlarının İlişkisi

	Yaş	
	r	p
YTT-40	0,061	0,335
YFÖ-30	0,097	0,124
Disinhibisyon	0,027	0,672
Duygusal yeme	0,247	0,000*
Yeme kontrolü	-0,134	0,033*
Odaklanma	0,140	0,026*
Yeme disiplini	0,003	0,967

Farkındalık	-0,128	0,041*
Enterferans	0,140	0,025*
<i>Pearson korelasyon analizi</i> * $p < 0.05$		

Yaş ile YTT-40 ölçeği, YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon ve yeme disiplini puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Yaş ile duygusal yeme, odaklanma, enterferans puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,000$, $p:0,026$, $p:0,025$; $p < 0,05$). Yaş ile yeme kontrolü ve farkındalık puanları arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,033$, $p:0,041$; $p < 0,05$).

Tablo 6.18. Bireylerin Antropometrik Verileri İle YTT-40, YFÖ-30 Puanları ve YFÖ-30 Faktör Puanlarının İlişkisi

		Vücut ağırlığı (kg)	BKİ
Yeme Tutum Testi	r	0,036	0,176
	p	0,570	0,005*
Yeme Farkındalığı Ölçeği	r	-0,154	-0,121
	p	0,014*	0,054
Disinhibisyon	r	-0,186	-0,168
	p	0,003*	0,007*
Duygusal yeme	r	0,023	-0,052
	p	0,710	0,409
Yeme kontrolü	r	-0,224	-0,114
	p	0,000*	0,071
Odaklanma	r	0,048	0,060
	p	0,450	0,342
Yeme disiplini	r	-0,041	0,009
	p	0,513	0,890
Farkındalık	r	-0,108	-0,107
	p	0,085	0,088

Enterferans	r	-0,048	-0,001
	p	0,449	0,993
<i>Pearson korelasyon analizi</i>		<i>*p<0.05</i>	

Vücut ağırlığı ile YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon ve yeme kontrolü puanı arasında ters yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0,014, p:0,003, p:0,000; p<0,05). Vücut ağırlığı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

BKİ ile yeme tutum testi puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (%17,6) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0,005; p<0,05). BKİ ile disinhibisyon puanı arasında ters yönlü, zayıf düzeyde (%16,8) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0,007; p<0,05).

Tablo 6.19. Bireylerin YFÖ-30, YFÖ-30 Alt Faktörleri, YTT-40 Puanlarının İlişkisi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.YTT-40	r	1,000								
	p									
2.YFÖ-30	r	0,087	1,000							
	p	0,168								
3. Disinhibisyon	r	0,040	0,784	1,000						
	p	0,522	0,000*							
4.Duygusal yeme	r	-0,071	0,647	0,551	1,000					
	p	0,262	0,000*	0,000*						
5.Yeme kontrolü	r	0,105	0,652	0,520	0,150	1,000				
	p	0,095	0,000*	0,000*	0,017*					
6. Odaklanma	r	-0,053	0,078	-0,154	-0,016	0,044	1,000			
	p	0,401	0,217	0,014*	0,794	0,481				
7.Yeme disiplini	r	0,222	0,354	0,020	-0,158	0,209	-0,010	1,000		
	p	0,000*	0,000*	0,750	0,012*	0,001*	0,870			
8. Farkındalık	r	0,045	0,346	0,200	0,081	0,083	-0,088	0,055	1,000	

	p	0,471	0,000*	0,001*	0,196	0,185	0,162	0,387		
9.Enterferans	r	0,170	0,570	0,374	0,287	0,285	-0,086	0,360	0,051	1,000
	p	0,007*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,170	0,000*	0,415	

Pearson korelasyon analizi * $p < 0.05$

YTT-40 puanı ile yeme disiplini ve enterferans puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,000$, $p:0,007$; $p < 0,05$). YTT-40 puanı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

YFÖ-30 puanı ile disinhibisyon puanı arasında pozitif yönlü, iyi düzeyde (%78,4), duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık, enterferans puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,000$; $p < 0,05$). YFÖ-30 puanı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

7. TARTIŞMA

Bu çalışma yetişkin bireylerde yeme tutumu ve farkındalığını değerlendirmek amacıyla Kocaeli’de 254 yetişkin bireyin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

7.1. Bireylerin YTT-40 Puanları ve Yeme Bozukluğu Risk Durumlarına Göre Değerlendirmeleri

Çok tarafından yapılan çalışmada, kadın katılımcıların YTT-40 ölçeği toplam puanlarının ortalaması erkeklerden yüksek bulunmuştur. YTT-40 ölçeği puanına göre kadınlardaki yüksek risk ve orta risk oranı erkeklerden yüksek saptanmıştır (74). Özkahya’nın online diyet alan 1972 kişide yaptığı çalışmada yüksek risk grubunda olanların 263’ünün kadın, 129’unun erkek olduğu, kadınlardaki YTT-40 puanının erkeklerin puanına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (75). Kitiş’in yaptığı çalışmada, yeme bozukluğu riski açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında fark olmadığı görülmüştür. Ayrıca kadın katılımcıların YTT-40 ölçeği toplam puanlarının ortalaması erkek katılımcılardan yüksek bulunmuştur (76). Araştırmamıza katılan bireylerin YTT-40 toplam puanları ortalaması $19,8 \pm 11,38$ ’dir. Buna göre bireylerin %85,4’ünde normal yeme tutumu görülürken, %14,6’sında bozulmuş yeme tutumu görülmektedir. Kadınların YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, erkeklerden yüksektir ($p < 0,05$). Aynı şekilde kadınlarda bozulmuş yeme tutumu görülme oranı, erkeklerden yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu durumun kadınların beden memnuniyetsizliği, daha fazla diyet yapma durumu, toplumdaki ideal vücut kavramına ulaşma arzusu sebebiyle olduğu söylenebilir.

Kitiş’in yaptığı çalışmada, YTT toplam puanı ortalama değerlerine bakıldığında, BKİ’ye göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yeme bozukluğu riski ise zayıf olanlarda normal olanlara göre daha yüksek saptanmıştır (76). Yapılan bir çalışmada katılımcıların BKİ’si arttıkça YTT-40 toplam puanının arttığı saptanmıştır (77). Kadioğlu’nun yaptığı bir çalışmada, yeme bozukluğu riski, hafif şişman/obez olan öğrencilerde normal olanlara göre 2 kat daha fazla, normal olanlarda ise zayıf öğrencilere göre 2,9 kat daha yüksek bulunmuştur (78).

Çok tarafından yapılan çalışmada BKİ grubuna göre yeme tutum riskinde farklılık saptanmamıştır (74). Oğur ve arkadaşları (2016) üniversite öğrencilerinde

yeme bozukluklarına eğilimi saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin BKİ'lerine göre yeme tutum ölçeği puanlarında farklılık olmadığını bulmuştur (79).

Araştırmamıza katılan bireylerin BKİ grupları arasında YTT-40 ölçeği puan ortalamaları açısından farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Ancak BKİ'si normal olan bireylerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı, diğer bireylere göre düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun yanında, BKİ arttıkça yeme tutum testi puanının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durum normal kilolu bireylerin vücut ağırlıklarıyla çok ilgilenmemeleri ve beden memnuniyetsizliklerinin olmaması ihtimali sebebiyle olabilir.

Araştırmamızda kronik hastalığı olan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, kronik hastalığı olmayan kişilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Aynı şekilde kronik hastalığı olan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı, kronik hastalığı olmayan kişilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan bireylerin beslenmelerine daha çok dikkat etmesi gerektiğinin farkında olmaları, onların psikolojik olarak kısıtlanmış hissetmelerine ve böyle bir sonucun çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite yapan bireylerde yeme bozukluğu riski daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (80). Günal'ın yaptığı çalışmada, fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan bireylerin YTT-40 puanının da yüksek olduğu bulunmuştur (81). Benzer şekilde Yıldırım ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada, egzersiz bağımlılığı ile yeme tutum ve yeme davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (82). Araştırmamızda düzenli egzersiz yapan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, düzenli egzersiz yapmayan kişilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak yeme bozukluğu riski açısından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu duruma düzenli egzersiz yapan bireylerin beslenmelerine daha çok dikkat etmesi ihtimali sebep olabileceği düşünülebilir.

