

**T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**DÜZENLİ BESLENME DANIŞMANLIĞI ALAN BİREYLERİN  
YEME DAVRANIŞLARININ VE FARKINDALIKLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Dilara ÇAKIR**

**Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı  
Beslenme ve Diyetetik Programı**

**EYLÜL, 2023**



T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**DÜZENLİ BESLENME DANIŞMANLIĞI ALAN BİREYLERİN  
YEME DAVRANIŞLARININ VE FARKINDALIKLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Dilara ÇAKIR**  
**(Y2116.050001)**

**Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı**  
**Beslenme ve Diyetetik Programı**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülay BAYSAL**

**EYLÜL, 2023**

# ONAY FORMU



## ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans olarak sunduğum " Düzenli Beslenme Danışmanlığı Alan Bireylerin Yeme Davranışlarının ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi" adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça'da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (19/10/2023)

Dilara ÇAKIR

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana gerekli tüm imkanları sağlayan İstanbul Aydın Üniversitesi'ne ve tez sürecinin planlanması ve yürütülmesinde desteğini esirgemeyen, değerli bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren danışmanım Doç. Dr. Gülay BAYSAL'a ve Prof. Dr. Halit Tanju Besler'e, bu yolculukta her zaman yanımda olan ve bana hayatım boyunca yürüdüğüm yolda ışık tutan sevgili aileme sonsuz teşekkürler...

Eylül, 2023

Dilara ÇAKIR

# DÜZENLİ BESLENME DANIŞMANLIĞI ALAN BİREYLERİN YEME DAVRANIŞLARININ VE FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

## ÖZET

Bu çalışma, özel bir Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezine başvuran ve en az iki ay düzenli beslenme danışmanlığı alan 18-65 yaş aralığındaki bireylerin yeme davranışını ve yeme tutumunu saptamak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmaya 357'si kadın, 52'si erkek toplam 399 birey dahil edilmiştir. Genel bilgiler, sağlık bilgileri, beslenme durumu bilgilerinin irdelendiği, Yeme Farkındalık Faktörü (YFÖ-30) ve Yeme Tutum Testi (YTT-40) ölçeklerinin de içinde bulunduğu bir anket formu uygulanmıştır. Uygulama sonucunda yeme farkındalığı ölçeği puanları ile yeme tutum testi puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,21$ ;  $p<0,05$ ). Disinhibisyon puanları ile BKİ ve yağ ağırlığı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sırasıyla  $r:-0,15$   $r:-0,16$ ;  $p<0,05$ ). Duygusal yeme puanları ile BKİ ve yağ ağırlığı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $r:-0,20$   $r:-0,20$ ;  $p<0,05$ ). Farkındalık puanları ile yeme tutum testi puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,19$ ;  $p<0,05$ ). Enterferans puanları ile yeme tutum testi puanları arasında negatif orta düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $r:-0,44$ ;  $p<0,05$ ). Yeme farkındalığı ölçek puanları ile yeme tutum testi, BKİ ve yağ ağırlığı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla  $r:-0,13$   $r:-0,16$   $r:-0,16$ ;  $p<0,05$ ). BKİ değerleri kişilerin tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorunu olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ( $p<0,05$ ). Ortalama değerlere bakıldığında sağlık sorunu olan kişilerin BKİ değerleri ( $30,64\pm5,68$ ) olmayan kişilere göre ( $27,70\pm4,92$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. BKİ, yağ, kas ve su ağırlık değerleri kişilerin ana öğünü tüketme hızına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Yeme farkındalığı ölçeği ve yeme tutum testi puanlarının kişilerin yaşlarına ve eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark

göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Yeme farkındalığı puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir ( $F:29,43$ ;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruplar arasında Tukey çoklu karşılaştırma testi ile bakıldığında fırınlama ve haşlama yöntemini benimseyen kişilerin yeme farkındalığı puanları ızgara ve kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar düzenli beslenme danışmanlığı alan bireylerin yeme tutumu ve farkındalığının önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yeme Tutumu, Yeme Farkındalığı, Yeme Davranışı, Beslenme Danışmanlığı, Sağlıklı Beslenme



# EVALUATION OF EATING BEHAVIORS AND MINDFUL EATING OF INDIVIDUALS TAKING REGULAR NUTRITIONAL COUNSELING

## ABSTRACT

This study was conducted to determine the eating behavior and eating attitudes of individuals between the ages of 18-65 who applied to a private Nutrition and Diet Counseling Center and received regular nutrition counseling for at least 2 months. A total of 399 individuals, 357 women and 52 men, were included in this study. A survey form was applied, examining general information, health information, nutritional status information, and including the Mindful Eating Questionnaire (MEQ-30) and Eating Attitude Test (EAT-40) scales. As a result of the application, a negative, low-level, statistically significant relationship was detected between the mindful eating questionnaire scores and the eating attitude test scores ( $r: -0.21; p<0.05$ ). A negative, low-level, statistically significant relationship was detected between disinhibition scores and BMI and fat weight scores ( $r:-0.15$   $r:-0.16; p<0.05$ , respectively). A negative, low-level, statistically significant relationship was detected between emotional eating scores and BMI and fat weight scores ( $r:-0.20$   $r:-0.20; p<0.05$ , respectively). A low, statistically significant negative relationship was found between mindful eating questionnaire scores and eating attitude test scores ( $r: -0.19; p<0.05$ ). A negative, medium-low level statistically significant relationship was detected between the interference scores and eating attitude test scores ( $r: -0.44; p<0.05$ ). A negative, low-level, statistically significant relationship was detected between mindful eating questionnaire scores and eating attitude test, BMI and fat weight scores ( $r:-0.13$   $r:-0.16$   $r:-0.16$ , respectively;  $p<0, 05$ ). BMI values show a statistically significant difference depending on whether people have any diagnosed health problems ( $p<0.05$ ). Considering the average values, it was found that people with health problems had higher BMI values ( $30.64\pm 5.68$ ) than people without ( $27.70\pm 4.92$ ). BMI, fat, muscle and water weight values do not show a statistically significant difference according to the rate at which people consume the main meal ( $p>0.05$ ).

Mindful eating questionnaire scores and eating attitude test scores do not show a statistically significant difference according to the age and education level of the people ( $p>0.05$ ). Mindful eating questionnaire scores show a statistically significant difference according to the cooking method of the food ( $f:29.43$ ;  $p<0.05$ ). When the difference between groups was examined with the Tukey multiple comparison test, it was determined that the mindful eating questionnaire scores of people who adopted the baking and boiling method were significantly higher than those who adopted the grilling and frying method. These results emphasize the importance of eating attitudes and awareness of individuals who receive regular nutrition counseling.

**Keywords:** Eating Attitude, Mindful Eating, Eating Behavior, Nutrition Counseling, Healthy Eating

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

ONAY FORMU.....	i
ONUR SÖZÜ .....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
<b>I. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>II. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
A. Beslenmenin Tanımı ve Önemi.....	3
B. Beslenme Alışkanlığı ve Tutumu.....	4
C. Yeme Davranışı.....	6
D. Açlık.....	8
1. Homeostatik Açlık.....	9
2. Hedonik Açlık .....	10
E. Yeme Farkındalığı.....	12
F. Yeme Bozuklukları .....	13
1. Anoreksiya Nervoza .....	16
2. Bulimia Nervoza.....	20
3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	23
<b>III. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>26</b>

A. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	26
B. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	26
C. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi .....	26
D. Araştırmadaki Veri Toplama Araçları .....	27
1. Anket Formu.....	27
2. Antropometrik Ölçümler .....	27
3. Yeme Farkındalığı Ölçeği .....	28
4. Yeme Tutum Testi.....	30
E. Verilerin İstatistiksel Analizi .....	31
F. Araştırmanın Etik Boyutu .....	31
<b>IV. BULGULAR .....</b>	<b>32</b>
<b>V. TARTIŞMA .....</b>	<b>52</b>
<b>VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>57</b>
<b>VII. KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>81</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>89</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa

Şekil 1. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Pişirme Yöntemine Göre Karşılaştırılması.....	42
Şekil 2. BKİ sınıflandırmasına göre yeme tutum testi ve yeme farkındalığı ölçeği puanlaması.....	51



## ÇİZELGELER LİSTESİ

### Sayfa

Çizelge 1. Kısıtlayıcı Tipte Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi .....	14
Çizelge 2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi .....	15
Çizelge 3. Anoreksiya Nervosa için Fiziksel Bulgular .....	18
Çizelge 4. Bulimia Nervosa için Fiziksel Bulgular .....	22
Çizelge 5. BKİ ve Obezite Sınıflandırması.....	28
Çizelge 6. Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Faktörleri .....	29
Çizelge 7. Yeme Farkındalığı Ölçeği Soru Tipleri .....	30
Çizelge 8. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Demografik Özellikleri.....	32
Çizelge 9. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Antropometrik Özellikleri.....	33
Çizelge 10. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Beslenme Durum Bilgileri.....	34
Çizelge 11. Ölçek Puanlarının Normallik Varsayımına Yönelik Bulgular.....	39
Çizelge 12. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Pişirme Yöntemine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular .....	39
Çizelge 13. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular .....	43
Çizelge 14. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	44
Çizelge 15. BKİ Değerlerinin Doktor Tarafından Tanı Konulmuş Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular .....	45
Çizelge 16. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Ana Öğünü Tüketme Hızına Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular.....	46
Çizelge 17. BKİ Değerlerinin Duygu Durumundaki Değişikliğin Beslenmeyi Etkilediğini Düşünme Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular .....	46

Çizelge 18. Lokmaları Çiğnemedен Yutma Durumu ile Doktor Tarafından Tanı Konulmuş Herhangi Bir Sağlık Sorununu Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	47
Çizelge 19. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanları İle Değişkenler Arası İlişkiye Yönelik Bulgular .....	47
Çizelge 20. Yeme Tutum Testi ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Puan Ortalamaları.....	49
Çizelge 21. BKİ Sınıflandırmasına Göre Yeme Tutum Testi ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Puanlaması.....	49



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>5-HT</b>	: 5-hidroksitriptamin
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AgRP</b>	: Aguti İlişkili Peptit
<b>AN</b>	: Anoreksiya Nervoza
<b>Asetil CoA</b>	: Asetil Koenzim A
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>BIA</b>	: Biyoimpedans Analiz
<b>BKİ</b>	: Beden Kütle İndeksi
<b>BN</b>	: Bulimia Nervoza
<b>BOH</b>	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
<b>CART</b>	: Amfetamin ile Düzenlenen Transcript
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DSM-V</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GLP-1</b>	: Glukagon Benzeri Peptik-1
<b>GWAS</b>	: Genom Çapında İlişkilendirme Çalışmaları
<b>ICD-11</b>	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Listesi
<b>KZYA</b>	: Kısa Zincirli Yağ Asitleri
<b>NICE</b>	: İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
<b>NYP</b>	: Nöropeptit-y
<b>OSFED</b>	: Diğer Belirlenen Beslenme veya Yeme Bozukluğu

<b>POMC</b>	: Proopiomelanokartine
<b>PYY</b>	: Peptit-yy Hormonu
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Sciences
<b>TYB</b>	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
<b>YFÖ-28</b>	: Yeme Farkındalık Ölçeği-28
<b>YFÖ-30</b>	: Yeme Farkındalık Ölçeği-30
<b>YTT-40</b>	: Yeme Tutum Testi-40



## I. GİRİŞ

Beslenme; bireyin hayatını idame ettirebilmesi, kısacası var olan sağlığını koruması, iyileştirmesi için ihtiyacı olan makro ve mikro besin öğelerinin vücuda alınmasıdır. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin obezite, diyabet, bazı kanser türleri dahil olmak üzere pek çok hastalığı dolaylı yoldan etkilediği bilinmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme, yeme davranışı ve tutumu ile yakından ilgilidir. Optimal beslenmeyi sağlayabilmek için sadece besinin bileşimi değil, tüketim miktarı, sıklığı, zamanı gibi pek çok etmenin dengeli olması gereklidir.

Yeme bozuklukları, normal yeme davranışından farklı, vücut ağırlığını koruma ve azaltmaya yönelik davranışlar ile belirlenen zihinsel bozukluklardır. Bireyin sosyal, bilişsel, psikolojik ve biyolojik sağlığını etkilemektedir. Vücut ağırlığını ve beden algısını değiştirmeye odaklı normal olmayan davranışlar, yeme davranışının da normal seyrinden çıkmasına ve bu olumsuz yeme davranışının devamlılığının olmasına sebep olmaktadır. Cinsiyet, yaş, ırk, kültür, coğrafya, gelenekler yeme bozukluğunun ortaya çıkma sıklığını ve nedenini etkilemektedir. Erkeklerde bozulmuş beden algısı daha çok vücuttaki yağ/kas oranına yönelikken, kadınlarda bu durum vücut ağırlığı kaybı ve ince gözükmeye isteği ile ilişkilidir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V) ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemi (ICD-11) için tanımlı yeme bozukluklarının başlıcası anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğudur (Ma, 2022:1414-1425). Gece yeme sendromu ise son zamanlarda oldukça sık görülen, DSM-V’te Diğer Belirlenen Beslenme veya Yeme Bozukluğu (OSFED) başlığında bildirilmiş yeni bir yeme bozukluğudur (WHO, 2018).

Anoreksiya nervoza (AN), besin tüketiminin aşırı bir şekilde kısıtlanması ya da besin tüketiminden kısa bir süre sonra çıkarma veya aşırı fazla egzersiz yapılması ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Bozulmuş beden algısı ve gereğinden fazla bir derecede vücut ağırlığındaki artıştan korkma duygusu, sonunda da telafi edici davranışlar gözlemlenmektedir. Beden kütle indeksi (BKİ) tehlikeli derecede düşüktür (Zipfel et al., 2015:1099-1111).

Bulimia nervoza (BN), normal veya daha yüksek BKİ'de görülebilen, yinelenen tıknırcasına yeme, sonrasında telafi edici davranışlarla ilişkilidir. En yaygın telafi edici davranışlar ise yediğini çıkarma, laksatif kullanımı, kendini aç bırakma, fazla antrenman yapmaktır. Bu davranışlarının zemininde ise aynı AN'de olduğu gibi bozulmuş beden algısı yatmaktadır (Wade, 2019:21-32).

Tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), BN'ye göre daha az telafi edici davranışların gözlemlendiği, özellikle duygu durum değişikliklerinde gözlemlenen, tok olunmasına rağmen ya da tokluk sınırının aşılmasına rağmen besin tüketilmeye devam edilmesi ile ilişkilidir. Obezitenin hem nedenleri hem sonuçları ile ilişkilidir ve arasında tersinir bir etki bulunmaktadır (Hay et al., 2015:1-7).

Yeme bozukluğu, beraberinde yan hastalıkları da getirmektedir. En yaygın görülen durumlardan biri, duygu durum ve kaygı bozuklukları, bilişsel bozukluk, alkol ve madde bağımlılığıdır. Bunun yanı sıra şeker hastalığı, çölyak, Crohn hastalığı gibi bazı hastalıklarda tersinir olarak yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.

## II. GENEL BİLGİLER

### A. Beslenmenin Tanımı ve Önemi

Beslenme; bireyin fiziksel ve bilişsel olarak büyümesi ve gelişmesi, hayatını idame ettirebilmesi, kısacası var olan sağlığını koruması, iyileştirmesi için ihtiyacı olan makro ve mikro besin öğelerinin tüketilmesi ve metabolize edilmesidir (TÜBER, 2022). Beslenme, sağlığı olumlu veya olumsuz yönde değiştiren çevresel faktörlerin başında yer almaktadır (Baysal vd., 2018).

Yeterli beslenme, kişinin yaşına, cinsiyetine, varsa hastalıklarına ve kullandığı ilaçlara, hareket düzeyine göre gerekli olan besinlerin karşılanmasıdır. Dengeli beslenme ise bu besinlerin gerektiği kadar tüketilmesidir. Optimal beslenme bu iki kavramın birlikte olduğu duruma verilen addır ve kişinin optimal bir düzeyde besleniyor olması sağlığı açısından oldukça fazla önem arz etmektedir. Optimal beslenmeyi sağlayabilmenin yolu besin çeşitliliğinden geçmektedir ve kişinin gereğinden az ya da çok beslenmesi sağlığı olumsuz etkilemektedir.

Anne karnı dahil olmak üzere yaşamın ilk 1000 günündeki yetersiz beslenme, hayatta kalım şansını azalttığı gibi, aynı zamanda büyüme ve gelişmeyi de olumsuz olarak etkilediği bildirilmiştir (UNICEF, 2017). Üç yaşın altındaki çocuklar besin yetersizliğine karşı kendilerini koruyamazlar. İlk 1000 gündeki büyüme ve gelişme, diğer tüm dönemlerdeki büyüme ve gelişmeye kıyasla oldukça hızlıdır ve yetersiz beslenme durumunda büyüme geriliği görülebilir. Ayrıca bu dönemde bağışıklık henüz tam olarak gelişmediği için yetersiz beslenme sonucu hastalık riski artmaktadır (Michaelsen et al., 2000:288). Bunun yanı sıra ilk yıllardaki yetersiz beslenme motor, bilişsel ve sosyal becerilerinin gelişmesinde, dikkat süresinde, eğitim başarısında olumsuz olarak etki yaratmaktadır (WHO, 2003:1-149). Yaşamın ilerleyen yıllarında yetersiz beslenme sonucu, kas fonksiyonunda kayıp, kemik erimesi, kardiyovasküler ve gastrointestinal hastalık riski artışı, bağışıklık sisteminin zayıflaması, yara iyileşmesinde gecikme, olumsuz psikososyal etkiler görülebilmektedir (Saunders et al., 2011:45-50).

Sadece yetersiz beslenme değil, dengesiz beslenme de günümüzde oldukça büyük bir sorundur. Dengesiz beslenme hastalık riskini arttırdığı gibi, var olan hastalıkların komplikasyonlarının artmasına doğrudan veya dolaylı olarak etki etmektedir. Dengesiz beslenme sonucu obezite meydana gelmektedir ve özellikle kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, osteoartrit ve kanser geliştiren bireylerde, ölüm riskinin artması, yaşam kalitesinin azalmasına katkıda bulunur (Blüher, 2020: bnaa004). Obezite sadece hastalık risk faktörü olmakla kalmaz, kendisi de bir hastalık teşkil etmektedir. Dünya Obezite Federasyonu, obeziteyi kendini yineleyen, kronik ve ilerleme gösteren bir hastalık olarak tanımlamıştır (Bray et al., 2017:715-723).

Sağlıklı beslenme, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları, felç, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) korunmayı da sağlamaktadır fakat işlenmiş gıda tüketiminin artması, şehir hayatı ve değişken yaşam şartları bireylerin beslenme tarzlarının değişmesine neden olmaktadır. BOH, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için başta yer alan ölüm nedenlerinden biridir (WHO, 2013). BOH riski için çevresel ve genetik faktörler etkili olsa da hayat standartlarındaki değişiklik riskin azaltılmasında oldukça önemlidir (Cena and Calder, 2020:334). Toplumlar artık daha çok basit şeker, tuz tüketmekte. Kalorisi yüksek besinleri oldukça fazla tüketerek daha çok enerji alınmaktadır. Bunun yanı sıra vitamin ve lif deposu sebze, meyve ve tam tahıllı gıdaları yeterince tüketmiyor. Bu da toplumları sağlıklı beslenmeden, dolayısıyla sağlıklı olmaktan uzaklaştırmaktadır (WHO, 2019).

Beslenme, pek çok faktörden etkilenerken bir süreç içinde şekillenir. Sağlıklı gıdaya ulaşılabilirlik, gelenekler, inanışlar, coğrafi konum, çevresel faktörler, ekonomik faktörler bu etkilerin başında gelir. Sağlıklı beslenmeye ulaşabilmek ve uygulayabilmek için teşvik gereklidir. Ayrıca beslenme, bireylerin yaşamında sadece yaşamını sürdürebilmek için gerekli besinlerin vücuda alınması demek değildir, bunun yanı sıra sosyal bir aktivitedir, keyif verir, paylaşmayı ve diğer bireylerle ortak bir paydada buluşmayı sağlar.

## **B. Beslenme Alışkanlığı ve Tutumu**

Beslenme bireyin ve toplumun sağlığı için önemli bir yere sahiptir. Bunun yanı sıra bireyin beslenme tercihleri sadece hangi yiyeceklerin tüketildiği ile ilgili değildir.

Aynı zamanda beslenme alışkanlığı ve tutumu; bireyin neden, nasıl, ne kadar, ne hızda hangi koşullar altında beslendiğini de içermektedir. Bireyin yeme davranışları pek çok faktörden etkilenir ve aynı zamanda değiştirilebilir, yerine sağlıklı beslenme alışkanlıkları getirilebilir ve bu sebeple beslenme alışkanlıklarına yapılabilecek olan müdahalelere oldukça açıktır.

Beslenme alışkanlıkları çocuk yaşta gelişmeye başlar (te Velde et al., 20007:431-438). Bu nedenle yetişkinlerden ziyade çocukluk ve ergenlik dönemindeki müdahaleler kritik bir önem taşımaktadır. Pek çok ülkede ergenlik dönemindeki çocuklar, dengeli şekilde beslenmemektedir ve besin çeşitlerindeki tercihleri arasında orantısızlıklar mevcuttur (Akseer et al., 2017:3-20; de Andrade et al., 2016:391-396; Grimes et al., 2013:189-196; Leech et al., 2014:1-9). Sağlıksız beslenme alışkanlıkları ergenlik döneminde oldukça sık görülmektedir. Bu dönemde meyve, sebze, süt ve süt ürünlerinin tüketimi oldukça azalmışken, basit şeker içeriği yüksek olan yiyecek ve içeceklerin tüketiminde artış görülmektedir (Johnson et al., 2017:104). Ergenlerdeki bu besin tercihlerindeki dengesizlikler, kahvaltıyı atlama ve öğle yemeğini atıştırma ile geçirmeden dolayı kaynaklanıyor olabilir (Rodrigues et al., 2017:114-120).

İnsan yaşamının bu dönemindeki doğru olmayan beslenme alışkanlıkları, başta obezite ve kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere pek çok sağlık sorununu beraberinde getirmektedir ve bu beslenme davranışları yetişkinlikte de belli bir oranda devam ettiğinden oldukça fazla önem arz eder (Post et al., 2001:375-385). Bu yüzden çocukluk ve ergenlik döneminde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması önemli bir halk sağlığı ibaresidir.

Beslenme davranışını etkileyen ölçeklerden bir diğeri ise yeme hızı ve yeme sıklığıdır. Birim zamanda tüketilen besin miktarına yeme hızı, bir gün içinde tüketilen öğün sıklığına ise yeme sıklığı denmektedir. Yeme hızı bireyler arasında farklılık göstermekle birlikte, yeme hızının normal olması, ideal vücut ağırlığı ile ilişkilidir (De Graaf and Kok, 2010:290-293). Bunun nedeni, hızlıca tüketilen besin, ağızda başlayan ilk sindirim aşamasını neredeyse atlayarak ilerlemesi, beyne gerektiği kadar tokluk sinyallerinin ulaşmamasına neden olur, bu da tokluk sinyalleri yeteri kadar ulaşmaya dek yeme davranışını beraberinde getirir. Sonucunda gereğinden fazla enerji alımı gözlemlenir (van den Boer et al., 2017:1-11).

Yapılan araştırmalarda yeme hızı ve yeme sıklığının obezite, metabolik sendrom, diyabet ve bunun gibi BOH riskini arttırabileceği gözlemlenmiştir (van den Boer et al., 2017:1-11; Tanihara et al., 2011:179-183; Murakami and Livingstone, 2016:1101-1113). Asyalı topluluklar üzerinde yapılan bir araştırmada yeme hızının vücut ve organ yağlanmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Tao et al., 2018:1-9; Lee et al., 2016:84-88). Bunun yanı sıra Avrupalı topluluklarda ise kan yağlarında yükselme ile ilişkilendirilmiştir (Paz-Graniel et al., 2019:83). Bu nedenle beslenme davranışı ve tutumu sağlığımız açısından oldukça önemlidir.

### **C. Yeme Davranışı**

Yeme davranışı; bireyin besinleri tükettiği zamanı, besinlerin miktarını, besin seçimini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen fizyolojik, psikolojik, sosyal ve genetik bileşenlerin ortak bir etkileşimi olarak tanımlanmaktadır (Grimm and Steinle, 2011:52-60). Başka bir deyişle, yemek tercihi iç ve dış sinyallerimizin ahengiyle şekillenmektedir (Bilman et al., 2017:2825-2834; Cohen, 2008:137-142). Yemek yemenin birincil amacı hayatta kalmak için gerekli enerjiyi sağlamak olduğu gibi, bireyin yeme davranışının şekillenmesinde; kişisel, çevresel, fizyolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik olmak üzere pek çok etkileyici etmen bulunmaktadır. Örneğin, enerji ihtiyacı arttığında fizyolojik olarak vücudumuz sinyal verecektir fakat kişisel tercihler, besine ulaşılabilirlik ve besin çeşitliliği yeme davranışını etkileyecektir (Wansink et al., 2006:871-875).

Besin türünün seçimi, toplum ve birey bazında oldukça önemlidir. Bu nedenle yeme davranışını kavrayabilmek gereklidir. Örnek verilecek olursa obezite, bulaşıcı olmayan hastalıkların başında gelmektedir ve artık obezite salgını şeklinde adlandırılan kütleli vücut ağırlığı artışı, dünyanın ve ülkelerin önemli bir sorunu haline gelmiştir (Hurt et al., 2010:780). Obezite nedenleri arasında oldukça fikir olmasına karşın, kabaca alınan enerjinin harcanan enerjiden daha fazlası olarak tanımlanmaktadır (Hall et al., 2012:989-994). Termodinamik olarak bu ağıklama doğrudur fakat besinler sadece bir enerji kaynağı olarak metabolizmaya etki etmezler. Besinlerin iğerindeki makro ve mikro bileşenlerin oranı ve çeşitliliği, kişinin enzimatik tepkimelerin süresini ve hızını etkilemektedir. Bunun yanı sıra vücuttaki endokrin hormonlarının salınımını ve yanıtlarını etkileyerek metabolik yanıtı etkilemektedir. Bu durum da metabolizmanın hızını ve tokluk sürelerini etkileyerek

obezitenin oluşumunda etkin bir rol oynamaktadır ve burada yeme davranışı devreye girmektedir (Feinman and Fine, 2004:1-5). Yeme davranışı sadece obezite değil, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve bazı kanser türlerinin görülmesini riskini de etkilemektedir (Dietz et al., 2016:1645-1646).