Kitiş'in yaptığı çalışmada, YTT toplam puanı daha önceden bir diyet uygulayanlarda, daha önceden herhangi bir diyet uygulamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak daha önceden bir diyet uygulayanlar ile uygulamayanlar arasında yeme bozukluğu riski açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır (76).

Çok'un yaptığı çalışmada, daha önce diyet uygulayan kişilerin %25,3'ü YTT-40 ölçeği puanına göre yüksek risk grubundadır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (74). Erol'un İnönü Üniversitesi'nde ortoreksiya nervoza belirtileri ve yeme tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada diyet yapanlar ve yapmayanlar arasında yeme bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır (83). Sünbül (2019) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada daha önce diyet yapanların %49,3'ü yüksek risk grubunda, daha önce diyet yapmayanların ise %74,3 düşük risk grubunda olduğunu, aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır (84).

Araştırmamızda daha önce zayıflama diyeti yapan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, yapmayan kişilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,000$; $p<0,05$). Aynı şekilde daha önce zayıflama diyeti yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%26,5), yapmayan kişilerden (%7,1) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmamıza katılan bireylerde şu anda zayıflama diyeti yapan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, yapmayan kişilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Aynı şekilde şu anda zayıflama diyeti yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%33,8), yapmayan kişilerden (%7,5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun diyet sürecinde olan bireylerde belirli kalori kısıtlaması olan bir program dahilinde beslenmelerinden dolayı her yiyecek veya içeceği tüketemeden, fazla kiloları sebebiyle kendilerini duygusal olarak mutsuz hissetmelerinden kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, eğitim almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı, eğitim almayanlardan yüksek saptanmıştır. Sağlıklı beslenme eğitimi kapsamında verilen eğitimin içeriği oldukça önemlidir. Bireylere eğitim sırasında çok katı kurallar ile yaklaşılması olumsuz yeme davranışlarıyla sonuçlanabilir. Bu sebeple verilen sağlıklı beslenme eğitimlerinde empati yaparak gerçekçi düşünülmeli ve bireylerin hem beden hem ruh sağlığı düşünülerek eğitim verilmelidir.

Karadağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yalnızca C vitamininin yeme bozukluğu riski olan bireylerde , yeme bozukluğu riski olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (85).

Kitiş'in çalışmasında, YTT toplam puanına göre yeme davranış bozukluğuna yatkın olanlar ve olmayanlar arasında enerji, protein, yağ, karbonhidrat, ve lif tüketim değerleri açısından farklılık saptanmamıştır (76). Karademir'in yaptığı çalışmada, bireylerin enerji, karbonhidrat, protein, yağ tüketimleri arasında farklılık bulunmamıştır. Yeme bozukluğu riski düşük olan bireylerin yeme bozukluğu riski orta olan bireylerden daha az suda çözünür lif tükettiği, 2 kat daha fazla D vitamini tükettiği saptanmıştır (80).

Araştırmamızda YTT-40 ölçeği puanı arttıkça bireylerin enerji, karbonhidrat, sodyum alımı azalmakta, yağ (%) ve C vitamini alımı artmaktadır ($p<0,05$). Araştırmamızda bozulmuş yeme tutumu olan bireylerin günlük enerji, protein, yağ, karbonhidrat, karbonhidrat (%), D vitamini, sodyum, magnezyum, fosfor, bakır, klor, flor, iyot alım miktarları, normal yeme tutumu olan bireylerden düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bozulmuş yeme tutumu olan bireylerin günlük C vitamini alım miktarları, normal yeme tutumu olan bireylerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yeme bozukluğu riski olan bireyler vücut ağırlığı artışı olmaması için günlük aldıkları enerji ve diğer besin öğeleri alımını kısıtlı tutabilir, bu sebeple çalışmamızda aldığımız sonuçta bu durum ile tutarlı gözükmektedir. Ayrıca diğer çalışmalar ile benzer olarak C vitamini alımının yüksek olması bireylerin besin takviyesi almasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

7.2. Bireylerin YFÖ-30 ve YFÖ-30 Faktör Puanlarına Göre Değerlendirmeleri

Karataş'ın (86) sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada YFÖ-30 puan ortalaması $97,30\pm 12,07$ olarak saptanırken, Köse'nin (73) Üsküdar Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin YFÖ-30 puan ortalaması $98,11\pm 13,81$ bulunurken; Barışkan'ın (87) Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında $97,63\pm 13,26$ olarak saptanmıştır. Çalışmalardaki YFÖ puan ortalamalarının araştırmamız ile oldukça

yakın olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda da cinsiyete göre YFÖ-30 puan ortalamalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Boyras'ın yaptığı çalışmada, YFÖ-30 puan ortalaması erkeklerde, kız öğrencilere göre daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca YFÖ-30 faktör puanlarından duygusal yeme ve enterferans (koku, görüntü, reklam gibi etkenlerle baş edebilme) puan ortalamaları erkek öğrencilerde daha yüksek, yeme kontrolü ve odaklanma puan ortalamaları ise kız öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (88).

İbrahimova'nın (89) niversite ğrencilerinde yaptığı çalışmada cinsiyete göre YFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanırken, yeme farkındalığı leğinin duygusal yeme alt faktöründe erkeklerin kızlara göre daha yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur.

zkan'ın (90) yetişkin bireyler üzerinde yaptığı çalışmada erkek ve kadın bireylerin yeme farkındalığı toplam puanı arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. YFÖ-30'un alt boyutlarından duygusal yemede erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip olduğu, yeme disiplini alt boyutunda ise kadınların erkeklerden yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur.

Barişkan'ın çalışmasında kadınların disinhibisyon, yeme kontrolü ve farkındalık alt boyut puan ortalaması, erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Erkeklerin ise duygusal yeme alt boyutu puan ortalaması, kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (87). Atak'ın (91) yetişkin bireyler üzerinde yaptığı çalışmada yeme farkındalığı alt boyutlarında cinsiyetlere göre anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Orbatu'nun lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, kız ğrencilerin YFÖ-30 leği toplam puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır ve alt boyutlardan duygusal yeme, enterferans ve yeme disiplini puanı erkek öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur (92).

İngiltere'de Giannopoulou ve arkadaşları tarafından niversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise kız ğrencilerin YFÖ-30 leği puan ortalaması ve duygusal yeme hariç tüm alt faktör puan ortalamaları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (93). Framson ve arkadaşları tarafından Amerika'da 303 birey ile yapılan çalışmada kadınların duygusal yeme puanı ortalaması erkeklere göre daha düşük saptanmıştır.

Erkeklerin duygusal stres varlığında kadınlardan daha farklı olduğunu savunmuşlardır (56).

Araştırmamızda YFÖ-30 puan ortalaması $97,31 \pm 12,78$ bulunmuştur. Araştırmamızda cinsiyete göre YFÖ-30 puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmamızda YFÖ-30 ölçeği alt boyutlarından duygusal yeme puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede düşük, yeme kontrolü ve yeme disiplini puan ortalamaları ise kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Genel olarak çalışmalarda, duygusal yeme ve enterferans puanları erkeklerde daha yüksek çıkmakta, yeme kontrolü ve odaklanma puanları kızlarda daha yüksek çıkmakta, YFÖ toplam puanları bakımından farklılık göstermektedir. Duygusal yeme puanının kızlarda daha düşük olması, beden kaygısı sebebiyle duygusal durumlarda yeme isteği oluşsa bile kızların bu durumu kontrol altına alabilmeleri sebebi ile olabileceği düşünülmektedir.