Yeme davranışını etkileyen bireysel etmenleri kabaca iki başlık altında toplayabiliriz. Açlık, tokluk, doğuştan gelen tercihler, beyin mekanizmaları fizyolojik süreçlerden bazılarıdır. Kazanılmış besin tercihleri, bireyin kişilik özellikleri, gelenekler, öz benlik, motivasyonlar ise psikolojik süreçlerin alt başlığıdır. Bunun yanı sıra sosyal çevre de yeme davranışını şekillendirmede oldukça etkilidir; birey doğrudan ve dolaylı olarak ilk ek gıda ile tanıştığı andan yetişkinlik anına dek gözlemleyerek ve bu gözlemlerini benimseyerek kendi hayatında uygulamaktadır. Ayrıca bireyin, bir topluluk içindeyken veya tek başınayken yeme davranışı da değişkenlik göstermektedir (LaCaille, 2020:711-712). Ek olarak, besinin görseli, bireyin o besine karşı ilgisi, tabak boyutu ve sunum gibi fiziksel faktörlerin yanı sıra ekonomik faktörler, devlet tarım ve gıda politikaları, pazarlanması ve kültürel etkenler de yeme davranışını etkilemektedir (Larson and Story, 2009:56-73).

Yeme davranışının nasıl şekillendiğini anlayabilmek için, vücudumuzdaki duyuşal ve metabolik sinyalleri daha yakından incelememiz gerekmektedir. Duyuşal sinyaller besin tercihinde etkin bir rol oynar. Buna örnek olarak kişi, sevdiği besinleri tercih eder, hoşnut olmadığı besinleri tüketmekten uzak durur. Günlük olarak tüketilen besinlerin çeşitliliği de duyuşal sınırlar tarafından belirlenmesinde katkıda bulunur. Yapılan araştırmalar sonucu, bir besinin tüketimi sırasında aynı duyuşal sınırların etkisi altında kalındığında, o besinin ödül değerinde bir düşüş olmaktadır. Bu durum odak noktasını diğer besinlere çekmektedir. Bu durum duyuşal has tokluk olarak ifade edilmektedir (Herman and Polivy, 2008:722-728). Çevresel uyaranlar ve vücudumuzdaki ghrelin düzeylerindeki değişiklik gibi fizyolojik sinyallerin yeme davranışımızın şekillenmesinde yakından ilgisi vardır. Bunun yanı sıra aynı saatlerde yemek yiyorsak, öncesinde gün içinde acıkmaya başlarız ve ayrıca önümüzdeki kasenin azalması, yemek kokuları gibi çevresel uyaranlar da yeme tercihlerini ve davranışlarını etkilemektedir (Drazen et al., 2006:23-30).

Enerji-tat koşullanması, yeme davranışını etkileyen faktörlerden bir diğeridir. Bu koşullanma; daha yüksek kalorili besinleri tercih etme prensibine dayanmaktadır.

Hayvanlarda ve insanlarda yapılan pek çok araştırma, kalori içeriği yüksek olan besinlerin, kalori içeriği düşük olan besinlere göre tüketiminin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Rolls et al., 2005:1052-1060; Kendall et al., 1991:1124-1129). Ayrıca bir besinin tadı, yeme davranışına doğrudan etki etmektedir. Bununla birlikte her bireyin tat almaçlarının oranı, dağılımı, duyarlılıkları ve sayısı, tükürüğün pH'ı ve içeriği birbirinden farklıdır. Bunun sonucunda bir besinden aynı tadı tam anlamıyla alınmamaktadır (Rolls, 2005:45-56). İnsanların algılayabildiği tatlar beşe ayrılır; tatlı, acı, ekşi, tuzlu ve umami. Umami tat glutamatın tadı ya da kısaca amino asitlerin ve proteinlerin tadı olarak bilinir ve yeme davranışı umami tat olmak üzere tüm tatlardan etkilenir. Fazlaca acı tat almaçları olan bireylerin, seçili meyve ve sebzeler dahil olmak üzere bazı besinleri tüketmek istememeleri söz konusudur (Drewnowski et al., 1997:649-655). Acı tadının yoğun bir şekilde alınması, tatlı ve yüksek yağlı besinlerin tüketiminin azalmasına neden olduğu yapılan çalışmalarca bildirilmiştir (Duffy and Bartoshuk, 2000:647-655; Tepper and Nurse,1997:949-954). Yapılan çalışmalarda, acı tat almaçlarının beden kütle indeksi (BKİ), adipozite ve kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri ile ilintili olabileceğini bildirmektedir. Bu etkinin ise, besinlerin algılanabilen tatlılık oranı ile BKİ arasında ters bir orantı olduğu için ortaya çıktığı düşünülmektedir (Bartoshuk et al.,2006:1137-1148).

#### **D. Açlık**

Açlık, harcanan enerjinin kazanılan enerjiye göre çok daha fazla olması sonucunda enerji açığının sonucunda yemek yeme dürtüsüdür. Bu açlık homeostatik olarak tanımlanmaktadır (Zheng et al., 2009:8-13). Bireyler, açlık düzeylerini ifade ederken, bir önceki öğün saatini ve boyutunu, bir sonraki öğün saatini söyleyerek bir derecelendirme yapmaktadırlar (Rogers and Hardman, 2015:1-15). Ayrıca bireyler açlık derecelendirmesini yaparken midelerinin doluluk oranlarına ve mideden gelen guruldama seslerine bakarak da karar vermektedir.

İnsan, yaradılışından itibaren kendi iç dengesini korumak ister. Yemek yemenin birincil amacı, enerji homeostazının korunması ve hayatta kalmaktır. Dünya ve teknolojinin de gelişmesiyle, yemek yemenin birincil amacı çoğunlukla değişmesinden dolayı artık yemek yemek hayatta kalmak için yapılan bir eylem olmaktan çıktı (Brownell and Horgen, 2004). Dünya çapında oldukça yaygınlaşan obezite salgını, yemek yemenin doymaktan çok keyif veren bir aktivite olarak

gerçekleştirdiğini kanıtlar nitelikte. Yemek yeme eğiliminin arzular neticesinde şekillenmesine hedonik açlık denilmektedir (Lowe and Butryn, 2007:432-439).

## 1. Homeostatik Açlık

Homeostatik açlık kavramında, biyolojik ihtiyaçlar sonucu fizyolojik sinyaller ortaya çıkmaktadır. Periferik ve merkezi sinir sistemlerini birbirine bağlanmasını sağlayan nöropeptit ve biyojenik aminojik nörotransmitter ağı söz konusudur. Bu ağ insülin, leptin, nöropeptit-y (NPY), aguti ilişkili peptit (AgRP), melanosit uyarıcı hormon (MSH), amfetamin ile düzenlenen transkript (CART), glukagon benzeri peptit-1 (GLP-1), oreksinler, ghrelinler, peptit-yy hormonu (PYY) ve serotonin metabolizması ve bazı aminojik yolları içermektedir (Schwartz et al., 2000:661-671).

Bir bireyin açlık kan şekeri değeri 60-100 mg/dL aralığındadır (Baysal vd., 2018). Karbonhidrattan zengin bir öğün tüketildiğinde tokluk kan şekerinin en fazla 140 mg/dL dolaylarında seyretmesi beklenir ve sonucunda insülin salgılanması uyarılır. Glukagon düzeyi ise düşüşe geçer. Bu durum protein ağırlıklı bir öğün tüketiminde daha farklıdır, iki hormonun da düzeyleri yükselir. Bunun sonucunda protein sentezi artmaktadır (Altın, 2017:179-185). İnsülin, hücre sayısının artmasını teşvik etmektedir. Asıl amacı besinlerle alınan glikozun hücreye girişini sağlamaktır. Bunun yanı sıra kaslardaki glikojen üretimini arttırmaktadır. Glikojen temel enerji deposudur.

Homeostatik açlığın oluşumu, uzun süreli enerji eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bir bireyin bazal metabolizması için gerekli olan enerji ortalama erkekler için günde 25-30 kcal/kg ve kadınlarda 20-25 kcal/kg'dir (Pfau and Rombeau, 2000:1209-1230). Bu enerjinin %20-25'i merkezi sinir sistemi tarafından kullanılmaktadır (Cahill, 1998:1-2). Beynin temel enerji kaynağı glikozdur. Kalp, böbrek ve kas gibi diğer dokular ise enerji kaynağı olarak serbest yağ asitlerini ve keton cisimlerini tüketmektedir (Puchalska and Crawford, 2017:262-284). Uzun süreli enerji alımının olmadığı durumlarda, kan şekerinin normal aralıklarda kalabilmesi için insülin salgılanması azalır, glukagon salgılanma hızı ise artar. Vücudumuzdaki glikojen depoları sınırlıdır. Beynin sağlıklı olarak işlevini idame edebilmesi için gerekli enerjiyi karşılayabilmek adına glikojen depoları glikojenoliz yoluyla glikoza dönüştürülür ve kısa süreli açlığı telafi etmek için geçici bir çözüm oluşturulur. Ayrıca

kalan glikozun beyin dokusunun kullanılabilmesi adına periferik dokulardaki glikoz kullanımını azalır. Glikojen tükendiği noktada, hala enerji kaynağı bulunamamışsa, glikoz olmayan besin öğelerinin glikoza dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu dönüşüme glukoneogenez adı verilir. Bu dönüşüm için birincil substrat kaynakları kaslarda bulunan proteinlerdeki amino asitlerdir (Fallowska et al., 2015:25959-25981).

Yağ depoları, vücudun yedek enerji deposudur. Bu depoların sahip olduğu trigliseritler parçalanarak gerekli olan enerjinin %60'ı yağ depolarından karşılanır. Yağ asitleri, trigliseritlerin parçalanmasından elde edilir ve bu tepkime sırasında asetil CoA (asetil koenzim A) ortaya çıkmaktadır. Asetil CoA, aseton ve beta hidroksibütirata çevrilir. Asetoasetat ise asetona dönüştürülmektedir ve bu oluşan ürünler keton cisimciği olarak adlandırılmaktadır. Uzun süreli açlık sonucu, kas ve protein kaybı gözlemlenmektedir ama beyin, glikoz bulamadığında yağların parçalanması sonucu oluşan keton cisimlerini kademeli olarak kullanabilmektedir (Carrero et al., 2013: 77-90).

Homeostatik açlığın kademelendirilmesi oldukça önemlidir. Gıdaların emilimi sonrası 5-6 saat için olan açlık henüz hala asıl enerji kaynağı olarak glikozun kullanıldığı açıktır. 1-7 gün arası olan açlıklarda fiziksel bir bulgu saplanmazken, glikojen depoları tükenene kadar beyin, renal medulla ve eritrositler glikozu kullanır. Depolar tükendiğinde beyin keton cisimlerini kullanmaya başlar. Diğer dokulara enerji sağlayabilmek için protein yıkımı başlamaktadır. 1-3 hafta arası süren açlık döneminde ise, keton cisimleri kritik bir öneme sahip hale gelmiştir. Üç haftanın sonunda ise keton cisimleri ana enerji kaynağı olarak tüketilmektedir.

## **2. Hedonik Açlık**

Homeostatik açlık gibi, hedonik açlık da fizyolojik bazı yollardan etkilenmektedir. Bu yollardan bazıları; glutamat, opioidler, benzodiazepinler, endokannabinoidler ve dopamin yollarıdır (Flier, 2004:337-350). Hedonik ve homeostatik yollar birbirinden farklı olmasına rağmen, tamamen bağımsız olduklarını söylemek güçtür (Berridge, 1996:1-25). Fakat bağımsız olduklarını söyleyen çalışmalar da mevcuttur. Yapılan bir araştırmada, serotonin içerikli bir ilaç takviyesinin açlık hissini bastırıldığı fakat hazzı etkilemediği gözlemlenirken, opioid agonisti olan bir ilaç takviyesinin ise hazzı bastırırken açlığı etkilemediği

gözlemlenmiştir (Lowe and Butryn, 2007: 432-439). Bu iki kavramın birbirinden bağımsızlıklarını kesin olarak söyleyebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hedonik açlık öznel derecelendirme ve davranışsal gözleme dayalı olmakla birlikte, gıdaların işlevinden çok verdiği hazzı odaklanmaktadır (Epstein et al., 2003: 221-227). Yapılan araştırmaların çoğu, o besinden alınan hazzın, doyma kavramında etkili olduğu sonucuna varmaktadır. Bununla birlikte besinlerin lezzetinin, besinlere duyulan hazzı etkilediğine ilişkin kanıtlar daha sınırlıdır. Daha lezzetli besinlerin tercih edilme sıklığının BKİ'nin ise ilintili olabileceğini söyleyen çalışmalar mevcut. Bu ilinti ise ters orantılı olabilir. Yapılan bir çalışmada, vücut ağırlığı fazla olan bireylerin, obez bireylere göre ödül duyarlılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra dopamin D2 reseptörünün obez bireylerin kendi aralarında BKİ daha düşük olanlarda daha az olduğu gözlemlenmiştir. Kısacası BKİ ile dopamin D2 reseptörleri arasında ters orantı olduğu bildirilmiştir (Davis et al., 2004:131-138; Wang et al., 2001: 354-357; Volkow et al., 2011:37-46). Ayrıca BKİ normal aralıkta olan bireylerle karşılaştırıldığında obez bireylerin ödül olarak daha fazla tepki gösterdiği fakat lezzetli besin tüketimi sırasında bu yolağın daha az aktif olduğu gösterilmektedir (Stice et al., 2008:924). Bu yolların birbiriyle bağlantısının netliğe kavuşturulabilmesi için pek çok çalışma yapılması gerekse bile, lezzetli gıdaların bir duygu yoğunluğu sonucu tüketilmesinin obezite salgınına katkıda bulunduğu açıktır.

Hedonik açlığın, obezitenin bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu netlik kazanmamıştır. Normal vücut ağırlığı olan bireylerle, önceden obez olup normal ağırlığına inmiş olan bireylerin karşılaştırılması da bu konuda oldukça önemli bir yol gösterici olacaktır. Yapılan bir çalışmada, vücut ağırlığı kaybının gıda alımını ve tercihini etkilediği gözlemlenmiştir (Lowe, 1993:100; Stroebe et al., 2013:110). Vücut ağırlığı kaybı için kısıtlı beslenen bireylerin de kısıtlı beslenmeyen bireylere göre hedonik açlık mekanizmalarının değiştiğini gözlemlenmiş. Yapılan araştırmalarda, kısıtlı beslenen bireylerin, vücut ağırlığı kaybı için gerekli olan diyet kalıplarının dışında kaldıklarını düşündüklerinde, tokluk sınırına ulaşana kadar yemek yedikleri gözlemlenmiştir. Bu nedenle besin tüketim sıklığı ve miktarı oldukça değişkenlik gösteren bu kişilerin kısıtlayıcı bir diyet sistemiyle uzun vadede vücut ağırlığını azaltmaları da mümkün olmayacaktır (Ogden, 2019). Bunun aksine ölçülü beslenen ve vücut ağırlığının ideal seviyelere getirmek veya vücut ağırlığını korumak isteyen bireylerde yapılan bir çalışmada, bulimik tepkilerin tahminden daha az olduğu

bildirilmiştir (Prensell and Stice, 2003:166). Ayrıca aşırı derecede kısıtlanmış bir beslenme davranışı sergileyen bireyler, ölçülü beslenen bireylere kıyasla daha az kalori tükettiklerini iddia etmelerine rağmen, anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir (Stice et al., 2004:51). Bunun yanı sıra, vücut ağırlığı normal olup kısıtlı beslenen bireylerde bazı fizyolojik aktiviteler değişmektedir. Bu fizyolojik aktiviteler; leptin ve insülin seviyelerinin düşmesi gibi vücut ağırlığı artış eğilimini arttıran aktivitelerdir (Lowe and Kral, 2006:16-21). Kısaca, aşırı kalori kısıtlaması yapan bireylerle, kontsüz besin tüketiminde olan bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ve bu iki kavramın birleşiminin hedonik açlık kaynaklı olabileceği bildirilmektedir.

### **E. Yeme Farkındalığı**

Farkındalık kavramı, bireyin herhangi bir önyargı sahibi olmadan var olan durumu algılayabilmesini sağlayan kazanılmış bir beceridir (Brown and Ryan, 2003:822; Kabat-Zinn and Hanh, 2013; Miller, 1999). Farkındalık ve farkındalık tanımları geliştirilebilir. Geçmiş yıllarda insanlar farkındalık kavramının, doğru meditasyon yöntemleriyle geliştirilebileceğine inanmaktaydı. Meditasyon sonucu bireyin sezgileri, sakinliği, vicdanı başta olmak üzere farkındalığını geliştirilebileceği inancı, eski doğu kültürlü ruhani inanışlardan kaynaklanmaktadır (Goldstein, 2002, Kabat-Zinn, 2000). Son yıllarda, farkındalığın gelişimi için; diyalektik davranış terapisi, farkındalık temelli stres azaltma, bilişsel terapi, kabullenme ve kararlılık terapisi, maddelerin kötüye kullanımı için tekrarlamayı önleyici gibi terapiler uygulanmaktadır (Baer et al., 2006:27-45).

Orijinal çalışma raporları, farkındalığın gelişmesi için yapılan uygulamaları desteklemektedir. Beslenme uzmanları ve çalışmacıları da Kabat-Zinn ve diğer bilim insanlarının tanımladığı farkındalık kavramını son yıllarda beslenme biçimini ve yeme davranışını anlayabilmek ve geliştirebilmek için çalışmaya ağırlık vermektedirler (Peterson and Pbert, 1992: 936-943; Kabat et al., 1985:163-190; Shapiro et al., 2006: 373-386). Yeme farkındalığı terimi, besin tüketimi sırasında fiziksel ve duygusal ifadelerin farkındalığını açıklayabilmek için kullanılmaktadır. Yeme farkındalığı, bireyin besin tüketimi durumunun neden, nasıl, ne sıklıkla meydana geldiğini idrak etmektir. Özellikle normal vücut ağırlığına ulaşmak ve bu hedefi korumak için önem teşkil etmekle birlikte bir temel oluşturmaktadır. Örnek verilecek olursa yeme farkındalığı, birey tokluk kavramını tanımasına ve bu kavramı hayatına geçirmesine

ya da duygu değişimleri sonucu yemek yeme davranışı sergilememesine yardımcı olmaktadır. Farkındalık olmadan besin tüketiminin veya tüketimin kısıtlanmasının vücut ağırlığı kaybında uzun vadeli sonuçlarının başarı oranı hayli düşüktür (Wansink, 2004: 455-479; Wansink, 2005:93-100).

## **F. Yeme Bozuklukları**

Yeme bozuklukları, normalin dışında bir yeme davranışı sergilenmesi ve vücut ağırlığı kontrolü düşüncesiyle hareket edilen önemli bir psikiyatrik bozukluk durumudur. Bu bozukluk durumunun ortaya çıkmasında, vücut ağırlığı ve görüntüsüne dair uygunsuz düşünce şekli rol oynamaktadır ve cinsiyet bu uygunsuz düşünce şeklinin oluşmasında oldukça büyük bir etki faktörüdür. Erkeklerin vücut algısı daha çok kaslı bir görünüm elde etmeye çabalar. Bunun yanı sıra kadınlar vücut ağırlığını düşürmeyi hedeflemektedir. Yeme bozuklukları fiziksel ve psikolojik sağlık olmak üzere bireyin genel sağlığını olumsuz etkilemektedir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-V) ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD-11), altı yeme bozukluğunu bildirmektedir (WHO, 2018). Bu bozukluklar: anoreksiya nevroza (AN), bulimia nevroza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), kısıtlayıcı yeme sendromu, pika ve ruminasyon sendromudur. Son üç yeme bozukluğu genellikle çocukluk döneminde gözlemlenen bozukluklardır.

Yeme bozukluğuna sahip olan bireylerin en az %70'inde psikiyatrik bozukluklar da eşlik etmektedir (Treasure et al., 2020:899-911). Bu bozuklukların en sık görülenleri arasında duygu durum ve kaygı bozukluğu, nörogelişimsel bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır (Keski-Rahkonen and Mustelin, 2016: 340-345; Udo and Grilo, 2019:42-50). Diyabet hastalığı olan bireylerde yeme bozukluğu görülme riski arttığı belirtilmektedir ve bu durum şeker hastalığına bağlı olası yan hastalıkların görülme riskini arttırmaktadır (De Jonge et al., 2014:699-709; Treasure et al., 2015:1541-1545; Staite et al., 2018:1329-1336). Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu ile otoimmün hastalıklar ile tersinir bir etki bildirilmiştir. Bu hastalıklardan bazıları çölyak ve Crohn hastalığıdır (Hedman et al., 2019: 803-812).

Yeme bozukluklarının görülme sıklığı son yıllarda %25 oranında artış göstermektedir (Smink et al., 2016:1189-1196; Micali et al., 2013). Buna karşın yeme

bozukluğu gösteren bireylerin %20'si tedavi olmak bir merkeze başvurmaktadır (Mitchison et al., 2020:981-990; Solmi et al., 2016:369-381). Yeme bozuklukları yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, din, ırk, kültür, coğrafya fark etmeksizin her bir bireyi etkisi altında bırakabilir. AN ve BN veya TYB yaşamın ilk dönemlerinde görülmeye başladığı için ergen ve genç yetişkinleri etkisi altına almaktadır. AN, 30 yaş sonrası görülme ihtimali daha azdır (Litmanen et al., 61-66; Javaras et al., 2015:1070-1081).

Yeme bozukluklarının hangi başlık altında toplanması gerektiği hakkında bilim insanları ikiye ayrılıyor. Yeme ve/veya beden algısı sorunu mu, yoksa nevrotik, psikotik veya psikosomatik bir hastalık mı sorusuna yanıt aramak amacıyla yapılan araştırmalar, yeme bozukluklarından kısıtlayıcı olanlar ile tıknırcasına olanları ayırmak gerektiğini ve etiyolojilerini ona göre sınıflandırmak gerektiğini bildirmektedir (Phillipou et al., 2017:13-14). Bu nedenle, bu iki gruba ayrılmış yeme bozukluklarının tetikleyicilerini, hızlandırıcı ve süreklilik sağlamasına neden olan etkenlerini iki farklı çizelgede (Çizelge 1, Çizelge 2) özetlenmelidir.

Çizelge 1. Kısıtlayıcı Tipte Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Kısıtlayıcı Tipte Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genetik eğilim</li><li>• Cinsiyet: kadın/erkek oranı=10:1</li></ul>
Biyolojik Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Obsesif-kompulsif veya otistik spektrum özellikleri</li><li>• İştah dengesizliklerine yatkınlık</li><li>• Metabolik hassasiyet</li><li>• Anne karnındaki dönemde olan çevresel etkiler</li><li>• Kişilik özellikleri (katı bakış açısı, detaycılık, belirsizliğe ve hataya tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik)</li><li>• Dürtüler üzerinde yüksek bilişsel kontrol ile bilişsel katılık</li><li>• Ödülü geciktirme davranışı sergilenmesi</li></ul>
Psikolojik Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jest ve mimiklere olan dikkat etme eğilimi</li><li>• Zihin kuramının azalmış olması</li><li>• Sosyal sıralama ve tehdide karşı hassas olma eğilimi</li><li>• Sosyal etkileşimde yorumlama ve karşılık vermenin azalması</li><li>• Beden algı bozukluğu</li><li>• Aleksitimi (duygu körlüğü)</li></ul>

Çizelge 1. Kısıtlayıcı Tipte Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi (devamı)

Kısıtlayıcı Tipte Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ebeveyn ile yaşanan yeme sorunları</li><li>• Akran zorbalığı</li></ul>
Psikososyal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Travmaya maruz kalma</li></ul>
Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kültür (sanayileşmiş/batılı)</li><li>• İnce beden algısını ideal hale getirme</li><li>• Sosyoekonomik durum</li><li>• Vücut ağırlığı kaybı ve korumasında, besin tüketimi konusunda aşırı kontrolçülük</li><li>• Vücut ağırlığı kontrolü davranışları</li></ul>
Davranışsal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Beden kütle indeksi ile aşırı ilgilenme</li></ul>
Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kaçınma veya mükemmeliyetçilik yoluyla başa çıkma</li><li>• Sosyal izolasyon</li><li>• Fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesinin bozulmuş olması</li></ul>

Çizelge 2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Tıkınırcasına Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Genetik yatkınlık (belirsiz)</li><li>• Cinsiyet: kadın-erkek oranı=3:1</li></ul>
Biyolojik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Metabolik hassasiyet</li></ul>
Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Etnik köken: Asyalılarda yaygınlık artmakta</li><li>• İştah dengesizliklerine yatkınlık</li><li>• Çocukluk travması</li><li>• Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu özellikleri (dürtüsellik ve dikkati vermede güçlük)</li></ul>
Psikolojik	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ödülü geciktirememe</li></ul>
Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Duygusal kaçınma ile sosyal biliş sorunları</li><li>• Beden algı bozukluğu</li><li>• Aleksitimi (duygu körlüğü)</li></ul>
Davranışsal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vücut ağırlığı kontrolü davranışları, BKİ ile aşırı ilgilenme</li></ul>
Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kaçınma veya mükemmeliyetçilik yoluyla başa çıkma</li><li>• Sosyal izolasyon</li></ul>

## Çizelge 2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi (devamı)

Tıkınırcasına Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	
Psikososyal Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ebeveyn ile yaşanan yeme sorunları</li><li>• Akranlardan, aileden, otorite figürlerinden vücut ağırlığı kaybı ve yeme şekli hakkında yapılan olumsuz ve aşağılayıcı konuşmalar</li></ul>
Davranışsal Faktörler	<ul style="list-style-type: none"><li>• Travmaya maruz kalma</li><li>• Kültür (sanayileşmiş/batılı)</li><li>• İnce beden algısını ideal hale getirme</li><li>• Vücut ağırlığı kontrolü davranışları</li><li>• Beden kütle indeksi ile aşırı ilgilenme</li><li>• Kaçınma veya mükemmeliyetçilik yoluyla başa çıkma</li><li>• Sosyal izolasyon</li><li>• Fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesinin bozulmuş olması</li></ul>

Yemek yemek aynı zamanda sosyal bir aktivitedir. Bu nedenle toplu gruplarla sağlanan besin tüketimi, yeme bozukluklarının düzelmesinde destekleyici olabilir. Sosyallikten uzak bir yaşam, fazlaca sosyal medya kullanımına ve kendini daha fazla insanlardan uzaklaşmaya sebep olabilir (Holland and Tiggemann, 2016:100-110).