Meksika'da çoğunluğu (%75,46) üniversite öğrencisi olan 216 bireyle yapılan çalışmada yeme farkındalığı arttıkça BKİ'nin azaldığı bulunmuştur (94).

Üniversite öğrencileriyle yapılmış başka bir randomize kontrollü çalışmada, tokluk hissine odaklı farkındalık uygulamalarının BKİ düzeyinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (95).

İbrahimova'nın yeme farkındalığı ile ilgili yapmış olduğu çalışmada, YFÖ-30 puanında BKİ gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (89).

Atak'ın yaptığı çalışmada, BKİ 20 altında olan bireylerin yeme farkındalığı alt faktörlerinden disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık, enterferans puanları BKİ 20'den yüksek olan bireylere göre yüksek bulunmuştur (91).

Moor ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada yeme farkındalığı arttıkça BKİ'nin azaldığı saptanmıştır (96). Dalen ve ark. tarafından yapılan çalışmada, yeme farkındalığı uygulamalarının vücut ağırlığı, ve BKİ'de azalma sağladığı gösterilmiştir (58).

Kuseyri (97) tarafından yapılan araştırmada, YFÖ-30 puanı, disinhibisyon ve yeme kontrolü alt faktör puanı arttıkça BKİ'nin azaldığı saptanmıştır. Karataş'ın

yaptığı çalışmada, YFÖ-30 puanı ile vücut ağırlığı ve BKİ değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (86).

Barışkan'ın yaptığı çalışmada da BKİ ve YFÖ-30 puanı ilişkili bulunmamıştır (87). Beden kütle indeksi sınıfları arasında zayıf olanların yeme kontrolü alt boyutu puan ortalaması, normal ve hafif şişman/obez olanlardan yüksek bulunmuştur. Hafif şişman/obez olanların yeme disiplini alt boyutu puan ortalaması, normal olanlardan yüksek saptanmıştır. Zayıf olanların enterferans alt boyutu puan ortalaması, normal ve hafif şişman/obez olanlardan düşük saptanmıştır (87).

Mantzios'un çalışmasında da benzer şekilde farkındalık, BKİ ile ilişkili bulunmamıştır (9). Grinnell ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı düşük olan öğrencilerin ağırlıkları daha yüksek bulunurken (98), Mantzios ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da yeme farkındalığı arttıkça vücut ağırlığının azaldığı saptanmıştır (99).

Köse'nin üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığıyla ilgili yaptığı çalışmada, BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 puan ortalamasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (73).

Boyraz'ın yaptığı çalışmada YFÖ toplam puanı en yüksek olan grup normal kilolular, sonra zayıflar, daha sonra hafif şişmanlar ve en düşük olan grup ise obez öğrencilerdir (88). Özmumcu tarafından 2019'da Isparta'da yapılan çalışmada da katılımcıların BKİ değeri artarken YFÖ skoru azalmıştır (100). Framson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada BKİ değeri ile YFÖ puanı arasında ters orantı olduğunu saptamıştır (56). Araştırma sonuçları incelendiğinde normal kilolu bireylerin, hafif şişman ve obez bireylere göre yeme farkındalığının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Boyraz'ın yaptığı çalışmada BKİ'si normal olan öğrencilerin obez bireylere göre disinhibisyon, yeme disiplini, yeme kontrolü ve farkındalık puanları daha yüksek bulunmuştur (88). Bu sonuçlara göre obez bireylerin yeme farkındalığının düşük olduğu, obezite ve yeme farkındalığı arasında bir ilişki olduğu söylenebilir. Bu durum yemek yeme konusunda kendini kontrol edebilenlerin gereksiz enerji alımından kaçınarak ağırlık yönetimini sağlayabildikleri ve böylece zayıf ve normal kiloda

kalabildiklerini düşündürmektedir. Yeme kontrolü, farkındalık, disinhibisyon ve yeme disiplini puanı düşük olanların obez bireyler olması da bu kanıyı desteklemektedir.

Beshara ve arkadaşları tarafından 2013'de Avustralya'da yapılan çalışmada vücut ağırlığı ile YFÖ-30 toplam puanı arttıkça duygusal yeme ve disinhibisyon alt faktör puanlarının azaldığı saptanmıştır (64). Framson ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise BKİ arttıkça tüm YFÖ alt boyut puanlarının azaldığı tespit edilmiştir (56). Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalar vücut ağırlığı yönetimi ve obeziteyle mücadelede yeme farkındalığının önemi kanıtlar niteliktedir.

Karataş'ın yaptığı çalışmada YFÖ-30 alt faktörlerinden yeme kontrolü puanı arttıkça vücut ağırlığı ve BKİ'nin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca alt faktörlerden farkındalık puanı arttıkça vücut ağırlığının azaldığı bulunmuştur (86). Literatüre bakıldığında Köse tarafından yapılan çalışmada, yeme kontrolü puanı arttıkça ağırlık ve BKİ azaldığı tespit edilmiştir (73). Köse ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada obez katılımcıların daha düşük disinhibisyon, yeme disiplini, duygusal yeme ve farkındalık puanlarına sahip olduğu saptanmıştır (77). Üstündağ'ın çalışmasında düşünmeden yeme, duygusal yeme, disinhibisyon ve yeme disiplini BKİ ile ilişkili bulunurken (101), Özkan'ın çalışmasında ise YFÖ alt faktörlerinden disinhibisyon ve yeme kontrolü puanı arttıkça; vücut ağırlığı ve BKİ'nin azaldığı saptanmıştır (90).

Kitiş'in çalışmasında, YFÖ toplam puanı ortalaması, hafif şişman grupta zayıf ve normal gruptan ayrıca obez grupta zayıf gruptan yüksek bulunmuştur. YFÖ puanı alt faktörlerine baktığımızda, disinhibisyon puanı ortalaması, obez, hafif şişman ve normal gruplarda zayıf gruptan ve ayrıca hafif şişman grupta normal gruptan yüksek bulunmuştur. Yeme kontrolü puan ortalaması açısından, obez, hafif şişman ve normal gruplarda zayıf gruptan ve ayrıca obez ve hafif şişman grupta normal gruptan yüksek bulunmuştur. Yeme disiplini puan ortalaması obez grupta normal gruptan yüksek bulunmuştur (76).

Araştırmamızda BKİ'ye göre YFÖ-30 puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmamızda YFÖ-30 ölçeği alt boyutlarından farkındalık puanı ortalaması obez bireylerde normal kilolu ve hafif şişman bireylere göre düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Farkındalık puanının düşük olması ile bağlantılı

olarak bu durumun bireylerde vücut ağırlığı yönetimini zorlaştırarak kilo problemine yol açtığı düşünülebilir. Ayrıca YFÖ-30 ölçeği disinhibisyon alt puanı arttıkça BKİ'nin azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Bireylerin yedikleri yiyecekleri açlık-tokluk durumlarını düşünmeden yemeleri vücut ağırlıklarının kontrollerini zorlaştırarak kilo problemlerine sebep olabilir.

Karataş'ın sağlık yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin YFÖ-30 puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun nedeni, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarından dolayı takip etmeleri gereken bir beslenme planları olması veya hastalıkları nedeniyle beslenmelerine daha fazla özen göstermeleri olabilir şeklinde değerlendirilmiştir (86). Barışkan'ın (87) ve Özmumcu'nun (100) yaptığı çalışmada ise kronik hastalık varlığı ile YFÖ-30 puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Atak'ın yaptığı çalışmada ise kronik hastalık varlığı ile YFÖ-30 faktör puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (91). Barışkan'ın çalışmasında kronik hastalığı olanların disinhibisyon ve farkındalık alt boyut puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (87).