Özellikle son 25 yılda artış gösteren, genellikle gelişmekte olan sanayi ülkelerindeki genç ve ergen nüfusu etkileyen ve ilaç tedavisi olmayan yeme bozuklukları, etkili terapötik stratejilerin daha fazla araştırılması gerekmektedir. Günümüzde uygulanan etkili yöntemler mevcuttur (Juli et al., 2021:84-85). Yeme bozukluklarının tedavisi için bilişsel davranışçı terapi genellikle kullanılan tedavi yöntemidir. Yeme bozuklukları görülme sıklığı orta üstü olmasına rağmen çoğu kişi tedaviye başvurmamaktadır. Bu durum geri dönüşü olmayan durumlara yol açabilir. Daha şiddetli semptomların gözlemlendiği ve tedaviye cevap vermeyen bireyler için hastane tedavisi uygun görülebilir. Psikolog ve psikiyatrik tedaviye ek olarak, fiziksel ve beslenme alanlarında da tedavi multidisipliner bir şekilde desteklenmelidir. Bu tedavilerin erken müdahalesi de önem arz etmektedir. Ayrıca yaygınlaştırılabilir ve dünya genelinde uygulanabilir tedavilere ihtiyaç vardır.

### 1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa, beden algısı bozukluğunun temelini oluşturduğu, kısıtlayıcı yeme davranışının ve/veya aşırı fiziksel aktivitenin gözlemlendiği, sonucunda tehlikeli

derecede düşük vücut ağırlığı (BK:<17,5 kg/m<sup>2</sup>) ile karakterize edilen bir yeme bozukluğudur. Bunun yanı sıra, bilişsel ve duygusal aktivite bozulmuştur. Bozuk beden algısının varlığı, AN'yi kısıtlayıcı yeme bozukluğundan ayırmaktadır. Gastrointestinal sistem başta olmak üzere vücudun, organların ve dokuların işleyişi etkilenmektedir.

Anoreksiya nevroza, daha çok kadınlarda görülmekte ve Amerika ve Avrupa'da yaşayan kadınların %0,9-4'ünü etkilemektedir (Keski-Rahkonen and Mustelin, 2016:340-345). Japonya'da ise durum farklı değildir. Görülme sıklığı son yıllarda yükselişe geçmiştir. Özellikle kadınlarda görülen AN, 1982 yılında %0,11 olan oran on yıl içinde %0,13'e, sonraki on yılda ise %0,43 oranı ile ivmesini arttırmıştır (Nakai et al., 2014:151-156). Bu oranlardaki hızlı yükselişi anlamlandırmak isteyen araştırmacılar sosyokültürel olgulara dikkat çekmekte ve çalışmalarını yoğunlaştırmaktadır. Bu olgulardan bazıları şunlardır: Batılılaşma, kolektivizm, gelenekler (Kusano-Schwarz and Wietersheim, 2005:411-416).

AN ve BN için yirmi yılı aşkın takip süresi olan bir çalışmada, AN için ortalama on yıl süren kalıcı bir yeme bozukluğu olduğu bildirilmektedir (Dobrescu et al., 2020:97-104). Ölüm oranı ise BN ve TYB'ye göre daha fazladır fakat erken müdahale ile ölüm riskini ortadan kaldırmak mümkündür (Smink et al., 2013:543-548). Bunun yanı sıra, psikiyatrik bozukluklar arasında ölüm oranı bildirilmektedir. AN ile birlikte eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve intihar girişimi de bu oranı yükseltmektedir (Arcelus et al., 2011:724-731; Pisetsky et al., 2013:1042). Ayrıca DSM-V'in önerdiği AN için tanı kriterlerine uyup, vücut ağırlığında azalma var ama BKİ değeri normal veya yüksek olması durumunda atipik anoreksiya nevroza tanısı bildirilmiştir fakat fizyolojik temellerinin aynı olup olmadığı belirsizdir (Guha, 2014).

İltihaplı bağırsak hastalığı (Crohn hastalığı veya ülseratif kolit), kanser, kan dolaşımında serbest T3 ve T4'ün artmasına bağlı olarak metabolizmanın hızlanması ve şeker hastalığı gibi hastalıklar bazen AN ile karıştırılabilir. AN tanısını koyabilmek majör depresif ve şizofreni hastalarında oldukça zordur (Treasure et al., 2020:899-911). Bunun sebebi yoğun depresyonda yemek yemeyi reddeden hastaların yemek yemeyi bile hak etmediklerini düşünerek bu eylemi gerçekleştirmesi ile ilgili olabilmektedir. Şizofreni hastaları ise zehirlenme ve öldürülme korkusu ile yemek yemeği reddedebilmektedir.

AN'da aç kalma ve yediğini çıkarma sonucu bazı normal olmayan durumlar meydana gelebilmektedir. Buna örnek olarak kan şekeri düşmesi, karaciğer enzimlerinin ve kolesterolün artışa geçmesi, düşük derecelerde hipotroidizm, düşük hormon seviyeleri (östrojen ve testesteron gibi), kortikotropin ve büyüme hormonunun fazla salgılanması gibi durumlar gözlemlenebilmektedir. Bunun yanı sıra hipokalemik alkaloz AN'da yediğini çıkarmaya bağlı olarak görülebilmektedir. BKİ normal sınırlarının altında olan bireylerde düşük tansiyon ve kalp atım hızı görülebilmektedir. Tüm fiziksel belirtiler Çizelge 3'te gösterilmiştir. Eşlik eden bu hastalıkların çoğu uygun tedavi sağlandığında hızlıca toparlanabilir. Fakat bazı durumlar ciddiyetini korumaktadır. Bu durumlar: hipoglisemi, hipokalemi, hipofosfatemi. Tedavide öncelik ve önem bu üç duruma verilmelidir.

Çizelge 3. Anoreksiya Nervosa için Fiziksel Bulgular

Anoreksiya Nervosa için Fiziksel Bulgular	
Kardiyovasküler	Hipotansiyon, bradikardi, aritmiler, kardiyomiyopati
Dermatolojik	Kuru pullu cilt ve kırılğan saçlar (saç dökülmesi), lanugo (ince tüylü vücut kılları)
Endokrin ve metabolik	Hipoglisemi, hipokalemi, hiponatremi, hipotermi, tiroid fonksiyonunda değişiklik, hiperkortizolemi, amenore, ergenlikte gecikme, büyümenin durması, osteoporoz
Gastrointestinal	Gastrointestinal geçişin uzaması, antral motilitenin değişken olması, gastrik atrofi, kabızlık
Nörolojik	Periferik nöropati, beyin hacmi kaybı: ventriküler genişleme, sulkal genişleme, serebral atrofi (psödoatrofi-vücut ağırlığı artışı ile düzelir)
Oral	Diş çürüğü
İskelet	Osteopeni
Böbrek	Böbrek taşı, akut böbrek hasarı (dehidrasyon kaynaklı)
Karaciğer	Transaminüt, karaciğer yetmezliği
Üreme	Amenore, kısırlık, düşük doğum ağırlıklı bebek

Gelişimsel bazı kişilik özellikleri AN riskini arttıran bir özellik olarak bildirilmektedir. Nörobilişim üzerine yapılan sistematik bir incelemede bu kişilik özellikleri nörobilişsel işlevin normal olmadığı durumlar ile ilintili olduğu ve sonucunda vücut ağırlığının azaldığı bildirilmiştir (Smith et al., 2018:798-821). Düşük

benlik algısı, tüm yeme bozuklukları için ortak payda olmasının yanında, AN'de görülen sosyal kaygı, bağlanma problemleri, sürekli mutsuz hissetme ve yapılan aktiviteden keyif alamama gibi özelliklerin otizm spektrum bozukluğu ve anksiyete ile ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Kaestner et al., 2019:101-116). Bunun yanı sıra sosyal sıralama ve tehditlere karşı aşırı bir duyarlılık içinde olma hali vardır. Bu durumlar AN için temel olan sosyal izolasyon ve iletişim kopukluğuna katkıda bulunmaktadır (Cardi et al., 2014:543-552; Cardi et al., 2018).

Bağırsak mikrobiyotası, pek çok hastalığın doğrudan veya dolaylı olarak etkileyicisi olduğu gibi, AN için de etkileyici olabileceği düşünülmektedir. Bağırsak mikrobiyotasını oluşturan mikroorganizmaların oranlarının, tüketilen makro besin oranlarına göre değişkenlik gösterdiği bilinmektedir (De Filippo et al., 2010:14691-14696; Clarke et al., 2012:186-202). Bunun yanı sıra yemeklerdeki tatların tercihi bile mikrobiyotayı etkilemekte olduğunu söyleyen çalışmalar mevcuttur (Clarke et al., 2012:186-202). Bu denli değişken ve dış faktörlerden etkilenen bir mikroorganizma topluluğunun AN gibi yeme bozukluğu hastalıklarında değişime açık olduğu düşünülmektedir. Makro ve mikro besin grupları dengesizlikleri, laksatif kullanımına bağlı olarak ozmotik değerlerdeki dengesizlikler, lifli gıdaların yüksek oranda tüketilmesi gözlemlenmektedir (Chiurazzi et al., 2017:80-84). Bağırsak mikrobiyotası, rekabet üzerine kuruludur. Bu nedenle, enerji ve makro-mikro besin eksikliklerine dayanıklı bakterilerin çoğunluğa geçtiği düşünülmektedir. Ayrıca, bağırsak mikrobiyotasının bozulmasının, bir neden mi yoksa sonuç mu olduğunu araştıran çalışmalar da mevcuttur (Cryan and Dinan, 2012:701-712). Yapılan araştırmalar, bağırsak mikrobiyotasının oluşturduğu metabolitlerin bağırsak ve beyin arası sinir ağı vasıtasıyla iştaha ve enerji dengesine etki edebileceğini bildirmektedir (Van de Wouw et al., 2017:727-745). Bir çalışmada, E. coli'nin durağan bir döneminde ürettiği kazeinolitik proteinaz B peptit, anoreksijenik ve anksiyojenik bir nöropeptid olan  $\alpha$ -melanosit uyarıcı hormonunu taklit etmektedir ve AN olan bireylerde artış halindedir. Bu peptit nöronları doğrudan veya dolaylı olarak hipotalamusta üretilen proopiomelanokortine (POMC) etki ederek besin tüketiminin ve iştah dengesinin belirlenmesine katkıda bulunurlar (Breton et al., 2016:805-808). POMC, iştah baskılanmasına neden olan bir polipeptittir (Altun ve Köseoğlu, 2021:212-219). Enerji dengesini doğrudan etkilediği bilinen başka bir bakteri metaboliti ise propiyonattır (De Vadder et al., 2014:84-96).

Propiyonat, bütirat ve asetat, dışkıda en çok gözlemlenen kısa zincirli yağ asitlerindedir (KZYA) (Nicholson et al., 2012:1262-1267). KZYA, kolondaki oksijensiz ortamda üreyen bakterilerin diyet lifinin metabolize edilmesinden üretilen son ürünlerdir ve bu metabolitlerin enerji metabolizması üzerinde faydalı etkileri bildirilmiştir (den Besten et al., 2013:900-910). Yapılan bir çalışmada ise AN olan bireylerde propiyonik ve asetik asit seviyeleri sağlıklı bireylere göre önemli ölçüde düşük bulunmuştur (Morita et al., 2015). Ayrıca bütirat üreten *Roseburia* bakterisi türü de AN olan bireylerde az olduğu bildirilmiştir. Bütirat, aynı zamanda anksiyete ile ters orantılı olduğu gözlemlenmiştir (Borgo et al., 2017). AN ile bağırsak mikrobiyotası arasındaki ilişkiyi netleştirebilmek için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

AN tedavisi için, dünya çapında kanıta dayalı kılavuzlar yeme bozukluğu odaklı aile temelli müdahale önermektedir (Hilbert et al., 2017:423). Fakat yapılan sistematik bir inceleme, aile temelli müdahalenin, eğitim temelli veya psikolojik müdahalelere kıyasla anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmektedir (Fisher et al., 2010). Kişiye en uygun tedavi yöntemini bulup, kişiye özel olarak mutidisipliner bir tedavi anlayışına ihtiyaç vardır.

## **2. Bulimia Nervosa**

Bulimia nevroza, teşhisi için üç ana kriteri olan bir yeme bozukluğudur. Bu kriterlerden ilki tok veya açlık durumuna dikkat edilmeksizin tıknırcasına yeme nöbetleri, ardından bu yeme nöbetlerini kusarak, kendini aç bırakarak veya yoğun egzersiz ile telafi etme, aynı zamanda beden algısının bozuk olması. BKİ normal ve daha yüksek olan kişilerde görülmektedir. BN tanısı için, telafi edici davranışların en az üç ay sürmesi ve sıklık olarak da en az haftada bir görülmesi gerekmektedir (Ma, 2022). DSM-IV bulimia nevrozanın ömür boyu sürebilme ihtimalini %1,5-4,6 olarak bildirmişken 2013 yılında yayımlanan DSM-V bu oranı %4-6,7 olarak bildirmiştir ki bu da yıllar içinde BN'nin artışı gösteren bir karşılaştırmadır (Bell, 1994:828-829; Guha, 2014).

Yapılan çalışmalarda BN görülme sıklığı son zamanlarda azalmış gibi gözükse de, toplumlar bazında tanı kriterleri içine girmeyen düzensiz yeme oranlarında artış gözlemlenmektedir (Smink et al., 2016:1189-1196). Yapılan bir çalışmada, 20-27 yaş aralığındaki kadınların %23'ü düzensiz beslenmektedir ve bu tarz beslenmenin sosyal hayatı, fizyolojiyi ve psikolojiyi etkileyeceğini unutmamalıdır (Wade et al., 2012:352).

Bulimia nervoza, AN'ye göre az bir farkla daha geç gözlemlenmektedir (Kessler et al., 2013:904-914). Aşırı yemeyi telafi etme davranışı en çok ergenliğin sonlarında ve genç yetişkinlikte ortaya çıkar. Gözlemlenen ortalama yaş 19 olup 10-29 yaş gibi bir geniş ortaya çıkma aralığı göstermektedir (Wade et al., 2006:121-128). Yapılan bir çalışmada, BN tanısı alan bireyleri %24-31'i daha önceden anoreksiya nervoza tanısı almış olduğu bildirilmektedir (Keski-Rahkonen et al., 2009:823-831).

Bulimia Nervoza başta olmak üzere yeme bozukluğuna sahip bireylerin en az %70'i yan hastalık bildirmektedir. Bunlardan bazıları görülme sıklığına göre; anksiyete, duygu durum bozukluğu, kendine zarar verme ve madde kullanımı olarak sıralanabilir (Keski-Rahkonen and Mustelin, 2016:340-345). BN olan bireylerde duygu dalgalanmaları yoğun olarak görülmektedir. Yaşanan duygunun süresini ve yoğunluğunu ayarlayamama, farkında olamama ve kabullenememe, bu duygu yoğunluğu sonucu oluşan dürtüsel davranışların önüne geçememe oldukça sık görülmektedir.

BN ve TYB olan bireyler atipik depresyon belirtileri göstermektedir (Singleton et al., 2019:1-8). Bunun yanı sıra yine BN ve TYB olan bireylerin %50'sinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) görülmektedir (Nazar et al., 2014:572-578). Yine yapılan araştırmalarda BN tanısı almış bireylerin birçoğu sınır kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluğu tanı kriterlerini karşılayabilmektedirler. Tüm yeme bozukluklarında olduğu gibi BN olan bireylerde ölüm riski mevcuttur. BN için ölüm riski %0,0075'dir. Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimlerinin görülme sıklığı ise %15-40 arasındadır (Forcano et al., 2009:91-97).

Özellikle insüline bağımlı diyabet hastalarının insülin doz eksikliği görülen bireylerde BN görülme riskini artmaktadır. Bu hastalarda düzensiz yemek, insülin kullanmamak, uzun süre aç kalmak retinopati, mikrovasküler yan hastalıkların görülme ihtimalini 3 kat arttırmaktadır (Rydall et al., 1997:1849-1854). İnsülin eksikliği en çok 15-30 yaşları arasındaki kadınlarda bildirilmektedir (Polonsky et al., 1994:1178-1185).

Bunun yanı sıra fiziksel belirtiler de mevcuttur. Bu fiziksel belirtiler temel olarak açlık ve kusmanın bir sonucudur ve Çizelge 4'te detaylı olarak gösterilmiştir.

#### Çizelge 4. Bulimia Nervosa için Fiziksel Bulgular

Bulimia Nervosa için Fiziksel Bulgular	
Kardiyovasküler	Aritmiler, kalp yetmezliği (ani ölüm)
Endokrin ve metabolik	Elektrolit bozuklukları ( $K^+$ , $Na^+$ , $Cl^-$ , metabolik asidoz [müshil ilaçlar] veya alkaloz [kusma]) Kabızlık veya steatore (yağlı defekasyon), mide veya duodenal
Gastrointestinal	ülserler, pankreatit, yemek borusu veya mide erozyonları veya perforasyonu
Hematolojik	Lökopeni veya lenfositoz
Oral	Diş kayıpları
Böbrek	Akut böbrek hasarları

BN, sağlıklı insanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki en önemli fark dürtüsel davranış göstermeleridir (Lavender and Mitchell, 2015:394-401). Özellikle bu dürtüsel davranışın içinde heyecan verici uyaranları hayatına dahil etme eğilimleri oldukça büyük bir etkidir. İkizler üzerinde yapılan bir çalışmada, BN olan bir kız çocuk ve sağlıklı erkek çocuk incelendiğinde, BN olan bireyde anksiyete bozukluğu, nevrotik olma hali, psikoaktif madde kullanımı, yenilik arayışı gözlemlenmektedir (Wade et al., 2004:251-256). Bunun yanı sıra BN olan bireylerde nörobilişsel anormallikler de gözlemlenmektedir (Klabunde et al., 2017:36-46). Bu anormallikler arasında, insular lobda meydana gelen anormallikler yer almaktadır. İnsular lob, interoseptif duyuları ve tat duyularını işlemede kullanılan bir lobdur. Ayrıca telafi edici davranışların başında kısıtlayıcı beslenme sonucu serotonin resptörü olan 5-HT (5-hidroksitriptamin) anormallikleri görülebilir ve bu anormallikler iyileşmeden sonra da gözlemlenebilir (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE), BN için aile temelli terapiyi öncelikli olarak belirlemiştir (UK, 2017). Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ise alternatif tedavidir. Kişisel bakım rehberliğinde uygulandığında ise yeme ataklarını iyileştirmede aile temelli terapiden daha hızlı sonuç vermektedir. Ayrıca kılavuzun ailelerle paylaşılabilmesi BDT'yi öne çıkaran bir özelliktir (Schmidt et al., 2007:591-598). NICE, son 5 yıldır bir terapist veya rehber ile kendi kendine BDT'yi tedavi olarak önermektedir. Bunun yanı sıra yapılan bir meta analiz çalışmasında, BN olan bireyler en iyi tedaviyi alsa bile tam anlamıyla sağlıklı davranışlar sergilemeyi başaramadıkları bildirilmektedir (Slade et al., 2018:2629-2636).

### 3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, 2013 yılında DSM-V ve 2018 yılında ICD-11 kılavuzlarında yeni bildirilen bir yeme bozukluğudur. TYB için temel tanı kriteri, yeme davranışını kontrol edememedir. Belirli bir zaman içinde büyük porsiyonlarda tıkınırcasına yeme davranışı göstermeleridir. DSM-V'e göre, teşhis için bu davranışların üç ay boyunca haftada en az bir kez gözlemlenmiş olması gerekmektedir (Ma, 2022). Ayrıca belirtilen beş kriterden en az az üçünü içermelidir; normalden daha hızlı yeme, rahatsızlık verecek ve aşırı tok hissedecek kadar yeme, aç hissetmemeye rağmen yeme, çok yediği için utanma duygusu ile tek başına yeme, tıkınırcasına yeme sonunda mutsuz olma. BN ile TYB arasındaki fark ise, TYB olan bireyler aşırı yemelerini düzenli olarak telafi etmezler. TYB'yi AN ve BN'den ayıran başka bir özellik ise, beden algısı bozukluğunun tanı için gerekli olmamasıdır (Treasure and Alexander, 2013).

TYB görülme sıklığı, dünya genelinde kadınların %1,5'inde ve erkeklerin %0,3'ünde var olduğu düşünülmektedir. Fakat düşünülen çok daha az bir oranda tanı konulmuş birey vardır. Kadınların %0,6-1,8'i ve erkeklerin %0,3-0,7'si TYB tanısı almıştır (Keski-Rahkonen, 2021:525-531). TYB yetişkinlere kıyasla gençlerde daha çok görülmektedir fakat bu durum genellikle yetişkinlikte devam etmemektedir. TYB tanısı almış çoğu birey, geç teşhis almıştır. Bunun nedeni kliniklere başvurma oranının hayli düşük olmasıdır.

TYB, genellikle gözden kaçsa da oldukça yaygın bir yeme bozukluğudur ve obezitenin de temelini oluşturabileceğinden oldukça önemli bir sağlık problemidir (Udo and Grilo,2018:345-354). TYB görülme riski ile BKİ artışı doğru orantılı olduğu göze alındığında, obezite salgınının önüne geçebilmek için TYB tedavisinin önemi oldukça açıktır. Diyet veya cerrahi tedavilerle zayıflama protokolleri arayışına giren obez bireylerin neredeyse %30'unda TYB gözlemlenmektedir (Dawes et al., 2016:150-163; Agh et al., 2015:1-12). 2019 yılında yapılan bir çalışmada, TYB tanısı almış bireylerin ortalama BKİ değeri 33,9 kg/m<sup>2</sup> olarak bildirilmektedir (Coffino et al., 2019:1415-1426).

TYB tanısı genellikle yanında ek psikolojik rahatsızlıkları da beraberinde getirmektedir. 2019 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan bir çalışmaya göre, TYB tanısı olan bireylerin %94'ü ve daha fazlası ek bir psikiyatrik

rahatsızlık kriterlerine dahil bir tanı almıştır (Udo and Grilo, 2019:42-50). Bunun yanı sıra %23'ü ise intihar girişiminde bulunmuştur. Bunun yanı sıra birey hayatı boyunca duygu durum bozukluğu (%70), travma sonrası stres bozukluğu (%32) ve anksiyete (%16) belirtileri göstermektedir. Sınır kişilik bozukluğu, alkol ve kumar bağımlılıkları, DEHB gibi durumlar sıklıkla TYB tanısı almış bireylerde gözlemlenmektedir (Jimenes-Murcia et al., 2013:1053-1060). Bunun yanı sıra TYB için ölüm riski 1,5-1,8 olduğu düşünülmektedir.

TYB, daha yeni tanı kriterleri belirlenmiş bir yeme bozukluğu olduğundan, çalışmalar ABD bölgesinde yoğunlaşmaktadır (West et al., 2019:659-668). Fazla vücut ağırlığı ile alay edilmesi, beden algısı bozukluğu ve dengesiz beslenme, TYB için risk teşkil etmektedir (Braun et al., 2019:14848). Bunun yanı sıra, sosyo-ekonomik durum, travmalar, gıdaya ulaşılabilirlik, savaş ve psikiyatrik rahatsızlıkların ileri seviyede olması da TYB için risk faktörleridir (Hazzard et al., 2020:1-9). Yapılan araştırmalarda, etnik köken ve cinsel yönelim konusunda azınlıktaki bir düşünceye sahip olunması riski arttıran diğer unsurlardan birkaçıdır (Marques et al., 2011:412-420). Çeşitli ayrımcılıklar sonucu, TYB tanısı koyulamayabilir, birey belirtilerini aktarmaktan çekince duyabilmektedir. Bu nedenle, TYB'nin önlenmesinin ve tedavisinin aksaması, bireysel sağlık sorunu olmaktan çıkıp, aynı zamanda sosyal adaletin sağlanabilmesinin önünde bir engel teşkil etmektedir.

TYB için ilaç tedavisi adına yapılan iki meta-analize göre, ilaç tedavisinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla vücut ağırlığı kaybının gözlemlendiği, bunun yanı sıra yeme ataklarında gözle görülür bir azalma meydana geldiği bildirilmiştir (Hilbert et al., 2019:91; Ghaderi et al., 2018:e5113). İlaç tedavileri için yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu kısa vadeli sonuçları gözlemlemektedir. 2016 yılında yapılan bir sistematik incelemede, ABD Gıda ve İlaç idaresi (FDA) tarafından TYB için önerilen tek ilaç lisdexamfetamin olarak bildirilmektedir. Fakat yarardan çok zarar sağlayabileceğinden kullanımının daha detaylı araştırılması gerekmektedir (Fornaro et al., 2016:1827-1836). Bunun yanı sıra obezite ve şeker hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçların denendiği pek çok çalışma mevcuttur fakat bu müdahalelerin karşılaştırılabileceği çalışma sayısı yeterli değildir (Lutter, 2017:614-622).

Son yıllarda bilinirliğinin artmasına rağmen TYB, BN ve AN kadar yaygın araştırılmamıştır ve hakkındaki bilgi ve tedavi seçenekleri kısıtlıdır. Eksik bilgilerin

başında görülme sıklığı ve altında yatan nedenleri gelmektedir ve tahmini veriler bildirilmektedir (Santomauro et al., 2021:320-328). TYB'nin genetiği ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır ve henüz genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) yapılmamıştır (Bulik et al., 2021:1-9). Bunun yanı sıra nörobilişsel süreçleri daha iyi anlayabilmek, kesin tedavi ve çözüm için gereklidir. Yapılacak yeni çalışmalar ve bulunan yöntemler TYB'nin mekanizmasının çözülmesinde fayda sağlayacaktır.



### **III. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **A. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Sağlıklı beslenmek veya vücut ağırlığı kaybı amacıyla diyetisyene başvuran bireylerin iki ay ve daha fazla düzenli olarak diyetisyen eşliğinde beslenme danışmanlığı alınması sonucu yeme farkındalıklarının ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Düzenli beslenme danışmanlığı alan bireylerin yeme farkındalıkları ve yeme tutumları skorlarının ideal sonuçlara daha yakın olması beklenmektedir. Bunun yanı sıra sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılması ve ideal vücut ağırlığına ulaşılması da amaçlanmaktadır. Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır.

#### **B. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

Dahil edilme kriterleri; Fatih'te bulunan özel Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezine başvuran, 18-65 yaş aralığında, okuryazar ve çalışmaya katılmaya gönüllü bireylerdir.

Dışlama kriterleri; 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük, kalp pili bulunan, anket verilerini eksik dolduran, gebe ve emzikli bireylerdir.

#### **C. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi**

Ocak 2023 ile Nisan 2023 tarihleri arasında, Fatih'te bulunan özel Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezine başvurmuş, en az iki ay düzenli danışmanlık almış veya almaya devam eden, 18-65 yaş aralığında olan 347 kadın, 52 erkek olmak üzere toplam 399 gönüllü birey ile yürütülmüştür.

Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için RAOSOFT programı kullanılmıştır. Bu program aracılığı ile, %95 güven aralığında ve  $p < 0.05$  kabul edilerek minimum 235 birey olarak hesaplanmıştır (Raosoft, 2023). Bu çalışma için İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

## **D. Araştırmadaki Veri Toplama Araçları**

### **1. Anket Formu**

Anket formu literatür taraması sonucu derlenen bilgiler ışığında oluşturulmuştur (Baer et al., 2006:27-45; Garner and Garfinkel, 1979:273-279; Köse ve ark., 2016:125-134; Savaşır ve Erol, 1989:19-25). Ek-1’de verilen anket formu, dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile bireylerden onay alındıktan sonra araştırmacı tarafından uygulandı. Anket formu; genel bilgiler, sağlık bilgileri, beslenme durumu bilgileri, yeme farkındalığı ölçeği ve yeme tutumu ölçeği olmak üzere toplam beş bölümden oluşmaktadır. Genel bilgiler bölümünde; cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim ve mesleki durumu gibi demografik özellikleri sorgulanmaktadır. Sağlık bilgileri bölümünde; antropometrik ölçümler, kronik hastalıklar, kullanılan ilaç, sigara ve alkol tüketimi ile egzersiz yapma durumu sorgulanmıştır. Beslenme durumu bilgileri bölümünde; öğün sayısı, öğün atlama durumu, su tüketimi ve vitamin-mineral desteği kullanımı sorgulanmıştır. Ardından yeme farkındalığı ve yeme tutumu ölçekleri gelmektedir. Her bir birey için anket formunu doldurma süresi ortalama 20-25 dakikadır.

### **2. Antropometik Ölçümler**

Çalışmaya katılan bireylerin vücut kompozisyon analizini yapabilmek için “TANİTA BC-601” model cihaz kullanılmıştır. Bu cihaz, BIA (Biyoeimpedans Analiz) tekniğini kullanarak ölçüm yapmaktadır. Bu teknik, el ve ayaklara temas eden elektrotlar sayesinde vücut su miktarı ve yüzdesi, yumuşak doku miktarı ve yüzdesi, kas ve kemik dokusu miktarı, yağ miktarı ve yüzdesi gibi değerlerin ölçülebilmesini sağlamaktadır.

Ankete katılan birey topukları yerde, omuz ve sırt dik olacak şekilde konumlandıktan sonra baş bölgesinin en yüksek noktasından yere kadar olan mesafe ölçülerek boy uzunluğu ölçümü yapılmıştır. Boy uzunluğunun belirlenmesi için kullanılan boy ölçeri “Mesitaş MST-B01”dir.

Elde edilen boy ve vücut ağırlığı kullanılarak bireylerin BKİ birimleri hesaplanmıştır. BKİ’ni elde edebilmek için vücut ağırlığı boy uzunluğunun karesine bölünmesi gereklidir (kg/m<sup>2</sup>). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), BKİ kullanarak sınıflandırma yapmakta, bu yöntem ile obezite durumunu belirlemektedir. BKİ obezite

derecesini belirlemek için kullanılan önemli bir referanstır. Çizelge 7’de bu sınıflandırma verilmektedir.

Çizelge 5. BKİ ve Obezite Sınıflandırması

Beden Kütle İndeksi (BKİ) (kg/m <sup>2</sup> )	Sınıflandırma
<18,5 kg/m <sup>2</sup>	Zayıf
18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>	Normal
25-29,9 kg/m <sup>2</sup>	Hafif Şişman
30-34,9 kg/m <sup>2</sup>	I. Derece Obezite
35-39,9 kg/m <sup>2</sup>	II. Derece Obezite
>40 kg/m <sup>2</sup>	III. Derece (Morbid) Obezite

### 3. Yeme Farkındalığı Ölçeği

Framson ve çalışma arkadaşları birliğinde oluşturulan yeme farkındalığı ölçeği 28 sorudan oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçeğinde beş alt faktörü bulunmaktadır ve bu anketle duygu durumları ile yeme davranışının ilişkisini derecelendirebilmekteyiz (Framson et al., 2009:1439-1444). Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi ve uygulanması ilk kez 2002 ve 2003 yıllarında Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-28) yapılmıştır. Çeviri dört aşamalı bir çeviridir: önce anadilinden Türkçeye, sonra Türkçeden anadiline, ardından tekrar Türkçeye çevrilmiştir. Bu uygulamanın amacı diller arası geçişte farklılıkları önlemektir (Aksayan ve Gözüm, 2002: 9-14; Aksayan ve Gözüm, 2003: 3-14). Bu ölçeğin iç tutarlılık ölçeği 0,42 olarak bildirilmiştir. Bu ölçeğin tutarlılığını düşüren sorular incelenmiştir. Bu soruların ortak özelliğinin fark etmek kelime öbeğini barındırdığı gözlemlenmiştir. Fark etmek yüklemi, cümlelerin vermek istediği anlamı tam olarak kazandırmadığı ve soru sorulan kişide istenilen algıyı yaratmadığı sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra beş alt faktör Türk kültürü için yetersiz kalmıştır. 10 farklı faktör gerekmektedir. Bu gibi nedenlerden dolayı bu ölçeğin Türkçeye çevrilmesi değil uyarlanması daha uygun olacağına kanaat getirilmiştir. Bu doğrultuda yapılan uygulama ilk kez 2016 yılında Köse ve çalışma arkadaşları tarafından bildirilmiştir (Köse ve ark., 2016:125-134). Sağlık görevlilerinden oluşan 30 kişilik bir heyet kurulmuş ve görüşleri alınmıştır. Bunun sonucunda bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve uygulanması için bazı sorular çıkarılmış, değiştirilmiş veya eklenmiştir. Bu değişikliklerin bir sonucu olarak Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) adını alan daha kapsamlı bir ölçek geliştirilmiştir. Toplam 30 soru bulunmaktadır.

Beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Yedi alt faktörü bulunmaktadır. Bunlar disinhibisyon (düşünmeden yeme), duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans (dış etmenlerden etkilenme) faktörleridir. Bu ölçeklerin incelediği birimler Çizelge 6’da gösterilmektedir.

Çizelge 6. Yeme Farkındalığı Ölçeği Alt Faktörleri

Alt Faktörleri	İçerik
Disinhibisyon	Kendini, tüketilen besinin miktarını ve tüketildiği zamanı kontrol edebilme yeteneği
Duygusal Yeme	Değişen duygu durumu nedeniyle kendini iyi hissetmek için yeme durumu
Yeme Kontrolü	Yeme hızını ve işlevini kontrol edebilme yeteneği
Odaklanma	Yemeğin tadına odaklanma, yemek yerken başka bir şey düşünmeme
Yeme Disiplini	Yeme düzenini, saatini planlama, yemeği hazırlama, dengeleme
Farkındalık	Fiziksel açlık-tokluk kavramlarını algılayabilme, sağlıklı ve dengeli beslenebilme yeteneği
Enterferans	Yemeğin bireyde yarattığı duygusal uyaranlarla ve reklam gibi çevresel faktörlerle baş edebilme yeteneği

Yeme Farkındalığı ölçeği (YFÖ – 30) için iç tutarlılık 0,73 olarak bildirilmiştir. Bu tutarlılık, ölçeğin ilk bulunan sürümünde 0,64 olarak bildirilmektedir. Anlamlılığın ölçümünde ise 0,6 ve üstü anlamlı kabul edilmektedir. YFÖ-30 için bu sonuç 0,81 olarak bildirilmiştir. Odaklanma faktörü harici diğer faktörler yeme farkındalığı ile ilişkisi önemli olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucu verilen eğitimlerle test sonuçlarından elde edilen puanın artması beklenmektedir. Puanın artması farkındalığın artması ile doğru orantılıdır. 30-150 arasında bir puanlama yapılabilir.

## Çizelge 7. Yeme Farkındalığı Ölçeği Soru Tipleri

Alt Faktörler	Soru Numaraları
Disinhibisyon (düşünmeden yeme) (5 madde)	4, 14, 17, 20, 26
Duygusal Yeme (5 madde)	21, 22, 23, 28, 30
Yeme Kontrolü (4 madde)	3, 6, 27, 28, 30
Odaklanma (5 madde)	8, 9, 12, 13, 15
Yeme Disiplini (4 madde)	1, 18, 24, 25
Farkındalık (5 madde)	2, 7, 11, 16, 19
Enterferans (Dış faktörlerden etkilenme) (2 madde)	5, 10

YFÖ-30'da 10 adet düz puanlandırılan maddeler bildirilmektedir. Bu maddeler şunlardır: 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25, 27. Diğer maddeler ters puanlandırılmaktadır. [\*Ters Puanlandırma (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)]

YFÖ-30'un değerlendirilebilmesi için alt ölçeklerin her birinden çıkarılan yüksek puan, kişinin o ölçekle ilgili niteliği barındırdığını bildirmektedir. Tüm alt ölçeklerin toplamı ise yeme farkındalığını ölçmektedir. Bu ölçümü yapabilmek için her bir alt ölçeğin sonucunun ve toplam puanın ortalaması alınmalıdır.

### 4. Yeme Tutum Testi

Yeme tutumunu ölçmek için Yeme Tutum Testi (YTT-40) kullanılmaktadır. Kişinin yeme bozukluğu derecesini ve ne kadar eğilimli olduğunu kavrayabilmek için 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir (Garner and Garfinkel, 1979:273-279).

Altı ölçekli Likert tipi yanıt verilmektedir ve toplam kırk sorudan oluşmaktadır. 11 yaş ve üzeri bireylere uygulanabilir. Türkçeye uyarlanması Savaşır ve Erol tarafından 1989 yılında bildirilmiştir (Savaşır ve Erol, 1989:19-25).

Kesme noktası 30 puandır. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27, 39 için bazen bir puan, nadiren iki puan ve hiçbir zaman üç puan ve diğer seçenekler sıfır puan olarak değerlendirilmektedir. Diğer sorular için; daima üç puan, çok sık iki puan ve sık sık bir puan ve diğer seçenekler sıfır puan olarak hesaplanmaktadır. Sonuçta 30 puan ve üstü alan bireyler yeme bozukluğu göstermeye eğilimli olduğu bildirilmektedir. Türkçeye uyarlanan halinin güvenilirliği 0,65; iç tutarlılığı 0,70'tir.

## **E. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Tüm veriler bilgisayarda SPSS (statistical package for social sciences) for Windows 22 programına kaydedilerek analiz edilmiştir. Verilerin normalliğine karar vermek için Shapiro-Wilk test, normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerleri incelenerek değerlendirilmiştir. Bağımsız iki grup karşılaştırmasında bağımsız örneklem t testi (Independent sample t-testi) kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmasında tek yönlü varyans analizi, farkın kaynağının belirlenmesinde Tukey testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arası ilişkiye Pearson korelasyon katsayısı ile bakılmıştır. Kategorik değişkenler arası ilişkiye Ki kare testi incelenmiştir. Elde edilen değerlerin anlamlı olup olmadığının yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak kullanılmıştır.

## **F. Araştırmanın Etik Boyutu**

Bu çalışma için İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan 2023/09 sayılı 23.01.2023 tarihli "Etik Kurul Onayı" (Ek-2), "Kurum izni" (Ek-3) ve "Gönüllü Onam Formu" ektedir (Ek-4).

#### IV. BULGULAR

Özel Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezine başvuran, dahil edilme kriterlerine uygun, düzenli beslenme ve diyet danışmanlığı alan 347'si kadın 52'si erkek toplam 399 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın bu bölümünde düzenli beslenme danışmanlığı alan bireylerin yeme tutumu ve yeme farkındalıklarına yönelik bulgular bildirilmektedir.

Çizelge 8. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Demografik Özellikleri

Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Erkek	52	13,03
	Kadın	347	86,97
Yaş	18-25	85	21,30
	26-39	188	47,12
	40-65	126	31,58
Medeni durum	Bekar	231	57,89
	Evli	168	42,11
Öğrenim durumu	İlkokul	22	5,51
	Ortaokul	72	18,05
	Yükseköğrenim	263	65,91
	Lisansüstü	42	10,53
Çalışma durumu	Aktif çalışan	234	58,65
	Çalışmıyor	112	28,07
	Evden çalışan	4	1,00
	Öğrenci	49	12,28

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların %86,97'si kadın, %13,03'nün erkek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %21,30'u 18-25, %47,12'si 26-39 ve %31,58'i 40-65 yaş aralığındadır. Katılımcıların %57,89'unun bekar, %42,11'inin evli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %5,51' ilkokul mezunu, %18,05'inin ortaokul mezunu, %65,91'inin yükseköğrenim mezunu, %10,53'ünün ise lisansüstü mezunu olduğu

tespit edilmiştir. Katılımcıların %58,65'i aktif çalışmakta olduğu, %28,07'sinin çalışmadığı, %1'inin evden çalıştığı, %12,28'inin öğrenci olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 9. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Antropometik Özellikleri

	$\bar{X} \pm Ss$		
	Kadın	Erkek	Toplam
Ağırlık (kg)	75,73±14,43	91,33±15	77,76±15,41
Boy (cm)	162,79±13,48	178,10±6,08	164,77±13,74
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	28,32±5,35	28,84± 4,52	28,39±5,25
Yağ ağırlığı (kg)	27,56±10,18	23,34±8,94	27,10±10,07
Kas ağırlığı (kg)	45,64±5,28	63,83±8,32	48,02±8,42
Sıvı ağırlığı (kg)	35,97±4,42	48,07±5,06	37,57±6,10

Katılımcıların ortalama vücut ağırlığı 77,76±15,41 kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların vücut ağırlığı ortalaması sırasıyla; 75,73±14,43 kg ve 91,33±15 kg olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların ortalama boy uzunluğu 164,77±13,74 cm olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların boy uzunluğu ortalaması sırasıyla; 162,79±13,48 cm ve 178,10±6,08 cm olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada BKİ değeri ortalama 28,39±5,25 kg/m<sup>2</sup>, kadınlarda 28,32±5,35 kg/m<sup>2</sup>, erkeklerde ise 28,84± 4,52 kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %0,5'i zayıf, %29,07'si ideal, %35,59'u hafif şişman, %34,84'ünün BKİ değerinin 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. BKİ değeri 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olan katılımcıların %64,02'si birinci derece obez, %27,18'i ikinci derece obez, %10,79'u üçüncü derece obez olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların ortalama yağ ağırlığı 27,10±10,07 kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların yağ ağırlığı ortalaması sırasıyla; 27,56±10,18 kg ve 23,34±8,94 kg olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların ortalama kas ağırlığı 48,02±8,42 kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların kas ağırlığı ortalaması sırasıyla; 45,64±5,28 kg ve 63,83±8,32 kg olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların ortalama vücut sıvı ağırlığı 37,57±6,10 kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların vücut sıvı ağırlığı ortalaması sırasıyla; 35,97±4,42 kg ve 48,07±5,06 kg olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 10. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Beslenme Durum Bilgileri

Değişken	Grup	n	%
Doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?	Evet	93	23,31
	Hayır	306	76,69
Soruya cevabınız evet ise sağlık sorununuzu/ sorunlarınızı işaretleyiniz.	Astım	13	7,43
	Diyabet	12	6,86
	Böbrek hastalıkları	4	2,29
	Hipertansiyon	26	14,86
	İnsülin direnci	20	11,43
	Kalp damar hastalıkları	16	9,14
	Karaciğer yağlanması	25	14,97
	Kas-iskelet sistemi hastalıkları	9	5,14
	Kronik Bronşit	10	5,71
	Diğer	40	22,86
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	Evet	139	34,84
	Hayır	260	65,16
Sigara içiyor musunuz?	Evet	125	31,33
	Hayır	274	68,67
Alkol tüketiyor musunuz?	Evet	109	27,32
	Hayır	290	72,68
Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	122	30,58
	Hayır	277	69,42
Diyetisyene başvurma nedeniniz nedir?	Kilo alma	12	3,01
	Kilo koruma	15	3,76
	Kilo verme	372	93,23
Daha önce diyet yaptınız mı?	Evet	330	82,71
	Hayır	69	17,29
Öğün atlıyor musunuz?	Evet	137	34,34
	Hayır	68	17,04
	Bazen	194	48,62

Çizelge 10. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Beslenme Durum Bilgileri (devamı)

Değişken	Grup	n	%
	Akşam yemeği	4	1,27
Cevabınız evetse genellikle hangi öğünü atlarsınız?	Ara öğün	91	28,89
	Kahvaltı	86	27,30
	Öğle yemeği	134	42,54
	Acıkmıyorum	141	30,65
	Zamanım yok	118	25,65
Eğer öğün atlıyorsanız neden/nedenleriniz nelerdir?	Alışkanlığım yok	90	19,57
	Hazır yemek yok	34	7,39
	Kilo alacağımı düşünüyorum	26	5,65
	Diğer	51	11,09
Çay/kahve tüketiyor musunuz?	Evet	387	96,99
	Hayır	12	3,01
Çay/kahve içerken şeker ilave edermisiniz?	Evet	30	7,52
	Hayır	369	92,48
	Çok iyi	4	1,00
Beslenme şeklinizi nasıl değerlendirirsiniz?	İyi	112	28,07
	Orta	215	53,88
	Zayıf	68	17,04
Öğün saatleriniz düzenli midir?	Evet	188	47,12
	Hayır	211	52,88
	Evde	249	62,41
Yemeklerinizi genelde nerede yersiniz?	Dışarıda	53	13,28
	İş	53	13,28
	Yemekhanede	44	11,03
	Ailemle	261	65,41
Yemeklerinizi genellikle kimlerle beraber yersiniz?	Arkadaşlarla	42	10,53
	Diğer	30	7,52
	Tek başıma	66	16,54

Çizelge 10. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Beslenme Durum Bilgileri (devamı)

Değişken	Grup	n	%
Genellikle en çok hangi tür yağ kullanırsınız?	Ayçiçek yağı	157	39,35
	Margarin	2	0,50
	Tereyağı	59	14,79
	Zeytinyağı	181	45,36
Genellikle hangi pişirme tekniğiyle hazırlanmış yiyecekleri tüketiyorsunuz?	Fırınlama	188	47,12
	Haşlama	56	14,04
	Izgara	115	28,82
	Kızartma	40	10,03
Yediğiniz yemeklerin tuz oranını nasıl tercih edersiniz?	Az tuzlu	179	44,86
	Normal	172	43,11
	Tuzlu	45	11,28
Yemeklerinize ek olarak tuz ilave etme alışkanlığınız var mı?	Tuzsuz	3	0,75
	Evet	65	16,29
Kalorisi düşük (light) ürünler tüketir misiniz?	Hayır	334	83,71
	Evet	263	65,91
Öğün aralarında besin tüketiyorsanız daha çok hangi besinleri tercih edersiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	Hayır	136	34,09
	Süt ve süt ürünleri	110	12,83
	Kalorisi düşük gıdalar	86	10,04
	Çikolata, gofret, cips	67	7,82
	Kuruyemişler	258	30,11
	Asitli, şekerli içecekler	25	2,92
	Meyve suları	5	0,58
	Çay, kahve	259	30,22
Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?	Sandviç, tost, kurabiye, kraker	47	5,48
	Evet	213	53,38
	Hayır	186	46,62
Cevabınız evetse ne sıklıkla yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyorsunuz?	Genellikle	162	76,06
	Her zaman	19	8,92
	Nadiren	32	15,02

Çizelge 10. Araştırmaya Dahil Edilen Bireylerin Beslenme Durum Bilgileri (devamı)

Değişken	Grup	n	%
Duygu durumunuzdaki değişikliğin beslenmenizi etkilediğini düşünüyor musunuz?	Evet	382	95,74
	Hayır	17	4,26
Cevabınız evetse duygu durum değişikliğinizin beslenmenize ne sıklıkla etki ettiğini düşünüyorsunuz?	Genellikle	157	41,10
	Nadiren	127	33,25
	Her zaman	98	25,65
Duygu durumunuza göre iştah değişikliğinizi tanımlar mısınız? [Mutluyken]	İştahım artar	163	40,85
	İştahım azalır	85	21,30
	İştahım değişmez	151	37,85
Duygu durumunuza göre iştah değişikliğinizi tanımlar mısınız? [Üzgünken]	İştahım artar	257	64,41
	İştahım azalır	137	34,34
	İştahım değişmez	5	1,25
Duygu durumunuza göre iştah değişikliğinizi tanımlar mısınız? [Korku içindeyken]	İştahım artar	80	20,05
	İştahım azalır	233	58,40
	İştahım değişmez	86	21,55
Duygu durumunuza göre iştah değişikliğinizi tanımlar mısınız? [Öfkeliyken]	İştahım artar	170	42,61
	İştahım azalır	137	34,34
	İştahım değil	92	23,06
Duygu durumunuza göre iştah değişikliğinizi tanımlar mısınız? [Stresliyken]	İştahım artar	279	69,92
	İştahım azalır	89	22,31
	İştahım değişmez	31	7,77
Besin seçerken başkalarından ya da kitle iletişim araçlarından etkilenir misiniz?	Evet	107	26,82
	Hayır	292	73,18
Günde kaç saat uyursunuz?	5,00	29	7,27
	6,00	105	26,32
	7,00	133	33,33
	8,00	92	23,06
	9,00	20	5,01
	10,00	16	4,01
	12,00	4	1,00

Katılımcıların %76,69'unun (n:306) doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. Sağlık sorunu bulunanların %15,57'sinin (n:26) hipertansiyonu bulunmaktadır. %65,16'sının (n:260) sürekli kullandığı bir ilacının olmadığı tespit edilmiştir. %68,67'sinin (n:274) sigara içmediği, %72,68'inin (n:290) alkol tüketmediği, %69,19'unun (n:274) düzenli olarak egzersiz yapmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %93,23'ünün (372) diyetisyene başvurma nedeninin kilo verme isteği kaynaklı olduğu, %82,71'inin (n:330) daha önce diyet yaptığı tespit edilmiştir. %48,62'sinin (n:194) bazen öğün atladığı, öğün atlayanların ise %42,54'ünün (n:134) genellikle öğle yemeğini atladığı tespit edilmiştir. %96,99'unun (n:387) çay/kahve tükettiği, %92,48'inin (n:369) çay/kahve içerken şeker ilave etmediği tespit edilmiştir. %72,93'ünün (n:291) düzenli olarak vitamin ya da mineral desteği almadığı tespit edilmiştir.

Katılımcılardan beslenme şekillerini çok iyi ve zayıf aralığında değerlendirmeleri istendiğinde %53,88'inin orta şeklinde değerlendirmiş, %52,88'inin (n:211) öğün saatlerinin düzenli olmadığını bildirmiştir. %65,16'sının (n:260) akşam yemeğini evde diğer öğünleri dışarda yediği ve %65,41'inin (n:261) genelde ailesiyle birlikte yediği tespit edilmiştir. Katılımcıların %45,36'sının (n:181) genellikle zeytinyağı kullandığı, %47,12'sinin (n:188) genellikle fırınlama pişirme tekniğiyle hazırlanmış yiyecekleri tükettiği, %44,86'sının (n:179) yemekleri az tuzlu tercih ettiği, %83,71'inin (n:334) yemeklere ek olarak tuz ilave etme alışkanlığının olmadığı tespit edilmiştir. %65,91'inin (n:263) kalorisi düşük (light) ürünler tükettiği tespit edilmiştir. %95,74'ünün (n:382) duygu durumlarındaki değişikliğin beslenmelerini etkiledikleri ve bu şekilde düşünenlerin %41,10'unun (n:157) bu durumun genellikle beslenmeyi etkilediğini düşündüğü görülmektedir.