Araştırmamızda kronik hastalık durumuna göre YFÖ-30 puan ortalamalarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmamızda YFÖ-30 ölçeği alt boyutlarından disinhibisyon puan ortalaması kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı olmayan bireylere göre düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumun nedeni, kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları sebebiyle sağlıklı beslenmeye daha çok dikkat etmeleri sebebiyle olabilir.

İbrahimova'nın çalışmasında YFÖ ile fiziksel aktivite süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (89). Barışkan'ın çalışmasında, fiziksel aktivite arttıkça YFÖ puanının arttığı bulunmuştur (87). Barışkan'ın çalışmasında, düzenli egzersiz yapanların duygusal yeme, yeme disiplini alt boyutu ve YFÖ-30 toplam puan ortalaması, düzenli egzersiz yapmayanlara göre yüksek bulunmuştur (87).

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapan bireylerin YFÖ-30 ölçeği puan ortalamaları, yeme disiplini, düzenli beslenme, enterferans puan ortalamaları, düzenli egzersiz yapmayan kişilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlıklı yaşam için düzenli egzersiz ve sağlıklı beslenmeye özen gösterilmelidir. Çalışmamızdaki sonucu

incelediğimizde, düzenli egzersiz yapan bireylerin sağlıklı yaşam konusunda daha bilinçli olmaları ve egzersize ek olarak beslenmenin de önemli olduğu konusunda farkındalık sahibi olmalarından kaynaklanabilir.

Atak'ın yaptığı çalışmada, önceden diyet yapmayanlarda YFÖ-30 ölçeği duygusal yeme, yeme kontrolü, bilinçli beslenme alt boyut puan ortalamaları önceden diyet yapanlara göre yüksek bulunmuştur (91). Uçar'ın yaptığı çalışmada ise daha önce diyet yapanlar veya yapmayanlar arasında YFÖ-30 ölçeğine göre farklılık bulunmamıştır (102).

Barışkan'ın yaptığı çalışmada çoğunlukla diyet yapanların disinhibisyon alt boyutu puan ortalaması, bazen diyet yapanlardan ve hiç diyet yapmayanlardan düşük bulunmuştur. Hiçbir zaman diyet yapmayanların duygusal yeme ve yeme kontrolü alt boyutu puan ortalaması, çoğunlukla diyet yapanlardan yüksek bulunmuştur. Çoğunlukla diyet yapanların yeme disiplini alt boyutu puan ortalaması, bazen diyet yapanlardan ve hiç diyet yapmayanlardan yüksek saptanmıştır. Bazen diyet yapanların farkındalık alt boyutu puan ortalaması, çoğunlukla diyet yapanlardan yüksek saptanmıştır (87).

Kitiş'in çalışmasında, YFÖ alt kategorilerine bakıldığında; disinhibisyon puanı daha önceden herhangi bir diyet uygulayanlarda, uygulamayanlara göre yüksek bulunmuştur. Yeme disiplini puanı ise daha önceden herhangi bir diyet uygulamayanlarda, uygulayanlara göre yüksek bulunmuştur (76).

Araştırmamızda daha önce zayıflama diyeti yapan bireylerin disinhibisyon, duygusal yeme, yeme disiplini puan ortalamaları, yapmayan bireylerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Genellikle bireyler diyet süreçlerini sağlıklı beslenme süreci yerine geçici bir süreç olarak benimseyerek bu süreçte kendilerini kısıtlar ve hedef ağırlıklarına ulaştıklarında eski beslenme düzenine geri dönerler. Dolayısıyla diyet sürecinde kendilerini kısıtlanmış hissetmeleri sebebiyle disinhibisyon ve duygusal yeme puanları yüksek çıkmış olabilir, bunun yanında bu süreçte kazandıkları beslenme düzeni ve saatleri gibi konular sebebiyle yeme disiplini puanlarının yüksek çıktığı düşünülebilir.

Uçar'ın yaptığı çalışmada, beslenme konusunda herhangi bir kaynaktan bilgi alan ve bilgi almayan öğrencilerin yeme farkındalıkları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (102). Araştırmamızda daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alan bireylerin duygusal yeme, yeme disiplini puan ortalamaları eğitim almayan kişilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim alan kişiler için özellikle yeme disiplini puanının yüksek olması olağan bir durumdur. Duygusal yemede psikolojik faktörlerde etkili olduğundan, sağlıklı beslenme eğitimi tek başına yeterli olmamış olabilir.

Keyte ve arkadaşları tarafından 2020 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, yeme farkındalığı arttıkça enerji yoğunluğu yüksek besin tüketiminin azaldığı saptanmıştır (103). Dalen ve ark. tarafından yapılan çalışmada, yeme farkındalığı düzeyi yüksek olan bireylerin enerji yoğunluğu yüksek besinleri daha az tüketme olasılığı ve fark etmeden atıştırma olasılığı daha düşük düzeyde bulunmuştur (58).

Ibrahimova'nın yaptığı çalışmada, YFÖ-30 puanı arttıkça günlük ortalama enerji, yağ ve karbonhidrat tüketim miktarının azaldığı saptanmıştır (89). Kuseyri'nin yaptığı çalışmada, yeme farkındalığı arttıkça enerji yoğunluğu yüksek olan besinlerin tüketim sıklığının azaldığı bulunmuştur (97).

Hutchinson ve arkadaşları tarafından gebeler üzerinde yapılan çalışmada, yeme farkındalığı yüksek olan gebelerin meyve-sebze tüketimlerinin daha fazla olduğu ve enerji yoğunluğu yüksek besinleri daha az tükettikleri saptanmıştır (104). Beshara ve ark.'ın yaptığı benzer bir çalışmada da YFÖ puanı arttıkça enerji yoğunluğu yüksek besinlerin tüketiminin azaldığı bulunmuştur (105).

Kitiş'in çalışmasında, YFÖ toplam puanı arttıkça enerji ve karbonhidrat alımının arttığı, protein alım oranının azaldığı saptanmıştır (76).

Araştırmamızda YFÖ-30 ölçeği puanı arttıkça enerji, CHO alımının azaldığı, protein alım oranının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu durumun yeme farkındalığı yüksek olan bireylerde, açlık-tokluk sinyallerini iyi gözlemleyebilmeleri ve daha çok sağlıklı yiyecekleri tercih etmeleri sebebiyle özellikle enerji içeriği yüksek karbonhidratlı yiyeceklerden uzak durmalarından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

7.3. Bireylerin Yaşları ile YTT-40 Puanları, YFÖ-30 Puanları ve YFÖ-30 Faktör Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çok'un yaptığı çalışmada yaş arttıkça YTT-40 puanının arttığı bulunmuştur (74). Oğur ve arkadaşları'nın (2016) üniversite öğrencilerinin yeme bozukluklarına yatkınlıklarını saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaşları ile YTT-40 puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (79). Kazkondur (2010) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada 17-23 yaş grubunda olan öğrencilerin 24-29 ve 30-42 yaş aralığında bulunan öğrencilere göre yeme bozukluğu açısından daha riskli olduğunu saptamıştır (35). Araştırmamızda yaş ile YTT-40 ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Yapılan çalışmalarda genellikle genç yaşlardaki bireylerde yeme bozuklukları riski saptanmaktadır.