Çalışmanın örneklemini oluşturan katılımcılardan mutluyken ve üzgünken duygu durumlarına göre iştah değişikliklerini tanımlamaları istendiğinde %40,85'inin (n:163) mutluyken %64,41'inin (n:257) üzgünken %42,61'inin (n:170) öfkeliyken %69,92'sinin (n:279) stresliyken %48,87'sinin (195) kaygılıyken iştahının arttığı, görülmüştür. Bunun yanı sıra %58,40'ının (n:233) ise korku içindeyken iştahının azaldığı görülmüştür. Katılımcıların %73,18'inin (n:292) besin seçerken başkalarından ya da kitle iletişim araçlarından etkilenmediği ve %33,3'ünün (n:133) günde 7,00 saat uyuduğu görülmektedir.

Çizelge 11. Ölçek Puanlarının Normallik Varsayımına Yönelik Bulgular

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Çarpıklık	Basıklık
	İstatistik	sd	P		
Yeme Tutum Testi	0,15	399,00	0,00	1,19	1,08
Disinhibisyon	0,15	399,00	0,00	0,17	-0,17
Duygusal Yeme	0,17	399,00	0,00	0,51	-0,10
Yeme Kontrolü	0,15	399,00	0,00	0,13	-1,05
Odaklanma	0,11	399,00	0,00	0,05	0,02
Yeme Disiplini	0,19	399,00	0,00	0,46	-0,09
Farkındalık	0,15	399,00	0,00	-0,48	-0,22
Enterferans	0,14	399,00	0,00	-0,60	0,36
Yeme Farkındalığı Ölçeği	0,16	399,00	0,00	0,56	0,72

Kolmogorov-Smirnov testi anlamlılık düzeyi ile çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak verilerin normal dağılıma uygunluğu incelenmiştir. Elde edilen anlamlılık düzeyi 0,05'ten küçük olan verilerde basıklık ve çarpıklık değerleri  $\pm 2,0$ 'dir. Değerler normal dağılımdan aşırı sapma göstermediğinden analizler için parametrik testler kullanılmıştır.

Çizelge 12. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Pişirme Yöntemine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Değişken	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	f	p	Fark
Disinhibisyon	Fırlama <sup>1</sup>	188	13,33 $\pm$ 2,77	6,73	0,001	4>1 3> 2, 1
	Haşlama <sup>2</sup>	56	15,26 $\pm$ 4,26			
	Izgara <sup>3</sup>	115	17,02 $\pm$ 3,94			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	15,81 $\pm$ 4,29			
Duygusal Yeme	Fırlama <sup>1</sup>	188	8,78 $\pm$ 4,05	23,93	0,001	4>1 3>1, 2, 4
	Haşlama <sup>2</sup>	56	13,60 $\pm$ 5,02			
	Izgara <sup>3</sup>	115	17,79 $\pm$ 4,00			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	13,74 $\pm$ 5,71			
Yeme Kontrolü	Fırlama <sup>1</sup>	188	14,54 $\pm$ 2,62	26,54	0,001	1, 2>3, 4
	Haşlama <sup>2</sup>	56	15,00 $\pm$ 3,04			
	Izgara <sup>3</sup>	115	12,58 $\pm$ 3,27			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	10,35 $\pm$ 5,16			

f: Tek yönlü varyans analizi

Çizelge 12. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Pişirme Yöntemine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular (devamı)

Değişken	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	f	p	Fark
Odaklanma	Fırlama <sup>1</sup>	188	16,37±2,32	11,62	0,001	1, 2, 3>4
	Haşlama <sup>2</sup>	56	15,54±1,89			
	Izgara <sup>3</sup>	115	15,85±2,13			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	14,20±1,91			
Yeme Disiplini	Fırlama <sup>1</sup>	188	12,94±3,55	5,37	0,001	2, 3> 4
	Haşlama <sup>2</sup>	56	13,66±3,43			
	Izgara <sup>3</sup>	115	13,69±2,28			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	11,55±2,62			
Farkındalık	Fırlama <sup>1</sup>	188	16,37±1,68	35,05	0,001	1,2>3,4
	Haşlama <sup>2</sup>	56	15,86±2,49			
	Izgara <sup>3</sup>	115	14,60±1,51			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	14,00±1,69			
Enterferans	Fırlama <sup>1</sup>	188	9,08±2,80	4,09	0,010	1, 2>3
	Haşlama <sup>2</sup>	56	9,48±2,04			
	Izgara <sup>3</sup>	115	8,29±2,07			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	9,03±1,00			
Yeme Farkındalığı Ölçeği	Fırlama <sup>1</sup>	188	96,21±13,36	29,43	0,001	1, 2 >3, 4
	Haşlama <sup>2</sup>	56	101,68±13,87			
	Izgara <sup>3</sup>	115	92,12±11,32			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	77,83±15,16			
Yeme Tutum Testi	Fırlama <sup>1</sup>	188	24,59±12,29	10,35	0,001	4>1,3 1,3,4>2
	Haşlama <sup>2</sup>	56	18,54±14,04			
	Izgara <sup>3</sup>	115	24,38±15,88			
	Kızartma <sup>4</sup>	40	34,40±13,71			

*f: Tek yönlü varyans analizi*

Disinhibisyon puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:6,73; p<0,05). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; kızartma yöntemini benimseyen kişilerin disinhibisyon puanları fırınlama yöntemini benimseyenlere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Izgara yöntemini benimseyen kişilerin

disinhibisyon puanları ise haşlama ve fırınlama yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Duygusal yeme puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:23,93;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; kızartma yöntemini benimseyen kişilerin duygusal yeme puanları fırınlama yöntemini benimseyenlere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Izgara yöntemini benimseyen kişilerin ise fırınlama, haşlama ve kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yeme kontrolü puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:26,54;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; fırınlama ve haşlama yöntemini benimseyen kişilerin yeme kontrolü puanları ızgara ve kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Odaklanma puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:11,62;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; fırınlama, haşlama, ızgara yöntemini benimseyen kişilerin odaklanma puanları kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yeme disiplini puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:5,37;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; haşlama, ızgara yöntemini benimseyen kişilerin yeme disiplini puanları kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

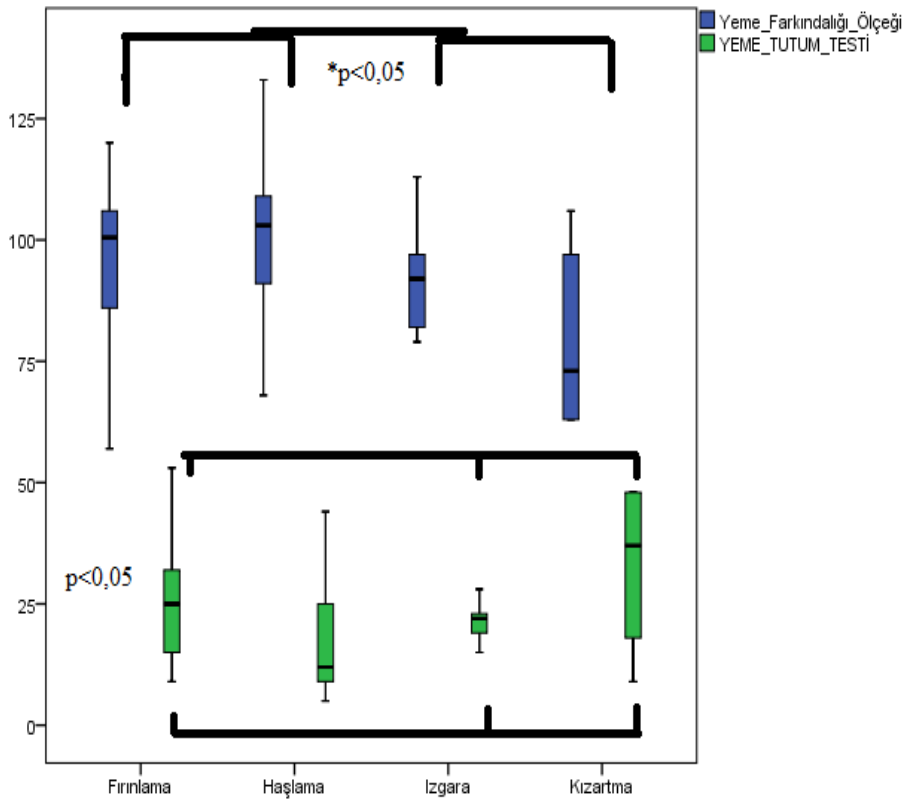
Farkındalık puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:35,05;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; fırınlama ve haşlama yöntemini benimseyen kişilerin farkındalık puanları ızgara ve kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Enterferans puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:4,09;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile

farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; fırınlama ve haşlama yöntemini benimseyen kişilerin yeme kontrolü puanları ızgara yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yeme farkındalığı ölçeği puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:29,43;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; fırınlama ve haşlama yöntemini benimseyen kişilerin yeme farkındalığı ölçeği puanları, ızgara ve kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yeme tutum testi puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:10,35;  $p<0,05$ ). Tukey çoklu karşılaştırma testi ile farkın hangi gruplar arasında olduğuna bakıldığında; kızartma yöntemini benimseyen kişilerin yeme tutum testi puanları, fırınlama ve ızgara yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Haşlama yöntemini benimseyen kişilerin yeme tutum testi puanlarının anlamlı biçimde en düşük olduğu saptanmıştır.



Şekil 1. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Pişirme Yöntemine Göre Karşılaştırılması

Çizelge 13. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Değişken	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	f	p
Disinhibisyon	İlkokul	22	15,77±4,74	0,06	0,98
	Ortaokul	72	15,54±4,29		
	Üniversite	263	15,60±4,18		
	Üniversite üzeri	42	15,36±4,01		
Duygusal Yeme	İlkokul	22	12,86±5,41	1,23	0,30
	Ortaokul	72	12,82±5,83		
	Üniversite	263	14,11±5,52		
	Üniversite üzeri	42	13,71±5,54		
Yeme Kontrolü	İlkokul	22	13,86±3,87	0,49	0,69
	Ortaokul	72	13,18±3,74		
	Üniversite	263	13,68±3,51		
	Üniversite üzeri	42	13,83±2,75		
Odaklanma	İlkokul	22	15,73±2,14	2,17	0,09
	Ortaokul	72	15,36±2,38		
	Üniversite	263	16,08±2,28		
	Üniversite üzeri	42	15,64±1,82		
Yeme Disiplini	İlkokul	22	14,05±3,62	0,69	0,56
	Ortaokul	72	13,04±3,36		
	Üniversite	263	13,09±3,12		
	Üniversite üzeri	42	12,93±3,04		
Farkındalık	İlkokul	22	15,86±1,88	0,32	0,81
	Ortaokul	72	15,60±2,03		
	Üniversite	263	15,49±2,03		
	Üniversite üzeri	42	15,67±1,71		
Enterferans	İlkokul	22	8,77±2,41	1,94	0,12
	Ortaokul	72	9,28±2,44		
	Üniversite	263	8,72±2,41		
	Üniversite üzeri	42	9,48±2,13		

*f: Tek yönlü varyans analizi*

Çizelge 13. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular (devamı)

Değişken	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	f	p
Yeme Farkındalığı Ölçeği	İlkokul	22	94,50±16,76	0,80	0,50
	Ortaokul	72	91,72±15,78		
	Üniversite	263	94,62±14,11		
	Üniversite üzeri	42	93,36±12,51		
Yeme Tutum Testi	İlkokul	22	28,32±11,21	2,67	0,06
	Ortaokul	72	24,97±13,49		
	Üniversite	263	25,14±15,18		
	Üniversite üzeri	42	19,21±9,23		

*f: Tek yönlü varyans analizi*

Yeme farkındalığı ölçeği ve yeme tutum testi puanlarının kişilerin eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

Çizelge 14. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Değişken	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	f	p
Düşünmeden Yeme	19-25	85	15,12±4,24	0,75	0,48
	26-39	188	15,79±4,18		
	40-69	126	15,56±4,21		
Duygusal Yeme	19-25	85	13,39±5,67	0,76	0,47
	26-39	188	14,13±5,34		
	40-69	126	13,48±5,86		
Yeme Kontrolü	19-25	85	13,62±3,69	0,28	0,75
	26-39	188	13,74±3,33		
	40-69	126	13,44±3,62		
Disinhibisyon	19-25	85	15,12±4,24	0,75	0,48
	26-39	188	15,79±4,18		
	40-69	126	15,56±4,21		
Duygusal Yeme	19-25	85	13,39±5,67	0,76	0,47
	26-39	188	14,13±5,34		
	40-69	126	13,48±5,86		

*f: Tek yönlü varyans analizi*

Çizelge 14. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Yaşa Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular (devamı)

Değişken	Grup	n	$\bar{X}\pm Ss$	f	p
Yeme Kontrolü	19-25	85	13,62±3,69	0,28	0,75
	26-39	188	13,74±3,33		
	40-69	126	13,44±3,62		
Odaklanma	19-25	85	15,99±2,42	1,90	0,15
	26-39	188	16,05±2,16		
	40-69	126	15,56±2,27		
Yeme Disiplini	19-25	85	12,85±3,25	0,47	0,63
	26-39	188	13,13±3,16		
	40-69	126	13,28±3,18		
Farkındalık	19-25	85	15,33±1,76	1,83	0,16
	26-39	188	15,47±1,92		
	40-69	126	15,82±2,20		
Enterferans	19-25	85	9,09±2,32	0,43	0,65
	26-39	188	8,80±2,46		
	40-69	126	8,92±2,37		
Yeme Farkındalığı Ölçeği	19-25	85	92,49±14,66	0,87	0,42
	26-39	188	94,88±13,55		
	40-69	126	93,56±15,46		
Yeme Tutum Testi	19-25	85	24,51±14,47	0,05	0,95
	26-39	188	24,89±15,51		
	40-69	126	24,43±12,16		

*f: Tek yönlü varyans analizi*

Yeme farkındalığı ölçeği ve yeme tutum testi puanlarının kişilerin yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Çizelge 15. BKİ Değerlerinin Doktor Tarafından Tanı Konulmuş Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

	n	$\bar{X}\pm Ss$	t	p
Evet	93	30,64±5,68	6,51	0,001
Hayır	306	27,70±4,92		

*t: Bağımsız örneklem t test*

BKİ değerleri kişilerin tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorunu olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t:23,61 p<0,05). Ortalama değerlere bakıldığında sağlık sorunu olan kişilerin BKİ değerleri (30,64±5,68 kg/m<sup>2</sup>) olmayan kişilere göre (27,70±4,92 kg/m<sup>2</sup>) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 16. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanlarının Ana Öğünü Tüketme Hızına Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Değişken	Grup	n	$\bar{X}\pm Ss$	f	p
BKİ	Hızlı	47	29,34±6,73	2,44	0,08
	Normal	206	28,79±5,19		
	Yavaş	146	27,52±4,68		
Yağ ağırlığı	Hızlı	47	28,81±12,35	2,60	0,08
	Normal	206	27,73±10,03		
	Yavaş	146	25,66±9,18		
Kas ağırlığı	Hızlı	47	48,95±7,03	1,39	0,25
	Normal	206	48,44±8,68		
	Yavaş	146	47,12±8,42		
Su ağırlığı	Hızlı	47	38,31±5,38	1,47	0,23
	Normal	206	37,88±6,44		
	Yavaş	146	36,91±5,81		

f: Tek yönlü varyans analizi

BKİ, yağ, kas ve su ağırlık değerleri kişilerin ana öğünü tüketme hızına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05).

Çizelge 17. BKİ Değerlerinin Duygu Durumundaki Değişikliğın Beslenmeyi Etkilediğini Düşünme Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

	n	$\bar{X}\pm Ss$	t	p
Evet	382	28,49±5,30	1,83	0,07
Hayır	17	26,11±3,31		

t: Bağımsız örneklem t testi

BKİ değerleri duygu durumundaki değişikliğın beslenmeyi etkilediğini düşünme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05).

Çizelge 18. Lokmalarını Çiğnemedен Yutma Durumu ile Doktor Tarafından Tanı Konulmuş Herhangi Bir Sağlık Sorununu Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

				Doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?		x <sup>2</sup> p
				Evet	Hayır	
Lokmalarımı çiğnemedен yutarım	Hiç	n	6	14	x <sup>2</sup> :5,23; p:0,25	
		%	30,0%	70,0%		
	Nadiren	n	9	23		
		%	28,1%	71,9%		
	Bazen	n	10	54		
		%	15,6%	84,4%		
	Sık sık	n	24	56		
		%	30,0%	70,0%		
	Her zaman	n	44	159		
		%	21,7%	78,3%		

x<sup>2</sup>: Kikare bağımsızlık testi

Kişilerin lokmalarını çiğnemedен yutma durumu ile doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorununu olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p>0,05).

Çizelge 19. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanları İle Değişkenler Arası İlişkiye Yönelik Bulgular

		Yeme tutum testi	BKİ	Yağ ağırlığı	Kas ağırlığı	Su ağırlığı	Günde kaç saat uyursunuz?
Disinhibisyon	r	-0,08	-0,15	-0,16	-0,01	-0,01	-0,06
	p	0,11	0,00	0,00	0,84	0,82	0,27
Duygusal Yeme	r	-0,10	-0,20	-0,20	-0,01	-0,02	-0,02
	p	0,06	0,00	0,00	0,86	0,75	0,66
Yeme Kontrolü	r	-0,21	-0,04	-0,05	0,04	0,01	-0,06
	p	0,00	0,44	0,34	0,46	0,80	0,22
Odaklanma	r	0,04	0,02	0,05	0,01	0,02	-0,03
	p	0,42	0,65	0,33	0,85	0,75	0,53

r: Pearson korelasyon analizi

Çizelge 19. Yeme Farkındalığı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi Puanları İle Değişkenler Arası İlişkiye Yönelik Bulgular (devamı)

		Yeme tutum testi	BKİ	Yağ ağırlığı	Kas ağırlığı	Su ağırlığı	Günde kaç saat uyursunuz?
Yeme Disiplini	r	0,06	-0,05	-0,04	0,01	-0,01	-0,07
	p	0,20	0,31	0,37	0,92	0,80	0,17
Farkındalık	r	-0,19	-0,04	-0,04	-0,03	-0,01	-0,03
	p	0,00	0,39	0,38	0,58	0,91	0,52
Enterferans	r	-0,44	0,06	0,06	0,04	0,03	0,05
	p	0,00	0,20	0,26	0,44	0,54	0,28
Yeme Farkındalığı Ölçeği	r	-0,13	-0,16	-0,16	0,00	-0,01	-0,07
	p	0,01	0,00	0,00	0,98	0,80	0,18

*r: Pearson korelasyon analizi*

Yeme kontrolü puanları ile yeme tutum testi puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $r: -0,21$ ;  $p < 0,05$ ).

Disinhibisyon puanları ile BKİ ve yağ ağırlığı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Sırasıyla  $r: -0,15$   $r: -0,16$ ;  $p < 0,05$ ).

Duyusal yeme puanları ile BKİ ve yağ ağırlığı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Sırasıyla  $r: -0,20$   $r: -0,20$ ;  $p < 0,05$ ).

Farkındalık puanları ile yeme tutum testi puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $r: -0,19$ ;  $p < 0,05$ ).

Enterferans puanları ile yeme tutum testi puanları arasında negatif orta düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $r: -0,44$ ;  $p < 0,05$ ).

Yeme farkındalığı ölçek puanları ile yeme tutum testi, BKİ ve yağ ağırlığı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Sırasıyla  $r: -0,13$   $r: -0,16$   $r: -0,16$ ;  $p < 0,05$ ).

Çizelge 20. Yeme Tutum Testi ve Yeme Farkındalığı Ölçeği Puan Ortalamaları

	$\bar{X} \pm Ss$
Disinhibisyon	15,57±4,20
Duygusal Yeme	13,77±5,58
Yeme Kontrolü	13,62±3,50
Odaklanma	15,88±2,26
Yeme Disiplini	13,12±3,18
Farkındalık	15,55±1,99
Enterferans	8,90±2,40
Yeme farkındalığı ölçeği	93,96±14,41
Yeme tutum testi	24,66±14,27

Çizelge 21. BKİ sınıflandırmasına göre yeme tutum testi ve yeme farkındalığı ölçeği puanlaması

Değişken	BKİ Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$
Disinhibisyon	Normal	115	16,30±4,22
	Hafif şişman	142	15,77±4,20
	1.derece obez	89	14,97±4,08
	2.derece obez	35	14,63±4,63
	3.derece obez	15	13,80±2,86
Duygusal Yeme	Normal	115	15,04±5,11
	Hafif şişman	142	13,95±5,97
	1.derece obez	89	12,99±5,55
	2.derece obez	35	12,11±5,11
	3.derece obez	15	10,93±4,43
Yeme Kontrolü	Normal	115	13,72±3,66
	Hafif şişman	142	13,76±3,15
	1.derece obez	89	13,09±4,19
	2.derece obez	35	14,14±2,26
	3.derece obez	15	13,27±3,53

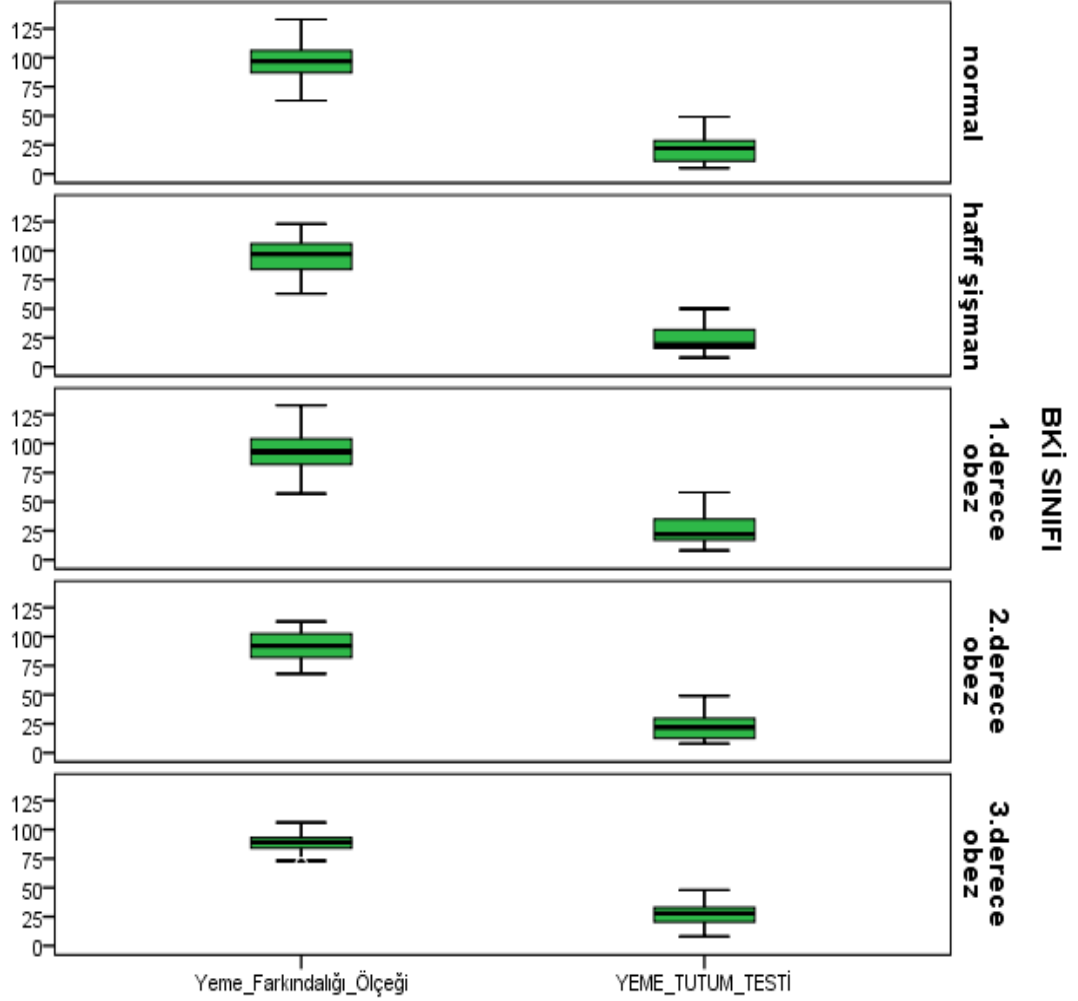
Çizelge 21. BKİ sınıflandırmasına göre yeme tutum testi ve yeme farkındalığı ölçeği puanlaması (devamı)

Değişken	BKİ Grup	n	$\bar{X} \pm S_s$
Odaklanma	Normal	115	15,62±2,15
	Hafif şişman	142	15,95±2,27
	1.derece obez	89	16,33±2,38
	2.derece obez	35	15,49±2,13
	3.derece obez	15	15,80±2,46
	Normal	115	13,36±2,98
Yeme Disiplini	Hafif şişman	142	13,13±3,17
	1.derece obez	89	12,90±3,22
	2.derece obez	35	13,11±3,44
	3.derece obez	15	12,53±4,21
	Normal	115	15,76±1,89
	Hafif şişman	142	15,48±1,84
Farkındalık	1.derece obez	89	15,37±2,20
	2.derece obez	35	15,74±2,29
	3.derece obez	15	15,53±1,81
	Normal	115	8,94±2,33
	Hafif şişman	142	8,80±2,36
	1.derece obez	89	8,36±2,58
Enterferans	2.derece obez	35	9,97±2,24
	3.derece obez	15	10,00±1,73
	Normal	115	96,49±14,58
	Hafif şişman	142	94,47±13,82
	1.derece obez	89	92,28±15,59
	2.derece obez	35	91,14±13,06
Yeme Farkındalığı Ölçeği	3.derece obez	15	86,87±11,17
	Normal	115	23,68±15,16
	Hafif şişman	142	24,23±13,08
	1.derece obez	89	27,17±15,42
	2.derece obez	35	23,11±14,10
	3.derece obez	15	26,93±10,36
YEME TUTUM TESTİ			

Bu çalışmada BKİ değeri ortalama  $28,39 \pm 5,25$   $\text{kg/m}^2$ , kadınlarda  $28,32 \pm 5,35$   $\text{kg/m}^2$ , erkeklerde ise  $28,84 \pm 4,52$   $\text{kg/m}^2$  olarak tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %0,5'i zayıf, %29,07'si ideal, %35,59'u hafif şişman, %34,84'ünün BKİ değerinin  $25 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.