Ibrahimova (89), Atak (91) ve Boyraz'ın (88) çalışmasında, katılımcıların yaşı ile YFÖ-30 toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Köse ve arkadaşları 2016'da İstanbul'da 18-45 yaş aralığında yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşları arttıkça yeme farkındalıklarının arttığını, alt boyutlardan ise yaşla beraber farkındalık, disinhibisyon, yeme disiplini, duygusal yeme ve enterferans puanları artarken yeme kontrolü ve odaklanma puanlarının azaldığını saptamışlardır (10). Framson ve arkadaşları ise 18- 80 yaş aralığında yaptığı çalışmada yaş arttıkça odaklanma hariç disinhibisyon, duygusal cevap, farkındalık ve dışsal etken puanlarının da attığını saptamışlardır (56). Barışkan'ın çalışmasında, yaş arttıkça YFÖ-30 puanının arttığı saptanmıştır (87). Özümücü'nun çalışmasında ise yaş arttıkça YFÖ-30 puanı azalmaktadır (100). Köse'nin yaptığı çalışmada ise öğrencilerin yaşları arttıkça duygusal yeme puanının arttığı bulunmuştur (73). Araştırmamızda yaş ile YFÖ-30 toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yaş arttıkça duygusal yeme, odaklanma, enterferans puanlarının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş arttıkça yeme kontrolü, farkındalık puanının azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$).

7.4. Bireylerin YFÖ-30 Puanları, YFÖ-30 Faktör Puanları ve YTT-40 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Köse tarafından yapılan çalışmada, öğrencilerin yeme tutum testinden aldıkları puanlar arttıkça yeme farkındalığı ölçeği toplam puanı ve alt faktörlerinden aldıkları puanların tamamı artmaktadır. Sadece odaklanma alt faktörü ile YFÖ-30 arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (73). Framson ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise yeme farkındalığı puanı arttıkça disinhibisyon faktör puanının azaldığı saptanmıştır (56).

Kitiş'in çalışmasında, YFÖ-30 toplam puanı arttıkça YTT-40 toplam puanının arttığı saptanmıştır. YFÖ-30 alt faktörlere bakıldığında; disinhibisyon, duygusal yeme, enterferans puanları arttıkça YTT toplam puanının arttığı belirlenmiştir. Diğer yandan, odaklanma ve yeme disiplini puanları arttıkça YTT toplam puanının azaldığı saptanmıştır (76).

Araştırmamızda YFÖ-30 puanı arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık, enterferans puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). YTT-40 arttıkça yeme disiplini ve enterferans puanının arttığı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bilgilerin ışığında farkındalıkla beslenmenin, bireylerin açlık tokluk sinyallerinin daha çok farkında olmasını ve daha sağlıklı besin seçimleri yapabilmesini sağlayacağı ve böylece vücut ağırlığı yönetimine katkıda bulunabileceği söylenebilir.

8. SONUÇ

Çalışmaya, Kocaeli ilinde yaşayan, yaşları 18-64 yaş arasında değişen 127 kadın ve 127 erkek olmak üzere toplamda 254 birey katılmıştır. Bu tez çalışmasının amacı; yetişkin bireylerde yeme tutum ve farkındalığını araştırmak ve literatür ışığında değerlendirmektir.

- Çalışma 18-64 yaş arası 127 kadın ve 127 erkek olmak üzere toplam 254 birey ile yürütülmüştür. Bireylerin yaş ortalaması $30,17 \pm 10,56$ yıldır.
- Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $75,79 \pm 15,78$ kg'dır. Boy uzunlukları ortalaması $172,21 \pm 9,58$ cm'dir. BKİ ortalaması $25,52 \pm 4,76$ kg/m²'dir.
- Çalışmaya katılan bireylerin %45,7'si normal kilolu, %31,9'u hafif şişman, %18,5'i obez, %3,9'u zayıftır.
- Çalışmaya katılan bireylerde kadınların ve erkeklerin YTT-40 ölçeği, duygusal yeme, yeme kontrolü ve yeme disiplini puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadınların YTT-40 ölçeği, yeme kontrolü ve yeme disiplini puan ortalamaları erkeklerden yüksek bulunurken, duygusal yeme puan ortalamaları ise erkeklerden düşük bulunmuştur. Kadınların ve erkeklerin YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon, odaklanma, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde BKİ grupları arasında YTT-40 ölçeği, YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini ve enterferans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). BKİ grupları arasında farkındalık puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0,005$; $p < 0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek üzere yapılan post-hoc analizi sonucunda, obez bireylerin farkındalık puanları, normal kilolu ve hafif şişman bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p_1:0,030$; $p_2:0,011$; $p < 0,05$). Diğer BKİ grupları arasında

farkındalık puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- Çalışmaya katılan bireylerde kronik hastalığı olan bireylerin YTT-40 ölçeği puan ortalamaları, kronik hastalığı olmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$; $p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan bireylerin disinhibisyon puan ortalamaları, kronik hastalığı olan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,002$; $p<0,05$). Kronik hastalık varlığına göre YFÖ-30 ölçeği, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde düzenli egzersiz yapan bireylerin YTT-40 ölçeği, YFÖ-30 ölçeği, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları, düzenli egzersiz yapmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,010$, $p:0,003$, $p:0,000$; $p<0,05$). Düzenli egzersiz varlığına göre disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü ve odaklanma puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde şu anda zayıflama diyeti yapan bireylerin YTT-40 ölçeği, yeme disiplini ve enterferans puan ortalamaları, yapmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$, $p:0,000$, $p:0,015$; $p<0,05$). Şu anda zayıflama diyeti yapmayan bireylerin duygusal yeme ölçeği puan ortalamaları, yapan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,004$; $p<0,05$). Şu anda zayıflama diyeti yapma durumuna göre YFÖ-30 toplam puanı, disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma ve farkındalık puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde daha önce zayıflama diyeti yapan bireylerin YTT-40 ölçeği ve yeme disiplini puan ortalamaları, yapmayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$, $p:0,000$; $p<0,05$). Daha önce zayıflama diyeti yapmayan bireylerin disinhibisyon ve duygusal yeme puan ortalamaları, yapan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,029$, $p:0,001$; $p<0,05$). Daha önce zayıflama diyeti yapma durumuna göre YFÖ-30 toplam puanı, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans

puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- Çalışmaya katılan bireylerde daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alan bireylerin YTT-40 ölçeği, yeme disiplini puan ortalamaları, eğitim almayan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$, $p:0,001$; $p<0,05$). Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi almayan bireylerin duygusal yeme ölçeği puan ortalamaları, eğitim alan kişilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,009$; $p<0,05$). Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alma durumuna göre YFÖ-30 toplam puanı, disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde YTT-40 ölçeği puanı ile enerji, CHO (g), CHO (%), sodyum (mg), arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,004$, $p:0,011$, $p:0,020$, $p:0,038$; $p<0,05$). YTT-40 ölçeği puanı ile yağ (%), C vitamini arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (%14,1) ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,025$, $p:0,023$; $p<0,05$). YTT-40 ölçeği puanı ile diğer enerji ve besin öğeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde YFÖ-30 ölçeği puanı ile enerji, CHO (g) arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde (%12,4) ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,048$, $p:0,044$; $p<0,05$). YFÖ-30 ölçeği puanı ile protein (%) arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (%13,6) ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,030$; $p<0,05$). YFÖ-30 ölçeği puanı ile diğer enerji ve besin öğeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan kadınlarda bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%22), erkeklerden (%7,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,001$; $p<0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde BKİ grupları arasında yeme bozukluğu riski açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p:0,015$; $p<0,05$).

Bozulmuş yeme tutumu görülme oranı normal kilolu kişilerde (%6,9), zayıf (%20), hafif şişman (%19,8) ve obez (%23,4) kişilerden anlamlı şekilde düşüktür ($p_1:0,041$; $p_2:0,013$; $p_3:0,007$; $p<0,05$). Zayıf, hafif şişman ve obez kişiler arasında yeme tutumu bozukluğu riski açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%33,3), kronik hastalığı olmayan kişilerden (%11,2) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,001$; $p<0,05$).
- Çalışmaya katılan düzenli egzersiz yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%21,1), düzenli egzersiz yapmayan kişilerden (%12) daha yüksek olmakla birlikte, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan şu anda zayıflama diyeti yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%33,8), yapmayan kişilerden (%7,5) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$; $p<0,05$).
- Çalışmaya katılan daha önce zayıflama diyeti yapan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%26,5), yapmayan kişilerden (%7,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$; $p<0,05$).
- Çalışmaya katılan daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi alan kişilerde bozulmuş yeme tutumu görülme oranı (%29,4), eğitim almayan kişilerden (%9,1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$; $p<0,05$).
- Çalışmaya katılan normal yeme tutumu olan bireylerin günlük enerji, protein, yağ, karbonhidrat, karbonhidrat (%), D vitamini (μg), sodyum (μg), magnezyum (μg), fosfor (μg), bakır (μg), klor (μg), flor (μg), iyot (μg) alım miktarları, bozulmuş yeme tutumu olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,000$, $p:0,009$, $p:0,011$, $p:0,001$, $p:0,036$, $p:0,023$, $p:0,001$, $p:0,044$, $p:0,021$, $p:0,004$, $p:0,017$, $p:0,003$, $p:0,028$; $p<0,05$). Bozulmuş yeme tutumu olan bireylerin günlük C vitamini (μg) alım miktarları, normal yeme tutumu olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0,021$; $p<0,05$).

- Çalışmaya katılan bireylerde yaş ile YTT-40 ölçeği, YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon ve yeme disiplini puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yaş ile duygusal yeme, odaklanma, enterferans puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,000$, $p:0,026$, $p:0,025$; $p<0,05$). Yaş ile yeme kontrolü ve farkındalık puanları arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,033$, $p:0,041$; $p<0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde vücut ağırlığı ile YFÖ-30 ölçeği, disinhibisyon ve yeme kontrolü puanı arasında ters yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,014$, $p:0,003$, $p:0,000$; $p<0,05$). Vücut ağırlığı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde BKİ ile yeme tutum testi puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde (%17,6) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,005$; $p<0,05$). BKİ ile disinhibisyon puanı arasında ters yönlü, zayıf düzeyde (%16,8) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,007$; $p<0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde YTT-40 puanı ile yeme disiplini ve enterferans puanı arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,000$, $p:0,007$; $p<0,05$). YTT-40 puanı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- Çalışmaya katılan bireylerde YFÖ-30 puanı ile disinhibisyon puanı arasında pozitif yönlü, iyi düzeyde (%78,4), duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık, enterferans puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0,000$; $p<0,05$). YFÖ-30 puanı ile diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Yeme bozukluğu olan bireylerin sayısının gün geçtikçe arttığı ve daha hızlı bir artış göstereceği beklenmektedir. Bunun önüne geçmek, yeme bozukluğunu bir halk sağlığı sorunu olarak görmek ve gerekli tedbirleri almakla mümkündür. Yeme

bozuklukları, bireyin bireysel ve sosyal yaşantısını sınırlandırıp ruh ve beden sağlığını tehdit ederek ölüme kadar götürebilecek sonuçları düşünöldüğünde ciddiye alınması gereken bir durum olduğu söylenebilir. Bunun yanında farkındalıklı yeme, sorunlu yeme davranışlarını ve birçok kişinin besin alımını kontrol ederken karşılaştığı zorlukları ele alma potansiyeline sahiptir. Farkındalıklı yeme, topluma yönelik kilo yönetimi tavsiyelerine dahil edilecek olumlu bir strateji gibi görünmektedir.

Bugüne kadar yapılan çalışmalar yeterli olmamakla birlikte toplumun daha geniş kesimini kapsayan taramaların yapılması gereklidir. Ayrıca sağlıklı beslenme konusunda akademik eğitim almış bireylerce doğru beslenme eğitimlerinin yapılması büyük önem taşımaktadır. Medyada yer alan yiyecek reklamları ve beslenme ile ilgili programlarda sağlıklı beslenme konusunun doğru ve objektif bir şekilde yapılması sağlanarak, medyaya önem veren bireylerin bu konuda daha bilinçli davranmaları konusunda yol gösterici olunabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Katırcı AN. Klinik Olmayan Örnekleme Otomatik Düşüncelerin Yeme Tutumuna Etkisi ve Diğer Değişkenler ile İlişkisinin İncelenmesi. Ü.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2018.
2. Gürel G. Lise Öğrencilerinde Yeme Tutumu Üzerinde Beden Algısı, Kontrol Odağı ve Ebeveyn Tutumunun Etkisi. İ.A.Ü. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2020.
3. Batum P. Kişilik Bozuklukları ve Yeme Bozuklukları: Etiyolojik İlişkiler ve Cevaplanmamış Sorular. Türk Psikol Yazıları. 11(21);65–73, 2008.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
5. Kessler RC, Berglund PA, Xavier M. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. Biol Psychiatry. 73(9);904–14, 2014.
6. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: A population-based study of diagnoses and risk factors. BMC Med. 15(1);1–10, 2017.
7. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. Am J Clin Nutr. 109(5);1402–13, 2019.
8. Beccia AL, Dunlap C, Hanes DA, Courneene BJ, Zwickey HL. Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. Ment Heal Prev. 9;1–12, 2018.
9. Mantzios M, Egan H, Hussain M, Keyte R, Bahia H. Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: an exploratory investigation. Eat Weight Disord. 23(6);833–40, 2018.

10. Köse G, Tayfur M, Birincioğlu I, Dönmez A. Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *J Cogn Psychother Res.* (27);1, 2016.
11. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eat Disord.* 19(1);49–61, 2011.
12. Arch JJ, Brown KW, Goodman RJ, Della Porta MD, Kiken LG, Tillman S. Enjoying food without caloric cost: The impact of brief mindfulness on laboratory eating outcomes. *Behav Res Ther.* 79;23–34, 2016.
13. Olson KL, Emery CF. Mindfulness and weight loss: A systematic review. *Psychosom Med.* 77(1);59–67, 2015.
14. Elliott MA, Brewster SE, Thomson JA, Malcolm C, Rasmussen S. Testing the bi-dimensional effects of attitudes on behavioural intentions and subsequent behaviour. *Br J Psychol.* 106(4);656–74, 2015.
15. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 29(6);336–9, 2016.
16. Agh T, Kovacs G, Supina D, Pawaskar M, Herman BK, Voko Z, et al. A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eat Weight Disord.* 21(3);353–64, 2016.
17. Smink FRE, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 14(4);406–14, 2012.
18. Rikani AA, Choudhry Z, Choudhry AM, Ikram H, Asghar MW, Kajal D, et al. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci.* 20(4);157–61, 2013.
19. Santonicola A, Gagliardi M, Guarino MPL, Siniscalchi M, Ciacci C, Iovino P. Eating disorders and gastrointestinal diseases. *Nutrients.* 11(12);1–17, 2019.