BKİ değeri  $25 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olan katılımcıların %64,02'si birinci derece obez, %27,18'i ikinci derece obez, %10,79'u üçüncü derece obez olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 2. BKİ sınıflandırmasına göre yeme tutum testi ve yeme farkındalığı ölçeği puanlaması

## V. TARTIŞMA

Son yıllarda, yeme farkındalığı ve obezite ilişkisini inceleyen çalışmalar giderek artmaktadır. Farkındalık, öğrenme ve gelişime kapalı olmayan, gelişime açık ve olup biteni kabul etme, yaşanan anı idrak etme becerisini ifade eder (Framson et al., 2009:1439-1444). Farkındalığı olan bireyler, bilindik duygu ve düşünceleri algılayabildiklerinden, bu duygu ve düşüncelere yönelik uygun tepkileri verebilmektedirler (Daubenmier et al., 2011). Bu sayede bireyin, ideal vücut ağırlığına ulaşabilmek için alıştığı yeme davranışlarını sağlıklı yeme alışkanlıklarıyla değiştirmesi kolaylaşır (Olson and Emery, 2015:59-67).

Çalışmanın amacı, düzenli beslenme danışmanlığı alan bireylerin yeme tutumu ve yeme farkındalıklarını irdelemektir. Bu çalışmaya özel Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezine başvuran, dahil edilme kriterlerine uygun, düzenli beslenme ve diyet danışmanlığı alan %86,97'si (347 kişi), %13,03'ü erkek (52 kişi) katılmıştır. Çalışmaya katılanların %47,12 oranla çoğunluğu 26-39 yaş aralığındadır. Çalışmaya dahil olan bireylerin çoğunluğu (%65,91) üniversite mezunudur ve aktif çalışmaktadır (%58,65). Kadın ve erkek katılımcıların vücut ağırlığı ortalaması sırasıyla; 75,73±14,43 kg ve 91,33±15 kg olarak saptanmıştır. Özkan ve arkadaşının 2020 yılında Ankarada 250 katılımcı ile yaptığı bir çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması 25,3±5,83 olarak saptanmış. Katılımcıların çoğunluğunun (%67,2) lise mezunu olduğu bildirilmiş. Erkek ve kadın katılımcıların vücut ağırlıkları sırasıyla 77,9±10,98 kg ve 56,8±8,94 kg olarak bildirilmiş. Bu farklılığın çalışmaya katılan popülasyon ile ilgisi olması beklenmektedir.

DSÖ, obezite değerlendirmesi için BKİ biriminin kullanılmasını önermektedir. Framson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre, BKİ değerini ortalama 24,2±5,1 kg/m<sup>2</sup> olarak tespit etmişlerdir (Framson et al., 2009:1439-1444). Choi ve arkadaşının yaptığı çalışmada ise BKİ değeri ortalama olarak 20,77 ± 4,62 kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir (Choi and Lee, 2020). Köse ve arkadaşının yapmış olduğu bir çalışmada katılımcıların ortalama BKİ değeri 21.87± 3.57 kg/m<sup>2</sup>, erkeklerde 23,76 ± 3,32 kg/m<sup>2</sup> ve kadınlarda 21,32 ± 3,46 kg/m<sup>2</sup> olduğu, bunun yanı sıra katılımcıların %11.6'sı zayıf,

%72'si ideal ve %16,4'ünün BKİ değerinin 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olduğu tespit edilmiştir (Köse and Tayfur, 2021). Bu çalışmada ise BKİ değeri ortalama 28,39±5,25 kg/m<sup>2</sup>, kadınlarda 28,32±5,35 kg/m<sup>2</sup>, erkeklerde ise 28,84± 4,52 kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %0,5'i zayıf, %29,07'si ideal, %35,59'u hafif şişman, %34,84'ünün BKİ değerinin 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. BKİ değeri 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olan katılımcıların %64,02'si birinci derece obez, %27,18'i ikinci derece obez, %10,79'u üçüncü derece obez olduğu tespit edilmiştir. Diğer çalışmalara göre, dahil ettiğimiz katılımcıların BKİ değerleri, erkek ve kadın katılımcıların BKİ ortalaması daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum, çalışmanın uygulandığı popülasyon ile ilintili olabilmektedir.

Yeme farkındalığı olan bireylerin pişirme yöntemi tercihleri, düşünmeden yeme, dolayısıyla BKİ değerlerinde artışa sebep olabilmektedir. Çalışmamızın sonucunda, yeme kontrolü, disinhibisyon, duygusal yeme, farkındalık, enterferans puanları ile yeme tutum testi puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Ayrıca yeme farkındalığı ölçek puanları ile yeme tutum testi, BKİ ve yağ ağırlığı puanları arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Framson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BKİ sınıflandırması ile yeme farkındalığı ölçeği puanları arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bildirmiştir (p<0,001) (Framson et al., 2009:1439-1444). Moor ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise BKİ sınıflandırması ve yeme farkındalığı ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bildirmemektedir (Moor et al., 2013:269-274). Anderson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde anlamlı bir ilişki bildirilmemektedir (Anderson et al., 2016:83-90). Czepczor-Bernat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hafif şişman ve obez insanların tedavisinde dikkatli yemenin önemini vurgulamaktadır. Hafif şişman veya obez bireylere yönelik bir müdahalede dikkatli yeme tekniklerini kullanmanın oldukça önemli olduğu sonucuna varmaktadır (Czepczor-Bernat et al., 2020:841-849).

Çalışmamızda, BKİ değerleri kişilerin tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorunu olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (t:23,61 p<0,05). Ortalama değerlere bakıldığında sağlık sorunu olan kişilerin BKİ değerleri (30,64±5,68 kg/m<sup>2</sup>) olmayan kişilere göre (27,70±4,92 kg/m<sup>2</sup>) daha yüksek olduğu saptanmıştır. BKİ değerleri ile yeme tutum testi ve yeme farkındalığı ölçeği negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Karataş ve arkadaşının yaptığı bir

çalışmada ise katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu olma durumu ile yeme farkındalığı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Bildirilen veriye göre, kronik hastalığı olan katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Karataş ve Müftüoğlu, 2020:24-33). Aradaki bu farklılığın, çalışmanın uygulandığı popülasyonun bilinç ve farkındalık seviyesi farkından kaynaklanması muhtemeldir.

Arslan ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada, BKİ değeri arttıkça, duygu değişimlerinin iştah düzeylerine olan etkisinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (F=76,241, p=0,000) (Arslan ve Aydemir, 2019:346-353). Bu çalışmanın örneklemini oluşturan katılımcılardan mutluyken ve üzgünken duygu durumlarına göre iştah değişikliklerini tanımlamaları istendiğinde %40,85'inin (n:163) mutluyken %64,41'inin (n:257) üzgünken %42,61'inin (n:170) öfkeliyken %69,92'sinin (n:279) stresliyken %48,87'sinin (n: 195) kaygılıyken iştahının arttığı, %58,40'ının (n:233) ise korku içindeyken iştahının azaldığı görülmüştür. Duygu durumundaki değişimler, iştahı etkilemekte, böylelikle yeme davranışının ve yeme tutumunun değişmesine neden olmaktadır.

Garcidueñas-Fimbres ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, yeme hızı ile yağ dokusu ve metabolik sendrom riskinin artışı ile doğru orantılı olduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra yeme sıklığının fazla olması, yağ dokusu ve metabolik sendrom riskinin daha az olması ile ilişkilendirilmiştir (Garcidueñas-Fimbres et al., 2021:1687). Karataş ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Bildirilen sonuçlara göre, öğün tüketme hızı ile yeme farkındalığı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir (Karataş ve Müftüoğlu, 2020:24-33). Çalışmamızda BKİ, yağ, kas ve su ağırlık değerleri kişilerin ana öğünü tüketme hızına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (p>0,05). Sonuçlardaki farklılığın sebebinin, popülasyonun düzenli bir beslenme danışmanlığı hizmeti almış olmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çöl ve arkadaşlarının öğrenciler üzerinde yaptığı bir çalışmada, %78,7'sinin öğün atladığı bildirilmiştir. En sık atlanan öğünün %48,7 ile öğle öğünü olduğu (p=0,001) saptanmıştır. Sebep olarak %50,2 oranla zaman yetersizliği bildirilmiştir (p=0,001). Katılımcılar arasından BKİ değerleri normal ve hafif şişman olanların,

beden algıları bozulmaya eğilim göstermekte olduğu bildirilmiştir ( $p=0,001$ ). Yemek yeme hızı ve kendini olduğundan kilolu görme ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çöl vd., 2023:194-207). Bu çalışmadaki anket sorularından biri olan “Öğün atlıyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %17,04’ü hayır, %48,62’si bazen, %34,34’ü ise evet yanıtını vermiş. Atladıkları öğün ise Çöl ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstererek genellikle (%42,54) öğle öğünü olarak bildirilmiş.

Çalışmamızda özel beslenme ve diyet danışmanlığı merkezine başvuran bireylerin YFÖ-30 puanı toplam  $93,96\pm 14,41$ ’dir. Alt ölçeklerinden disinhibisyon ölçeği puanı  $15,57\pm 4,20$ , duygusal yeme ölçeği puanı  $13,77\pm 5,58$ , yeme kontrolü ölçeği puanı  $13,62\pm 3,50$ , odaklanma ölçeği puanı  $15,88\pm 2,26$ , yeme disiplini ölçeği puanı  $13,12\pm 3,18$ , farkındalık ölçeği puanı  $15,55\pm 1,99$ , enterferans ölçeği puanı  $8,90\pm 2,40$  olarak saptanmıştır. Save ve arkadaşının 2022 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada, öğrencilerin yeme farkındalığı ölçeği puan ortalaması  $99,8 \pm 14,6$  olarak saptanmış. Yeme farkındalığı ölçeği alt ölçekleri puanlaması sonucunda, katılımcıların %69,1’i ( $n=181$ ) düşünmeden yeme özelliğine sahip iken, %66,4’ü ( $n=174$ ) duygusal yeme, %82,1’i ( $n=215$ ) yeme kontrolü alt faktörü özelliğine sahiptir. Farkındalık alt faktör özelliğine sahip katılımcı oranı %76,0 ( $n=200$ ) iken, katılımcıların %64,9’u ( $n=170$ ) yeme disiplini, %81,0’i ( $n=213$ ) bilinçli beslenme ve %84,8’i ( $n=223$ ) dış etmenlerden etkilenme özelliklerine sahiptir.

Framson ve arkadaşlarının 18-80 yaş aralığındaki yaş ortalamaları  $42\pm 14,4$  olan katılımcı grubuyla yaptığı bir çalışmaya göre, 30 yaşındaki katılımcıların ortalama yeme farkındalığı ölçeği puanları, yaşı daha fazla olan katılımcılardan daha az olduğu bildirilmiş (Framson et al., 2009:1439-1444). Yapılan bu çalışmada disinhibisyon, duygusal yeme, farkındalık ve enterferans alt ölçeklerinin yaş ilerledikçe doğru orantılı olarak arttığı bildirilmiş. Buna karşın, yeme farkındalığı ölçeği ile odaklanma ölçeği yaş arasında bir bağlantı bulunmamıştır (Framson et al., 2009:1439-1444). Chamhuri ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı bir çalışmada ise, bu sonuçlara benzer olarak yaş artışı ile yeme farkındalığının doğru orantıda arttığı bildirilmiştir (Chamhuri et al., 2022:e 0274327). Çalışmamızda da yeme farkındalığı ölçeği ve yeme tutum testi puanlarının kişilerin yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p>0,05$ ). YFÖ-30 puan ortalamasının en yüksek olduğu grup,  $92,49\pm 14,66$  ile 26-39 yaş aralığında olan grup iken, bu grubu  $94,88\pm 13,55$  ile 40-65 yaş aralığındaki grup

takip etmekte, en düşük puan ortalaması ise  $93,56 \pm 15,46$  ile 19-25 yaş aralığındaki gruptadır.



## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Özel Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezine başvuran, en az iki ay beslenme danışmanlığı almış 18-65 yaş aralığındaki katılımcıların yeme tutumları ve yeme farkındalıklarını değerlendirebilmek için çalışılmış bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

1. Çalışmaya 347'si kadın (%86,97), 52'si erkek (%13,03) toplam 399 birey çalışmaya dahil edilmiştir.
2. Katılımcıların çoğunluğu (%47,12) 26-39 yaş grubu aralığındadır.
3. Çalışmaya dahil olan bireylerin çoğunluğu (%65,91) üniversite mezunudur ve aktif çalışmaktadır (%58,65).
4. Katılımcıların ortalama vücut ağırlığı  $77,76 \pm 15,41$  kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların vücut ağırlığı ortalaması sırasıyla;  $75,73 \pm 14,43$  kg ve  $91,33 \pm 15$  kg olarak tespit edilmiştir.
5. Katılımcıların ortalama boy uzunluğu  $164,77 \pm 13,74$  cm olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların boy uzunluğu ortalaması sırasıyla;  $162,79 \pm 13,48$  cm ve  $178,10 \pm 6,08$  cm olarak tespit edilmiştir.
6. BKİ değeri ortalama  $28,39 \pm 5,25$  kg/m<sup>2</sup>, kadınlarda  $28,32 \pm 5,35$  kg/m<sup>2</sup>, erkeklerde ise  $28,84 \pm 4,52$  kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %0,5'i zayıf, %29,07'si ideal, %35,59'u hafif şişman, %34,84'ünün BKİ değerinin 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. BKİ değeri 25 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olan katılımcıların %64,02'si birinci derece obez, %27,18'i ikinci derece obez, %10,79'u üçüncü derece obez olduğu tespit edilmiştir.
7. Katılımcıların ortalama yağ ağırlığı  $27,10 \pm 10,07$  kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların yağ ağırlığı ortalaması sırasıyla;  $27,56 \pm 10,18$  kg ve  $23,34 \pm 8,94$  kg olarak tespit edilmiştir.

8. Katılımcıların ortalama kas ağırlığı  $48,02 \pm 8,42$  kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların kas ağırlığı ortalaması sırasıyla;  $45,64 \pm 5,28$  kg ve  $63,83 \pm 8,32$  kg olarak tespit edilmiştir.
9. Katılımcıların ortalama vücut sıvı ağırlığı  $37,57 \pm 6,10$  kg olarak tespit edilmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların vücut sıvı ağırlığı ortalaması sırasıyla;  $35,97 \pm 4,42$  kg ve  $48,07 \pm 5,06$  kg olarak tespit edilmiştir.
10. Sağlık sorunu olan kişilerin BKİ değerleri ( $30,64 \pm 5,68$  kg/m<sup>2</sup>) olmayan kişilere göre ( $27,70 \pm 4,92$  kg/m<sup>2</sup>) daha yüksek olduğu saptanmıştır.
11. Kişilerin lokmalarını çiğnmeden yutma durumu ile doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorununu olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ( $p > 0,05$ ).
12. BKİ değerleri duygu durumundaki değişikliğin beslenmeyi etkilediğini düşünme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).
13. Katılımcıların %17,04'ü öğün atlamıyor, %34,34'ü öğün atlıyor, %48,62'si bazen öğün atlıyor. Öğle öğününü atlama oranı (%42,54) diğer öğünlerin atlanma oranlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
14. BKİ, yağ, kas ve su ağırlık değerleri kişilerin ana öğünü tüketme hızına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ( $p > 0,05$ ). Öğünleri yavaş tüketen katılımcıların BKİ değerleri ortalaması  $27,52 \pm 4,68$  kg/m<sup>2</sup>, hızlı tüketen katılımcıların BKİ değerleri ortalaması  $29,34 \pm 6,73$  kg/m<sup>2</sup>'dir. Öğünleri yavaş tüketen katılımcıların yağ oranları  $\%25,66 \pm 9,18$  iken, hızlı tüketen katılımcıların yağ oranları  $\%28,81 \pm 12,35$ 'dir. Öğünleri yavaş tüketen katılımcıların kas oranları  $\%47,12 \pm 8,42$  iken, hızlı tüketen katılımcıların kas oranları  $\%48,95 \pm 7,03$ 'dir. Öğünleri yavaş tüketen katılımcıların su oranı  $\%36,91 \pm 5,81$  iken, hızlı tüketen katılımcıların su oranı  $\%38,31 \pm 5,38$ 'dir.
15. Katılımcıların YFÖ-30 puanı toplam  $93,96 \pm 14,41$ 'dir. Alt ölçeklerinden disinhibisyon ölçeği puanı  $15,57 \pm 4,20$ , duygusal yeme ölçeği puanı  $13,77 \pm 5,58$ , yeme kontrolü ölçeği puanı  $13,62 \pm 3,50$ , odaklanma ölçeği puanı  $15,88 \pm 2,26$ , yeme disiplini ölçeği puanı  $13,12 \pm 3,18$ , farkındalık ölçeği puanı  $15,55 \pm 1,99$ , enterferans ölçeği puanı  $8,90 \pm 2,40$  olarak saptanmıştır.

16. Katılımcıların BKİ değeri ile YFÖ-30 ölçeği puanı arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. BKİ değeri 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> olan normal vücut ağırlığına sahip bireylerin YFÖ-30 puanı ortalaması 96,49±14,58, 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> olan hafif şişman bireylerin YFÖ-30 ölçeği 94,47±13,82, 30-34,9 kg/m<sup>2</sup> olan I. derece obez bireylerin 92,28±15,59, 35-39,9 kg/m<sup>2</sup> olan II. derece obez bireylerin 91,14±13,06, 40+ kg/m<sup>2</sup> olan III. derece obez bireylerin 86,87±11,17 olarak tespit edilmiştir.

17. Yeme farkındalığı puanları yiyeceklerin pişirme yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermektedir (F:29,43; p<0,05). Fırınlama ve haşlama yöntemini benimseyen kişilerin ızgara ve kızartma yöntemini benimseyen kişilere göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

18. Katılımcıların YTT-40 puanı toplam 24,66±14,27'dir.

19. YFÖ-30 puan ortalamasının en yüksek olduğu grup, 92,49±14,66 ile 26-39 yaş aralığında olan grup iken, bu grubu 94,88±13,55 ile 40-65 yaş aralığındaki grup takip etmekte, en düşük puan ortalaması ise 93,56±15,46 ile 19-25 yaş aralığındaki grupta olduğu tespit edilmiştir.

Son yıllarda giderek artan yeme tutumu ve davranışındaki değişikliklerin doğrudan ve dolaylı olarak etkilemesi sonucu gelişen yeme bozuklukları, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda sıklıkla gözükmektedir. Bireyleri ve toplumları etkilemekte olup önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Her yaştan ve cinsiyetten bireyleri etkisi altına almaktadır. Yeme bozukluklarının görülme sıklığının, hesaplanandan çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Bunun nedeni ise, çoğu birey yeme bozukluğu tedavisi için başvurmamaktadır. Tedavi edilmeyen yeme bozukluğu ise pek çok hastalığın temelini oluşturabilir. Temelinde psikolojik nedenlerin olduğu bildirilse bile, daha kesin bir şekilde aydınlatılmalıdır. Tedavi yöntemleri geliştirilmeli ve çalışmalar multidisipliner olmalıdır. Bunun yanı sıra tedaviler herkesçe ulaşılabilir olmalıdır.

Yapılacak çalışmalara ışık tutması adına, bireylerin yeme farkındalığı gelişimi için, belirli bir zaman aralığındaki yeme tutum testi ve yeme farkındalığı ölçeği puanlarının karşılaştırılması çalışmaya daha geniş bir perspektif kazandıracaktır.

## VII. KAYNAKLAR

### KİTAPLAR

BAYSAL, A., AKSOY, M., BESLER, H. T., BOZKURT, N., KEÇECİOĞLU, S., MERCANLIGİL, S. M., ..., YILDIZ, E. (2018). **Diyet El Kitabı**. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 10. Baskı.

BROWNELL, K. D., HORGAN, K. B. (2004). **Food Fight: The Inside Story of the Food Industry, America's Obesity Crisis, and What We Can Do About It**. ABD, The McGraw-hill Companies, 1. Baskı.

GOLDSTEIN, J. (2002). **One dharma: The Emerging Western Buddhism**. ABD, Harper One, 1. Baskı.

KABAT-ZINN, J. (2000). **The psychology of awakening: Buddhism, Science, and Our Day-to-Day Lives**. North Beach: ME. Weiser Books; ss.225-249, ISBN 1-57863-172-6.

KABAT-ZINN, J., HANH, T. N. (2013). **“Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.”** United States of America, Bantam Books, 2. Baskı.

MILLER, W. R. (1999). **Integrating spirituality into treatment: American Psychological Association**. United States of America (Washington DS) Amer Psychological Assn, 1. Baskı

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH (NCCMH). (2004). **Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders**. Leicester (UK), British Psychological Society (UK), 1. Baskı.

OGDEN, J. (2019). **Health Psychology**, United States of America, McGraw Hill, 6. Baskı.

TREASURE, J., ALEXANDER, J. (2013). **Anorexia Nervosa: A Recovery Guide for Sufferers, Families and Friends.**, UK, Routledge, 2. Baskı.

## **ANSİKLOPEDİLER**

LACAİLLE, L. (2020). “Eating Behavior.”, **Encyclopedia of Behavioral Medicine**, 1. Baskı, Ed. Marc D. Gellman, J. Rick Turner, New York, Springer, Cham. ss.711-712.

## **MAKALELER**

AGH, T., KOVÁCS, G., PAWASKAR, M., SUPINA, D., INOTAİ, A., VOKÓ, Z. (2015). “Epidemiology, Health-Related Quality of Life And Economic Burden of Binge Eating Disorder: A Systematic Literature Review.”, **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, sayı 20, ss.1-12.

AKSAYAN, S., GÖZÜM, S. (2002). “Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması için Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması.”, **Hemşirelik Araştırma Dergisi**, cilt 4, sayı 1, ss.9-14.

AKSAYAN, S., GÖZÜM, S. (2003). “Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma.”, **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, cilt 5, sayı 1, ss.3-14.

AKSEER, N., AL-GASHM, S., MEHTA, S., MOKDAD, A., BHUTTA, Z.A. (2017). “Global and Regional Trends in The Nutritional Status of Young People: A Critical and Neglected Age Group.”, **Annals of the New York Academy of Sciences**, cilt 1393, sayı 1, ss.3-20.

ALTIN, Z. (2017). “Açlığın Fizyolojisi.”, **Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi**, cilt 27, sayı 3, ss.179-185.

ALTUN, E., KÖSEOĞLU, S. Z. A. (2021). “Melanokortin Sistemi: İştah Ve Enerji Homeostazı Etki Mekanizmaları.”, **İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, cilt 3, sayı 3, ss.212-219.

ANDERSON, L. M., REILLY, E. E., SCHAUMBERG, K., DMOCHOWSKI, S., ANDERSON, D. A. (2016). “Contributions of Mindful Eating, Intuitive Eating, and Restraint to BMI, Disordered Eating, and Meal Consumption

in College Students.”, **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, sayı 21, ss.83-90.

ARCELUS, J., MITCHELL, A. J., WALES, J., NIELSEN, S. (2011). “Mortality Rates in Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-Analysis of 36 Studies.”, **Archives of General Psychiatry**, cilt 68, sayı 7, ss.724-731.

ARSLAN, M., AYDEMİR, İ. (2019). “Relationship Between Emotional Appetite, Eating Attitudes, Sleep Quality, and Body Mass Index in Healthcare Workers: A Multi-Centre Study.”, **Psychiatry and Clinical Psychopharmacology**, cilt 29, sayı 3, ss.346-353.

BAER, R. A., SMITH, G. T., HOPKINS, J., KRIETEMEYER, J., TONEY, L. (2006). “Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness.”, **Assessment**, cilt 13, sayı 1, ss.27-45.

BARTOSHUK, L. M., DUFFY, V. B., HAYES, J. E., MOSKOWITZ, H. R., SNYDER, D. J. (2006). “Psychophysics of Sweet and Fat Perception in Obesity: Problems, Solutions and New Perspectives.”, **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, cit 361, sayı 1471, ss.1137-1148.

BELL, C. C. (1994). “DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.”, **Jama**, cilt 272, sayı 10, ss.828-829.

BERRIDGE, K. C. (1996). “Food Reward: Brain Substrates of Wanting and Liking.”, **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, cilt 20, sayı 1, ss.1-25.

BILMAN, E., VAN KLEEF, E., VAN TRIJP, H. (2017). “External Cues Challenging the Internal Appetite Control System—Overview and Practical Implications.”, **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, cilt 57, sayı 13, ss.2825-2834.

BLÜHER, M. (2020). “Metabolically Healthy Obesity.”, **Endocrine Reviews**, cilt 41, sayı 3, bnaa004.

BORGO, F., RIVA, A., BENETTI, A., CASIRAGHI, M. C., BERTELLI, S., GARBOSSA, S., ..., BORGHI, E. (2017). “Microbiota in Anorexia

Nervosa: The Triangle Between Bacterial Species, Metabolites and Psychological Tests.”, **PloS One**, cilt, 12 sayı 6, e0179739.

BRAUN, J., EL-GABALAWY, R., SOMMER, J. L., PIETRZAK, R. H., MITCHELL, K., MOTA, N. (2019). “Trauma Exposure, DSM-5 Posttraumatic Stress, and Binge Eating Symptoms: Results From a Nationally Representative Sample.”, **The Journal of Clinical Psychiatry**, cilt 80, sayı 6, ss.14848.

BRAY, G. A., KIM, K. K., WILDING, J. P. H., WORLD OBESITY FEDERATION. (2017). “Obesity: A Chronic Relapsing Progressive Disease Process. A Position Statement of the World Obesity Federation.”, **Obesity Reviews**, cilt 18, sayı 7, ss.715-723.

BRETON, J., LEGRAND, R., AKKERMANN, K., JÄRV, A., HARRO, J., DÉCHELOTTE, P., FETISSOV, S. O. (2016). “Elevated Plasma Concentrations of Bacterial Clpb Protein in Patients with Eating Disorders.”, **International Journal of Eating Disorders**, cilt 49, sayı 8, ss.805-808.

BROWN, K. W., RYAN, R. M. (2003). “The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being.”, **Journal of Personality and Social Psychology**, cilt 84, sayı 4, s.822.

BULIK, C. M., THORNTON, L. M., PARKER, R., KENNEDY, H., BAKER, J. H., MACDERMOD, C., ..., MARTIN, N. G. (2021). “The Eating Disorders Genetics Initiative (EDGI): Study Protocol.”, **BMC Psychiatry**, cilt 21, sayı 1, ss.1-9.

CAHILL JR, G. F. (1998). “Survival in Starvation.”, **The American Journal of Clinical Nutrition**, cilt 68, sayı 1, ss.1-2.

CARDÍ, V., DI MATTEO, R., GILBERT, P., TREASURE, J. (2014). “Rank Perception and Self-Evaluation in Eating Disorders.”, **International Journal of Eating Disorders**, cilt 47, sayı 5, ss.543-552.

CARDÍ, V., MALLORQUI-BAGUE, N., ALBANO, G., MONTELEONE, A. M., FERNANDEZ-ARANDA, F., TREASURE, J. (2018). “Social Difficulties as Risk and Maintaining Factors in Anorexia Nervosa: A Mixed-Method Investigation.” **Frontiers in Psychiatry**, cilt 9, sayı 12, ss.1-10.

- CARRERO, J. J., STENVINKEL, P., CUPPARI, L., IKIZLER, T. A., KALANTAR-ZADEH, K., KAYSEN, G., ..., FRANCH, H. A. (2013). "Etiology of the Protein-Energy Wasting Syndrome in Chronic Kidney Disease: A Consensus Statement from the International Society of Renal Nutrition and Metabolism (ISRNM).", **Journal of Renal Nutrition**, cilt 23, sayı2, ss.77-90.
- CENA, H., CALDER, P. C. (2020). "Defining A Healthy Diet: Evidence for the Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease.", **Nutrients**, cilt 12, sayı 2, s.334.
- CHAMHURI, N. H., MOHD TOHIT, N., AZZERI, A., CHAMHURI, N., M. ALIAS, S. R. (2022). "Age and Fasting Blood Sugar Levels Are Associated Factors for Mindful Eating Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients During COVID-19 Pandemic Confinement.", **PLoS One**, cilt 17, sayı 9, e0274327.
- CHIURAZZI, C., CIOFFI, I., DE CAPRIO, C., DE FILIPPO, E., MARRA, M., SAMMARCO, R., DI GUGLIELMO, M.L., CONTALDO, F., PASANISI, F. (2017). "Adequacy of Nutrient Intake in Women with Restrictive Anorexia Nervosa.", **Nutrition**, sayı 38, ss.80-84.
- CHOİ, S. H., LEE, H. (2020). "Associations of Mindful Eating with Dietary Intake Pattern, Occupational Stress, and Mental Well-Being Among Clinical Nurses.", **Perspectives in Psychiatric Care**, cilt 56, sayı 2, ss.355-362.
- CLARKE, S. F., MURPHY, E. F., NILAWEERA, K., ROSS, P. R., SHANAHAN, F., O'TOOLE, P. W., COTTER, P. D. (2012). "The Gut Microbiota and Its Relationship to Diet and Obesity: New Insights.", **Gut Microbes**, cilt 3, sayı 3, ss.186-202.
- COFFINO, J. A., UDO, T., GRILO, C. M. (2019). "Rates of Help-Seeking in US Adults with Lifetime DSM-5 Eating Disorders: Prevalence Across Diagnoses and Differences by Sex and Ethnicity/Race.", **Mayo Clinic Proceedings**, cilt 94, sayı 8, ss.1415-1426

- COHEN, D. A. (2008). "Obesity and The Built Environment: Changes in Environmental Cues Cause Energy Imbalances.", **International Journal of Obesity**, cilt 32, sayı7, ss.137-142.
- CRYAN, J. F., DINAN, T. G. (2012). "Mind-Altering Microorganisms: The Impact of The Gut Microbiota on Brain and Behaviour.", **Nature Reviews Neuroscience**, cilt 13, sayı 10, ss.701-712.
- CZEPCZOR-BERNAT, K., BRYTEK-MATERA, A., GRAMAGLIA, C., ZEPPEGNO, P. (2020). "The Moderating Effects of Mindful Eating on The Relationship Between Emotional Functioning and Eating Styles in Overweight and Obese Women.", **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, sayı 25, ss.841-849.
- ÇÖL, B. G., ELKİN, N., YALÇIN, S., NİZAMLIOĞLU, M., BARUT, A. Y., ÖZTÜRK, H. N. O., KURTULUŞ, E. M. (2023). "Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Durumu." **İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, sayı 19, ss.194-207.
- DAUBENMIER, J., KRISTELLER, J., HECHT, F. M., MANINGER, N., KUWATA, M., JHAVERI, K., ..., EPEL, E. (2011). "Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat Among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study." **Journal of Obesity**, sayı 2011, ss.1-13.
- DAVIS, C., STRACHAN, S., BERKSON, M. (2004). "Sensitivity to Reward: Implications for Overeating and Overweight.", **Appetite**, cilt 42, sayı 2, ss.131-138.
- DAWES, A. J., MAGGARD-GIBBONS, M., MAHER, A. R., BOOTH, M. J., MIAKE-LYE, I., BEROES, J. M., SHEKELLE, P. G. (2016). "Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-Analysis.", **Jama**, cilt 315, sayı 2, ss.150-163.
- de ANDRADE, S. C., PREVIDELLİ, A. N., CESAR, C. L. G., MARCHIONI, D. M. L., FISBERG, R. M. (2016). "Trends in Diet Quality Among Adolescents, Adults and Older Adults: A Population-Based Study.", **Preventive Medicine Reports**, sayı 4, ss.391-396.

- de FILIPPO, C., CAVALIERI-I, D., DI PAOLA, M., RAMAZZOTTI, M., POULLET, J. B., MASSART, S., ..., LIONETTI, P. (2010). "Impact of Diet in Shaping Gut Microbiota Revealed by a Comparative Study in Children from Europe and Rural Africa.", **Proceedings of the National Academy of Sciences**, cilt 107, sayı 33, ss.14691-14696.
- de GRAAF, C., KOK, F. J. (2010)." Slow Food, Fast Food and the Control of Food Intake.", **Nature Reviews Endocrinology**, cilt 6 sayı 5, ss.290-293.
- de JONGE, P., ALONSO, J., STEIN, D. J., KIEJNA, A., AGUILAR-GAXIOLA, S., VIANA, M. C., ..., SCOTT, K. M. (2014). "Associations Between DSM-IV Mental Disorders and Diabetes Mellitus: A Role for Impulse Control Disorders and Depression.", **Diabetologia**, sayı 57, ss.699-709.
- de VADDER, F., KOVATCHEVA-DATCHARY, P., GONCALVES, D., VINERA, J., ZITOUN, C., DUCHAMPT, A., ... MITHIEUX, G. (2014). "Microbiota-Generated Metabolites Promote Metabolic Benefits via Gut-Brain Neural Circuits.", **Cell**, cilt 156, sayı 1-2, ss.84-96.
- den BESTEN, G., LANGE, K., HAVINGA, R., VAN DIJK, T. H., GERDING, A., VAN EUNEN, K., ... REIJNGOUD, D. J. (2013). "Gut-Derived Short-Chain Fatty Acids are Vividly Assimilated into Host Carbohydrates and Lipids.", **American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology**, cilt 305, sayı 12, ss.900-910
- DIETZ, W. H., DOUGLAS, C. E., BROWNSON, R. C. (2016). "Chronic Disease Prevention: Tobacco Avoidance, Physical Activity, and Nutrition for a Healthy Start.", **Jama**, cilt 316, sayı 16, ss.1645-1646.
- DOBRESCU, S. R., DINKLER, L., GILLBERG, C., RÅSTAM, M., GILLBERG, C., WENTZ, E. (2020). "Anorexia Nervosa: 30-Year Outcome.", **The British Journal of Psychiatry**, cilt 216, sayı 2, ss.97-104.
- DRAZEN, D. L., VAHL, T. P., D'ALESSIO, D. A., SEELEY, R. J., WOODS, S. C. (2006). "Effects of a Fixed Meal Pattern on Ghrelin Secretion: Evidence for A Learned Response Independent of Nutrient Status.", **Endocrinology**, cilt 147, sayı 1, ss.23-30.

- DREWNOWSKI, A., HENDERSON, S. A., SHORE, A. B., BARRATT-FORNELL, A. (1997). "Nontasters, Tasters, and Supertasters of 6-N-Propylthiouracil (PROP) and Hedonic Response to Sweet.", **Physiology and Behavior**, cilt 62, sayı 3, ss.649-655.
- DUFFY, V. B., BARTOSHUK, L. M. (2000). "Food Acceptance and Genetic Variation in Taste.", **Journal of the American Dietetic Association**, cilt 100, sayı 6, ss.647-655.
- EPSTEIN, L. H., TRUESDALE, R., WOJCİK, A., PALUCH, R. A., RAYNOR, H. A. (2003). "Effects Of Deprivation on Hedonics and Reinforcing Value of Food.", **Physiology and Behavior**, cilt 78, sayı 2, ss.221-227.
- FALKOWSKA, A., GUTOWSKA, I., GOSCHORSKA, M., NOWACKI, P., CHLUBEK, D., BARANOWSKA-BOSIACKA, I. (2015). "Energy Metabolism of The Brain, Including the Cooperation Between Astrocytes and Neurons, Especially in the Context of Glycogen Metabolism.", **International Journal of Molecular Sciences**, cilt 16, sayı 11, ss.25959-25981.
- FEINMAN, R. D., FINE, E. J. (2004). "'A Calorie is a Calorie' Violates the Second Law of Thermodynamics." **Nutrition Journal**, cilt 3, sayı 1, ss.1-5.
- FISHER, C. A., HETRICK, S. E., RUSHFORD, N. (2010). "Family Therapy for Anorexia Nervosa.", **Cochrane Database of Systematic Reviews**, sayı 4, CD004780.
- FLIER, J. S. (2004). "Obesity Wars: Molecular Progress Confronts an Expanding Epidemic.", **Cell**, cilt 116, sayı 2, ss.337-350.
- FORCANO, L., FERNÁNDEZ-ARANDA, F., ALVAREZ-MOYA, E., BULIK, C., GRANERO, R., GRATACOS, M., ..., ESTÍVILL, X. (2009). "Suicide Attempts in Bulimia Nervosa: Personality and Psychopathological Correlates.", **European Psychiatry**, cilt 24, sayı 2, ss.91-97.
- FORNARO, M., SOLMI, M., PERNA, G., DE BERARDIS, D., VERONESE, N., ORSOLINI, L., ..., STUBBS, B. (2016). "Lisdexamfetamine in the Treatment of Moderate-to-Severe Binge Eating Disorder in Adults: Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis of Publicly Available

Placebo-Controlled, Randomized Clinical Trials.”, **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, sayı 12, ss.1827-1836.

FRAMSON, C., KRISTAL, A. R., SCHENK, J. M., LITTMAN, A. J., ZELIADT, S., BENITEZ, D. (2009). “Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire.”, **Journal of the American Dietetic Association**, cilt 109, sayı 8, ss.1439-1444.

GARCIDUEÑAS-FIMBRES, T. E., PAZ-GRANIEL, I., NISHI, S. K., SALAS-SALVADÓ, J., BABIO, N. (2021). “Eating Speed, Eating Frequency, and Their Relationships with Diet Quality, Adiposity, and Metabolic Syndrome, or Its Components.”, **Nutrients**, cilt 13, sayı 5, s.1687.

GARNER, D. M., GARFINKEL, P. E. (1979). “The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa.”, **Psychological Medicine**, cilt 9, sayı 2, ss.273-279.

GHADERI, A., ODEBERG, J., GUSTAFSSON, S., RÅSTAM, M., BROLUND, A., PETTERSSON, A., PARLING, T. (2018). “Psychological, Pharmacological, and Combined Treatments for Binge Eating Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis.”, **PeerJ**, sayı 6, e5113.

GRIMES, C. A., WRIGHT, J. D., LIU, K., NOWSON, C. A., LORIA, C. M. (2013). “Dietary Sodium Intake is Associated with Total Fluid and Sugar-Sweetened Beverage Consumption in US Children and Adolescents Aged 2–18 y: NHANES 2005–2008.”, **The American Journal of Clinical Nutrition**, cilt 98, sayı 1, ss.189-196.

GRIMM, E. R., STEINLE, N. I. (2011). “Genetics of Eating Behavior: Established and Emerging Concepts.”, **Nutrition Reviews**, cilt 69, sayı 1, ss.52-60.

GUHA, M. (2014). “Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders: DSM-5.”, **Reference Reviews**, cilt 28, sayı 3, ss36-37.

HALL, K. D., HEYMSFIELD, S. B., KEMNITZ, J. W., KLEIN, S., SCHOELLER, D. A., SPEAKMAN, J. R. (2012). “Energy Balance and Its Components: Implications for Body Weight Regulation.”, **The American Journal of Clinical Nutrition**, cilt 95, sayı 4, ss.989-994.

- HAY, P., GIROSI, F., MOND, J. (2015). "Prevalence and Sociodemographic Correlates of DSM-5 Eating Disorders in the Australian Population", **Journal of Eating Disorders**, cilt 3, sayı 1, ss.1-7.
- HAZZARD, V. M., LOTH, K. A., HOOPER, L., BECKER, C. B. (2020). "Food Insecurity and Eating Disorders: A Review of Emerging Evidence.", **Current Psychiatry Reports**, sayı 22, ss.1-9.
- HEDMAN, A., BREITHAUPT, L., HÜBEL, C., THORNTON, L. M., TILLANDER, A., NORRING, C., ..., BULIK, C. M. (2019). "Bidirectional Relationship Between Eating Disorders and Autoimmune Diseases.", **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, cilt 60, sayı 7, ss.803-812.
- HERMAN, C. P., POLIVY, J. (2008). "External Cues in the Control of Food Intake in Humans: The Sensory-Normative Distinction.", **Physiology and Behavior**, cilt 94, sayı 5, ss.722-728.
- HILBERT, A., HOEK, H. W., SCHMIDT, R. (2017). "Evidence-Based Clinical Guidelines for Eating Disorders: International Comparison.", **Current Opinion in Psychiatry**, cilt 30, sayı 6, s.423.
- HILBERT, A., PETROFF, D., HERPERTZ, S., PIETROWSKY, R., TUSCHENCAFFIER, B., VOCKS, S., SCHMIDT, R. (2019). "Meta-Analysis of the Efficacy of Psychological and Medical Treatments for Binge-Eating Disorder.", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, cilt 87, sayı 1, s.91.
- HOLLAND, G., TIGGEMANN, M. (2016). "A Systematic Review of The Impact of the Use of Social Networking Sites on Body Image and Disordered Eating Outcomes.", **Body Image**, sayı 17, ss.100-110.
- HURT, R. T., KULISEK, C., BUCHANAN, L. A., MCCLAVE, S. A. (2010). "The Obesity Epidemic: Challenges, Health Initiatives, and Implications for Gastroenterologists.", **Gastroenterology and Hepatology**, cilt 6, sayı 12, s.780.
- JAVARAS, K. N., RUNFOLA, C. D., THORNTON, L. M., AGERBO, E., BIRGEGÅRD, A., NORRING, C., ..., BULIK, C. M. (2015). "Sex-and Age-Specific Incidence of Healthcare-Register-Recorded Eating

- Disorders in the Complete Swedish 1979–2001 Birth Cohort.”, **International Journal of Eating Disorders**, cilt 48, sayı 8, ss.1070-1081.
- JIMÉNEZ-MURCIA, S., STEIGER, H., ISRAËL, M., GRANERO, R., PRAT, R., SANTAMARÍA, J. J., ..., FERNÁNDEZ-ARANDA, F. (2013). “Pathological Gambling in Eating Disorders: Prevalence and Clinical Implications.”, **Comprehensive Psychiatry**, cilt 54, sayı 7, ss.1053-1060.
- JOHNSON, B. J., BELL, L. K., ZARNOWIECKI, D., RANGAN, A. M., GOLLEY, R. K. (2017). “Contribution of Discretionary Foods and Drinks to Australian Children’s Intake of Energy, Saturated Fat, Added Sugars and Salt.”, **Children**, cilt 4, sayı 12, s.104.
- JULI, L., JULI, R., JULI G., JULI, M. R. (2021). “New Therapeutic Strategies for Eating Disorders and Obesity Treatment.”, **Psychiatria Danubina**, cilt 33, sayı 9, ss.84-85.
- KABAT-ZINN, J., LIPWORTH, L., BURNEY, R. (1985). “The Clinical Use of Mindfulness Meditation for the Self-Regulation of Chronic Pain.”, **Journal of Behavioral Medicine**, sayı 8, ss.163-190.
- KAESTNER, D., LOEWE, B., GUMZ, A. (2019). “The Role of Self-Esteem in The Treatment of Patients with Anorexia Nervosa–A Systematic Review and Meta-Analysis.”, **International Journal of Eating Disorders**, cilt 52, sayı 2, ss.101-116.
- KARATAŞ, M., MÜFTÜOĞLU, S. (2020). “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi.”, **Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi**, cilt 3, sayı 1, ss.24-33.
- KENDALL, A., LEVITSKY, D. A., STRUPP, B. J., LISSNER, L. (1991). “Weight Loss on A Low-Fat Diet: Consequence of The Imprecision of The Control of Food Intake in Humans.”, **The American Journal of Clinical Nutrition**, cilt 53, sayı 5, ss.1124-1129.
- KESKI-RAHKONEN, A. (2021). “Epidemiology of Binge Eating Disorder: Prevalence, Course, Comorbidity, and Risk Factors.”, **Current Opinion in Psychiatry**, cilt 34, sayı 6, ss.525-531.

- KESKI-RAHKONEN, A., HOEK, H. W., LINNA, M. S., RAEVUORI, A., SIHVOLA, E., BULIK, C. M., ...KAPRIO, J. (2009). "Incidence and Outcomes of Bulimia Nervosa: A Nationwide Population-Based Study.", **Psychological Medicine**, cilt 39, sayı 5, ss.823-831
- KESKI-RAHKONEN, A., MUSTELIN, L. (2016). "Epidemiology of Eating Disorders in Europe: Prevalence, Incidence, Comorbidity, Course, Consequences, and Risk Factors.", **Current Opinion in Psychiatry**, cilt 29, sayı 6, ss.340-345.
- KESSLER, R. C., BERGLUND, P. A., CHIU, W. T., DEITZ, A. C., HUDSON, J. I., SHAHLY, V., ..., XAVIER, M. (2013). "The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys.", **Biological Psychiatry**, cilt 73, sayı 9, ss.904-914.
- KLABUNDE, M., COLLADO, D., BOHON, C. (2017). "An Interoceptive Model of Bulimia Nervosa: A Neurobiological Systematic Review.", **Journal of Psychiatric Research**, sayı 94, ss.36-46.
- KÖSE, G., TAYFUR, M., BİRİNCİOĞLU, İ., DÖNMEZ, A. (2016). "Yeme Farkındalığı Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması.", **Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi**, cilt 3, sayı 1, ss.125-134.
- KUSANO-SCHWARZ, M., WIETERSHEIM, J. V. (2005). "EDI Results of Japanese and German Women and Possible Sociocultural Explanations.", **European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association**, cilt 13, sayı 6, ss.411-416.
- LARSON, N., STORY, M. (2009). "A Review of Environmental Influences on Food Choices.", **Annals of Behavioral Medicine**, cilt 38, sayı 1, ss.56-73.
- LAVENDER, J. M., MITCHELL, J. E. (2015). "Eating Disorders and Their Relationship to Impulsivity.", **Current Treatment Options in Psychiatry**, sayı 2, ss.394-401.
- LEE, J. S., MISHRA, G., HAYASHI, K., WATANABE, E., MORI, K., KAWAKUBO, K. (2016). "Combined Eating Behaviors and Overweight:

Eating Quickly, Late Evening Meals, and Skipping Breakfast.”, **Eating Behaviors**, sayı 21, ss.84-88.

LEECH, R. M., MCNAUGHTON, S. A., TIMPERIO, A. (2014). “The Clustering of Diet, Physical Activity and Sedentary Behavior in Children and Adolescents: A Review.”, **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, cilt 11, sayı 1, ss.1-9.

LITMANEN, J., FRÖJD, S., MARTTUNEN, M., ISOMAA, R., KALTIALA-HEINO, R. (2017). ”Are Eating Disorders and Their Symptoms Increasing in Prevalence Among Adolescent Population?”, **Nordic Journal of Psychiatry**, cilt 71, sayı 1, ss.61-66.

LOWE, M. R. (1993). “The Effects of Dieting on Eating Behavior: A Three-Factor Model.”, **Psychological Bulletin**, cilt 114, sayı 1, s.100.

LOWE, M. R., BUTRYN, M. L. (2007). “Hedonic Hunger: a New Dimension of Appetite?”, **Physiology and Behavior**, cilt 91, sayı 4, ss.432-439.

LOWE, M. R., KRAL, T. V. (2006). “Stress-Induced Eating in Restrained Eaters may not be Caused by Stress or Restraint.”, **Appetite**, cilt 46, sayı 1, ss.16-21.

LUTTER, M. (2017). “Emerging Treatments in Eating Disorders.”, **Neurotherapeutics**, cilt 14, sayı 3, ss.614-622.

MA, F. (2022). “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5).”, **In Encyclopedia of Gerontology and Population Aging**, ss.1414-1425.

MARQUES, L., ALEGRIA, M., BECKER, A. E., CHEN, C. N., FANG, A., CHOSAK, A., DINIZ, J. B. (2011). “Comparative Prevalence, Correlates of Impairment, and Service Utilization for Eating Disorders Across US Ethnic Groups: Implications for Reducing Ethnic Disparities in Health Care Access for Eating Disorders.”, **International Journal of Eating Disorders**, cilt 44, sayı 5, ss.412-420.

MICALI, N., HAGBERG, K. W., PETERSEN, I., TREASURE, J. L. (2013). “The Incidence of Eating Disorders in The UK In 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database.”, **BMJ Open**, cilt 3, sayı 5, e002646.

- MICHAELSEN, K. F., WEAVER, L., BRANCA, F., ROBERTSON, A. (2000). "Feeding and Nutrition of Infants and Young Children.", **WHO Regional Publications, European Series**, sayı 87, s.288.
- MITCHISON, D., MOND, J., BUSSEY, K., GRIFFITHS, S., TROMPETER, N., LONERGAN, A., ...HAY, P. (2020). "DSM-5 Full Syndrome, Other Specified, and Unspecified Eating Disorders in Australian Adolescents: Prevalence and Clinical Significance.", **Psychological Medicine**, cilt 50, sayı 6, ss.981-990.
- MOOR, K. R., SCOTT, A. J., MCINTOSH, W. D. (2013). "Mindful Eating and Its Relationship to Body Mass Index and Physical Activity Among University Students.", **Mindfulness**, sayı 4, ss.269-274.
- MORITA, C., TSUJI, H., HATA, T., GONDO, M., TAKAKURA, S., KAWAI, K., ..., SUDO, N. (2015). "Gut Dysbiosis in Patients with Anorexia Nervosa.", **PloS One**, cilt 10, sayı 12, e0145274.
- MURAKAMI, K., LIVINGSTONE, M. B. E. (2016). "Associations Between Meal and Snack Frequency and Diet Quality in US Adults: National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2012.", **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, cilt 116, sayı 7, ss.1101-1113.
- NAKAI, Y., NIN, K., NOMA, S. (2014). "Eating Disorder Symptoms Among Japanese Female Students in 1982, 1992 and 2002.", **Psychiatry Research**, cilt 219, sayı 1, ss.151-156.
- NAZAR, B. P., SUWWAN, R., DE SOUSA PINNA, C. M., DUCHESNE, M., FREITAS, S. R., SERGEANT, J., MATTOS, P. (2014). "Influence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Binge Eating Behaviors and Psychiatric Comorbidity Profile of Obese Women.", **Comprehensive Psychiatry**, cilt 55, sayı 3, ss.572-578.
- NICHOLSON, J. K., HOLMES, E., KINROSS, J., BURCELIN, R., GIBSON, G., JIA, W., PETTERSSON, S. (2012). "Host-Gut Microbiota Metabolic Interactions.", **Science**, cilt 336, sayı 6086, ss.1262-1267.
- OLSON, K. L., EMERY, C. F. (2015). "Mindfulness and Weight Loss: A Systematic Review." **Psychosomatic Medicine**, cilt 77, sayı 1, ss.59-67.

- PAZ-GRANIEL, I., BABIO, N., MENDEZ, I., SALAS-SALVADÓ, J. (2019). “Association Between Eating Speed and Classical Cardiovascular Risk Factors: A Cross-Sectional Study.”, **Nutrients**, cilt 11, sayı 1, s.83.
- PETERSON, L. G., PBERT, L. (1992). “Effectiveness of a Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders.”, **American Journal of Psychiatry**, cilt 149, sayı 7, ss.936-943.
- PFAU, P. R., ROMBEAU, J. L. (2000). “Nutrition.”, **Medical Clinics of North America**, sayı 84, ss.1209–1230.
- PHILLIPOU, A., CASTLE, D. J., ROSSELL, S. L. (2017). “Anorexia Nervosa: Eating Disorder or Body Image Disorder?”, **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, cilt 52, sayı 1, ss.13-14.
- PISETSKY, E. M., THORNTON, L. M., LICHTENSTEIN, P., PEDERSEN, N. L., BULIK, C. M. (2013). “Suicide Attempts in Women with Eating Disorders.”, **Journal of Abnormal Psychology**, cilt 122, sayı 4, s.1042.
- POLONSKY, W. H., ANDERSON, B. J., LOHRER, P. A., APONTE, J. E., JACOBSON, A. M., COLE, C. F. (1994). “Insulin Omission in Women With IDDM.”, **Diabetes Care**, cilt 17, sayı 10, ss.1178-1185.
- POST, G. B., DE VENETE, W., KEMPER, H. C., TWISK, J. W. (2001). “Longitudinal Trends in and Tracking of Energy and Nutrient intake Over 20 Years in a Dutch Cohort of Men and Women Between 13 and 33 Years of Age: The Amsterdam Growth and Health Longitudinal Study.”, **British Journal of Nutrition**, cilt 85, sayı 3, ss.375-385.
- PRESNELL, K., STICE, E. (2003). “An Experimental Test of The Effect of Weight-Loss Dieting on Bulimic Pathology: Tipping The Scales in a Different Direction.”, **Journal of Abnormal Psychology**, cilt 112, sayı 1, s.166.
- PUCHALSKA, P., CRAWFORD, P. A. (2017). “Multi-Dimensional Roles of Ketone Bodies in Fuel Metabolism, Signaling, and Therapeutics.”, **Cell Metabolism**, cilt 25, sayı 2, ss.262-284.
- RODRIGUES, P. R. M., LUÍZ, R. R., MONTEIRO, L. S., FERREIRA, M. G., GONÇALVES-SILVA, R. M. V., PEREIRA, R. A. (2017). “Adolescents’

Unhealthy Eating Habits are Associated with Meal Skipping.”, **Nutrition**, sayı 42, ss.114-120.

ROGERS, P. J., HARDMAN, C. A. (2015). “Food Reward. What It is and How to Measure It.”, **Appetite**, sayı 90, ss.1-15.

ROLLS, B. J., ROE, L. S., BEACH, A. M., KRIS-ETHERTON, P. M. (2005). “Provision of Foods Differing in Energy Density Affects Long-Term Weight Loss.”, **Obesity Research**, cilt 13, sayı 6, ss.1052-1060.

ROLLS, E. T. (2005). “Taste, Olfactory, and Food Texture Processing in The Brain, and The Control of Food Intake.”, **Physiology and Behavior**, cilt 85, sayı 1, ss.45-56.

RYDALL, A. C., RODIN, G. M., OLMSTED, M. P., DEVENYI, R. G., DANEMAN, D. (1997). “Disordered Eating Behavior and Microvascular Complications in Young Women with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus.”, **New England Journal of Medicine**, cilt 336, sayı 26, ss.1849-1854.

SANTOMAURO, D. F., MELEN, S., MITCHISON, D., VOS, T., WHITEFORD, H., FERRARI, A. J. (2021). “The Hidden Burden of Eating Disorders: An Extension of Estimates from The Global Burden of Disease Study 2019.”, **The Lancet Psychiatry**, cilt 8, sayı 4, ss.320-328.

SAUNDERS, J., SMITH, T., STROUD, M. (2011). “Malnutrition and Undernutrition.”, **Medicine**, cilt 39, sayı 1, ss.45-50.

SAVAŞIR, I., EROL, N. (1989). “Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi.”, **Psikoloji Dergisi**, sayı 7, ss.19-25.

SAVE, D., ALTAŞ, Z. M. (2022). “Üniversite Öğrencilerinde Algılanan Stres Düzeyi ile Yeme Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.”, **Kocaeli Medical Journal**, cilt 11, sayı 2, ss.26-34.

SCHMIDT, U., LEE, S., BEECHAM, J., PERKINS, S., TREASURE, J., YI, I., ... EISLER, I. (2007). “A Randomized Controlled Trial of Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy Guided Self-Care for Adolescents with Bulimia Nervosa and Related Disorders.”, **American Journal of Psychiatry**, cilt 164, sayı 4, ss.591-598.

- SCHWARTZ, M. W., WOODS, S. C., PORTE JR, D., SEELEY, R. J., BASKIN, D. G. (2000). "Central Nervous System Control of Food Intake.", **Nature**, cilt 404, sayı 6778, ss.661-671.
- SHAPIRO, S. L., CARLSON, L. E., ASTIN, J. A., FREEDMAN, B. (2006). "Mechanisms of Mindfulness.", **Journal of Clinical Psychology**, cilt 62, sayı 3, ss.373-386.
- SINGLETON, C., KENNY, T. E., HALLETT, D., CARTER, J. C. (2019). "Depression Partially Mediates The Association Between Binge Eating Disorder and Health-Related Quality of Life.", **Frontiers in Psychology**, cilt 10, sayı 209, ss.1-8.
- SLADE, E., KEENEY, E., MAVRANEZOULI, I., DIAS, S., FOU, L., STOCKTON, S., ..., KENDALL, T. (2018). "Treatments for Bulimia Nervosa: A Network Meta-Analysis.", **Psychological Medicine**, cilt 48, sayı 16, ss.2629-2636.
- SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., DONKER, G. A., SUSSER, E. S., OLDEHINKEL, A. J., HOEK, H. W. (2016). "Three Decades of Eating Disorders in Dutch Primary Care: Decreasing Incidence of Bulimia Nervosa but not of Anorexia Nervosa.", **Psychological Medicine**, cilt 46, sayı 6, ss.1189-1196.
- SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W. (2013). "Epidemiology, Course, and Outcome of Eating Disorders.", **Current Opinion in Psychiatry**, cilt 26, sayı 6, ss.543-548.
- SMITH, K. E., MASON, T. B., JOHNSON, J. S., LAVENDER, J. M., WONDERLICH, S. A. (2018)." A Systematic Review of Reviews of Neurocognitive Functioning in Eating Disorders: The State-of-The-Literature and Future Directions.", **International Journal of Eating Disorders**, cilt 51, sayı 8, ss.798-821.
- SOLMÍ, F., HOTOPIF, M., HATCH, S. L., TREASURE, J., MICALI, N. (2016). "Eating Disorders in A Multi-Ethnic Inner-City UK Sample: Prevalence, Comorbidity and Service Use.", **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, sayı 51, ss.369-381.

- STAITE, E., ZAREMBA, N., MACDONALD, P., ALLAN, J., TREASURE, J., ISMAIL, K., STADLER, M. (2018). “ ‘Diabulima’ through The Lens of Social Media: A Qualitative Review and Analysis of Online Blogs by People with Type 1 Diabetes Mellitus and Eating Disorders.”, **Diabetic Medicine**, cilt 35, sayı 10, ss.1329-1336.
- STICE, E., FISHER, M., LOWE, M. R. (2004). “Are Dietary Restraint Scales Valid Measures of Acute Dietary Restriction? Unobtrusive Observational Data Suggest Not.”, **Psychological Assessment**, cilt 16, sayı 1, s.51.
- STICE, E., SPOOR, S., BOHON, C., VELDHUIZEN, M. G., SMALL, D. M. (2008). “Relation of Reward from Food Intake and Anticipated Food Intake to Obesity: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study.”, **Journal of Abnormal Psychology**, cilt 117, sayı 4, s.924.
- STROEBE, W., VAN KONINGSBRUGGEN, G. M., PAPIES, E. K., AARTS, H. (2013). “Why Most Dieters Fail but Some Succeed: A Goal Conflict Model of Eating Behavior.”, **Psychological Review**, cilt 120, sayı 1, s.110.
- TANIHARA, S., IMATOH, T., MIYAZAKI, M., BABAZONO, A., MOMOSE, Y., BABA, M., ..., UNE, H. (2011). “Retrospective Longitudinal Study on The Relationship Between 8-Year Weight Change and Current Eating Speed.”, **Appetite**, cilt 57, sayı 1, ss.179-183.
- TAO, L., YANG, K., HUANG, F., LIU, X., LI, X., LUO, Y., ..., GUO, X. (2018). “Association Between Self-Reported Eating Speed and Metabolic Syndrome in A Beijing Adult Population: A Cross-Sectional Study.”, **BMC Public Health**, cilt 18, sayı 1, ss.1-9.
- TE VELDE, S. J., TWISK, J. W., BRUG, J. (2007). “Tracking of Fruit and Vegetable Consumption From Adolescence into Adulthood and Its Longitudinal Association with Overweight.”, **British Journal of Nutrition**, cilt 98, sayı 2, ss.431-438.
- TEPPER, B. J., NURSE, R. J. (1997). “Fat Perception is Related to PROP Taster Status.”, **Physiology and Behavior**, cilt 61, sayı 6, ss.949-954.
- TREASURE, J., DUARTE, T. A., SCHMIDT, U. (2020). “Eating Disorders.”, **The Lancet**, sayı 395, ss.899-911

- TREASURE, J., KAN, C., STEPHENSON, L., WARREN, E., SMITH, E., HELLER, S., ISMAIL, K. (2015). "Developing A Theoretical Maintenance Model for Disordered Eating in Type 1 Diabetes.", **Diabetic Medicine**, cilt 32, sayı 12, ss.1541-1545.
- UDO, T., GRILO, C. M. (2018). "Prevalence and Correlates of DSM-5–Defined Eating Disorders in A Nationally Representative Sample of US Adults.", **Biological Psychiatry**, cilt 84, sayı 5, ss.345-354.
- UDO, T., GRILO, C. M. (2019). "Psychiatric and Medical Correlates of DSM-5 Eating Disorders in A Nationally Representative Sample of Adults in The United States.", **International Journal of Eating Disorders**, cilt 52, sayı 1, ss.42-50.
- VAN DE WOUW, M., SCHELLEKENS, H., DINAN, T. G., CRYAN, J. F. (2017). "Microbiota-Gut-Brain Axis: Modulator of Host Metabolism and Appetite.", **The Journal of Nutrition**, cilt 147, sayı 5, ss.727-745.
- VAN DEN BOER, J. H., KRANENDONK, J., VAN DE WIEL, A., FESKENS, E. J., GEELEN, A., MARS, M. (2017). "Self-Reported Eating Rate is Associated with Weight Status in A Dutch Population: A Validation Study and A Cross-Sectional Study.", **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, cilt 14, sayı 1, ss.1-11.
- VOLKOW, N. D., WANG, G. J., BALER, R. D. (2011). "Reward, Dopamine and The Control of Food Intake: Implications for Obesity.", **Trends in Cognitive Sciences**, cilt 15, sayı 1, ss.37-46.
- WADE, T. D. (2019). "Recent Research on Bulimia Nervosa.", **Psychiatric Clinics**, cilt 42, sayı 1, ss.21-32.
- WADE, T. D., BERGIN, J. L., TIGGEMANN, M., BULIK, C. M., FAIRBURN, C. G. (2006). "Prevalence and Long-Term Course of Lifetime Eating Disorders in an Adult Australian Twin Cohort.", **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, cilt 40, sayı 2, ss.121-128.
- WADE, T. D., BULIK, C. M., PRESCOTT, C. A., KENDLER, K. S. (2004). "Sex Influences on Shared Risk Factors for Bulimia Nervosa and Other

- Psychiatric Disorders.”, **Archives of General Psychiatry**, cilt 61, sayı 3, ss.251-256.
- WADE, T. D., WILKSCH, S. M., LEE, C. (2012). “A Longitudinal Investigation of The Impact of Disordered Eating on Young Women's Quality of Life.”, **Health Psychology**, cilt 31, sayı 3, s.352.
- WANG, G. J., VOLKOW, N. D., LOGAN, J., PAPPAS, N. R., WONG, C. T., ZHU, W., ...FOWLER, J. S. (2001). “Brain Dopamine and Obesity.”, **The Lancet**, cilt 357, sayı 9253, ss.354-357.
- WANSINK, B. (2004). “Environmental Factors That Increase The Food Intake and Consumption Volume of Unknowing Consumers.”, **Annual Review of Nutrition**, sayı 24, ss.455-479.
- WANSINK, B., PAINTER, J. E., LEE, Y. K. (2006). “The Office Candy Dish: Proximity's Influence on Estimated and Actual Consumption.”, **International Journal of Obesity**, cilt 30, sayı 5, ss.871-875.
- WANSINK, B., PAINTER, J. E., NORTH, J. (2005). “Bottomless Bowls: Why Visual Cues of Portion Size May Influence Intake.”, **Obesity Research**, cilt 13, sayı 1, ss.93-100.
- WEST, C. E., GOLDSCHMIDT, A. B., MASON, S. M., NEUMARK-SZTAINER, D. (2019). “Differences in Risk Factors for Binge Eating by Socioeconomic Status in A Community-Based Sample of Adolescents: Findings from Project EAT.”, **International Journal of Eating Disorders**, cilt 52, sayı 6, ss.659-668.
- ZHENG, H., LENARD, N. R., SHIN, A. C., BERTHOUD, H. R. (2009). “Appetite Control and Energy Balance Regulation in The Modern World: Reward-Driven Brain Overrides Repletion Signals.”, **International Journal of Obesity**, cilt 33, sayı 2, ss.8-13
- ZIPFEL, S., GIEL, K. E., BULIK, C. M., HAY, P., SCHMIDT, U. (2015). “Anorexia Nervosa: Aetiology, Assessment, and Treatment.”, **The Lancet Psychiatry**, cilt 2, sayı 12, ss.1099-1111.

## **ELEKTRONİK KAYNAKLAR**

URL-1 “RAOSOFT Örnek Boyutu Hesaplayıcı”  
<http://www.raosoft.com/samplesize.html> (Erişim Tarihi: 18.03.2023)

## **DİĞER KAYNAKLAR**

TÜRKİYE BESLENME REHBERİ (TÜBER) 2022” Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2022

UK, N. G. A. (2017). “Eating Disorders: Recognition and Treatment.”

UNICEF, S. A. (2017). “First 1000 Days The Critical Window to Ensure That Children Survive and Thrive.”

WHO, J. (2018). “International Classification of Diseases, 11th revision (ICD-11).”  
Who Geneva.

WHO, J., CONSULTATION, F. E. (2003). “Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases.”, World Health Organ Tech Rep Ser, cilt 916(i-viii), ss.1-149.

WHO. (2013). “Global Action Plan For The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. World Health Organization.”

WHO. (2019). “Healthy diet (No. WHO-EM/NUT/282/E). World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.”

## EKLER

### Ek 1. Anket Formu

---

ANKET NO:

---

GENEL BİLGİLER

Ad-Soyad:

Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

Yaş: ( ) 19-25 ( ) 26-39 ( ) 40-64 ( ) 65+

Medeni Durum: ( ) Bekar ( ) Evli

Öğrenim Durumu: ( ) İlkokul mezunu ( ) Orta öğretim ( ) Yüksekokul/  
Üniversite ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora

Mesleğiniz:

Çalışma Durumunuz: ( ) Aktif çalışıyor ( ) Evden çalışıyor  
( ) Çalışmıyor ( ) Öğrenci

---

SAĞLIK BİLGİLERİ

---

Antropometrik Ölçümler

Vücut ağırlığı (kg) : Yağ ağırlığı (kg) :  
Boy uzunluğu (cm) : Kas ağırlığı (kg) :  
BKİ (kg/m<sup>2</sup>) : Su ağırlığı (litre) :

Doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

Soruya cevabınız evet ise sağlık sorununuzu/sorunlarınızı işaretleyiniz. ( ) Kalp-damar hastalıkları ( ) Karaciğer yağlanması  
( ) Diyabet (Şeker hastalığı) ( ) İnsülin direnci  
( ) Böbrek hastalıkları ( ) Hipertansiyon  
( ) Besin alerjisi ( ) Hiperlipidemi  
( ) Tiroid hastalıkları ( ) Kanser  
( ) Sindirim sistemi hastalıkları  
( ) Kas- İskelet sistemi hastalıkları ( ) Diğer.....

Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

Sigara içiyor musunuz? ( ) Evet(.....adet/gün) ( ) Hayır ( ) Bazen

Alkol tüketiyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Evet ise hangi egzersizi ne sıklıkla günde kaç dakika yapıyorsunuz? Egzersizin türü: .....  
Egzersizin sıklığı: .....  
Egzersizin süresi: .....

---

---

**BESLENME DURUMU BİLGİLERİ**

---

- Diyetisyene başvurma nedeniniz nedir? ( ) Kilo verme ( ) Kilo Alma  
( ) Kilo Koruma ( ) Diğer: .....
- Daha önce diyet yaptınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
- Günde kaç öğün yemek yersiniz? Ana öğün:..... Ara öğün:.....
- Öğün atlıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bazen
- Cevabınız evetse genellikle hangi öğünü atlarsınız? ( ) Kahvaltı ( ) Öğle yemeği  
( ) Akşam yemeği ( ) Ara öğün  
( ) Kilo alacağımı düşünüyorum.
- Eğer öğün atlıyorsanız neden/nedenleriniz nelerdir? ( ) Zamanım yok.  
( ) Acıkıyorum. ( ) Hazır yemek yok.  
( ) Alışkanlığım yok ( ) Diğer
- Günde kaç litre su tüketiyorsunuz? ..... litre ( ) Yeterli ( ) Yetersiz
- Çay/kahve tüketiyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
- Cevabınız evet ise kaç fincan ..... fincan çay  
çay/kahve tüketirsiniz? ..... fincan kahve
- Çay/kahve içerken şeker ilave eder misiniz? ( ) Evet ( ) Hayır
- Eğer cevabınız evetse ne kadar şeker ilave edersiniz?
- Düzenli olarak vitamin ya da mineral desteği alıyor musunuz? ( ) Evetse belirtiniz:.....( ) Hayır
- Öğün aralarında besin tüketiyorsanız daha çok hangi besinleri tercih edersiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) ( ) Süt ve süt ürünleri ( ) Asitli ve rafine şekerli içecekler  
( ) Kalorisi düşük (light) paketli gıdalar ( ) Meyve suları  
( ) Çikolata, gofret, cips gibi paketli gıdalar ( ) Çay, kahve  
( ) Kuruyemişler kurabiye,kraker
- Beslenme şeklinizi nasıl değerlendirirsiniz? ( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Zayıf
- Öğün saatleriniz düzenli midir? ( ) Evet ( ) Hayır
- Yemeklerinizi genellikle nerede yersiniz? ( ) Evde ( ) Yemekhanede ( ) Dışarıda ( ) Diğer: .....
- Yemeklerinizi genellikle kimlerle beraber yersiniz? ( ) Tek başıma ( ) Ailemle ( ) Arkadaşlarımla ( ) Diğer: .....
- Genellikle en çok hangi tür yağı kullanırsınız? ( ) Zeytinyağı ( ) Ayçiçek yağı  
( ) Tereyağı ( ) Margarin ( ) Diğer:.....
-

---

Genellikle hangi pişirme tekniğiyle

hazırlanmış yiyecekleri tüketiyorsunuz?

( ) Fırınlama ( ) Izgara ( ) Haşlama ( ) Kızartma

Yediğiniz yemeklerin tuz oranını nasıl tercih edersiniz?

( ) Tuzsuz ( ) Az tuzlu ( ) Normal ( ) Fazla Tuzlu

Yemeklerinize ek olarak tuz ilave etme alışkanlığınız var mı?

( ) Evet ( ) Hayır

Bir ana öğünü ne kadar sürede tüketiyorsunuz?

Bir ana öğünü tüketme hızınız size göre nasıl?

( ) Hızlı ( ) Normal ( ) Yavaş

Kalorisi düşük (light) ürünler tüketir misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

Yiyeceğiniz bir besini seçerken dikkat ettiğiniz parametreler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

( ) Kolay hazırlanabilmesi  
( ) Pişirme yöntemi  
( ) Ekonomik olması  
( ) Lezzetli olması  
( ) Katkı maddesi içermemesi

( ) Az yağlı olması  
( ) Şeker içermemesi  
( ) Kalorisinin düşük olması  
( ) Diğer:

Sağlıklı beslenme hakkında bilgi kaynaklarınız nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

( ) Sağlık personeli  
( ) Sosyal medya, internet, televizyon  
( ) Yazılı basın (gazete, dergi)

( ) Kitaplar, broşürler  
( ) Arkadaş, yakın çevre  
( ) Diğer:.....

Yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evetse ne sıklıkla yeterli ve dengeli beslendiğinizi düşünüyorsunuz?

( ) Her zaman ( ) Genellikle ( ) Nadiren

Duygu durumunuzdaki değişikliğin beslenmenizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evetse duygu durum değişikliğinizin beslenmenize ne sıklıkla etki ettiğini düşünüyorsunuz?

( ) Her zaman ( ) Genellikle ( ) Nadiren

Duygu durumunuza göre iştah değişikliğinizi tanımlar mısınız?

Mutluyken;  
( ) İştahım artar ( ) İştahım azalır ( )İştahım etkilenmez  
Üzgünken;  
( ) İştahım artar ( ) İştahım azalır ( )İştahım etkilenmez  
Kaygılıyken;  
( ) İştahım artar ( ) İştahım azalır ( )İştahım etkilenmez  
Korku içindeyken;  
( ) İştahım artar ( ) İştahım azalır ( )İştahım etkilenmez  
Öfkeliyken;  
( ) İştahım artar ( ) İştahım azalır ( )İştahım etkilenmez  
Stresliyken;  
( ) İştahım artar ( ) İştahım azalır ( )İştahım etkilenmez

Besin seçerken başkalarından ya da kitle iletişim araçlarından etkilenir misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

Cevabınız evetse hangi kitle iletişim araçlarından etkilenirsiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

Uyku saatleriniz düzenli midir? Günde kaç saat uyursunuz?

## YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1: hiç	2: nadiren	3: bazen	4: sık sık	5: her zaman
--------	------------	----------	------------	--------------

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnmeden yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doduğumu 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.	Birden bire 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.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca 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.					

## YEME TUTUM TESTİ (YTT40)

Her soru için uygun gördüğünüz seçeneği kutunun içine yazınız.

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1: daima	2: çok sık	3: sık sık	4: bazen	5: nadiren	6: hiçbir zaman
----------	------------	------------	----------	------------	-----------------

		1	2	3	4	5	6
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 yememeye çalışırım.						
6.	Aklım fikrim yemektir.						
7.	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
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 düşünürüm.						
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.						

## Ek- 2. Etik Kurul Onayı



T.C.  
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

Sayı : B.30.2.AYD.0.00.00-050.06.04/09  
Konu : Karar hk.

23.01.2023

Sayın, Doç. Dr. Gülay BAYSAL

İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun **23.01.2023** tarihinde yapılan olağan toplantısında danışmanlığını yürüttüğünüz "Dilara Yüksel" isimli öğrencinize ait "**Düzenli Beslenme Danışmanlığı Alan Bireylerin Yeme Davranışlarının ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi**" konulu yüksek lisans tez çalışmanız ile ilgili alınan **2023/09** no'lu karar gereği; başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenerek etik yönden oy birliğiyle uygun bulunmuş olup tutanaklar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

## Ek-3 Kurum İzni

### İLGİLİ MAKAMA

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Düzenli Beslenme Danışmanlığı Alan Bireylerin Yeme Davranışlarının ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi” isimli çalışma İstanbul Aydın Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.  
Bu araştırmanın Fakültemizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

22.12.22

İmza  
Dilara Yüksel  
Sorumlu Yürütücü  
Beslenme ve Diyet Anabilim Dalı

UYGUNDUR  
22.12.22

Adı, Soyadı  
Dekan/ Kurum Yetkilisi

Dilara YÜKSEL

#### **Ek-4. Gönüllü Onam Formu**

**T.C.**

**İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
BESLENME ve DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI TEZ  
ÇALIŞMASI İÇİN HAZIRLANAN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM  
FORMU**

#### **Sayın Katılımcı;**

Bu çalışma, İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Dyt. Dilara YÜKSEL tarafından Doç. Dr. Gülay BAYSAL danışmanlığında, “Düzenli Beslenme Danışmanlığı Alan Bireylerin Yeme Davranışlarının ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi” adlı araştırma ile beslenme ve diyet danışmanlık merkezine başvuran bireylerin; düzenli olarak özel beslenme danışmanlık ofisine başvuran yetişkin bireylerin danışmanlık sonrası yeme farkındalığı ve yeme tutumlarının saptanması amacı ile yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir. Araştırmaya tahmini olarak 400 kişinin gönüllü olarak katılması beklenmektedir. Sizden de, yaklaşık olarak 10 dakika sürecek olan anketimize katılmanızı rica ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayandırılmış olup, katılımcı istediği zaman herhangi bir ceza ve yaptırıma maruz kalmaksızın araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmayınız. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma kapsamında kullanılacaktır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırmacı Dyt. Dilara YÜKSEL

**Yukarıda yazılanları OKUDUM ve ANLADIM. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.**

#### **Katılımcı**

Ad-Soyad:

İmza:

Tarih:

#### **Araştırmacı**

Ad-Soyad: Dilara YÜKSEL

İmza:

Tarih:

## ÖZGEÇMİŞ

**Ad Soyad:** Dilara ÇAKIR

### ÖĞRENİM DURUMU:

**Lisans:** 2020, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik.

### MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

#### TEZDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

Gulesce, S. A., Ersoy, B., Yuksel, D., Baysal, G. (2023). Investigation of the Effect of Eating Attitude on Depression and Behaviors in the in Adolescents and Young Individuals. *J Biomed Res Environ Sci*, 2023 June 15; 4(6),: 1039-1042. doi: 10.37871/jbres1765, Article ID: JBRES1765.

Şener, D., Yüksel, D., Keskin, C. N., Albayrak, G., Biberoglu, F. M. (2019). Obezite ve Mikrobiyota İlişkisi. *In 2nd International Eurasian Conference on Biological and Chemical Sciences*. Publisher: e-book. Ankara.

Yüksel, D (2023). Futbolda Yaralanmalar ve Beslenme. *1 st Bilisel International World Science And Research Congress 24/25 June 2023 Istanbul/Turkey*, s. 861.

Yüksel, D., Öney, B. (2021). Doğum Yönteminin Çocukluk Çağı Obezitesine Etkisi. *International Symposium of Scientific Research and Innovative Studies*, 22-25 February 2021. Publisher: e book, ss.529-530.