20. Erriu M, Cimino S, Cerniglia L. The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review. *Behav Sci (Basel)*. 10(4), 2020.
21. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 50(1);24–9, 2020.
22. Xiang H, Han J, Ridley WE, Ridley LJ. Pica : Eating disorder. *J Med Imaging Radiat Oncol*.1;97-8, 2018.
23. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M. Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się - subiektywny przegląd. *Psychiatr Pol*. 50(3);497–507, 2016.
24. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 29(6);340–5, 2016.
25. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 101(12);1168–75, 2016.
26. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 42(1);45–57, 2019.
27. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 395(10227);899–911, 2020.
28. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 12;213-18, 2016.
29. Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. A systematic scoping review of diagnostic validity in avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 52(4);331–60, 2019.
30. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*. 2(12);1099–111, 2015.
31. Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, et al. Anorexia nervosa. *Nat Rev Dis Prim*. (1);1–22, 2015.
32. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia

- Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 42(2);263–74, 2019.
33. Schalla MA, Stengel A. Gastrointestinal alterations in anorexia nervosa — A systematic review. *Eur Eat Disord Rev.* 27(5);447–61, 2019.
 34. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther.* 9;11–6, 2018.
 35. Jain A, Yilanli M. Bulimia Nervosa. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2021 Jan-.
 36. Wade TD. Recent Research on Bulimia Nervosa. *Psychiatr Clin North Am.* 42(1);21–32, 2019.
 37. Timko CA, DeFilipp L, Dakanalis A. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms. *Curr Psychiatry Rep.* 12;21(1):1, 2019.
 38. Güleç Öyekçin D. Approach to eating disorders. *Turkiye Aile Hekim Derg.* 15(1);29–35, 2011.
 39. Friedl L. Eating disorders. *J Okla Dent Assoc.* 37(8);330–31, 2016.
 40. Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 42(1);33-43, 2019.
 41. Hay P, Girosi F, Mond J. Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *J Eat Disord.* 3(1);1–7, 2015.
 42. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eat Behav.* 15(2);197–204, 2014.
 43. Kabat-Zinn J. Mindfulness. *Mindfulness (NY).* 6;1481–3, 2015.
 44. Nelson JB. Mindful eating: The art of presence while you eat. *Diabetes Spectr.* 30(3);171–4, 2017.
 45. Kang Y, Gruber J, Gray JR. Mindfulness and de-automatization. *Emot Rev.* 5(2);192–201, 2013.
 46. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management

- in healthy people: A review and meta-analysis. *J Altern Complement Med.* 15(5);593–600, 2009.
47. Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-Kindness and Compassion Meditation: Potential for Psychological Interventions. *Clin Psychol Rev.* 31(7);1126–32, 2011.
 48. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: A systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med.* 17(1);83–93, 2011.
 49. Zeidan F, Grant JA, Brown CA, McHaffie JG, Coghill RC. Mindfulness meditation-related pain relief. *Neurosci Lett.* 520(2);165–73, 2013.
 50. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *J Consult Clin Psychol.* 78(2);169–83, 2010.
 51. Klainin-Yobas P, Cho MAA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 49(1);109–21, 2012.
 52. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 31(6);1032–40, 2011.
 53. Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med.* 38(2);348–62, 2015.
 54. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control: How acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite.* 84;171–80, 2015.
 55. Battles J. An exploration of the relationships between mindfulness and obesity-related eating behaviors. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng.* 81(8-B), 2020.
 56. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D.

- Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *J Am Diet Assoc.* 109(8);1439–44, 2009.
57. Gay L, Satori N. Eating disorders. Vol. 68, *Revue de l’Infirmiere.* 16–18 p, 2019.
 58. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complement Ther Med.* 18(6);260–4, 2010.
 59. Trial ARC. Mindfulness S.T.O.P, Mindful Eating, Progressive Muscle Relaxation, Deep and Mindful Breathing, Mindful H.T.C, Pleasant Imagery, Gratitude Workout, and a Mindful package of breathing, imagery, and self-awareness. 41(2);145–54, 2014.
 60. Hendrickson KL, Rasmussen EB. Effects of mindful eating training on delay and probability discounting for food and money in obese and healthy-weight individuals. *Behav Res Ther.* 51(7);399–409, 2013.
 61. Salvo V, Kristeller J, Marin JM, Sanudo A, Lourenço BH, Schweitzer MC, et al. Mindfulness as a complementary intervention in the treatment of overweight and obesity in primary health care: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 19(1);1–14, 2018.
 62. O’Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-Based Interventions for Obesity-Related Eating Behaviors: A Literature Review. *Obes Rev.* 15(6);453-61, 2014.
 63. Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: An integrative review. *Complement Ther Med.* 21(4);430–9, 2013.
 64. Seguias L, Tapper K. The effect of mindful eating on subsequent intake of a high calorie snack. *Appetite.* 121;93–100, 2018.
 65. Timmerman GM, Brown A. The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *J Nutr Educ Behav.* 44(1);22–

- 8, 2012.
66. Fung TT, Long MW, Hung P, Cheung LWY. An Expanded Model for Mindful Eating for Health Promotion and Sustainability: Issues and Challenges for Dietetics Practice. *J Acad Nutr Diet.* 116(7);1081–6, 2016.
 67. Vinai P, Ferri R, Anelli M, Ferini-Strambi L, Zucconi M, Oldani A, et al. New data on psychological traits and sleep profiles of patients affected by nocturnal eating. *Sleep Med.* 16(6);746–53, 2015.
 68. Lattimore P, Fisher N, Malinowski P. A cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. *Appetite.* 56(2);241–8, 2011.
 69. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev.* 30(2);272–83, 2017.
 70. World Health Organization (WHO). Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Geneva, 2008.
 71. Savaşır I, Neşe Erol. Yeme tutum testi: Anoreksia nervosa belirtiler indeksi. Vol. 7, *Journal of Psychology.* p. 19–25, 1989.
 72. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 9(2);273–9, 1979.
 73. Köse G. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara, 2017.
 74. Çok G. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerde Ortoreksiya Nervosa Sıklığı ve Beslenme Durumunun İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2020.
 75. Özkahya KD. Online diyet alan yetişkin bireylerde ortoreksiya nervoza ve ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2015.

76. Kitiş Ç. Hastanelerin Diyet Polikliniklerine Başvuran Hastaların Yeme Tutumları ve Yeme Farkındalıklarının Belirlenmesi. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Konya, 2019.
77. Kose G, Ciplak E. Mindful eating questionnaire: Eating control, emotional eating and conscious nutrition trio. *Prog Nutr.* 22(2);555–61, 2020.
78. Kadioglu M, Ergun A. The Eating Attitudes of The University Students, Self-Efficacy and Affecting Factors. *J Marmara Univ Inst Heal Sci.* 5(2);96-104, 2015.
79. Oğur S, Aksoy A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilim Derg.* 5(1):14–26, 2016.
80. Karademir M. Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Yeme Tutumlarının Saptanması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2017.
81. Günal H. Akademik Personelin Duygusal İştah Durumu, Yeme Tutumu ve Fiziksel Aktivite Parametrelerinin antropometrik Ölçümlere Etkisi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2020.
82. Yıldırım İ, Yıldırım Y, Ersöz Y, Işık Ö, Saraçlı S, Karagöz Ş, Yağmur R. Egzersiz Bağımlılığı , Yeme Tutum v e Davranışları İlişkisi. *CBÜ Bed Eğt Spor Bil Dergisi.* 12(1);43-54, 2017.
83. Erol Ö. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Malatya, 2018.
84. Sünbül Ş. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu ve Ortoreksiya Nervoza Eğilimlerinin Belirlenmesi. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Konya, 2019.
85. Karadağ MG, Elibol E, Yıldırım H, Akbulut G, Çelik MG, Değirmenci M, et al. Sağlıklı Yetişkin Bireylerde Yeme Tutum ve Ortorektik Davranışlar ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Gmj.* 27:107–14, 2016.

86. Karataş YF. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2020.
87. Barışkan H. Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinde Abdominal Obezite Sıklığı ve Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2019.
88. Boyraz NS. Lise Öğrencilerinde Yeme Farkındalığı ile Olumsuz Beden Konuşmaları ve Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Etkileyen Faktörler. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Malatya, 2020.
89. İbrahimova A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığına Göre Aşırı Besin İsteği, İştah ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2020.
90. Özkan N. Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme Ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu İle İlişkisi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2018.
91. Atak ND. Akdeniz Diyetine Bağlılıkla Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yeme Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. A.M.A.A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2020.
92. Subay Orbatu D. Evaluation of Eating Awareness in High School Children in İzmir. J Tepecik Educ Res Hosp. 30(1):19–27, 2020.
93. Giannopoulou I, Kotopoulea-Nikolaidi M, Daskou S, Martyn K, Patel A. Mindfulness in eating is inversely related to binge eating and mood disturbances in university students in health-related disciplines. Nutrients. 12(2), 2020.
94. Pintado-Cucarella S, Rodríguez-Salgado P. Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. J Behav Heal Soc Issues. 8(2);19–24, 2016.
95. Daly P, Pace T, Berg J, Menon U, Szalacha LA. A mindful eating intervention: A theory-guided randomized anti-obesity feasibility study with adolescent

- Latino females. *Complement Ther Med.* 28;22–8, 2016.
96. Moor KR, Scott AJ, McIntosh WD. Mindful Eating and Its Relationship to Body Mass Index and Physical Activity Among University Students. *Mindfulness (N Y).* 4(3);269–74, 2013.
 97. Kuseyri G. Üniversite Öğrencilerinde Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yeme Davranışının Beslenme Durumu Üzerine Etkisi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2020.
 98. Grinnell S, Greene G, Melanson K, Blissmer B, Lofgren IE. Anthropometric and behavioral measures related to mindfulness in college students. *J Am Coll Heal.* 59(6);539–45, 2011.
 99. Mantzios M, Egan H, Bahia H, Hussain M, Keyte R. How does grazing relate to body mass index, self-compassion, mindfulness and mindful eating in a student population? *Heal Psychol Open.* 5(1), 2018.
 100. Özmumcu SB. Isparta İli Bir Üniversite Hastanesi İdari Personeli Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Isparta, 2019.
 101. Üstündağ EG. Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı İle Ortoreksiya Nervoza Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Mersin, 2020.
 102. Uçar A. Lise Öğrencilerinde Hedonik Açlık ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu İle İlişkisi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2020.
 103. Keyte R, Egan H, Mantzios M. How does mindful eating without non-judgement, mindfulness and self-compassion relate to motivations to eat palatable foods in a student population? *Nutr Health.* 26(1);27–34, 2020.
 104. Hutchinson AD, Charters M, Prichard I, Fletcher C, Wilson C. Understanding maternal dietary choices during pregnancy: The role of social norms and mindful eating. *Appetite.* 112;227–34, 2017.

105. Beshara M, Hutchinson AD, Wilson C. Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*. 67;25–9, 2013.



10. EKLER

EK-1: ANKET FORMU

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü

18-65 Yaş Arası Bireylerin Yeme Tutumu ve Farkındalığının Araştırılması

Anket

No:.....

Tarih:.....

Adı Soyadı:.....

A) GENEL BİLGİLER

1. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

2. Yaş:

2. Medeni Durum: a) Evli b) Bekar

3. Öğrenim Durumu (Son mezun olduğunuz): a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Lisans
e) Yüksek Lisans f) Doktora

4. Gelir Durumu: a) 2000 tl altı b) 2000-5000 tl c) 5000 tl üzeri

5. Mesleğiniz: a) İşsiz b) Ev hanımı c) Memur d) İşçi e) Serbest Meslek d) Diğer
(Belirtiniz):.....

6. Doktor tarafından teşhisi konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

7. Teşhis edilen hastalığınızı işaretleyiniz. (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

a) Kalp-Damar Hastalıkları

b) Diyabet (Şeker Hastalığı)

c) Hipertansiyon

d) Sindirim Sistemi Hastalıkları

e) Solunum Sistemi Hastalıkları

f) Kas İskelet Sistemi Problemleri

g) Endokrin (Hormonal) Hastalıklar

h) Böbrek Hastalıkları

ı) Kanser

i) Diğer (belirtiniz)

8. Sigara içiyor musunuz? a) Hayır b) Evet:.....tane/gün içiyorum.

9. Alkol içiyor musunuz? a) Hayır b) Evet

10. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? a) Hayır b) Evet: Haftadakez,'ar/er dakika

11. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı? a) Hayır b) Evet:.....kullanıyorum.

12. Şu anda zayıflama diyetinde misiniz? a) Hayır b) Evet

13. Daha önce zayıflama diyeti yaptınız mı? a) Hayır b) Evet:.....kez yaptım.

14. Besin takviyesi kullanıyor musunuz? a) Hayır b) Evet:kullanıyorum.

15. Beslenme ile ilgili bilgilere nereden erişiyorsunuz? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

a) Kitle iletişim araçları (gazete, dergi, TV, internet)

b) Kitaplar, bilimsel yayın vs.

c) Diyetisyen

d) Doktor

e) Sağlık kulüpleri (zayıflama merkezleri vs.)

f) Çevre (arkadaş, aile..)

g) Diğer

16. Doğru beslenme bilgilerine eriştiğinizde davranışlarınız değişir mi?

a) Her zaman

b) Sık sık

c) Nadiren

d) Hiçbir zaman

17. Daha önce diyetisyen tarafından sağlıklı beslenme eğitimi aldınız mı?

a) Hayır b) Evet

B. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

1. Boy uzunluğu (cm):..... 2. Vücut ağırlığı (kg):.....

3. Bel çevresi (cm):..... 4. Kalça çevresi (cm):.....

C. YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine 'X' işareti koyunuz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						

5. Acıktığımda yemek yemeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandırarak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25.Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						

27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

D) YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

SORULAR	1 (Hiç)	2 (Nadiren)	3 (Bazen)	4 (Sık sık)	5 (Her Zaman)
1. Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2. Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3. Lokmalarımı çiğnemededen yutarım.					
4. Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5. Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6. Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7. Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8. Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9. Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10. Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11. Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12. Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13. Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14. Birdenbire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15. Yediğim her lokmanın tadına varırım.					

16. Sık sık diyet yaparım.					
17. Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18. Yemeklerimi saatli yerim.					
19. Yemeği kaşıkla yerim.					
20. Tıka basa yemek yerim.					
21. Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22. Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23. Sıkıntıdan yerim.					
24. Sağlıklı beslenirim.					
25. Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26. Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27. Küçük lokmalarla yerim.					
28. Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29. Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30. Mutlu olmak için çikolata yerim.					

E) 3 GÜNLÜK BESİN TÜKETİM KAYDI

Lütfen ölçüleri belirtirken çay kaşığı, tatlı kaşığı, yemek kaşığı, kepçe, çay bardağı, su bardağı, kupa, ince dilim, kalın dilim, kâse gibi ölçüler kullanınız.

1. GÜN (Hafta içi)

ÖĞÜNLER	BESİN ADI- İÇİNDEKİLER	MİKTAR
SABAH		
ARA		
ÖĞLE		
ARA		
AKŞAM		
ARA		

Tüketilen su miktarı:..... su bardağı

2.GÜN (Hafta içi)

ÖĞÜNLER	BESİN ADI- İÇİNDEKİLER	MİKTAR
SABAHA		
ARA		
ÖĞLE		
ARA		
AKŞAM		
ARA		



Tüketilen su miktarı:..... su bardağı

3.GÜN (Hafta sonu)

ÖĞÜNLER	BESİN ADI- İÇİNDEKİLER	MİKTAR
SABAHA		
ARA		
ÖĞLE		
ARA		
AKŞAM		
ARA		

Tüketilen su miktarı:..... su bardağı

11. ETİK KURUL ONAYI

	
T.C. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı	
E-İmzalıdır	
Sayı : 10840098-604.01.01-E.18659	21/06/2019
Konu : Etik Kurulu Kararı	
Sayın Ayşenur AYAZ	
<p>Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “18-65 Yaş Arası Bireylerin Yeme Tutumu ve Farkındalığının Araştırılması” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.</p>	
Bilgilerinize rica ederim.	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı	
Ek: -Karar Formu (2 sayfa)	
<p>Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 21.06.2019 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrakınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden 788C305EXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.</p>	
İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz 34810 İstanbul	Tel: 444 85 44 İnternet: www.medipol.edu.tr Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	18-65 Yaş Arası Bireylerin Yeme Tutumu ve Farkındalığının Araştırılması			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Ayşenur Ayaz			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Diyetisyen			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		12.06.2019		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 449		Tarih: 14/06/2019			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma