



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**YETİŞKİN BİREYLERDE SEZGİSEL YEME
VE YEME FARKINDALIĞININ
BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİ**

NİLÜFER ÖZKAN

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

TEMMUZ 2018



**YETİŞKİN BİREYLERDE SEZGİSEL YEME VE YEME
FARKINDALIĞININ BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİ**

Nilüfer ÖZKAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2018

Nilüfer ÖZKAN tarafından hazırlanan “Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu İle İlişkisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından

OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Saniye BİLİCİ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan: Doç. Dr. Derya DİKMEN

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye: Doç. Dr. Yasemin AKDEVELİOĞLU

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 26/07/2018

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Nilüfer ÖZKAN

26/07/2018

YETİŞKİN BİREYLERDE SEZGİSEL YEME VE YEME FARKINDALIĞININ
BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Nilüfer ÖZKAN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2018

ÖZET

Bu çalışma, Ankara il merkezinde yaşayan 19-45 yaş arası gönüllü yetişkin bireylerde sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Bu çalışma toplam 250 (68'i erkek, 182'si kadın) birey üzerinde yürütülmüştür. Çalışma verileri bireylerin demografik bilgilerine, sağlık bilgilerine ve beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular ile sezgisel yeme ölçeği (İES-2), yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30) ve yeme tutum testinin (EAT-26) yer aldığı bir form aracılığı ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Çalışmada bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve bel çevresi ölçümleri tekniğine uygun olarak ve yetişkinlerin beslenme durumlarını saptamak için geriye dönük hatırlatma yöntemi ile 24 saatlik besin tüketim kaydı bizzat araştırmacı tarafından alınmıştır. Çalışma sonucunda bireylerin çoğunluğu (E: %51,5; K: %75,8) BKİ sınıflamasına göre normal aralıkta bulunmuştur. Erkeklerin İES-2 puan ortalaması (3,5±0,34) kadınların puan ortalamasından (3,3±0,30) yüksek bulunmuştur (p<0,05). Erkeklerin ve kadınların YFÖ-30 puan ortalamaları sırasıyla 104,4±12,02 ve 103±11,06'dır(p>0,05). Bireylerin İES-2 puanı ile BKİ arasında negatif yönlü bir ilişki (p>0,05); YFÖ-30 puanı ile BKİ arasında ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,159;p=0,012). Bu çalışmada erkeklerin %69,1'i, kadınların %47,7'sinin sezgisel yiyen olduğu; erkeklerin %19,1'i, kadınların %25,3'ünde yeme bozukluğu riski olduğu saptanmıştır. Bireylerin İES-2 puanı ile YFÖ-30 puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). EAT-26 ile İES-2 ve YFÖ-30 puanları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (p>0,05). Sezgisel yiyen erkeklerin günlük alınan enerjinin proteinden gelen yüzdesi ve magnezyum(mg) alımı sezgisel yemeyen erkeklerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0,05). Sezgisel yiyen kadınların günlük alınan enerjinin proteinden gelen yüzdesi sezgisel yemeyen kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek; kalsiyum(mg) alımının ise anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (p<0,05). Çalışma sonucunda bireylerin sezgisel yeme durumu arttıkça yeme farkındalığının da arttığı ve sezgisel yeme ve yeme farkındalığının yeme bozukluğu ile negatif yönlü ilişkide olduğu saptanmıştır. Sezgisel yeme ve yeme farkındalığı yaklaşımlarının bir arada kullanılarak yeni yeme davranışı stratejilerinin geliştirilmesi ve bu konuda daha kapsamlı geniş popülasyon çalışmalarının yapılması gerekliliği düşünülmektedir.

Bilim Kodu : 1007
Anahtar Kelimeler : Sezgisel yeme, yeme farkındalığı, yeme bozuklukları, yeme davranışı
Sayfa Adedi : 109
Danışman : Doç. Dr. Saniye BİLİCİ

RELATION BETWEEN INTUITIVE EATING, MINDFUL EATING AND NUTRITIONAL STATUS IN ADULTS

(M. Sc. Thesis)

Nilüfer ÖZKAN

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

July 2018

ABSTRACT

This study was planned and conducted to evaluate the relationship between intuitive eating and mindful eating and nutritional status in volunteer adults aged between 19-45 living in Ankara city center. This study was conducted on a total of 250 individuals (68 male, 182 female). The study data was conducted by the researcher through a questionnaire containing questions about demographic information, health information and nutrition habits of the individuals, intuitive eating scale (IES-2), mindful eating scale (YFO-30) and eating attitude test (EAT-26) with face-to-face interview method. In the study body weight, height and waist circumference measurements of individuals were taken with the technique and in order to determine the nutritional status of the adults, a 24-hour recall intake record was taken himself in accordance by investigator. In the result of the study the majority of individuals (M: 51,5%, F: 75,8%) were in the normal range according to BMI classification. The mean IES-2 score of males ($3,5 \pm 0,34$) was higher than the mean score of females ($3,3 \pm 0,30$) ($p < 0,05$). The mean YFO-30 scores of males and females were $104,4 \pm 12,02$ and $103 \pm 11,06$, respectively ($p > 0,05$). There was a negative correlation between IES-2 score and BMI in the individuals ($p > 0,05$); there was a significant negative correlation between YFO-30 score and BMI ($r = -0,159$, $p = 0,012$). In this study, 69,1% of males and 47,7% of females intuitive eaters; 19,1% of men and 25,3% of women have a risk of eating disorder. There was a positive correlation between IES-2 score and YFO-30 score of the individuals ($p < 0,05$). There was a negative correlation between EAT-26 and IES-2 and YFO-30 scores ($p > 0,05$). Daily mean protein percent from the energy and magnesium (mg) intake of intuitive eaten men were found significantly lower than intuitive eaten men ($p < 0,05$). Daily mean protein percent from the energy intake of intuitive eaten women were found significantly higher than the intuitive eaten women; calcium (mg) intake of intuitive eaten women were found to be significantly lower than the intuitive eaten women ($p < 0,05$). As a result of the study, it was found that as the intuitive eating situation of the individuals increases, the mindful eating increases and the intuitive eating and mindful eating is negatively related to the eating disorder. Intuitive eating and mindful eating approaches should be used together to develop new eating behavior strategies and to make more extensive population studies in this regard.

Science Code : 1007

Key Words : Intuitive eating, mindful eating, eating disorders, eating behavior

Page Number : 109

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Saniye BİLİCİ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde bana yol gösteren, değerli vaktini esirgemeyen ve her daim desteğini hissettiğim danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Saniye BİLİCİ'ye,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde bulunan desteğini ve güler yüzünü benden esirgemeyen bütün değerli hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Tez çalışmam esnasında manevi desteğini ve yardımlarını benden esirgemeyen sevgili ev arkadaşım can dostum Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kıymetli diyetisyeni Şeymanur TINKILIÇ'a

Bugüne kadar hayır dualarını benden eksik etmeyen, zor zamanlarımda yanımda olmaya çalışan babam İlimdar ÖZKAN'a, annem Gökçe ÖZKAN'a ve tüm aileme,

En içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

Nilüfer ÖZKAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yeme Davranışı	5
2.2. Sezgisel Yeme.....	7
2.3. Yeme Farkındalığı	9
2.4. Yeme Bozuklukları	10
2.4.1. DSM V’te tanımlanmış yeme bozuklukları	12
2.4.2. DSM V’te tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları	22
2.5. Yeme Bozukluklarında Diyetisyenlerin Görev ve Sorumlulukları.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	29
3.2. Araştırma Genel Planı.....	29
3.3. Verilerin Toplanması	29
3.3.1. Bireylerin demografik özellikleri ve sağlık bilgileri.....	30
3.3.2. Beslenme alışkanlıkları.....	30
3.3.3. Antropometrik ölçümler	30
3.3.4. Sezgisel yeme ölçeği (İES-2).....	31

	Sayfa
3.3.5. Yeme farkındalığı ölçeği(YFÖ-30)	32
3.3.6. Yeme tutum envanteri/testi (EAT-26)	33
3.3.7. Besin tüketim durumunun değerlendirilmesi.....	34
3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	34
3.5. Araştırma Sınırlılıkları	35
4. BULGULAR	37
4.1. Bireylerin Demografik Özelliklerinin ve Sağlık Bilgilerinin Değerlendirilmesi.....	37
4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	40
4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	41
4.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Farkındalığı ve Yeme Bozukluğu Riski Durumlarının Değerlendirilmesi	43
4.5. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi.....	52
5. TARTIŞMA	61
5.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Bilgilerinin Değerlendirilmesi ...	61
5.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	63
5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	64
5.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Farkındalığı, BKİ ve Yeme Bozukluğu Riski Durumlarının Değerlendirilmesi.....	65
5.5. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
KAYNAKLAR	83
EKLER.....	99
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	100
EK-2. Etik Komisyon Onayı.....	102
EK-3. Anket Formu	104
ÖZGEÇMİŞ	109

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Anoreksiya nervozanın etiyolojisi.....	16
Çizelge 2.2. ICD-10 ve DSM V'e göre AN tanı kriterleri	17
Çizelge 2.3. Bulimiya nervozanın şiddetinin sınıflandırması	19
Çizelge 2.4. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun şiddetinin sınıflandırması	20
Çizelge 2.5. Yeme bozukluğu olan bireyler için diyetisyenlerin görev ve sorumlulukları	26
Çizelge 4.1. Bireylere ait demografik özelliklerin dağılımı	37
Çizelge 4.2. Bireylere ait yaş aralıklarının ortalama($\bar{x}$), standart sapma (SS) değerleri.....	38
Çizelge 4.3. Bireylerin cinsiyete göre sigara içme ve alkol tüketim durumlarının dağılımı.....	38
Çizelge 4.4. Bireylerin cinsiyete göre sigara içme ve alkol tüketim miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri	39
Çizelge 4.5. Bireylerin cinsiyete göre diyet yapma durumu, uygulanan diyet adı ve kilo verme isteklerinin nedenlerinin dağılımı	40
Çizelge 4.6. Bireylerin cinsiyete göre ana ve ara öğün sayısı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri.....	40
Çizelge 4.7. Bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı.....	41
Çizelge 4.8. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri.....	42
Çizelge 4.9. Bireylerin cinsiyete göre BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin antropometrik indekslere göre dağılımı	42
Çizelge 4.10. Bireylerin cinsiyete göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı ile EAT-26 puanı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min), en üst sınır (Max) değerleri ve ölçeklerin iç tutarlık katsayıları...	44
Çizelge 4.11. Cinsiyete göre bireylerin sezgisel besin tüketim durumu ile yeme bozukluğu riski bulunma durumunun dağılımı	46

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.12. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı puanları ile EAT-26 puanı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min), en üst sınır (Max) değerleri.....	48
Çizelge 4.13. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre sezgisel yeme durumu ve yeme davranışı bozukluğu riskinin dağılımı.....	49
Çizelge 4.14. Bireylerin yeme bozukluğu riskine göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı toplam puanı ve alt boyutları puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri.....	50
Çizelge 4.15. Bireylerin vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ değerleri ile İES-2, YFÖ-30 EAT -26 puanları arasındaki ilişki.....	51
Çizelge 4.16. Bireylerin sezgisel yeme, yeme farkındalığı ve EAT-26 arasındaki ilişki.....	52
Çizelge 4.17. Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) , en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri.....	53
Çizelge 4.18. Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri.....	54
Çizelge 4.19. Bireylerin cinsiyete göre günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının DRI'ya göre karşılama yüzdesi (%).....	56
Çizelge 4.20. Bireylerin cinsiyete ve sezgisel yeme durumuna göre günlük alınan enerji ve mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri	59

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Bulimik davranışları tetikleyen faktörler.....	18



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
$\bar{X}$	Ortalama
%	Yüzde
cm	Santimetre
F	Anova test istatistik değeri
g	Gram
kg	Kilogram
kkal	Kilokalori
M	Medyan
m ²	Metrekare
Max	En üst sınır değer, Maksimum
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
Min	En alt sınır değer, Minimum
n	Katılımcı sayısı
p	Anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
SS	Standart sapma
t	Independent samples T testi
Z	Mann-Whitney U testi
χ^2	Kikare

Kısaltmalar	Açıklamalar
AND	Beslenme ve Diyetetik Akademisi
AN	Anoreksiya Nervoza

Kısaltmalar**Açıklamalar**

ARFID	Kaçıngan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BN	Bulimiya Nervosa
ÇDYA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
DRI	Diyetle Referans Alım Düzeyi
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAT-26	Yeme Tutum Testi (Envanteri)-26
EAT-40	Yeme Tutum Testi-40
GNRH	Gonadotropin Salıverici Hormonun
ICD-10	Hastalık ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırılması-10
İE	Sezgisel Yeme
İES-2	Sezgisel Yeme Ölçeği- 2
NEDA	Ulusal Yeme Bozukluğu Derneği,
ON	Ortoreksiya Nervosa
RDA	Tavsiye Edilen Diyet Alımı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
YFÖ-30	Yeme Farkındalığı Ölçeği-30
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TDYA	Tekli Doymamış Yağ Asidi
TOAD	Türkiye Obezite Araştırma Derneği
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP-II	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması-II

1. GİRİŞ

Bireylerin yeme tutum ve davranışları üzerinde genetik, hormonlar, çevre, sosyo-demografik özellikler, geçmiş deneyimler, kültürel ve dini inanışlar, medya, içinde bulunulan duygusal durum, beden algısı, şişmanlık durumu, iştah vb. birçok faktör etkili olmaktadır [1]. Yeme davranışı; çevresel, sosyal ve içsel etkileri olan anlaşılması güç bir süreçler bütünüdür. Yeme davranışı psikolojik açıdan incelendiğinde bireylerin günlük hayatta çeşitli olaylar sonucu sıkça maruz kaldığı stres, öfke, can sıkıntısı, heyecan, mutluluk ve sevinç gibi duygularla yakından ilişkili olduğu görülmektedir [2]. İnsanların duygu durumları ile yeme davranışları ve besin tüketimi arasında önemli bir ilişkinin varlığı bildirilmektedir [3]. Duyguların; yemek yeme işlevi, besin seçimi, besinin tüketim miktarı üzerinde etkili ve önemli bir faktör olduğu ifade edilmektedir [4]. Duygusal durumlar özellikle beslenme şekli ve besin alımını etkileyebilmektedir. Duygusal durumların yaşandığı zamanlarda bireylerin yüksek kalorili ve yağlı besinlere eğiliminin arttığı, enerjisi yoğun besinlerin seçiminde artış olduğu bildirilmektedir [5]. Bu yoğun ilişki sonucunda duygusal yeme olarak ifade edilen bir yeme davranışı ortaya çıkmaktadır [3].

Duygusal yeme davranışı; açlık hissedildiği veya öğün zamanı geldiği için ya da sosyal gereklilik nedeniyle değil sadece duygu durumuna cevap olarak sergilendiği kabul edilen yeme davranışdır[4]. Duygusal yeme kavramı kaygı, hayal kırıklığı, üzüntü, öfke ve stres ile başa çıkmak için bireylerin başvurduğu yemek yeme eylemidir ve sıklıkla kişilerin besin alım miktarını kontrol edememe durumu ile ilgilidir[6]. Duygusal süreçlerin yeme davranışındaki önemine rağmen, duyguların yeme davranışını nasıl etkilediğini tahmin etmek oldukça güçtür. Bireylerin duygu durumlarının yeme alışkanlıklarını etkilemede 5 farklı duygu değişiminden bahsedilmektedir. Bunlar; (1) besin seçiminde duygusal kontrol, (2) besin alımında duygusal baskı, (3) bilişsel yeme kontrolleri, (4) duyguları düzenlemek için yeme ve (5) yemeğin duyguyla uyumlu modülasyonudur. Yemeğin duygulanmaya bağlı değişiklikleri; duyguların bir sonucu, duyguların bir yan ürünü ve düzenleyici süreçlerin bir sonucu olabileceği düşünülmektedir [7].

Duygusal ve bilişsel unsurlar da dahil olmak üzere bireyin psikolojik özellikleri yeme alışkanlıklarını ve ağırlık kontrolünü yalnızca fazla kilolu ve obez olan kişilerde değil aynı zamanda normal ağırlıklı bireylerde de etkileyebilmektedir. Örneğin, olumsuz duygulara

yanıt olarak potansiyel ağırlık artışına neden olabilecek bazı bireyler aşırı yeme eğilimi gösterebilmektedir [8]. Diğer bir açıdan bilişsel kısıtlamalar da yeme davranışını ve vücut ağırlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [9]. Bununla birlikte iyi halde olma ile uyumlu yeme davranışları hakkında çok az şey bilinmesine rağmen bu davranışların sağlıklı beslenme alışkanlıklarının veya yeme davranışı bozukluklarının gözlenmediği durumlarda olduğu ifade edilmektedir [10]. Aşırı besin alımı, aşırı yemek yeme ya da kognitif kısıtlamalara maruz kalmayan bazı bireyler açlık ve doyma sinyallerine uymayabilmekte ve yanlış yeme alışkanlıkları gösterebilmektedirler [11]. Bu durumun özellikle günlük yaşantıda karşılaşılan stresle başa çıkılamadığında ve uzun süre diyet uygulayanlarda besin arama davranışı olarak ortaya çıktığı bilinmektedir [12-13].

Birçok faktörden etkilenen yeme davranışlarında meydana gelen bozulmalar çok çeşitli hastalıklara neden olabilmektedir[2]. Duygusal yeme davranışının ise başta vücut ağırlığı ile ilgili problemler olmak üzere, yeme bozuklukları ve depresyon gibi fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarıyla ilişkisi olduğu belirtilmektedir [14,15]. Ağırlık kaybetme isteği ile diyet yapma veya enerji kısıtlaması sıklıkla kendini yoksun bırakma döngüsüyle sonuçlanmakta ve ardından anoreksiya, iştahsızlık, bulimiya ve kötüye giden beden imajı gibi sağlık sorunları peşi sıra gözlenmektedir [16-18]. Yeme bozuklukları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmakta ve son zamanlarda özellikle gençlerde sıklığı ve yaygınlığı giderek artmaktadır. Yeme bozukluğunun önlenmesine yönelik halk sağlığı yaklaşımlarının genel hedefi sağlıklı, uyarlanabilir ve sürdürülebilir yeme davranışlarını teşvik etmektir [19-22].

Bireylerin duygu durumlarının farkına varması ve de bu duygu durumları ile başa çıkabilmesi için yeme farkındalığının artırılması gerekmektedir [20]. Yeme davranışına verilen dikkatin artırılması, tüketilen besinin içselleştirilmesi, besin tüketimi sırasında düşünce ve duygulara olan hassasiyetin azaltılması ile daha sağlıklı besin seçimleri yapılabilmektedir ki bu durumda son yıllarda üzerinde durulan sezgisel yeme ve yeme farkındalığı kavramları ortaya çıkmaktadır [22-23].

Sezgisel yeme, fizyolojik açlık ve doyma ipuçlarına yanıt olarak yemeyi vurgulayan uyumlu bir diyet davranışdır [24]. Sezgisel yemenin temel ilkesi “vücut bilgeliği” kazanmaktır. Böylece bireyin fizyolojik olarak açlığını doyurması, yeterli miktarda besin alımını sağladıktan sonra aşırı doygunluk oluşmadan yemeyi bırakabilmesidir. Sezgisel

yemek yemede temel yaklaşım; bireyin herhangi bir kronik hastalığı bulunmadıkça içgüdüsel olarak beslenme dengesini sağlayacak şekilde seçimlerini yaptığı ve bu nedenle besin tüketim çeşitliliği ile ilgili herhangi bir kısıtlama olmadığı yönündedir [14, 25, 26].

Yeme farkındalığı ise ne yenildiğinden çok nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden ve besin seçimlerini yargılamadan o anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme olarak tanımlanmaktadır [27-28]. Bu farkındalık genellikle yeme hızını yavaşlatabilmektedir. Yeme farkındalığı besin aşermelerini azaltmakta ağırlık kontrolünü sağlamaya yardımcı olarak ağırlık kontrolünde etkin rol oynamaktadır [29].

Bu çalışma 19-45 yaş arası yetişkin bireylerde sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Davranışı

Yemek yeme sadece fizyolojik ihtiyaçtan kaynaklı ya da alışkanlık haline getirilen bir dürtü değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik etkileri de olan bir davranış olarak değerlendirilmelidir[30]. Yeme davranışı bebeklik çağından okul çağına hızla gelişmekte ve değişmektedir. İnsanlarda beslenme davranışının gelişimi; sinirsel ödül sistemleri, çocuk motor sistemi, duyu ve sosyo-duygusal yetenek gibi homeostatik mekanizmalar arasındaki karmaşık etkileşime dayanmaktadır [31]. Fizyolojik sinyaller, beslenmeyi indükleyebilmekte veya bastırabilmektedir. Yeme faaliyetini düzenleyen nörofizyoloji; hipotalamus ve beyin sapı, gastrointestinal sistem, pankreas ve yağ dokusundaki nöroendokrin geribildirim döngülerini içermektedir. Enerji açığı dönemlerinde, mideden salınan ghrelin, hipotalamusta arkuat çekirdekten salınan oreksijenik bir nöropeptit olan agouti ilişkili peptid, nöropeptit Y ve oreksini uyarak iştahı arttırmaktadır [32]. Özellikle sağ orbitofrontal korteksin harekete geçirilmesi ile besin alımı uyarılarına maruz kalındığında "besin arzusu" ve "açlık" olarak görülebilecek yiyecek tedarik etme motivasyonuna neden olabilmektedir [33]. Besin alımından sonra pankreas insülini, bağırsak peptid YY ve adipositlerden salınan leptin; iştahı uyaran peptid ve oreksin salınımını azaltmaktadır [34, 35]. Enerji fazlalığı karşısında kolesistokinin ve leptin, pro-opiomelanokortin ve kokain-amfetaminin iştahı inhibe etmek için arkuat çekirdeğin transkript nöronlarının salgısını etkiler [36,37]. Leptin seviyeleri düşük olduğunda yemek yeme isteğini artırır ve leptin seviyeleri yüksek olduğunda açlığı azaltır [35].

Yeme davranışları dışsal yeme, kısıtlayıcı yeme, aşırı yeme ve duygusal yeme olarak ifade edilmektedir. Dışsal yeme; yiyeceğin görüntüsü ve kokusu gibi uyarılara cevap olarak yemek yeme davranışıdır [38]. Bu yeme davranışı, enerji ihtiyacından bağımsız olarak özellikle mevcut yiyeceklerin ve çevrenin özelliklerinden de etkilenmektedir [39]. Besinlerin sunumuyla sinir hücrelerinde belirgin aktivite artışı insan beyninin besin uyarılarına duyarlılığının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır [33,40]. Dışsal yeme duygusal yeme gibi duygulara cevaben yemek yeme değil sadece kokusu, görüntüsü gibi etkenler ile bireye cazip gelen yiyeceklerin bulunması durumunda aşırı besin tüketimi ile sonuçlanabilecek bir yeme davranışıdır [41].

Kısıtlayıcı yeme davranışı; bilinçli olarak vücut ağırlığını kontrol etmek veya ağırlık kaybetmek amacıyla enerji alımını sınırlamaya yönelik yeme davranışıdır [38]. Bu yeme davranışında normal vücut ağırlığına sahip bireyler var olan ağırlığı korumaya çalışırken şişman bireylerde zayıflamaya yönelik aşırı enerji kısıtlamaları görülmektedir. Bazı bireylerin ise kısıtlayıcı yeme davranışını yaşam tarzı haline getirerek vücut ağırlıklarında gözlenen her ani ve ufak değişimleri yönetmek için kısıtlamalara başvurduğu bildirilmektedir [42].

Aşırı yeme davranışı; kısa bir süre zarfında yiyebileceğinden daha fazla miktarda besin tüketme ataklarının görüldüğü ve bu ataklar esnasında yeme kontrolünün kaybedilmesi ile ortaya çıkan bir yeme davranışıdır [43]. Aşırı yeme atağından önce bireylerde depresyon, yoğun gerginlik, üzüntü ve endişe gibi duyguların etkileşimlerinin görülebildiği ifade edilmektedir [44].

Duygusal yeme davranışı; bireyin sadece duygu durumuna cevap olarak sergilendiği kabul edilen yeme davranışıdır[4]. Duygusal yeme kavramı kaygı, hayal kırıklığı, üzüntü, öfke ve stres ile başa çıkmak için bireylerin başvurduğu yemek yeme eylemidir ve bu durum sıklıkla kişilerin besin alım miktarını kontrol edememesi ile sonuçlanmaktadır[6]. Çevresel, psikolojik ve fizyolojik bir çok faktörden etkilenen yeme davranışı yaşanan duygu ve duruma göre seçilen besinlerin çeşitleri, miktarları, enerji alımı, nerede ve ne zaman yemek yeme işlevini başlatma, sürdürme ve durdurma kararı üzerinde etkiye sahiptir[45]. Yeme davranışı ve duygu durumu arasındaki ilişki bireyin özelliklerine ve belirli duygusal duruma göre değişmektedir. Yeme davranışı insanların günlük hayatta çeşitli olaylar sonucu sıkça maruz kaldığı stres, gerginlik, can sıkıntısı, mutluluk, sevinç, heyecan gibi duyguların yeme tutum ve davranışlarını yakından etkileyebildiği belirtilmektedir [2]. Duygularla yeme davranışları arasındaki ilişki üzerine kuramlar, genellikle obezite ile ilgili araştırma sonuçlarına dayanmaktadır. Aşırı yeme, obezite hastalarında en sık bildirilen düzensiz yeme davranışlarından biridir. Ancak aşırı yemenin tespiti karmaşık olabilmekte bu nedenle sıklıkla yeme sırasında oluşan kontrol kaybı değerlendirmeye alınmaktadır [46,47].

Psikosomatik obezite teorisi, yemek yemenin kaygıyı azaltabileceğini ve obezlerin yeme eylemini kaygı durumunu azaltmak için kullandıklarını ortaya koymaktadır. Obezite iç/dış teorisi, fazla kilolu /şişman bireylerin hatalı öğrenme nedeniyle açlık veya doyunluğun

fizyolojik ipuçlarını tanımadığını ifade etmektedir. Böylece obez insanlar fizyolojik durumlarından bağımsız olarak yemek isterken, normal vücut ağırlığına sahip bireylerin stres altında yeme tutumlarını değiştirecekleri (ya arttıracak ya da azaltacaklarını) öngörülmektedir [2]. Stresle ilgili yeme, obezite salgınında potansiyel bir faktör olabilmektedir. Aşırı kilolu bireylerin hayatında stresin yeme davranışıyla ve besin alımıyla nasıl ilişkili olduğu konusunda çok az şey bilinmekle beraber yüksek algılanan stres, ağırlık yönetimindeki zorluklara katkıda bulunabilecek yeme davranışı özellikleri ile ilişkilendirilmektedir [48,49]. Genç yetişkin bireylerde negatif ruh halini kontrol altına almak için yiyecek tüketimine yönelme bireyleri potansiyel bir obezite adayı haline getirmektedir. Sağlıklı beslenme ve vücut ağırlığı kontrolü için müdahalelerde duygusal ve bağımlılık benzeri yeme davranışlarını değerlendirmenin gerekliliği vurgulanmaktadır [50].

2.2. Sezgisel Yeme

Ulusal sağlık politikalarının ana hedefi sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Sağlıklı bir hayat için sadece sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi yeterli değildir. Bireylerin de kendi sağlığının bilincinde olarak, sağlık hizmetlerini talep etmesi ve olumlu yönde davranış değişikliği göstermesi gerekmektedir. Çağımızın en büyük sağlık problemlerinden biri olan obeziteden korunmada da özellikle bireylere önemli sorumluluklar düşmektedir [51]. Obezite tedavisi bireyin kararlılığı ve etkin olarak katılımını gerektiren, tedavisi zorunlu, uzun ve süreklilik arz eden bir süreçtir. Obezitenin etiyolojisinde pek çok faktörün etkili olması, bu hastalığın önlenmesini ve tedavisini son derece güç ve karmaşık hale getirmektedir. Obezite tedavisinde amaç, doğru bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir [52]. Bu doğrultuda bireyin yeme davranışının farkında olması ve sağlığını yönetecek davranışlar sergilemesi önemlidir [26].

Sezgisel yeme terimi 1995 yılında her ikisi de klinik diyetisyeni olan Evelyn Tribole ve Elyse Resch tarafından geliştirilmiştir [53]. Sezgisel yeme olgusunu geliştiren Tribole ve Resch'e göre sezgisel beslenme 10 ilkeye dayanmaktadır. Bu ilkeler: "diyet zihniyetini reddetme", "açlık hissinden onur duyma", "yiyecekler ile barışma", "gıda polisine karşı çıkma", "doygunluğu hissetme", "memnuniyet faktörünü keşfetme", "hissedilen duyguyu

yemeğe yönelmeden yaşama”, “vücuduna saygı gösterme”, “egzersiz yaparak farkı hissetme” ve “sağlığını onurlandırma-hoşgörülü beslenme”dir [53].

Sezgisel yeme, bireylerin diyabet ve besin alerjileri gibi özel bir sağlık sorunu olmaksızın vücut ağırlıkları kontrolüne yanıt olarak geliştirilen ve temelde vücudun ihtiyacı olan yiyeceklerin miktarını ve türünü bilmesi olarak tanımlanmaktadır [53, 54]. Sezgisel yeme fizyolojik açlık ve doyma ipuçlarına güvenerek bağlantı kurmak ve bu ipuçlarına cevaben yemek yeme olarak ifade edilmektedir [55, 56]. Sezgisel yeme; yiyecek, beden imajı ve fiziksel aktiviteye karşı olumlu bir tutum besleyen yeme tarzı olarak önerilmektedir. Ayrıca sezgisel yeme, daha az düzensiz beslenme, daha pozitif bir beden imgesi, daha fazla duygusal işlevsellik ve daha az kapsamlı olarak incelenen başka psikososyal korelasyonlar ile ilişkili bulunmuştur [57].

Sezgisel yemenin obezitenin önlenmesi ve tedavisi için uygun bir yaklaşım olabileceği bildirilmektedir [58]. Sezgisel yeme yaklaşımı geleneksel kilo verme programları ile karşılaştırıldığında bazı durumlarda bireyi motive etmekte, kilo vermeyi teşvik ederek obez bireyler için daha az zorlayıcı olabilecek alternatif bir yaklaşım sunabilmektedir [59, 60]. Ancak ağırlık yönetimi konusunda enerji kısıtlamasına dayanan beslenme programlarının sezgisel yeme uygulamasından daha üstün bir yaklaşım olduğu görüşü de mevcuttur [61]. Bunların yanı sıra kadınların benlik algısı ile ilgili olarak sezgisel yemenin tamamlayıcı bir perspektif olabileceği ileri sürülmektedir [62]. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sezgisel yemenin yeme bozukluğu semptomatolojisi, vücut memnuniyetsizliği ve ince olma idealinin içselleştirilmesi ile negatif yönde ilişkili olduğu ve iyi halde olma ile pozitif korelasyon gösterdiği sonucuna varılmıştır [25].

Sezgisel yeme ve geleneksel/kısıtlayıcı diyet stratejilerinin kullanımı hakkında 22,542 diyetisyenin bilgi ve tutumlarının incelendiği bir çalışmada diyetisyenlerin çoğunluğunun (%76,9) sezgisel yeme hakkında bilgi sahibi olduğu ve diyetisyenlerin sezgisel yeme yaklaşımını geleneksel ağırlık kontrolü uygulamalarından daha sık kullandığı saptanmıştır [63]. Sezgisel yeme temelde ağırlık kaybını kolaylaştırmak değil doğuştan gelen ancak bozulmuş sezgisel yeme yeteneğini geri kazandırarak bireylerin doğru yeme davranışları geliştirmesini sağlamayı hedeflemektedir [53].

2.3. Yeme Farkındalığı

Beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin farkında olmak ve bunların sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik faktörler ile olan ilişkilerini saptamak, beslenme alışkanlıklarının nedenlerini ve sonuçlarını anlamaya önemli ölçüde yardımcı olmaktadır. Özellikle yeme düzensizliği, öğün atlama, öğünlerde sağlıklı besinler yerine enerjisi yoğun ancak besleyici değeri az olan besinlerin yer almasının obezite, hiperlipidemi, insülin direnci ve hipertansiyon başta olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarına neden olduğu bildirilmektedir. Bireyin yeme konusundaki farkındalığı, yemek yeme zamanlamasına ve sıklığına dikkat ederek daha sağlıklı bir yaşam tarzı sürmesine ve kardiyometabolik risk faktörü yönetimine destek sağlamaktadır [64].

Son yıllarda yeme farkındalığı Zen Budizmi'ne dayanan bir uygulama olarak kendini sakinleştirmenin ve yeme davranışlarını değiştirmenin bir yöntemi olarak popüler olmuştur. Yeme farkındalığı, davranış değişikliği programlarında önerilen diyet davranış değişiklikleri ile birlikte kullanılabilmektedir [65]. Yeme farkındalığı; bireylerin besin tüketimi ile ilişkili olan tüm fiziksel aktivitelerinin ve duygusal duyularının her hangi bir yargılama olmaksızın farkında olması olarak tanımlanmaktadır[66]. Yeme farkındalığı, bireyin neden yeme eğilimi gösterdiğine ilişkin farkındalık yarattığından yararlı bir ağırlık kaybı veya bakım becerisi sağlayabilmektedir. Yeme farkındalığı yeteneği, yemek planlaması, kayıt tutma ve porsiyon kontrolü gibi ağırlık kontrolü için en yaygın olarak öğretilen bilişsel becerilerden farklıdır [67,68]. Yeme farkındalığı becerileri bireylerin açlık ve tokluk durumlarını değerlendirerek yeme eğilimine geçebilmesine, yeme eylemini başlatabilecek çevresel faktörler ile duygu durumlarına bağlı olmadan, yargısal bir tutum sergilemeden, kendini değerlendirme ve yönlendirmesine olanak sağlamaktadır [67,68].

Besinlerin aşırı tüketiminin azaltılmasının bir yolunun da yeme farkındalığı olduğu ifade edilmektedir. Yeme farkındalığı çevresel etmenlerden etkilenmeden sadece yemek yemeye odaklanılmış ve yemek hakkında yargılayıcı olmayan bir farkındalık ile yeme eyleminin gerçekleştirilmesine olanak sağlamakta ve böylece aşırı besin tüketimini azalttığı düşünülmektedir [69]. Yapılan çalışmalarda yeme farkındalığının düzensiz beslenme alışkanlıkları ile düzensiz yeme davranışları arasındaki ilişkiyi hafiflettiği, stresi azaltmada, ağırlık kaybında, obezitede ve yeme davranışı bozuklukları tedavisinde yarar sağladığı bildirilmektedir [70, 71]. Yeme farkındalığı sağlıklı ağırlık kaybı ve yeme

alışkanlıklarını teşvik etmekte, daha sağlıklı yeme davranışı üzerinde nedensel bir etki sağlayarak daha az enerji alımı ile yeterli ve dengeli beslenmeye katkı sağlamaktadır [69, 72].

Yeme farkındalığına dayalı müdahalelerin sağlıklı bir yaşam için uzun vadeli ve bütüncül bir yaklaşım sunma potansiyeline sahip olduğu ifade edilmektedir. Literatürde obezite ve yeme bozukluklarının tedavisinde yeme farkındalığı temelli yaklaşımların tamamlayıcı etkilerini inceleyen sınırlı sayıda müdahale çalışmaları bulunmaktadır [73,74]. Bununla birlikte obezite ve yeme bozukluklarının tedavisinde yeme farkındalığı temelli müdahalelerin diğer geleneksel yaklaşımlarla birlikte veya tek başına kullanılmasının bu hastalıkların tedavisinde umut verici bir seçenek olduğu ifade edilmektedir [75].

Yeme farkındalığı temelli yaklaşımların aşırı yemek yeme, duygusal yeme ve tıknırcasına yeme gibi durumlarda oldukça etkili olduğu bildirilmektedir. Yeme farkındalığı, sorunlu yeme davranışlarını ve birçok kişinin yiyecek alımını kontrol altına alma konusundaki güçlükleri ele alıp giderme potansiyeline sahiptir [76]. Yeme farkındalığı adolesan ve yetişkinlerde en azından geçici olarak, kilo alımını engelleyebilecek dürtüsel yiyecek seçimini azaltmak için faydalı bir strateji olarak görülmektedir [77]. Çoklu model yeme farkındalığı temelli terapiler anoreksiya nervoza(AN) tanısı almış bireylerde etkili görünürken, kısa müdahalelerin bu bireylerde etkinliği tartışılmaktadır. Tedavinin etkinliğini olumlu veya olumsuz etkileyebildiği belirtilmektedir. Bu nedenle yeme farkındalığı yaklaşımının AN tanılı hastalarda tedavinin bir parçası olarak uygulandığında daha yararlı olabileceği bildirilmektedir [78].

2.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları tüm toplumlarda sık görülen ve genellikle erken ergenlik döneminde başlayan, uzun-süreli tedavi gerektiren, morbitide oranları yüksek psikiyatrik bozukluklardır [79,80]. Özellikle kitle iletişim araçlarında zayıflığın güzellikle eşdeğer olarak sunulması ile birlikte toplumdaki güzellik anlayışının değişimi, medyadaki “sıfır beden algısı” bireylerde bilinçsizce diyet yapmayı teşvik etmekte ve ideal olarak düşündükleri ağırlığa ulaşmak için aşırı kısıtlama/aşırı yeme, yediklerini kusturarak çıkarma, laksatif/diüretik kullanımı gibi bazı olumsuz davranışların gelişimine neden olmaktadır [72, 74, 81].

Yeme bozukluklarının gelişiminde genetik, nöropsikiyatrik, psikogelişimsel ve sosyokültürel, pek çok neden yer alabilmektedir. Nöroendokrin ve metabolik faktörler de yeme davranışını etkilemekte ve yeme bozukluklarının patogeneğinde önemli yer tutmaktadır [82]. Yeme bozukluklarının gelişiminde genetik yatkınlık, beyindeki nöroendokrin-moleküler değişimler ve metabolizmanın bu duruma yanıtı gibi nedenler gösterilmektedir. Genlerle çevre arasında sinerjik bir ilişki vardır. Örneğin; obeziteye yatkınlık kısmen genetik faktörlerle belirleniyorsa da, fenotipik ekspresyonu için “obezogenik” bir çevreye ihtiyaç vardır. Böyle bir çevrede obeziteye yatkınlık genlerini taşıyan kişiler kolay vücut ağırlığı artışı yaşayacakları halde, dirençli olanlar ya hiç ağırlık kazanamazlar ya da çok az miktarda ağırlık artışı yaşarlar [83]. Psikiyatrik hastalıkların patogeneğinde önemli bir rol oynayan mono-aminerjik nörotransmitterler aynı zamanda bazı hipotalamik peptidler ve hipofiz hormonlarının sentez ve salınımını da kontrol ederler [84]. Anoreksiya nervoza tanısı olan hastalarda görülen en dikkat çekici endokrin değişiklik gonadotropin salınımının hipotalamik düzenlenmesindedir. Gonadotropin salıverici hormonun (GNRH) beyinde serotonerjik, dopaminerjik ve opioid sistemde meydana gelen bozulmalar sonucu azaldığı varsayılmaktadır [85]. Metabolizmanın bu duruma yanıtı; GNRH seviyesinin azalmasına bağlı olarak özellikle AN tanılı hastalarda zayıflamadan önce, zayıflama esnasında veya zayıflamadan sonra menstruasyon döngüsünün durması şeklinde olabilmektedir [84].

Nöroendokrin işlevlerin duygu durum bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların tanı kriterleri arasında benzerliklerin olduğu bildirilmektedir. Bazı hormonların (östrojen, serotonin, leptin, ghrelin, alfa-melanosit uyarıcı hormon, kolesistokinin, dopamin, noradrenalin), beyin kaynaklı nörotrofik faktörün, agouti-ilişkili peptidin, nöropeptid-Y’nin, diğer moleküller opioidlerin ve reseptörlerinin, tiaminin, çinkonun ve omega-3 yağ asitlerinin yeme bozukluklarının temelinde etkisi olduğu düşünülmektedir [84].

Yeme bozuklukları kısa dönemde semptomlara, uzun dönemde ise tıbbi bazı komplikasyonlara sebep olmaktadır. Yeme bozukluğu adolesanlarda; kısa dönem semptomları olarak; soğuk havaya karşı dayanıksızlık, cilt kuruluğu, saç dökülmesi, baş dönmesi ve tüylenme; tıbbi komplikasyonlar olarak ise büyümede ve kemik gelişiminde yavaşlama, pubertal gecikme veya durma, beyinde yapısal anomaliler, hipokalsemi,

periferik ödem, ortostatik hipotansiyon, gastrointestinal problemler ve bazı hormonal bozukluklar görülebilmektedir [86].

Yeme bozukluklarının yönetimi ve tedavisi büyük ölçüde psikoterapötiktir. Başlangıçta hassas ve bazen utanç verici düşüncelerin açıklanmasına izin veren bir emniyet ve güven duygusunun geliştirilmesine gerek duyulmaktadır [87]. Yeme bozukluklarını önleme programları teorik ve metodolojik açıdan önemli derecede ilerlemiş olmakla birlikte her geçen gün gelişmeye devam etmektedir [19]. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz çalışması yeme bozukluklarını önleme müdahalelerinin yeme bozuklukları risk faktörlerinin yarısından fazlasını (%51) ve şimdiki veya gelecekteki yeme patolojisini %29 azalttığını tespit etmiştir [88]. Son yıllarda yeme davranışı bozukluklarının tedavisinde alternatif olarak sezgisel yeme ve yeme farkındalığı üzerinde durulmaktadır. Bu alternatif yöntemlerin normal yeme davranışlarının geri kazandırılmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir [53, 89].

Yeme bozukluklarının tanısı genelde zor değildir, ancak bazı insanlar kendilerinde var olan sorunları gizlemeye çalışırlar [87]. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V (DSM V)'te yeme bozukluklarının tanı kriterleri tanımlanmıştır [90].

2.4.1. DSM V'te tanımlanmış yeme bozuklukları

Yeme bozuklukları DSM V'te; pika, geri çıkarma bozukluğu(geviş getirme), kaçınan/kısıtlı besin alımı bozukluğu (ARFID), anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları başlıkları altında toplanmıştır [90].

Pika

Pika, toprak, tebeşir, metal veya plastik nesneler, saç veya dışkıları gibi besleyici değeri olmayan gıda dışı maddelerin tekrar tekrar yenmesi olarak tanımlanmaktadır. Pika tanısı için bu davranışların en az 1 ay süreyle tiksini hissi olmadan süreklilik arz etmesi ve kültürel bir anlam içermemesi gerekmektedir. Diğer bir tanımıyla pika, toprak (jeofaji), ham nişasta (amilofaji) ve buz (pagofaji) yemeyi de içeren, gıda dışı öğelerin arzusu ve tüketimidir. Bu durum yüzyıllardır bilinse de etiyolojisi ve patofizyolojisi tam olarak

anlaşılamamıştır. Çok faktörlü olduğu düşünülmeyle birlikte pikanın neden olduğu komplikasyonlar, yaşamı tehdit eden sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. En çok anemi ile ilişkilendirilen pika; düşük hemoglobin, hematokrit ve plazma çinko artışı riski ile belirgindir. Pika yönetim stratejileri çok disiplinli bir yaklaşımı içermeli ve müdahaleler öncelikle davranışsal nitelikte olmalıdır. Her ne kadar pikalı çocukların tedavisinde farmakolojik müdahaleleri destekleyecek kanıtlar sınırlı olsa da demir tedavisinin genellikle pika davranışını düzelttiği bildirilmektedir [91-93].

Gebe kadınlar, preadolesanlar ve çocuklar pika riski en yüksek popülasyonlardır [92]. Pika prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte popülasyondaki bu oranın %11-76,5 arasında geniş bir dağılım gösterdiği ve zihinsel engelli hastalarda daha yaygın olabileceği ifade edilmektedir [90]. Pika; Hastalık ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırılması-10 (ICD-10)'da "diğer yeme bozuklukları" kategorisinde sınıflandırılmaktadır [94].

Pikanın DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri aşağıdaki gibidir [90]:

1. En az 1 aylık süre zarfında, besleyici olmayan, gıda dışı maddelerin yenmesidir.
2. Besin olmayan veya besleyici değeri olmayan maddeleri yeme tutumu, bireyin gelişimsel seviyesi ile ilgili olmamalıdır.
3. Bu yeme davranışı kültürel olarak desteklenen sosyal normatif bir uygulamanın parçası kabul edilebilecek bir uygulama olmamalıdır.
4. Yeme davranışı başka bir zihinsel rahatsızlık [örneğin, zihinsel engellilik (entelektüel gelişimsel bozukluk), otizm spektrum bozukluğu, şizofreni] veya tıbbi durum (gebelik dahil) bağlamında ortaya çıkarsa, ayrıca klinik değerlendirme gerektirmektedir.

Geri çıkarma bozukluğu (geviş getirme)

Geri çıkarma yeme bozukluğu en azından bir ay boyunca tekrar tekrar besinin ağıza geri gelmesi ile karakterize bir durumdur. Bu davranış herhangi bir gastrointestinal rahatsızlıktan kaynaklanmamaktadır. Bu yeme davranışı bozukluğu her yaşta bireyde görülebilmektedir. Yalnızca AN, BN veya başka herhangi bir yeme bozukluğunda görülmemektedir. Psikolojik rahatsızlık, malnütrisyon ve diğ komplikasyonları gibi tıbbi problemlerle sonuçlanmaktadır [95]. Genel popülasyonda yaygınlığı halen

bilinmemektedir. Ancak gelişme geriliği olan bireylerde % 5-10 oranında görülmektedir [96].

Geri çıkarma yeme bozukluğunun DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri aşağıdaki gibidir [90]:

1. En az bir ay süreyle sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Geri çıkarılan yiyecekler tekrar çiğnenebilir, yutulabilir veya tükürülebilir.
2. Tekrarlayan geri çıkarma, eşlik eden bir gastrointestinal hastalığa veya başka bir tıbbi duruma (örn. Gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlı gelişmemelidir.
3. Bu bozukluk, yalnızca AN/BN/TYB/ARFID bozukluğunun varlığında ortaya çıkmamalıdır.
4. Belirtiler başka bir zihinsel bozukluk (örneğin, zihinsel engellilik veya başka bir nörogelişimsel bozukluk) bağlamında ortaya çıkarsa sadece yeme bozukluğu olarak değerlendirilmemeli ayrıca ek klinik bir değerlendirmeye alınmalıdır.

Kaçınan/kısıtlı besin alımı bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı besin alım bozukluğu vücut ağırlığı kaybı, büyüme geriliği ve yetersiz enerji alımıyla karakterize olarak bebeklik veya erken çocukluk dönemi beslenme ve yeme bozukluğudur. Bu yeme bozukluğunun tanı kriterleri yiyecek alımını sınırlayan ve diğer yeme bozukluklarının ölçütlerini karşılamayan yetişkinlerde kullanılabilmektedir [97, 98].

DSM V'te yeni bir tanı olup daha önce "Seçici Yeme Bozukluğu" olarak anılmıştır. ARFID, tüketilen yiyeceklerin miktarında ve/veya türlerinde sınırlamaları içerdiği AN benzerlik göstermektedir ancak AN'den farklı olarak ARFID vücut şekli, veya şişmanlık korkusu ile ilgili herhangi bir kaygı içermemektedir. Yeni bir hastalık olması nedeniyle, ARFID'in ne kadar yaygın olduğu ile ilgili bilgi bulunmamaktadır [99].

DSM V el kitabında yayınlanan ARFID tanı kriterleri aşağıdaki gibidir [90]:

- A. Aşağıdakilerden birinin (ya da çoğunun) eşlik ettiği uygun beslenme ve/veya enerji gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yeme ya da beslenme konusundaki açıkça ilgi eksikliği, besinlerin

duyusal özelliklerine dayalı kaçınma; yemenin caydırıcı sonuçları hakkında endişe duyma). Ayırıcı kriterleri:

1. Belirgin bir vücut ağırlığı kaybı (veya beklenen vücut ağırlığı kazanımı gerçekleşmemesi veya çocuklarda büyüme geriliği).
 2. Belirgin bir beslenme eksikliği.
 3. Enteral beslenme veya oral beslenme takviyesine bağımlılık.
 4. Psikososyal işlevsellikte belirgin olarak düşüşlerin gözlenmesi.
- B. Bu bozukluk, mevcut besin yetersizliği ya da kültürel olarak onaylanan ilgili bir uygulama ile daha iyi açıklanamamalıdır.
- C. Bu yeme bozukluğu yalnızca AN veya BN'nin varlığında ortaya çıkmamalı ve bireyin vücut ağırlığını veya şeklinin nasıl algılandığı ile ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt olmamalıdır.
- D. Bu yeme bozukluğu, eş zamanlı bir tıbbi duruma atfedilememeli ya da başka bir zihinsel rahatsızlıkla açıklanamamalıdır. Yeme bozukluğu başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıktığında, yeme bozukluğunun şiddeti, durum ya da bozukluk ile rutin olarak ilişkili olma durumunu aşır ek klinik dikkat gerektirmektedir.

Anoreksiya nervoza:

Psikolojik temelli basit bir iştahsızlık durumu olmayan AN belirgin ölçüde ağırlık kaybına yönelik davranış şekli, şişmanlamaktan aşırı bir kaygı duyma durumu ve kadınlarda amenore, erkeklerde cinsel güç ve ilgide azalmayla ilgili endokrin bozukluklarla karakterize ve kanıtlanmış tedavi seçenekleri sınırlı olan ciddi bir psikiyatrik hastalıktır [78,100]. Anoreksiya nervoza oluşumuna neden olan pek çok faktör bulunmaktadır (Çizelge 2.1) [101].

Çizelge 2.1. Anoreksiya nervozanın etiyolojisi

	Fiziksel	Psikolojik	Sosyal
Yatkınlık kazandıran etkenler	Genetik Epigenetik etkiler Doğum komplikasyonları Prematürelilik Bebek besleme sorunları *HPA eksen açıklıkları	*OCD/OCPD Anksiyete bozuklukları Kaçınma tarzı Bilişsel kusurlar Negatif öz değerlendirme Kendine güvensizlik	Dışlanma Meslek (atlet, balet, manken vb.) Taciz Aşırı korumacı ebeveynlik Ek zorluklar
Hızlandıran etkenler	Ergenlik	Stres Diyet	Yaşanan olayları Kültürel değerler
Devam ettiren etkenler	*GI değişiklikleri Düşük 5HT* Düşük dopamin Düşük *BDNF Değişen HPA eksen Düşük leptin adiponektin	*OCD/OCPD Aksiyete Bilişsel değişiklikler Depresyon	Aile dinamikleri Yüksek ifade edilen duygu / eleştirisi Sosyal dışlanma

*BDNF, beyinden türetilen nörotropik faktör; GI, gastrointestinal; HPA, Hipotalamik-hipofiz-böbrek üstü bezi; OCD, obsesif kompulsif bozukluk; OCPD, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 5HT; Serotonin.

Anoreksiya nervoza genellikle genç kadınlarda görülen ciddi bir yeme bozukluğu olmasının yanı sıra orta yaşlı kadınlarda da giderek artan vakalar bildirilmektedir [102]. Yaşam boyu yaygınlık oranı % 2,8 olarak belirtilmiştir [103]. Bu hastalık kadınlara oranla erkeklerde (10/1) daha az görülmektedir [90]. Bu kompleks hastalığın yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir ve tam iyileşme ancak hastaların %50'sinde gerçekleşmektedir. Endokrin ve metabolik komplikasyonlar yaygın olarak görülmekle birlikte komplikasyonlar hayatı tehdit edici olabilmekte, tedavi hızlı ve doğru bir yönetim gerektirmektedir [102]. Tüm psikiyatrik hastalıklar arasında AN en yüksek ölüm oranına sahiptir, çünkü yaşamı tehdit eden tıbbi komplikasyonlar ile birlikte önemli psikopatolojiye neden olabilmektedir [104]. Mortalite oranı yaklaşık % 20'dir [105].

ICD-10 ve DSM V'e göre AN tanı kriterleri Çizelge 2.2'de verilmiştir.

Çizelge 2.2. ICD-10 ve DSM V'e göre AN tanı kriterleri

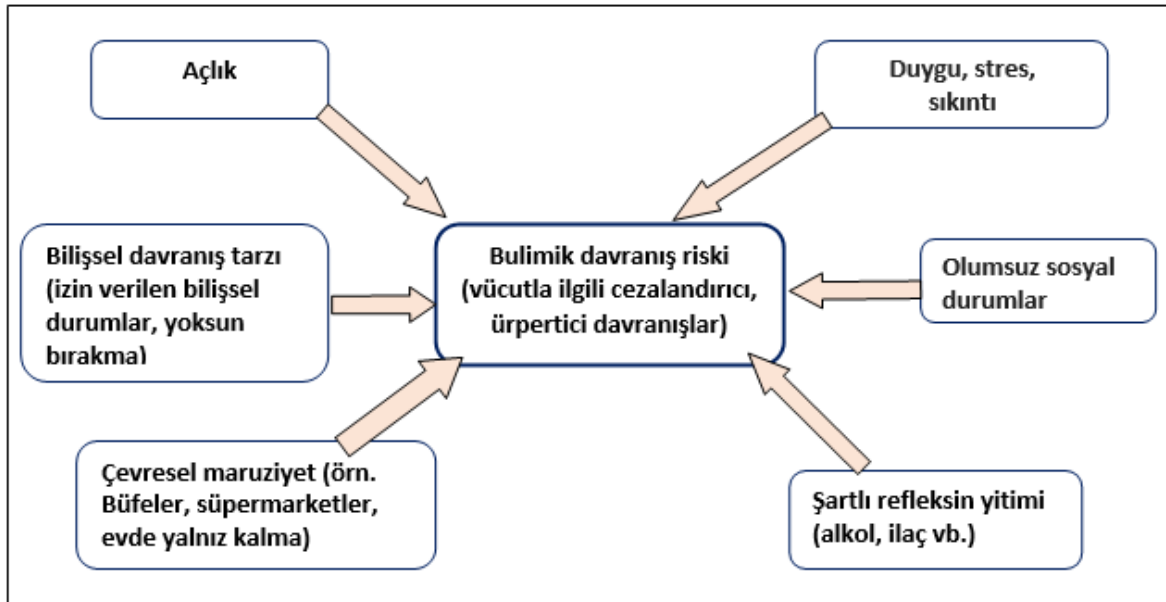
ICD 10'a göre AN tanı kriterleri: [94]
• Mevcut vücut ağırlığının olması gerekenden en az %15 düşük olması veya yetişkinlerde beden kütle indeksinin $\leq 17,5$ olması • Yüksek enerjili besinlerden kaçınarak ve aşağıdaki yöntemlerden en az birini uygulayarak ağırlık kaybının yaşanması: - Kendini kusturma - İştah azaltıcı ilaçlar ya da diüretik kullanma - Aşırı egzersiz • Beden algısında bozukluk • Endokrin bozukluklar; kadınlarda adet görememe ve erkeklerde cinsel isteksizlik
DSM V' e göre AN tanı kriterleri: [90]
• Yaş, cinsiyet ve gelişimsel süreç dahilinde önemli ölçüde düşük vücut ağırlığına yol açacak şekilde günlük besinlerden alınması gereken enerji miktarını devamlı sınırlandırma • Normalden daha düşük vücut ağırlığına sahip olunmasına rağmen şişmanlamaktan ve ağırlık artışından duyulan ciddi korku • Bireyin kendini değerlendirmede beden imajının olumsuz etkisinde kalma ve var olan düşük vücut ağırlığını reddetme

Optimal bir AN tedavisi aileyi, diyetisyenleri, danışman psikiyatristleri, terapistleri, hemşireleri ve pratisyenleri içeren multidisipliner bir yaklaşıma dayalı tıbbi, beslenme ve psikolojik müdahaleler ile sağlanabilmektedir [105].

AN tanısı almış kadınlarda en sık görülen tıbbi yaralanma kemik kaybıdır. Kadınların %85'inden fazlasının kemik mineral yoğunluğu değerleri yaşlılarının değerlerinin altındadır [106]. AN'de önemli akut komplikasyonlar refeeding sendromu, kardiyak aritmiler ve kalp yetmezliğini içermektedir. Beslenme rehabilitasyonu tedavinin temel bir bileşenidir ve AN'li hastanın ilk teşhisten itibaren diyetisyene yönlendirilmesi önemlidir [105].

Bulimiya nervoza

Bulimiya nervoza kısa sürede anormal derecede aşırı besin tüketilmesi ve ardından tüketilen besinden kurtulmak için kusma, laksatiflerin yanlış kullanımı, aşırı egzersiz ile ağırlık artışını önleme girişimiyle tanımlanan bir yeme bozukluğudur [107,108]. Genetik (örn. kusma davranışının kalıtsallığı), ailesel etmenler, duygusal travmalar (örn: cinsel taciz, görünüşü takıntı yapma), sosyokültürel ve fizyolojik faktörler BN gelişiminde önemli risk faktörlerindendir. Bulimik davranışları tetikleyen faktörler Şekil 2.1’de gösterilmiştir [109].



Şekil 2.1. Bulimik davranışları tetikleyen faktörler

Genç kadınlar ve genç erkekler de BN prevalansı sırasıyla % 1 ve % 0,1; BN insidansı ise yılda 100 000 nüfus başına 12 vaka olarak bildirilmektedir [80]. Mortalite oranı %3,9’dur [110].

DSM V el kitabında yayınlanan BN tanı kriterleri aşağıdaki gibidir [90]:

1. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri olmalıdır. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdaki durumların ikisini de barındırmalıdır.
 - Benzer koşullar altında benzer bir zaman periyodunda, aynı bir süre içinde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) çoğu bireyin yiyebileceğinden daha büyük bir miktarda yiyecek yemek.

- Bu zaman periyodu boyunca yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi (örn, yemeyi bırakamayacağını veya ne yediğini kontrol edemediği hissi).
- 2. Vücut ağırlık artışını engellemek için kendi kendini kusturma, laktasif ve diüretiklerin veya diğer ilaçların yanlış kullanımı, neredeyse hiç yemek yememe veya aşırı egzersiz gibi tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar olmalıdır.
- 3. Bu tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içerisinde haftada en az bir kez olmalıdır.
- 4. Benlik değerlendirmesi, vücut şeklinin ve ağırlığı gereğinden fazlaca etkilenmelidir.
- 5. Bu bozukluk, sadece AN dönemleri sırasında ortaya çıkmamalıdır.

Uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına göre BN şiddeti belirlenebilmektedir [90]. (Çizelge 2.3).

Çizelge 2.3. Bulimiya nervozanın şiddetinin sınıflandırması

Derece	Uygunsuz telafi edici davranış sıklığı
Ağır olmayan	Ortalama haftada 1-3 kez
Orta derecede	Ortalama haftada 4-7 kez
Ağır	Ortalama haftada 8-13 kez
Aşırı düzeyde	Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez

Tedavisinde kanıta dayalı uygulama olarak psikoeğitim, kendi kendine izleme, maruz kalma terapisi (birey için problemleri cevaplar üreten bir modelin uyarılarına maruz kalma), kişiler arası tedavi, vücut görüntüsü terapisi, enerji dengesi eğitimi ve kapsamlı bir bilişsel-davranışsal yaklaşım tavsiye edilmektedir [107].

Tıknırcasına yeme bozukluğu

Tıknırcasına yeme bozukluğu tekrarlayan bir şekilde kısa sürede aşırı yemek yeme ve kontrol hissini kaybetme ile karakterize bir durumdur [90]. Bu yeme davranışı bozukluğu dürtüsellik, duygusal bozukluk ve anksiyete ile ilişkilidir [111]. Patofizyolojisi pek anlaşılamamıştır [112].

AN'den ve BN'den daha yaygın olarak görülen TYB'nin erkekler arasında en yaygın yeme bozukluğu olduğu belirtilmektedir [113]. Tıknırcasına yeme bozukluğu prevalansı en az

%1 iken yetişkin popülasyonda tahminen prevalansı % 2-5 arasındadır [79,112]. Ayrıca bipolar bozukluğu olan bireylerde TYB davranışı sık görülmektedir [111].

DSM V el kitabında yayınlanan TYB tanı kriterleri aşağıdaki gibidir [90]:

1. Tekrarlayan tıknırcasına yeme epizotları olmalıdır. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile karakterizedir:
 - Benzer koşullar altında benzer bir zaman periyodunda, aynı süre içinde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) çoğu bireyin yiyebileceğinden daha büyük bir miktarda yiyecek yemek.
 - Bu zaman periyodu boyunca yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi (örn. yemeyi bırakamayacağını veya ne yediğini kontrol edemediği hissi).
2. Tıknırcasına yeme epizotlarına aşağıdakilerden üçü (veya daha fazlası) eşlik eder:
 - Normalden daha hızlı yeme
 - Rahatsızlık verecek kadar tok olana kadar yeme.
 - Fiziksel açlık hissedilmese de aşırı miktarda yeme.
 - Tükettiği yemek miktarından utandığı için tek başına yeme.
 - Daha sonra kendinden tiksime, depresyon hali veya daha büyük bir suçluluk hissetme.
3. Tıknırcasına yeme ile ilgili olarak bir sıkıntının mevcut olması.
4. Bu tıknırcasına yeme davranışları, ortalama olarak 3 ay boyunca haftada en az bir kez olmalıdır.
5. Tıknırcasına yeme periyotları, BN da olduğu gibi tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmemeli ve yalnızca BN veya AN seyrinde görülmemelidir.

Tıknırcasına yeme sıklığına bağlı olarak yeme bozukluğunun şiddetini belirlemede kullanılan derecelendirme Çizelge 2.4'te verilmiştir.

Çizelge 2.4. Tıknırcasına yeme bozukluğunun şiddetinin sınıflandırması

Derece	Tıknırcasına yemenin sıklığı
Ağır olmayan	Ortalama haftada 1-3 kez
Orta derece	Ortalama haftada 4-7 kez
Ağır	Ortalama haftada 8-13 kez
Aşırı düzeyde	Ortalama haftada 14 ya da daha fazla kez

Genel olarak, TYB davranışı için farmakolojik ve psikolojik tedavileri bildiren çalışmalar olsa da yeni tedavilendirme biçimlerine olan ilgiden başka yetişkinlere yönelik tedavilerdeki ilerlemeler sınırlıdır [80, 113].

Tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları

AN veya BN sıklıkla klinisyenler tarafından teşhis ve tedavi edilirken, yeme davranışı bozukluklarının çoğu, spesifik olmayan (tanımlanmamış) yeme bozuklukları olarak adlandırılmaktadır. Daha az bilinen bu bozukluklar, esasen AN veya BN'ye neden olabileceği veya depresyon/anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olabileceği için tehlikeli olabilmektedirler [97].

Tanımlanmamış diğer yeme bozukluklarına ait DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri ise aşağıdaki gibidir [90]:

1. Atipik AN: AN ile çok fazla ortak noktası bulunmaktadır [104]. Belirgin vücut ağırlığı kaybına karşın bireyin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında AN için ifade edilen bütün tanı kriterleri karşılanmalıdır [90].
2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): BN ile genel psikiyatrik komorbidite ve yeme patolojisinin şiddeti bakımından ortak noktaları bulunmaktadır [114]. BN için tüm kriterler sağlanmalı ancak tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışlar ortalama olarak haftada bir defadan az ve/veya 3 aydan az sürede ortaya çıkmaktadır [90].
3. Tıknırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): Tıknırcasına yeme, ortalama olarak haftada bir defadan az ve/veya 3 aydan az sürede oluşur, ancak tıknırcasına yeme bozukluğu için tüm kriterlerin karşılandığı durumdur [90].
4. Çıkarma (kusma) bozukluğu: Aşırı beslenme yokluğunda vücut ağırlığını veya şeklini etkilemek için tekrarlayan arındırma davranışdır (kendini kusturma, laktasif, diüretik ve diğer ilaçların yanlış kullanımı) [90].
5. Gece yeme sendromu: Akşam yemeğinden sonra uykudan uyandığında veya aşırı besin tüketiminden sonra yinelenen gece yeme atakları gözlenmesidir. Yemek yediğinin kişi farkındadır ve hatırlamaktadır [90]. Gece yeme sendromu sabahları açlık eksikliği olan akşam hiperfajisi ile tanımlanmaktadır. Temel kriter, akşam ve gece anormal şekilde

artmış bir besin alımıdır. Bunun dışında aşağıdaki gece yeme sendromu tanı kriterleri bir araştırmacı grubu tarafından belirlenmiştir [115].

1. Aşağıdaki kriterlerin biri veya ikisinin, akşam ve/veya gece yeme alışkanlığında önemli derecede artışı;
 - Besin alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra tüketilmesi,
 - Haftada en az 2 kez nokturnal yeme olgusunun olması,
2. Akşam ve nokturnal yeme olgusunun hatırlanması ve yemek yediğinin farkında olunması,
3. Klinik olarak aşağıdaki özelliklerin en az üçünün mevcut olması;
 - Haftada ≥ 4 kez sabah yemeklerinin atlanması,
 - Akşam yemeği ile uyku başlangıcı ve/veya gece boyunca olan süre arasında güçlü bir yeme dürtüsünün olması,
 - Haftada ≥ 4 kez uyku başlangıcı ve/veya uyku esnasında uykusuzluk yaşanması,
 - Uykuya başlamak veya yeniden uyuyabilmek için bir şeyler yeme inancının olması,
 - Akşamları sıklıkla ruh halinin kötüleşmesi veya depresif olunması,
4. Çalışırken ciddi sıkıntı ve/veya endişe duyulması,
5. Bozulmuş yeme şeklinin en az 3 ay devam etmesidir [115].

2.4.2. DSM V'te tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları

DSM V' te tanımlanmamış ancak literatürde her geçen gün adlarının geçtiği çalışma sayısı artan bazı yeme bozuklukları aşağıda kısaca özetlenmiştir.

Ortoreksiya nervoza

Ortoreksiya nervoza (ON) Doktor Steve Bratman tarafından ilk kez 1997'de tanımlanmıştır. Ortoreksiya kelimesi sağlıklı yiyecek takıntısı ve düzgün beslenme anlamına gelen Yunanca orthos (doğru) ve orexis (iştah) kelimelerinin birleşimidir. ON'li bireyleri diğer yeme bozukluğu olan bireylerden ayıran en önemli özellikler onların bağımlılık derecesinde aşırı düzeyde sağlıklı besinlerle meşgul olmaları ve yemeğin besinsel değerinin; yemeğin tadı ve yemekten zevk almaktan daha önemli olmasıdır [116, 117].

ON’de, kişi her yediği yemeği abartılı şekilde kontrol etmektedir. Ortoreksik bireyler satın alma esnasında ürünlerin ambalajlarını çok uzun süre boyunca okumakta ve ürünün içerisinde kanserojen madde, katkı maddesi, hormon, boya gibi maddelerin olup olmadığını incelemektedirler. Yiyeceklerin tamamen saf ve katkısız olmasına takıntılı bir titizlik göstermektedirler. Bu durum onların meyve ve çiğ besinleri tüketmelerine neden olmaktadır. Sağlıklı beslenme takıntısı, ortoreksik bireyleri psikolojik olarak baskı altına aldığından dolayı pek çok ürünü tüketmekten vazgeçme eğilimi göstermelerine sebep olmakta ve bu yüzden ortoreksik birey, AN’lı bireylerde olduğu gibi ciddi bir vücut ağırlığı kaybı yaşamaktadır [118]. Fakat bu bireyler AN ve BN’deki gibi daha güzel görünmek amacıyla değil, zihinsel olarak mükemmelliyetçi yapılarından dolayı diyetlerinin de tamamen kusursuz olmasına özen göstermeleri ve sağlıklı besinleri tüketmeye çalışmaları nedeniyle zayıflamaktadırlar [119].

ON; DSM V’te AN ve BN gibi net tanı kriterleri bulunmadığı için henüz bir hastalık olarak tanımlanmamış her hangi bir hastalık grubuna dahil edilmemiştir [120]. Son yıllarda ON tanı kriterlerini belirlemeye yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Moroze ve arkadaşları tarafından 2015 yılında ilk kez ON için tanı kriterleri yayınlanmıştır [121]. Daha sonra Dunn ve Bratman tarafından (2016) tanı kriterleri üzerinde bazı değişiklikler yapılması önerilmiştir. Yine de bu konuda tanı kriterlerini belirlemek için yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır [122].

Dunn ve Bratman (2016) tarafından önerilen tanı kriterleri aşağıdaki gibidir [122].

✓ “Sağlıklı” yeme üzerine obsesif odaklanma vardır; bu davranış sağlıksız olarak algılanan besin seçenekleriyle ilişkili abartılı duygusal sıkıntı ile belirir, diyet tercihleri sonucunda vücut ağırlık kaybı meydana gelebilir ancak bu birincil hedef değildir. Aşağıdaki durumlar gözlenebilmektedir.

1. Birey tarafından optimum sağlığın teşvik edilmesine inanılan olumlu ve kısıtlayıcı diyet uygulamalarına ilişkin bireyin kompulsif davranış ve/veya zihinsel meşguliyet göstermesidir.
2. Kendi kendine uyguladığı inandığı diyet kurallarının ihlali sonucu, kaygı ve utançla birlikte abartılı hastalık korkusuna, kişisel kirlilik hissine ve/veya olumsuz fiziksel duyumlara neden olmaktadır.

3. Diyet kısıtlamaları zamanla artmaktadır. Zamanla tüm yiyecek gruplarının ortadan kaldırılmasını içerebilmekte ve artan bir şekilde arındırıcı veya detoksifiye edici olarak kabul edilen daha sık/ciddi temizlenmelere yer verebilmektedir. Bu artış genellikle vücut ağırlığı kaybına yol açmakta ancak bireyde ağırlık kaybı arzusu bulunmamakta, bu durum gizlenmiş olabilmekte ya da sağlıklı beslenme ile ilgili düşüncelere bağlı gelişebilmektedir.
- ✓ Kompulsif davranışlar ve zihinsel meşguliyet aşağıdaki durumlardan herhangi biri nedeniyle zarar verici olabilmektedir.
 1. Malnutrisyon, aşırı vücut ağırlığı kaybı veya kısıtlı diyetlerden kaynaklanan diğer tıbbi komplikasyonlar.
 2. Sağlıklı beslenme ile ilgili inançlara ya da davranışlara ikincil sosyal, akademik ya da mesleki işlevselliğin kişilerarası sıkıntısı ya da bozukluğu.
 3. Olumlu beden imajı, öz-değer, hüviyet veya kendi tanımladığı “sağlıklı” yeme davranışına uymaya aşırı bağımlılık hali ve bu durumdan memnuniyet duymasıdır.

Donini, Marsili, Graziani ve Imbrialle (2004) tarafından yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan 404 kadın ve erkek bireyde ON prevalansının %6,9 olduğu tespit edilmiştir [118]. Ülkemizde 412 kadın ve erkek bireyin katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada ON prevalansı % 60 olarak gözlenmiştir [123].

ON tedavisinin sonuçlarıyla ilgili yeterli veri olmamasına rağmen, mevcut en iyi uygulamaların bilişsel-davranışçı terapi, psikoeğitim ve ilaç kombinasyonu olduğu belirtilmektedir [119].

Diyabulimiya

Diyabulimia, insülin dozunun kasıtlı olarak sınırlandırılması ve/veya atlanması ile karakterize diyabet hastalarına özgü bir yeme bozukluğudur [124]. Kısa süreli ve uzun süreli komplikasyonlara neden olabilen bu yeme bozukluğu diyabetli genç insanlar arasında yaygın olmakla birlikte herhangi bir yaşta ve diyabet teşhisi sonrası herhangi bir noktada geliştirebilmektedir [125,126].

Bireyde diyabulimiya bazen vücut imajı sorunları veya ağırlık kaybı arzusu ile başlamakta ve bazen de diyabet tükenmişliği olarak kendini gösterebilmektedir. Nasıl başladığına

bakılmaksızın, tip 1 diyabetli bireyler diğer hastalara göre tedaviyi daha yüksek bırakma oranları ve daha kötü tedavi sonuçları gösterme eğiliminde olduğu için tedavi zor olabilmektedir [125]. Tip 1 diyabetli hastalarda (234 kadın birey) 11 yıllık takiple yapılan bir çalışmaya göre çalışma süresi sonunda katılımcıların %30'unun insülin kullanmayı bıraktığı ve insülin kısıtlaması ile mortalite riskinin 3,2 kat arttığı tespit edilmiştir [127].

Tedavi protokolünde, hem diyabet hem de yeme bozukluğu yönleri ele alınması gerekmektedir. Multidisipliner bir yaklaşım ile bu hastaların tedavi edilebileceği belirtilmekte ve birbiriyle sık ve açık iletişime sahip bu ekipte; bir endokrinolog, bir eğitim hemşiresi, yeme bozukluğu ve /veya diyabet eğitimi veren bir diyetisyen ve psikolog veya sosyal çalışmacı yer alması önerilmektedir [128].

Bigoreksiya (kas dismorfizmi)

Beden dismorfik bozukluğunun özel bir formu olan kas dismorfizmi; erkeklerde görülen kas geliştirmeye ilgili takıntılı olma durumudur [129]. Kaslı olma konusunda takıntılı olan bu bireyler hayatlarının büyük bir kısmını spor salonlarında aşırı güç egzersizleri yaparak, besin ve ilaç takviyelerini yanlış kullanarak, etkisiz spor takviyeleri için aşırı para harcayarak ve anormal yeme davranışları sergileyerek geçirmektedirler [130]. Özellikle sporcular; spor performansının, kas yoğunluğunun ve vücut yağ oranının düşük olması gerektiğini teşvik eden toplumsal eğilimlerin baskıları nedeniyle vücut imaj bozukluklarının gelişmesine yatkındır [131]. Yapılan bir çalışmada bigoreksiyalı bireylerin diyetlerinde yeterli ve dengeli enerji, karbonhidrat ve yağ almalarına rağmen protein alımlarının kuvvet sporlarındaki kas kitle gelişimi için bilimsel kanıtlara göre önerilen sınırları aştığı saptanmıştır [132].

Drankoreksiya

Drankoreksiya; besinlerden alınan enerjiyi kısıtlayarak yerine aşırı miktarda alkol tüketimi ile gerekli enerjiyi karşılama ile karakterize durumdur. Bireyler tüketilen aşırı miktardaki alkolün enerjisini harcamak için aşırı egzersiz yapma veya kendini kusturma davranışları sergilemektedirler. Bu durum genellikle üniversite öğrencilerinde görülmektedir [133,134]. Bu yeme davranışı; kadınlar için bir seferde 4 veya daha fazla alkollü içecek, erkekler için 5 veya daha fazla alkollü içecek alımı olarak ifade edilmektedir [135]. Öğrencilerin bu

yeme davranışını sergileme nedenlerinin vücut ağırlığı kontrolünü sağlamaya yönelik olduğu belirtilmektedir [136].

2.5. Yeme Bozukluklarında Diyetisyenlerin Görev ve Sorumlulukları

Beslenme uzmanları, yeme bozukluğu olan bireyleri tedavi eden multidisipliner klinik ekibin önemli üyeleridir. Diyetisyenler beslenme fizyoloji ve davranış değişikliğini psiko-sosyo-kültürel yönleriyle ilişkili olarak teşvik etme becerileri içeren bilgi ve uzmanlığa sahiptirler [137]. Bir klinik diyetisyeni; beslenme danışmanlığı da dahil olmak üzere beslenme müdahalesinin, değerlendirme esnasında AN, BN ve diğer yeme bozuklukları hastalarının sürekli bakımı boyunca ekip tedavisinin vazgeçilmez bir bileşenidir [138].

Yeme davranış bozukluğu olan bireylerde Beslenme ve Diyetetik Akademisi (AND)'ne göre diyetisyenlerin görev ve sorumlulukları Çizelge 2.5'de belirtilmiştir [138].

Çizelge 2.5. Yeme bozukluğu olan bireyler için diyetisyenlerin görev ve sorumlulukları

Beslenme durumunun değerlendirilmesi: Yeme bozukluğu belirtileri ve davranışlarını da kapsamak üzere tıbbi veya fiziksel durumlarla ilişkili beslenme sorunları tanımlanmalıdır.
✓ Antropometrik ölçümler yapılmalı; boy ve vücut ağırlığı geçmişi, büyüme tablosu, daha genç yaştaki hastalarda büyüme modelleri ve gelişimi değerlendirilmelidir (20 yaşında ve daha genç). ✓ Biyokimyasal verilerin yorumlanması; özellikle yeniden besleme sendromu riski değerlendirilmelidir. ✓ Diyet değerlendirmesi yapılmalı; yeme örüntüsü, ağırlık, şekil, yeme ile ilgili temel tutumlar değerlendirilmelidir. ✓ Davranışsal-çevresel belirtiler değerlendirilmeli; besin kısıtlaması, aşırı yeme tutumu, yeme ile meşguliyet, gizli yeme durumları, etki ve dürtü kontrolü, kusma veya diğer laktasiflerin kullanımı ve aşırı egzersiz. ✓ Hastalık tanısına uygun beslenme göstergeleri kullanılmalı ve beslenme sorunlarını çözmek için bir plan oluşturulup, plan ekip üyeleri ile koordine edilmeli.
Beslenme müdahalesi: Beklenen ağırlık değişim oranlarını oluşturmak, vücut kompozisyonu ve de sağlık hedeflerini karşılamak için enerji, mikro ve makro besin alımı hesaplanmalı ve izlenmelidir. Beslenme rehabilitasyonu ve vücut ağırlığı iyileştirmesi veya bakım için uygun yeme biçimlerini normalleştirmede hedef belirleme kılavuzu kullanılmalıdır.
✓ Diyetin kalitesini ve düzenli yeme biçimini, tüketilen besinin miktarını ve çeşitliliğini, açlık ve doyumluğa ilişkin normal algılamaları ve ek kullanımla ilgili önerilerde bulunmalıdır. ✓ Psikososyal destek ve pozitif takviye sağlanmalı; yapılandırılmış yeniden besleme planı hazırlanmalı. ✓ Bireylerin ve diğer ilgilenen kişilerin bireysel tercihleri, sağlık öyküsü, fiziksel ve psikolojik faktörler ve kaynakları göz önüne alarak besin seçimi konusunda onlara danışılmalıdır.

Çizelge 2.5. (devam) Yeme bozukluğu olan bireyler için diyetisyenlerin görev ve sorumlulukları

Beslenme izleme ve değerlendirme: Besin alımı izlenmeli ve gerektiği gibi düzenlenmeli.
✓ Ağırlık kazanma oranı, vücut ağırlığı arttığında ağırlığı korumak için yiyecek alımını izlemelidir. ✓ Bireyin gelişimi ekip ile paylaşılmalı ve buna göre plan yapmak için düzenlemeler yapılmalıdır.
Bakım koordinasyonu: Beslenme rejiminin veya beslenme önerilerinin memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak için protokoller hakkında takıma danışmanlık sunulmalı, besin takviyelerinin maksimum emilimini sağlamak için besin takviyeleri hakkında rehberlik edilmeli, ilaç besin etkileşimlerini en aza indirmek ve gerektiğinde bakımın devamı için yönlendirme yapılmalı.
✓ Tedavi ekibi ile işbirliği içinde çalışmalı, spesifik rolleri ve görevleri tanımlamalı, beslenme ihtiyaçları tedavi süresince (örneğin yatarak tedavi, günlük tedavi, ayakta tedavi) ekip ile paylaşılmalı. ✓ Diğer sağlık uzmanları ve bireyin ailesi için kaynak(uzman) olarak davranmalı, eğitim vermeli ✓ Kanıta dayalı tedavi ve özenli bakıma erişimi savunmalı.
İleri Eğitim: Bilişsel davranış terapisi, diyalektik davranış terapisi ve motivasyonel görüşme gibi diğer danışmanlık teknikleri konusunda uzmanlaşmak için eğitim alınmaya çalışılmalı.
✓ Yeniden besleme sendromu, uygun vücut ağırlığı ve yeme davranışları, vücut görüntüsü ve hastalığın nüks etmesini önleme gibi beslenme ile ilgili ileri bilgi ve beceriler kullanılmalı. ✓ Yeme bozukluğu tedavisinde yeterlik kazanmak ve sürdürmek için davranışsal terapi ve motivasyon teknikleri gibi destek eğitimler alınmalıdır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla Ankara il merkezinde yaşayan 19-45 yaş arasında olan ve gelişigüzel seçilen 250 yetişkin gönüllü birey üzerinde planlanıp yürütülmüştür. Araştırma örnekleminde yer alacak birey sayısını belirlemek amacıyla (NCSS PASS 2008 yazılımı) power analizi yapılmıştır. Alfa (α)=0.05 ve güç ($1-\beta$)=0.90 alınarak yapılan analiz sonucunda örneklemin 250 bireyden oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Ankette yer alan tüm sorulara eksik ve/veya yanıt vermeyen bireyler, iştahını etkileyecek ilaç kullanan bireyler (antidepresan, metformin vb.), kronik hastalığı bulunanlar, menopoza girmiş, gebe ve emzikli kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bireylere çalışmaya gönüllü katıldıklarına dair yazılı onam formu imzalatılmıştır (EK-1). Çalışma için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından E.145933 sayılı ve 13/10/2017 tarihli ‘Etik Komisyon Onayı’ alınmıştır (EK-2).

3.2. Araştırma Genel Planı

Çalışmaya katılan bireylere yüz yüze görüşülerek bir anket formu uygulanmıştır (EK-3). Anket formu, demografik bilgileri, sağlık bilgileri ve beslenme alışkanlıklarına yönelik soruları, antropometrik ölçüm sonuçları, sezgisel yeme ölçeği, yeme farkındalığı ölçeği, yeme tutum envanterini ve geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydını içermektedir. Bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve bel çevresi ölçümleri yöntemine uygun olarak bizzat araştırmacı tarafından alınmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması

Çalışma verileri oluşturulan anket formu kullanılarak Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında gönüllü katılımcılar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.3.1. Bireylerin demografik özellikleri ve sağlık bilgileri

Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi ve mesleği gibi demografik bilgileri sorulmuştur. Bireylerin doktor tarafından tanısı konmuş kronik hastalık/hastalıkları olup olmadığı, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı, alkol tüketim durumu, sigara kullanım durumu, daha önce diyet yapıp yapmadıkları ve diyet yapma nedenleri sorgulanmıştır.

3.3.2. Beslenme alışkanlıkları

Bireylerin ana ve ara öğün tüketim durumları, öğün sayıları, öğün atlama durumları, hangi öğünü atladıkları ve öğün atlama nedenleri sorgulanmıştır.

3.3.3. Antropometrik ölçümler

Araştırma kapsamına alınan yetişkin bireylerin bazı antropometrik ölçümleri taşınabilir cihazlar ile araştırmacı tarafından tekniğine uygun olarak alınmıştır.

Vücut ağırlığı

Katılımcıların vücut ağırlığı 0,1 kg hassasiyeti olan dijital tartı kullanılarak (Tanita 532) düz ve sert zeminde ayakkabısız (kalın giysiler (palto, ceket vb.), cüzdan, anahtarlık, telefon vb.'lerinin de çıkartılması istenmiştir.) olarak bizzat araştırmacı tarafından tartılmıştır [139, 140]. Katılımcıların ölçümleri açlık durumunda alınmaya çalışılmıştır.

Boy uzunluğu

Boy uzunluğu ölçümü bireyler dik pozisyonda ve baş Frankfurt düzleminde iken topuklar, kalça ve sırt duvara dayalı ve ayakları topuktan bitişikken stadiometre (Leicester) ile yapılmıştır. Bireylerden ayakkabı, saç tokası, kurdele, şapka vb. çıkarılması rica edilmiştir. Ölçümler 0,1 cm duyarlılıkla kaydedilmiştir [140, 141].

Bel Çevresi

Bel çevresi ölçümü yapmadan önce bireylerden ölçümü engelleyecek eşya ve giysileri çıkarmaları istenmiştir. Katılımcıların bel çevresi düz bir zeminde ve esnemeyen mezura ile ölçülmüştür. Bireylerin dik, eller ve kollar iki yanda ve ayaklar birbirine yakın bir pozisyonda durmaları istenmiştir. Bireyler ölçüm alan kişinin (araştırmacı) tam karşısında durup kristaliak ile en alt kaburga kemiğin arasındaki orta noktadan bireylerin bel çevresi ölçülmüştür. Ölçümler 0,1 cm duyarlılıkla kaydedilmiştir [140]. Ölçüm sonuçlarına göre erkeklerde bel çevresinin ≥ 94 cm ve kadınlarda ≥ 80 cm olması metabolik hastalık risk faktörü ve erkeklerde bel çevresinin ≥ 102 cm ve kadınların ≥ 88 cm olması yüksek metabolik hastalık risk faktörü olarak kabul edilmiştir [141].

Beden Kütle indeksi

Bireylerin vücut ağırlığı boy uzunluğunun karesine bölünerek BKİ değerleri hesaplanmıştır (vücut ağırlığı (kg) / (boy uzunluğu (m)²). Değerlendirmede DSÖ'ye göre BKİ sınıflandırması kullanılmıştır (Çizelge 3.1) [142].

Çizelge 3.1. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yetişkinlerde BKİ sınıflandırması (kg/m²)

Sınıflama	BKİ değeri
Zayıf	<18,5
Normal kilolu	18,5-24,9
Fazla kilolu/hafif şişman(pre-obesity)	25-29,9
I. Derece obez	30-34,9
II. Derece obez	35-39,9
III. Derece morbid obez	≥ 40

Çalışmada şişman olarak ifade edilen kavram fazla kilolu/hafif şişman ve I. derecede obez bireyleri ifade etmektedir.

3.3.4. Sezgisel yeme ölçeği (İES-2)

Sezgisel yeme, uyumlu yeme davranışını düzensiz yeme alışkanlığına karşı değerlendirmek amacıyla geliştirilen sezgisel yeme ölçeği kullanılarak ölçülmektedir [25]. Literatürde yayınlanan ilk sezgisel yeme ölçeği Hawks, Merrill ve Madanat (2004) tarafından geliştirilmiş ve test edilmiştir. Ancak tekrar testlerinde yeterli güvenirliliği

sağlayamadığı tespit edilmiştir [143]. Orijinal sezgisel yeme ölçeği-1 Tylka (2006) tarafından 21 maddeden ve üç alt boyuttan oluşan bir ölçek olarak geliştirilmiştir [25]. Sezgisel yeme ölçeği-1 Tylka ve Kroon Van Diest (2013) tarafından gözden geçirilerek Sezgisel Yeme Ölçeği -2 versiyonu geliştirilmiştir [144]. Sezgisel yeme ölçeği-2 (İES-2) Baş ve diğerleri (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (cronbach α katsayısı: 0.82) [145]. Bu ölçek; 23 sorudan oluşmakta ve sezgisel yemeyi 4 alt boyut şeklinde incelemektedir. Bunlar:

1. Koşulsuz yeme izni (ne zaman acıktığı ve hangi besini arzuladığı (6 soru))
2. Duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek (8 soru)
3. Açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek (ne zaman ve ne kadar yemek yemesi gerektiğini belirlemek (6soru))
4. Vücut- besin seçim uyumu (3 soru) [145].

Toplamda 23 sorudan oluşan bu testte sorular 5'li likert ölçeğine göre değerlendirilmiş ve sorulara verilen cevaplar “kesinlikle katılmıyorum” 1, “katılmıyorum” 2, “kararsızım” 3, “katılıyorum” 4 ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilirken; 1, 2, 3, 7, 8, 9 ve 10 soruları için puanlandırma tersine dönmekte ve “kesinlikle katılmıyorum” 5, “katılmıyorum” 4, “kararsızım” 3, “katılıyorum” 2 ve “kesinlikle katılıyorum” 1 olarak puanlandırılmaktadır. Değerlendirme kısmında asıl ölçek ve her alt boyutun kendisini oluşturan toplam puanın kapsadığı soru sarısına bölünerek bir sayısal değer elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puanı veya alt boyut puanları ne kadar yüksekse sezgisel yeme de o kadar yüksek demektir [146]. Ayrıca katılımcıların sezgisel yiyenler ve sezgisel yemeyenler olarak sınıflandırılmasında katılımcıların sezgisel yeme (IE) toplam puanının medyanı temel alınmış, medyan ve medyanın üstündeki değerlere sahip olanlar sezgisel yiyen bireyler, medyanın altındaki değerlere sahip olanlar ise sezgisel yemeyen bireyler olarak değerlendirilmiştir [143]. Bu çalışmada cronbach α katsayısı 0,763 olarak bulunmuştur. Çalışmanın medyanı 3,3 olarak tespit edilmiştir.

3.3.5. Yeme farkındalığı ölçeği(YFÖ-30)

Yeme farkındalığı ölçeği genel popülasyonda yeme deneyimine verilen dikkatin kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir [147]. İlk kez Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer ve Toney (2006) tarafından geliştirilmiştir [72]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Köse,

Tayfur, Birincioğlu ve Dönmez (2017) tarafından yapılmıştır. Cronbach α katsayısı 0,733 olarak tespit edilmiştir [27]. Türkçeye uyarlanmasında 28 soruluk bu testte bazı maddeler değiştirilip yenileri eklenerek Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) olarak yeni bir ölçek oluşturulmuştur. Bu ölçek 7 alt boyut içermektedir [27].

1. Disinhibisyon(kendini tutma, miktar ve zaman kontrolü),
2. Duygusal Yeme(duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme),
3. Yeme Kontrolü(yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma),
4. Odaklanma (yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme)
5. Yeme Disiplini(planlama, hazırlama, dengeleme, bulundurma, düzen, saat),
6. Farkındalık (fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı)
7. Enterferans(koku, görüntü, ses gibi duyuşal etmenlere, davet, besin çeşitliliği veya reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme)

Sorular 5’li likert ölçeğine göre değerlendirilmiş ve bu testte sorulara verilen cevaplar “hiç” 1, “nadiren” 2, “bazen” 3, “sık sık” 4 ve “her zaman” 5 puan olarak değerlendirilirken; 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 29 ve 30 soruları için puanlandırma tersine dönmekte ve “hiç” 5, “nadiren” 4, “bazen” 3, “sık sık” 2 ve “her zaman” 1 puanlandırılıp değerlendirilmektedir. Toplam ölçek puanı veya alt boyutlarının puanları ne kadar yüksek ise yeme farkındalığı o kadar yüksektir [27]. Bu çalışmada cronbach α katsayısı 0,767 olarak bulunmuştur.

3.3.6. Yeme tutum envanteri/testi (EAT-26)

Yeme tutum testi yeme davranışı bozukluğu riskini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Yeme bozukluklarını tanımlama ve tarama amacıyla kullanılan Türkçe geçerlilik güvenilirliği Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılan yeme tutum testi, kısa formu altı maddelik likert ölçeği ile oluşturulan 26 soruyu kapsamaktadır [148]. Testin ilk 25 sorusunun “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” yanıtları 0 puan, “sıklıkla” 1 puan, “genellikle” 2 puan ve “her zaman” seçeneği 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Testin son sorusu ise tam tersi şekilde puanlanmaktadır. Sorulara verilen cevapların toplam puanı 0 - 78 puan aralığında değişmekte ve elde edilen puan ≥ 20 olduğu zaman yeme davranışı

bozukluğu riskini göstermektedir. Yirmi ve üzeri puan alan bireyler “yeme bozukluğu riski var” olan bireyler olarak ifade edilirken 20’nin altında puan alanlar ise “yeme bozukluğu riski yok” olan bireyler olarak değerlendirilmektedir[149]. Bu çalışmada EAT-26’nın cronbach α katsayısı 0,706 olarak bulunmuştur.

3.3.7. Besin tüketim durumunun değerlendirilmesi

Bireylerin besin tüketim durumunun saptanması amacıyla geriye dönük hatırlatma yöntemi ile 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır. Besinlerin porsiyon miktarlarının belirlenmesinde “Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar” kitabından yararlanılmıştır [150]. Günlük olarak tüketilen besinlerin ve/veya içeceklerin belirtilen ölçüleri miktara dönüştürülmesinde ve ev dışında tüketilen yiyeceklerin ve içeceklerin içerisine giren besin maddelerinin miktarlarını saptamada “Standart Yemek Tarifleri” ve “Türk Mutfağından Örnekler” kitapları kullanılarak hesaplamalar yapılmıştır [151,152]. Tüketilen besinlerin enerji ve besin ögesi değerleri “Bilgisayar Destekli Bilgisayar Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)” kullanılarak analiz edilmiştir [153]. Bireylerin enerji ve besin ögesi alım miktarları diyetle referans alım düzeyi (Dietary Reference Intake: DRI) değerleri ile karşılaştırılmış ve DRI karşılama yüzdeleri hesaplanmıştır [154]. DRI karşılama yüzdesi %50’den az olduğu durumlar “yetersiz” alım olarak değerlendirilmiştir.

3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışma veriler SPSS ve BEBİS programlarıyla değerlendirilmiştir. SPSS programının 23.0 istatistik paket versiyonu kullanılmıştır [155]. Tanımlayıcı veriler sunulurken sayı (S) ve yüzde (%) değerleri verilmiş, aritmetik ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) hesaplanarak gösterilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerde iki bağımsız grup ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Indepedent Sample-t” test (t-tablo değeri) yöntemi ve bağımsız üç veya daha fazla grup ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” testi (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılım göstermeyen verilerin analizlerinde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. İki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) yöntemi üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile

karşılaştırılmasında ise “Kruskal-Wallis H testi”(χ^2 – tablo değeri) kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için varyansların homojen olmaması göz önüne alınarak “Tamhane” test istatistikleri kullanılmıştır.

İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre χ^2 -çapraz tabloları kullanılmıştır. Veriler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde korelasyon (Spearman) analizi kullanılmıştır.

Tamhane test istatistikleri sonucunda anlamlı fark çıkan değişkenleri belirtmek için 1,2,3 rakamları kullanılmıştır. Değişkenler için 1 ile 2 arasında ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğunu belirtmek için [1-2,3]; 2 ile 3 arasındaki anlamlı farklılığı belirtmek için ise [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

P değerlerinin 0,05’ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.5. Araştırma Sınırlılıkları

Sezgisel yeme ve yeme farkındalığı durumlarının saptandığı çalışmalarda genellikle cinsiyetler arası farklılıklar görülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda bireylerin genellikle çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmaya erkeklerin katılmak istemeyişi bu durumu destekler niteliktedir. Bu çalışmada da erkek katılımcı sayısı sınırlıdır. Ayrıca, araştırmada örneklem grubunun seçimi ve örnekleme ulaşma konusunda da sıkıntılar yaşanmıştır. Bu nedenle sezgisel yeme ile besin tüketimi arasındaki ilişki sadece geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydı alınarak değerlendirilebilmiştir.



4. BULGULAR

Bu çalışma, Ankara il merkezinde yaşayan 19-45 yaş arası 68 (%27,2) erkek ve 182 (%72,8) kadın toplamda gelişigüzel seçilen 250 yetişkin gönüllü birey üzerinde yapılmıştır. Çalışma verileri “Bireylerin demografik özellikleri ve sağlık bilgilerinin değerlendirilmesi”, Bireylerin beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi”, “Bireylerin antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi”, “Bireylerin sezgisel yeme, yeme farkındalığı ve yeme bozukluğu riski durumlarının değerlendirilmesi”, “Bireylerin besin tüketim durumlarının değerlendirilmesi” başlıkları altında verilmiştir.

4.1. Bireylerin Demografik Özelliklerinin ve Sağlık Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Çizelge 4.1’de gösterilmiştir. Erkeklerin %25,0’i 19-24, %75,0’i 25-45 yaş aralığında iken kadınların % 69,8’i 19-24, %30,2’si 25-45 yaş aralığındadır. Bireylerin %67,2’si lise, %18,8’i lisans ve %14,0’i lisansüstü eğitim durumuna sahiptir. Erkeklerin %25,0’i kadınların ise %68,7’si öğrencidir. Çalışmaya katılan erkeklerin %48,5’i evli kadınların %85,2’si bekarıdır.

Çizelge 4.1. Bireylere ait demografik özelliklerin dağılımı

Özellikler	Erkek (n:68)		Kadın (n:182)		Toplam (n:250)	
	S	%	S	%	S	%
Yaş (yıl)						
19-24	17	25,0	127	69,8	144	57,6
25-45	51	75,0	55	30,2	106	42,4
Eğitim durumu						
Lise	38	55,8	130	71,4	168	67,2
Lisans	19	28,0	28	15,4	47	18,8
Lisansüstü	11	16,2	24	13,2	35	14,0
Mesleği						
Memur	26	38,2	46	25,3	72	28,8
Öğrenci	17	25,0	125	68,7	142	56,8
İşçi	25	36,8	11	6,0	36	14,4
Medeni durum						
Bekar	35	51,5	155	85,2	190	76,0
Evli	33	48,5	27	14,8	60	24,0

Bireylere ait yaş aralıklarının ortalama($\bar{x}$), standart sapma (SS) değerleri Çizelge 4.2.'de verilmiştir. Erkeklerin yaş ortalaması 19-24 ve 25-45 yaş arası sırasıyla 21,6±1,12 ve 31,7±5,45 iken kadınların yaş ortalaması 19-24 ve 25-45 yaş arası sırasıyla 21,2±0,98 ve 29,8±4,97 olarak bulunmuştur. Tüm bireylerin yaş ortalaması 25,3±5,83 yıldır.

Çizelge 4.2. Bireylere ait yaş aralıklarının ortalama($\bar{x}$), standart sapma (SS) değerleri

Yaş (yıl)	Erkek (n:68)	Kadın (n:182)	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
19-24 (n:144)	21,6±1,12	21,2±0,98	21,3±1,00
25-45 (n:106)	31,7±5,45	29,8±4,97	30,7±5,27
19-45 (n:250)	29,2±6,47	23,8±4,84	25,3±5,83

Bireylerin cinsiyete göre sigara içme ve alkol tüketim durumlarının dağılımı Çizelge 4.3'te verilmiştir. Bireylerin çoğunluğu sigara içmemekte (E: %67,6; K: %94,5) ve alkol (E: %82,4; K:%95,1) kullanmamaktadır. Sigara içen ve alkol kullanan erkeklerin sayısı kadınlardan daha yüksektir ($p < 0,001$).

Çizelge 4.3. Bireylerin cinsiyete göre sigara içme ve alkol tüketim durumlarının dağılımı

Sigara İçme ve Alkol Tüketim Durumu	Erkek (n:68)		Kadın (n:182)		Toplam (n:250)	
	S	%	S	%	S	%
Sigara içme						
Var	22	32,4	10	5,5	35	12,8
Yok	46	67,6	172	94,5	218	87,2
$\chi^2 = 31,994; p=0,000^*$						
Alkol tüketim durumu						
Var	12	17,6	9	4,9	21	8,4
Yok	56	82,4	173	95,1	229	91,6
$\chi^2 = 10,380; p=0,000^*$						

χ^2 Ki kare istatistik değeri * $p < 0,05$

Bireylerin cinsiyete göre sigara içme ve alkol tüketim miktarlarının ortalama($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.4'te verilmiştir. Sigara içen erkekler günde ortalama 14,6±7,28 adet, kadınlar ise 7,4±5,48 adet sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Alkol kullanan erkeklerin günde ortalama 12,2±31,89 mL, kadınların ise 2,4±13,01mL alkol kullandıkları tespit edilmiştir. Bireylerin cinsiyetlerine

göre içtikleri sigara ve tükettikleri alkol miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.4. Bireylerin cinsiyete göre sigara içme ve alkol tüketim miktarlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

	Erkek		Kadın		Toplam		
	$\bar{x}\pm SS$	M [Min-Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min-Max]	$\bar{x}\pm SS$	M [Min-Max]	
Sigara (adet/gün)	14,6 $\pm$ 7,28	0,0 [0,0-30,0]	7,4 $\pm$ 5,48	0,0 [0-20,0]	7,4 $\pm$ 8,99	0,0 [0,0-30,0]	t= 2,776 p=0,009*
Alkol (mL/gün)	12,2 $\pm$ 31,89	0,0 [0,0-171,4]	2,4 $\pm$ 13,01	0,0 [0,0-142,9]	5,6 $\pm$ 20,39	0,0 [0,0-171,4]	Z=5409,0 p=0,002*

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri * $p < 0,05$

Bireylerin cinsiyete göre daha önce diyet yapma durumu, uygulanan diyet ve kilo verme isteklerinin nedenlerinin dağılımı Çizelge 4.5’te verilmiştir. Bireylerin herhangi bir nedenle diyet yapma durumları değerlendirildiğinde erkeklerin %4,4’ü kadınların ise %17,6’sının diyet yaptığı belirlenmiş olup cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diyet yapan bireylerin yaptığı diyet türüne bakıldığında her iki cinsiyette de ilk sırada zayıflama diyeti yapanlar yer almıştır (E:%100,0; K:%81,2). Erkeklerin %66,7’sinin sağlık; kadınların ise % 75,0’inin estetik nedeniyle kilo vermek istediklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.5. Bireylerin cinsiyete göre diyet yapma durumu, uygulanan diyet adı ve kilo verme isteklerinin nedenlerinin dağılımı

Değişkenler	Erkek (n:68)		Kadın (n:182)		Toplam (n:250)	
	S	%	S	%	S	%
Diyet yapma durumu						
Var	3	4,4	32	17,6	35	14,0
Yok	65	95,6	150	82,4	215	86,0
$\chi^2 = 7,132; p=0,008^*$						
Uygulanan Diyet adı	n:3		n:32		n: 35	
Zayıflama	3	100,0	26	81,2	29	82,9
Yüksek proteinli	-	-	2	6,3	2	5,7
Sağlıklı beslenme	-	-	4	12,5	4	11,4
Kilo verme isteği nedenleri	n: 3		n:32		n: 35	
Sağlık	2	66,7	8	25,0	10	28,6
Estetik görünüm	1	33,3	24	75,0	25	71,4

χ^2 Ki kare istatistik değeri *p < 0,05

4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyetlerine göre tükettikleri ana ve ara öğün sayısı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.6'da verilmiştir. Tüketilen ana öğün ortalaması erkeklerde $2,9 \pm 0,4$ kez ve kadınlarda $2,8 \pm 0,4$ kez olarak bulunmuştur ($p > 0,05$). Tüketilen ara öğün ortalaması erkeklerde $0,7 \pm 0,83$ kez kadınlarda ise $1,9 \pm 0,9$ kez olarak bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 4.6. Bireylerin cinsiyete göre ana ve ara öğün sayısı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

Öğün çeşidi	Erkek (n:68)		Kadın(n:182)		Toplam (n:250)	
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min-Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min-Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min-Max]
Ana öğün	$2,9 \pm 0,4$	3,0 [2,0-3,0]	$2,8 \pm 0,4$	3,0 [2,0-3,0]	$2,8 \pm 0,4$	3,0 [2,0-3,0]
Ara öğün	$0,7 \pm 0,83$	0,5 [0,0-3,0]	$1,9 \pm 0,9$	2,0 [0,0-3,0]	$1,6 \pm 1,03$	2,0 [0,0-3,0]

Z "Mann-Whitney U test" istatistik değeri *p < 0,05

Bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı Çizelge 4.7’de verilmiştir. Erkeklerin % 45,6’sı, kadınların % 66,5’i öğün atladığını bildirmiştir ve cinsiyetler arası farklılık önemlidir ($p=0,003$). Bireylerin %35,9’u öğle öğününü atlamaktadır. En çok atlanan öğün erkeklerde öğle öğünü (%53,1), kadınlarda ise ara öğünler (%36,4) olduğu bulunmuştur. Bireyler öğün atlama nedeni olarak en fazla “vakit yetersizliği”ni (E: % 47,1; K: %43,8) ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.7. Bireylerin cinsiyete göre beslenme alışkanlıklarının dağılımı

	Erkek (n:68)		Kadın (n:182)		Toplam (n:250)	
	S	%	S	%	S	%
Öğün atlama durumu						
Var	32	45,6	121	66,5	153	60,8
Yok	36	54,4	61	33,5	97	39,2
	$\chi^2 = 9,069; p=0,003^*$					
Atlanılan öğün	(n: 32)		(n:121)			
Sabah	12	37,5	36	29,7	48	31,4
Öğle	17	53,1	38	31,4	55	35,9
Akşam	1	3,1	3	2,5	4	2,6
Ara öğün	2	6,3	44	36,4	46	30,1
Öğün atlama nedeni	Erkek (n: 32)		Kadın (n:121)		Toplam(n:153)	
Acıkmamak/isteksizlik	10	31,3	15	12,4	25	16,3
Alışkanlığın olmaması	-	-	11	9,1	11	7,2
Geç uyanmak	3	9,3	17	14,1	20	13,1
Kilo almamak	4	12,5	1	0,8	5	3,3
Unutmak	-	-	4	3,3	4	2,6
Vakit yetersizliği	14	43,8	57	47,1	71	46,4
Yemeği beğenmeme	1	3,1	16	13,2	17	11,1

χ^2 Ki kare istatistik değeri * $p < 0,05$

4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.8’de gösterilmiştir. Erkek ve kadınların vücut ağırlıkları sırasıyla $77,9 \pm 10,98$ kg, $56,8 \pm 8,94$ kg; boy uzunlukları sırasıyla $175,7 \pm 5,98$ cm, $162,5 \pm 5,66$ cm ve BKİ değerleri sırasıyla $25,2 \pm$

3,26 kg/m², 21,5± 3,09 kg/m² olarak hesaplanmıştır. Erkek ve kadınların bel çevresi sırasıyla; 89,7±10,75 cm, 72,6±8,69 cm olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.8. Bireylerin cinsiyete göre antropometrik ölçümlerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

Antropometrik Ölçümler	Erkek		Kadın	
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]
Vücut ağırlığı (kg)	77,9 ± 10,98	78,0 [56,0-120,0]	56,8±8,94	55,6 [42,6-101,0]
Boy uzunluğu (cm)	175,7 ± 5,98	176,0 [160,0-187,0]	162,5±5,66	163,0 [150,0-176,0]
BKİ (kg/m ²)	25,2 ± 3,26	24,9 [18,8-34,0]	21,5± 3,09	20,9 [16,3-33,4]
Bel çevresi (cm)	89,7±10,75	24,9 [65,0-114,0]	72,6±8,69	72,0 [60,-115,0]

Bireylerin cinsiyete göre BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin antropometrik indekslere göre dağılımı Çizelge 4.9’da gösterilmiştir. Bireylerin %9,2’si zayıf, %69,2’si normal (E: %51,5; K: %75,8) ve % 18,0’i (E: %41,2; K:%9,3) hafif şişman, % 3,6’sı I. derece obez (E: %7,4; K:%2,2) olarak bulunmuştur. Bel çevresine göre erkeklerin %16,2’si kadınların ise %7,1’i yüksek risk altındadır. BKİ sınıflandırması ve bel çevresine göre cinsiyetler arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Çizelge 4.9. Bireylerin cinsiyete göre BKİ ve bel çevresi ölçümlerinin antropometrik indekslere göre dağılımı

DSÖ sınıflaması	Erkek(n:68)		Kadın(n:182)		Toplam(n:250)	
	S	%	S	%	S	%
BKİ (kg/m ²)						
Zayıf	-	-	23	12,7	23	9,2
Normal	35	51,5	138	75,8	173	69,2
Fazla kilolu/hafif şişman	28	41,2	17	9,3	45	18,0
I. Derece obez	5	7,4	4	2,2	9	3,6
$\chi^2 = 44,365$; p=0,000*						
Bel çevresi (cm)						
Normal	45	66,2	151	83,0	196	78,4
Risk	12	17,6	18	9,9	30	12,0
Yüksek risk	11	16,2	13	7,1	24	9,6
$\chi^2 = 8,471$; p=0,023*						

χ^2 Ki kare istatistik değeri *p < 0,05

4.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Farkındalığı ve Yeme Bozukluğu Riski Durumlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyete göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı ile EAT-26 puanı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min), en üst sınır (Max) değerleri ve ölçeklerin iç tutarlık katsayıları Çizelge 4.10'da verilmiştir. Buna göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı ve EAT-26 ölçekleri için iç tutarlık katsayısı sırasıyla 0,763; 0,767; 0,706'dır. Erkeklerin sezgisel yeme toplam puanı $3,5 \pm 0,34$ kadınların ise $3,3 \pm 0,30$ 'dur. Erkek ve kadınlarda “sezgisel yeme toplam puanı (sırasıyla $3,5 \pm 0,34$; $3,3 \pm 0,30$)”, “koşulsuz yeme izni (sırasıyla $2,8 \pm 0,38$; $2,6 \pm 0,39$)”, “duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek (sırasıyla $3,3 \pm 0,34$; $3,2 \pm 0,34$)” ve “açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek (sırasıyla $4,0 \pm 0,89$; $3,7 \pm 0,80$)” puanları karşılaştırıldığında erkeklerin puanlarının kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Erkeklerin yeme farkındalığı toplam puanı $104,4 \pm 12,02$ kadınların ise $103 \pm 11,06$ 'dır. Erkeklerin “duygusal yeme” puanının ($21,2 \pm 3,62$) kadınlardan ($17,7 \pm 4,11$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p < 0,05$), kadınların ise “yeme disiplini” puanının ($14,1 \pm 2,32$) erkeklerden ($13,1 \pm 2,93$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Çizelge 4.10).

EAT-26 puanı erkeklerin $13,9 \pm 6,73$ iken kadınların $15,5 \pm 7,54$ olarak tespit edilmiş ve erkek ve kadınların EAT-26 puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Bireylerin cinsiyete göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı ile EAT-26 puanı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min), en üst sınır (Max) değerleri ve ölçeklerin iç tutarlık katsayıları

Ölçekler	Erkek		Kadın		Toplam		İç tutarlık katsayıları (Cronbach α)
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	
Sezgisel yeme toplam puanı	3,5 $\pm$ 0,34	3,5 [2,4-4,2]	3,3 $\pm$ 0,30	3,3 [2,1-4,1]	3,3 $\pm$ 0,33	3,3 [2,1-4,2]	t= 4,564 p= 0,000**
Alt boyutlar							
Koşulsuz yeme izni	2,8 $\pm$ 0,38	2,3 [1,8-3,7]	2,6 $\pm$ 0,39	2,5 [1,5-4,0]	2,7 $\pm$ 0,39	2,7 [1,5-4,0]	Z= - 2,998 p= 0,003**
Duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek	3,3 $\pm$ 0,34	3,5 [2,0-4,0]	3,2 $\pm$ 0,34	3,1 [2,4-4,3]	3,2 $\pm$ 0,35	3,3 [2,0-4,3]	Z= - 4,318 p= 0,000**
Açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek	4,0 $\pm$ 0,89	4,0 [1,7-5,0]	3,7 $\pm$ 0,80	3,8 [1,0-5,0]	3,8 $\pm$ 0,84	4,0 [1,0-5,0]	Z= - 3,197 p= 0,001*
Vücut- besin seçim uyumu	4,0 $\pm$ 0,79	4,0 [2,0-5,0]	3,9 $\pm$ 0,65	4,0 [1,0-5,0]	3,9 $\pm$ 0,70	4,0 [1,0-5,0]	Z= - 1,730 p= 0,084
Yeme farkındalığı toplam puanı	104,4 $\pm$ 12,02	103,0 [73,0-127,0]	103,0 $\pm$ 11,06	104,0 [59,0-128,0]	103,4 $\pm$ 11,32	104,0 [59,0-128,0]	Z= - 0,798 p= 0,425
Alt boyutları							
Disinhibisyon	16,9 $\pm$ 3,35	17,0 [6,0-22,0]	16,8 $\pm$ 3,27	17,0 [8,0-23,0]	16,8 $\pm$ 3,29	17,0 [6,0-23,0]	Z= - 0,297 p= 0,766
Duygusal Yeme	21,2 $\pm$ 3,62	22,0 [9,0-25,0]	17,7 $\pm$ 4,11	18,0 [5,0-25,0]	18,6 $\pm$ 4,27	19,0 [5,0-25,0]	Z= - 6,317 p= 0,000**
Yeme Kontrolü	15,2 $\pm$ 3,24	16,0 [8,0-20,0]	15,8 $\pm$ 3,07	16,0 [4,0-20,0]	15,6 $\pm$ 3,13	16,0 [4,0-20,0]	Z= - 1,460 p= 0,144

Çizelge 4.10. (devam) Bireylerin cinsiyete göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı ile EAT-26 puanı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min), en üst sınır (Max) değerleri ve ölçeklerin iç tutarlık katsayıları

Ölçekler	Erkek		Kadın		Toplam		İç tutarlık katsayıları (Cronbach α)
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	
Odaklanma	16,1 $\pm$ 2,29	16,0 [11,0-21,0]	16,0 $\pm$ 1,53	16,0 [11,0-21,0]	16,0 $\pm$ 1,76	16,0 [11,0-21,0]	Z=-0,685 p= 0,493 0,723
Yeme Disiplini	13,1 $\pm$ 2,93	13,0 [5,0-20,0]	14,1 $\pm$ 2,32	14,0 [6,0-20,0]	13,8 $\pm$ 2,53	14,0 [5,0-20,0]	Z=-2,503 p=0,012* 0,814
Farkındalık	14,5 $\pm$ 2,22	15,5 [8,0-19,0]	15,3 $\pm$ 2,52	15,0 [9,0-23,0]	15,0 $\pm$ 2,46	15,0 [8,0-23,0]	Z=-1,828 p=0,068 0,704
Enterferans	7,5 $\pm$ 1,44	8,0 [2,0-10,0]	7,5 $\pm$ 1,37	8,0 [3,0-10,0]	7,5 $\pm$ 1,39	8,0 [2,0-10,0]	Z=-0,116 p=0,908 0,709
EAT-26 puanı	13,9 $\pm$ 6,73	13,0 [3,0-33,0]	15,5 $\pm$ 7,54	13,0 [4,0-50,0]	15,0 $\pm$ 7,35	13,0 [3,0-50,0]	Z=-1,196 p= 0,232 0,706

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri *p < 0,05 **p<0,001

Cinsiyete göre bireylerin sezgisel yeme durumu ile yeme davranışı bozukluğu riski bulunma durumu Çizelge 4.11’de verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %52,8’inin sezgisel yiyen olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin %69,1’i kadınların %47,7’si sezgisel yemeyen olduğu ve cinsiyetler arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin cinsiyete göre yeme davranışı bozukluğu riski incelendiğinde; kadınların erkeklerden daha fazla oranda (sırasıyla %25,3, %19,1) yeme davranışı bozukluğu riski taşıdığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.11. Cinsiyete göre bireylerin sezgisel besin tüketim durumu ile yeme bozukluğu riski bulunma durumunun dağılımı

Değişken	Erkek (n:68)		Kadın(n:182)		Toplam (n:250)		
	S	%	S	%	S	%	
Sezgisel yeme durumu							
Sezgisel yiyenler	47	69,1	85	47,7	132	52,8	$\chi^2=9,980$ $p=0,002^*$
Sezgisel yemeyenler	21	30,9	97	53,3	118	47,2	
Yeme bozukluğu riski							
Var (≥ 20)	13	19,1	46	25,3	59	23,6	$\chi^2=1,041$
Yok (<20)	55	80,9	136	74,7	191	76,4	$p=0,308$

χ^2 Ki kare istatistik değeri * $p < 0,05$

Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı toplam puanı ve alt boyutları puanları ile EAT-26 puanı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min), en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.12’de verilmiştir. Sezgisel yeme toplam puanı zayıflarda $3,2\pm 0,40$, normal bireylerde $3,3\pm 0,30$ şişman bireylerde ise $3,1\pm 0,37$ olarak bulunmuştur. Bireylerin BKİ değerlendirmesine göre sezgisel yeme toplam puanları ve alt boyut puanları bakımından gruplar arası bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Zayıf, normal ve şişman bireylerin yeme farkındalığı toplam puanı sırasıyla $102,9\pm 10,34$; $104,5\pm 10,67$ ve $100,1\pm 13,15$ ’dir. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre yeme farkındalığı toplam puanları bakımından gruplar arası bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin yeme farkındalığı alt boyutlarından olan “yeme kontrolü ” puanı zayıf ve normal bireylerde (sırasıyla; $16,5\pm 2,53$; $16,0\pm 2,86$) şişmanlardan ($13,9\pm 3,61$) istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. “Disinhibisyon” puanı normal bireylerde $(17,1\pm3,14)$ şişmanlarda $(15,6\pm3,51)$ ve “yeme disiplini” puanı normal bireylerde $(14,2\pm2,42)$ şişmanlardan $(13,1\pm2,83)$ anlamli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur($p<0,05$) (Çizelge 4.12).

EAT-26 puanı BKİ sınıflandırmasına göre zayıf bireylerde $17,3\pm6,70$, normal bireylerde $14,8\pm7,31$ ve şişman bireylerde $14,7\pm7,70$ olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında zayıf bireylerin normal ve şişman bireylere göre daha yüksek EAT-26 puanı olmasına rağmen istatıksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.12).



Çizelge 4.12. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı puanları ile EAT-26 puanı ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min), en üst sınır (Max) değerleri

Ölçekler	Zayıf ⁽¹⁾ (n:23)		Normal ⁽²⁾ (n:173)		Şişman ⁽³⁾ (n:54)		
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	
Sezgisel yeme toplam puanı	3,2±0,40	3,3 [2,1-4,0]	3,3±0,30	3,3 [2,7-4,2]	3,1±0,37	3,3 [2,4-4,0]	F=0,645 p=0,525
Alt boyutları							
Koşulsuz yeme izni	2,6±0,37	2,7 [2,2-3,7]	2,6±0,38	2,7 [1,5-3,7]	2,8±0,44	2,8 [1,8-4,0]	$\chi^2 = 4,866$ p=0,088
Duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek	3,2±0,38	3,3 [2,5-4,0]	3,2±0,34	3,2 [2,4-4,3]	3,2±0,37	3,2 [2,0-4,0]	$\chi^2 = 0,214$ p=0,899
Açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek	3,7±0,95	3,8 [1,0-5,0]	3,9±0,76	3,9 [1,5-5,0]	3,7±1,01	3,7 [1,0-5,0]	$\chi^2 = 1,217$ p=0,544
Vücut- besin seçim uyumu	3,7±0,85	4,0 [1,0-5,0]	4,0±0,63	4,0 [2,0-5,0]	3,9±0,83	3,9 [2,0-5,0]	$\chi^2 = 2,258$ p=0,323
Yeme farkındalığı toplam puanı	102,9±10,34	104,0 [75,0-128,0]	104,5±10,67	105,0 [59,0-128,0]	100,1±13,15	100,0 [73,0-123,0]	$\chi^2 = 5,035$ p=0,081
Alt boyutları							
Disinhibisyon	17,4±3,32	17,0 [10,0-22,0]	17,1±3,14	17,1 [9,0-23,0]	15,6±3,51	16,0 [6,0-21,0]	$\chi^2 = 7,540$ p=0,023* [2-3]
Duygusal Yeme	18,3±4,60	18,3 [5,0-25,0]	18,5±4,07	18,5 [7,0-25,0]	19,0±4,78	20,5 [5,0-25,0]	$\chi^2 = 1,722$ p=0,423
Yeme Kontrolü	16,5±2,53	17,0 [11,0-19,0]	16,0±2,86	16,0 [4,0-20,0]	13,9±3,61	14,0 [4,0-20,0]	$\chi^2 = 17,540$ p=0,000* [1,2-3]
Odaklanma	16,1±1,64	16,0 [12,0-21,0]	16,0±1,62	16,0 [11,0-21,0]	16,2±2,22	16,2 [11,0-20,0]	$\chi^2 = 0,768$ p=0,681
Yeme Disiplini	13,4±2,27	14,0 [7,0-18,0]	14,2±2,42	14,2 [5,0-20,0]	13,1±2,83	13,0 [6,0-18,0]	$\chi^2 = 8,278$ p=0,016* [2-3]
Farkındalık	14,2±2,04	14,0 [11,0-20,0]	15,2±2,59	15,0 [9,0-23,0]	15,0±2,13	13,0 [8,0-19,0]	$\chi^2 = 3,759$ p=0,153
Enterferans	7,1±1,20	7,0 [5,0-10,0]	7,6±1,36	8,0 [3,0-10,0]	7,3±1,51	8,0 [2,0-10,0]	$\chi^2 = 4,557$ p=0,102
EAT-26 puanı	17,3±6,70	16,0 [6,0-28,0]	14,8±7,31	13,0 [3,0-50,0]	14,7±7,70	13,0 [3,0-36,0]	$\chi^2 = 3,693$ p=0,158

χ^2 Kruskal-Wallis H istatistik değeri, F“ANOVA” test istatistik değeri *p<0,05;

Değişkenler için 1 ile 2 arasında ve 1 ile 3 arasında anlamlı fark olduğunu belirtmek için 2 ile 3 arasındaki anlamlı farklılığı belirtmek için ise [2-3] ifadesi kullanılmıştır.

Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre sezgisel yeme durumu ve yeme davranışı bozukluğu riskinin dağılımı Çizelge 4.13'te verilmiştir. Sezgisel yiyenlerin %9,1'u zayıf, %69,7'si normal ve % 21,2'si şişman bireylerden oluşmaktadır. Sezgisel yemeyenlerin %9,3'ü zayıf, %68,6'si normal ve % 22,1'i şişman bireylerden oluşmaktadır. BKİ sınıflandırmasına göre gruplar arasında sezgisel yiyen birey sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yeme davranışı bozukluğu riski olan bireylerin %15,3'i zayıf, %62,7'si normal ve %22,0'si şişmandır. BKİ sınıflamasına göre yeme bozukluğu riski bulunma durumu bakımından gruplar arası farklılık önemli bulunmamıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %23,6'sında yeme davranışı bozukluğu riski saptanmıştır (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.13. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre sezgisel yeme durumu ve yeme davranışı bozukluğu riskinin dağılımı

	Zayıf (n:23)		Normal (n:173)		Şişman (n:54)		Toplam (n:250)		
	S	%	S	%	S	%	S	%	
Sezgisel yeme durumu									
Sezgisel yiyenler	12	9,1	92	69,7	28	21,2	132	52,8	$\chi^2 = 0,033$ $p=0,984$
Sezgisel yemeyenler	11	9,3	81	68,6	26	22,1	118	47,2	
Yeme davranışı bozukluğu riski									
Var (≥ 20)	9	15,3	37	62,7	13	22,0	59	23,6	$\chi^2 = 3,553$ $p=0,169$
Yok (<20)	14	7,3	136	71,3	41	21,4	191	76,4	

χ^2 Ki kare istatistik değeri * $p < 0,05$

Bireylerin yeme bozukluğu riskine göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.14'te verilmiştir. Yeme bozukluğu riski olan bireylerin sezgisel yeme ve yeme farkındalığı toplam puanı sırasıyla $3,3\pm0,32$ ve $103,5\pm14,09$ 'dur. Yeme bozukluğu olan ve olmayan bireylerde sezgisel yeme alt boyutlarından "vücut-besin seçim uyumu" puanı (sırasıyla: $4,1\pm0,72$; $3,9\pm0,68$) ve yeme farkındalığı alt boyutu olan "yeme disiplini" puanı (sırasıyla: $14,7\pm3,04$; $13,6\pm2,30$) arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,024$, $p=0,001$).

Çizelge 4.14. Bireylerin yeme bozukluğu riskine göre sezgisel yeme, yeme farkındalığı toplam puanı ve alt boyutları puanlarının ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

Değişken	Yeme bozukluğu riski olmayan (<20) (n:191)		Yeme bozukluğu riski olan (≥20) (n:59)		
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	
Sezgisel yeme toplam puanı	3,3±0,33	3,3 [2,1-4,2]	3,3±0,32	3,3 [2,6-4,0]	t=0,060 p=0,952
Alt boyutları					
Koşulsuz yeme izni	2,6±0,37	2,7 [1,5-3,7]	2,7±0,46	2,7 [1,8-4,0]	Z=-0,363 p=0,717
Duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek	3,2±0,33	3,3 [2,4-4,3]	3,2±0,40	3,2 [2,0-4,0]	Z=-0,248 p=0,804
Açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek	3,8±0,78	4,0 [1,0-5,0]	3,7±0,99	4,0 [1,0-5,0]	Z=-0,507 p=0,612
Vücut- besin seçim uyumu	3,9±0,68	4,0 [1,0-5,0]	4,1±0,72	4,1 [2,0-5,0]	Z=-2,261 p=0,024*
Yeme farkındalığı toplam puanı	103,4±10,36	103,0 [73,0-128,0]	103,5±14,09	103,0 [59,0-128,0]	t=-0,039 p=0,969
Alt boyutları					
Disinhibisyon	17,0±3,12	17,0 [6,0-23,0]	16,2±3,74	16,2 [8,0-23,0]	Z=-1,108 p=0,268
Duygusal Yeme	18,7±4,06	19,0 [5,0-25,0]	18,2±4,92	19,0 [5,0-25,0]	Z=-0,327 p=0,743
Yeme Kontrolü	15,6±2,75	16,0 [9,0-20,0]	15,5±4,15	15,5 [4,0-20,0]	Z=-0,993 p=0,321
Odaklanma	16,1±1,70	16,0 [11,0-21,0]	16,1±2,00	16,1 [11,0-21,0]	Z=-0,604 p=0,546
Yeme Disiplini	13,6±2,30	14,0 [5,0-20,0]	14,7±3,04	14,7 [6,0-20,0]	Z=-3,279 p=0,001*
Farkındalık	15,0±2,42	15,0 [8,0-22,0]	15,1±2,60	15,1 [11,0-23,0]	Z=-0,215 p=0,830
Enterferans	7,4±1,33	8,0 [2,0-10,0]	7,6±1,58	8,0 [3,0-10,0]	Z=-1,061 p=0,289

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri *p<0,05

Bireylerin vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ değerleri ile İES-2, YFÖ-30 ve EAT-26 puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.15’te gösterilmiştir. Bireylerin vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ değerleri ile sadece YFÖ-30 toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı

bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,005$; $p=0,012$). Bireylerin YFÖ-30 puanı arttıkça BKİ değeri azalmaktadır.

İES-2 alt boyutları değerlendirildiğinde; “koşulsuz yeme izni” puanı ile vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=0,139$; $p=0,028$; $r=0,155$; $p=0,014$; $r=0,133$; $p=0,036$). Koşulsuz yeme izni puanı arttıkça vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ değerleri artmaktadır. Bireylerin YFÖ-30 alt boyutlarından “disinhibisyon” ve “yeme kontrolü” puanları ile vücut ağırlığı (sırasıyla; $r=-0,166$; $p=0,009$; $r=0,291$; $p=0,000$), bel çevresi (sırasıyla; $r=-0,169$; $p=0,007$, $r=-0,204$; $p=0,001$) ve BKİ değeri (sırasıyla; $r=-0,220$; $p=0,000$, $r=-0,313$; $p=0,000$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Disinhibisyon ve yeme kontrolü puanları arttıkça vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ değerleri azalmaktadır. Bireylerin “yeme disiplini” puanı ile vücut ağırlığı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,132$; $p=0,036$). Bireylerin yeme disiplini puanı arttıkça vücut ağırlığı değeri azalmaktadır (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Bireylerin vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ değerleri ile İES-2, YFÖ-30 EAT -26 puanları arasındaki ilişki

Değişken (n:250)	Vücut ağırlığı		Bel çevresi		BKİ	
	r	p	r	p	r	P
Ölçek toplam puanları						
İES-2	0,050	0,430	0,073	0,252	-0,009	0,893
YFÖ-30	-0,119	0,060	-0,119	0,060	-0,159	0,012*
EAT-26	-0,083	0,193	0,071	0,263	-0,077	0,227
İES-2 alt boyutları						
Koşulsuz yeme izni	0,139	0,028*	0,155	0,014*	0,133	0,036*
Duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek	0,114	0,071	0,059	0,354	0,024	0,702
Açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek	-0,031	0,622	0,013	0,844	-0,90	0,156
Vücut- besin seçim uyumu	0,042	0,512	0,035	0,583	0,043	0,503
YFÖ-30 alt boyutları						
Disinhibisyon	-0,166	0,009**	-0,169	0,007**	-0,220	0,000**
Duygusal Yeme	0,113	0,074	0,084	0,184	0,024	0,703
Yeme Kontrolü	-0,291	0,000**	-0,204	0,001**	-0,313	0,000**
Odaklanma	0,081	0,202	0,087	0,170	0,070	0,268
Yeme Disiplini	-0,132	0,036*	-0,115	0,069	-0,086	0,176
Farkındalık	-0,022	0,734	-0,048	0,452	-0,009	0,887
Enterferans	0,025	0,697	-0,034	0,596	0,019	0,770

“Spearman” korelasyon katsayısı, ** $p<0,001$ * $p<0,05$

Bireylerin sezgisel yeme, yeme farkındalığı ve EAT-26 arasındaki ilişki Çizelge 4.16’da verilmiştir. Bireylerin İES-2 puanı ile YFÖ-30 puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,477$; $p=0,000$). Bireylerin İES-2 puanı arttıkça YFÖ-30 puanı artmaktadır. Bireylerin EAT-26 puanı ile diğer ölçekler arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Çizelge 4.16. Bireylerin sezgisel yeme, yeme farkındalığı ve EAT-26 arasındaki ilişki

Değişken(n:250)	Sezgisel yeme		Yeme farkındalığı		EAT-26	
	r	p	r	P	r	P
Sezgisel yeme (İES-2)	1	-	0,477	0,000**	-0,052	0,415
Yeme farkındalığı (YFÖ-30)	0,477	0,000**	1	-	-0,005	0,936
EAT-26	-0,052	0,415	-0,005	0,936	1	-

“Spearman” korelasyon katsayısı, ** $p<0,001$ * $p<0,05$

4.5. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.17’de verilmiştir. Erkeklerin günlük aldıkları enerji ortalaması $2205,7\pm501,88$ kkal olup kadınların ise $1790,2\pm374,88$ kkal olarak bulunmuştur. Erkeklerin günlük aldıkları karbonhidrat ve posa ortalaması $266,0\pm74,05$ g; $25,6\pm8,94$ g olarak kadınların ise $200,6\pm57,71$ g; $24,1\pm8,11$ g olarak bulunmuştur. Erkeklerin günlük alınan enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi $49,5\pm7,72$ olup kadınların $45,7\pm7,82$ ’dir.

Erkeklerin günlük diyetle aldıkları yağ miktarı $83,4\pm25,32$ g ve kadınların ise $75,6\pm20,21$ g olarak bulunmuştur. Erkeklerin günlük alınan enerjinin yağdan gelen yüzdesi $33,7\pm7,17$ olup kadınların $37,8\pm6,75$ ’dir. Kadınların doymuş, çoklu doymamış yağ asidi (ÇDYA), tekli doymamış yağ asidi (TDYA) ve kolesterol alımı sırasıyla: $24,6\pm8,12$ g; $21,0\pm7,98$ g; $24,5\pm8,12$ g; $282,6\pm151,83$ mg olup erkeklerin doymuş, ÇDYA, TDYA ve kolesterol alımı sırasıyla: $23,6\pm9,37$ g; $21,7\pm9,23$ g; $27,3\pm10,43$ g; $320,2\pm195,90$ mg olarak bulunmuştur. Erkeklerin n-6/n-3 oranı $16,0\pm10,18$ iken kadın bireylerde n-6/n-3 oranı $15,8\pm7,83$ ’tür (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.17. Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları enerji ve makro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M) , en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

Enerji ve besin öğeleri	Erkek (n:68)		Kadın (n:182)	
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]
Enerji (kkal)	2205,7 $\pm$ 501,88	2152,7 [1365,9-3546,2]	1790,2 $\pm$ 374,88	1767,8 [853,9-3531,4]
Karbonhidrat (g)	266,0 $\pm$ 74,05	256,0 [139,3-477,7]	200,6 $\pm$ 57,71	198,5 74,8-413,4]
Toplam protein (g)	91,0 $\pm$ 28,98	88,9 [39,5-151,8]	71,6 $\pm$ 22,2	69,3 [31,1-158,0]
Yağ (g)	83,4 $\pm$ 25,32	87,0 [31,8-133,5]	75,6 $\pm$ 20,21	74,1 36,2-141,3]
Karbonhidrat (TE %)	49,5 $\pm$ 7,72	49,0 [33,0-69,0]	45,7 $\pm$ 7,82	46,0 [21,0-63,0]
Toplam protein (TE%)	16,9 $\pm$ 4,17	16,0 [9,0-26,0]	16,5 $\pm$ 4,29	15,0 [9,0-30,0]
Toplam yağ (TE %)	33,7 $\pm$ 7,17	35,0 [17,0-51,0]	37,8 $\pm$ 6,75	38,0 [20,0-57,0]
n-6/n-3	16,0 $\pm$ 10,18	13,9 [1,7-50,3]	15,8 $\pm$ 7,83	14,8 [3,6-51,6]
Hayvansal protein (g)	53,5 $\pm$ 26,66	51,0 [8,3-128,5]	40,6 $\pm$ 21,18	36,8 [7,0-124,0]
Bitkisel protein (g)	37,5 $\pm$ 12,73	36,3 [13,6-73,1]	31,0 $\pm$ 10,43	29,9 [7,9-65,9]
Doymuş yağ(g)	23,6 $\pm$ 9,37	23,3 [6,6-42,3]	24,6 $\pm$ 8,12	23,6 [8,1-55,9]
ÇDYA (g)	21,7 $\pm$ 9,23	21,2 [3,3-51,3]	21,0 $\pm$ 7,98	19,8 [5,6-52,2]
TDYA (g)	27,3 $\pm$ 10,43	25,7 [8,8-51,1]	24,5 $\pm$ 8,12	23,4 [9,2-50,2]
Kolesterol (mg)	320,2 $\pm$ 195,90	302,9 [35,0-816,1]	282,6 $\pm$ 151,83	260,8 [45,4-705,6]
Posa (g)	25,6 $\pm$ 8,94	24,1 [8,4-49,0]	24,1 $\pm$ 8,11	23,2 [6,6-47,2]

Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.18’de verilmiştir. Erkekler ve kadınların A vitamini alımı sırasıyla: 1233,8 $\pm$ 2448,37 mcg ve 1225,1 $\pm$ 2100,67 mcg, C vitamini alımı sırasıyla: 114,8 $\pm$ 81,55 mg; 130,2 $\pm$ 82,61 mg ve E vitamini alımı sırasıyla: 21,6 $\pm$ 8,68 mg; 21,6 $\pm$ 8,68 mg olarak bulunmuştur. Erkeklerin ve kadınların tiamin alımı sırasıyla: 1,1 $\pm$ 0,33 mg; 1,0 $\pm$ 0,32 mg), riboflavin alımı sırasıyla: 1,5 $\pm$ 0,59 mcg; 1,4 $\pm$ 0,55 mcg), niasin alımı (sırasıyla: 33,0 $\pm$ 13,15 mg; 26,8 $\pm$ 10,88 mg), B₁₂

vitamini alımı sırasıyla: 6,7±9,06 mg; 5,0±8,37 mg ve folat alımı sırasıyla: 359,5±127,22 mcg; 359,5±127,22 mcg olarak bulunmuştur.

Erkeklerin ve kadınların mikro besin öğelerinden kalsiyum alımı sırasıyla: 640,1±290,0 mg; 657,6±272,23 mg, potasyum alımı sırasıyla: 2781,0±788,0 mg; 2791,5±825,12 mg, magnezyum alımı sırasıyla: 297,1±75,13 mg; 294,8±83,71 mg, fosfor alımı sırasıyla: 1318,5±342,05 mg; 1182,8±307,23 mg, demir alımı sırasıyla: 14,2±3,86 mg; 12,8±3,72 mg, çinko alımı sırasıyla: 11,9±3,86 mg; 10,0±2,96 mg ve bakır sırasıyla: 1878,1±578,23 mcg; 1732,5±590,96 mcg olarak bulunmuştur (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. Bireylerin cinsiyete göre günlük diyetle aldıkları mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

Besin öğeleri	Erkek (n:68)		Kadın (n:182)	
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]
A vitamini (mcg)	1233,8±2448,37	780,9 [132,1-19411,3]	1225,1±2100,67	870,1 [182,6-21801,1]
C vitamini (mg)	114,8±81,55	102,5 [19,0-490,8]	130,2±82,61	115,7 [5,1-527,9]
E vitamini (mg)	21,6±8,68	21,6 [5,1-41,1]	22,0±55,06	22,1 [6,9-47,9]
Tiamin (mg)	1,1±0,33	1,0 [0,4-2,1]	1,0±0,32	1,0 [0,5-2,1]
Riboflavin (mg)	1,5±0,59	1,4 [0,5-4,5]	1,4±0,55	1,4 [0,5-5,0]
Niasin (mg)	33,0±13,15	30,2 [12,4-66,9]	26,8±10,88	25,1 [9,8-67,1]
B ₆ vitamini (mg)	1,7±0,51	1,6 [0,6-3,8]	1,5±0,50	1,4 [0,6-3,6]
B ₁₂ vitamini (mcg)	6,7±9,06	5,0 [0,4-71,2]	5,0±8,37	3,8 [0,3-81,1]
Folat (mcg)	359,5±127,22	348,8 [149,1-836,0]	338,4±120,24	329,1 [110,0-1098,6]
Potasyum (mg)	2781,0±788,0	2757,3 [1082,7-5239,6]	2791,5±825,12	2751,5 [946,1-5937,6]
Kalsiyum (mg)	640,1±290,0	584,5 [121,5-1341,2]	657,6±272,23	622,1 [196,0-2111,5]
Magnezyum (mg)	297,1±75,13	277,5 [120,9-539,6]	294,8±83,71	296,5 [120,4-671,3]
Fosfor (mg)	1318,5±342,05	1310,7 [503,8-1984,0]	1182,8±307,23	1175,8 [540,8-2672,8]
Demir (mg)	14,2±3,86	14,1 [6,8-24,0]	12,8±3,72	12,7 [5,4-25,9]
Çinko (mg)	11,9±3,86	11,9 [6,2-27,9]	10,0±2,96	9,6 [4,0-22,0]
Bakır (mcg)	1878,1±578,23	1840 [690,0-4510,0]	1732,5±590,96	1710 [800,0-4960,0]

Bireylerin cinsiyetlerine göre günlük diyetle aldıkları enerji ve besin öğelerinin Diyet Referans Alım Düzeyi (DRI)'ne göre karşılama yüzdesi (%) Çizelge 4.19'de gösterilmiştir. Enerji (kkal) ve protein (g) alımının karşılama yüzdesi olarak erkeklerde sırasıyla

%71,9±16,4; 162,5±51,7 ve kadınlarda sırasıyla %74,5±15,6; 155,7±48,2 olarak bulunmuştur. Posa (g) alımı karşılama yüzdesi erkeklerde % 67,2±23,5 iken kadınlarda %96,5±32,5 olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınların protein (g) alımına bakıldığında DRI'ya göre karşılama yüzdeleri sırasıyla %162,5±51,7; 155,7±48,2 olarak hesaplanmıştır. Kadın ve erkeklerin n-3 (g) yağ asidi karşılama yüzdeleri sırasıyla: %102,9±90,9; %135,9±101,2; n-6 (g) yağ asidi karşılama yüzdesi sırasıyla: %117,0±51,7; %161,8±61,4 olarak bulunmuştur.

Erkek ve kadınların DRI'ya göre mikro besin öğeleri karşılama yüzdeleri C vitamini (mg) için sırasıyla: %153,1±108,7; %217,1±137,7, E vitamini (mg) için sırasıyla: %179,7±72,4; %183,7±61,8 B6 vitamini (mg) için sırasıyla: %152,7±46,6; %135,5±45,9, tiyamin (mg) için sırasıyla: %110,8±33,7; %115,1±35,6, riboflavin (mg) için sırasıyla: %137,1±53,8; 158,7±61,4 olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınlarda DRI'ya göre karşılama yüzdeleri potasyum (mg) alımları için sırasıyla: %59,1±16,8; %59,4±17,5 kalsiyum (mg) alımları için sırasıyla: %80,0±36,3; %49,5±27,36 demir (mg) alımları için sırasıyla: %236,6±64,4; 158,3±45,9 ve çinko (mg) alımları için sırasıyla: %126,9±41,1; %147,1±43,6 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.19).

Erkeklerin kadınlardan karbonhidrat (g), niasin (mg), B₆ vitamini (mg), B₁₂ vitamini (mcg), demir (mg), fosfor (mg) ve bakır (mcg) besin öğelerini karşılama yüzdesi daha fazla bulunmuştur(p<0,05). Kadınların erkeklerden ise n-3, n-6, posa (g), A vitamini (mcg), C vitamini (mg), riboflavin (mg), magnezyum (mg) ve çinko (mg) besin öğelerini karşılama yüzdesi daha fazla bulunmuştur(p<0,05). Bireylerin günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının DRI'ya göre karşılama yüzdelerine bakıldığında yetersiz (<%50) tüketim durumu görülmemiştir (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.19. Bireylerin cinsiyete göre günlük enerji ve besin öğeleri alımlarının DRI'ya göre karşılama yüzdesi (%)

Enerji ve besin öğeleri	Erkek (n:68)		Kadın (n:182)		
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	
Enerji (kkal)	71,9±16,4	70,2 [44,5-115,6]	74,5±15,6	73,6 [36,0-147,0]	t=-1,147 p=0,251
Karbonhidrat (g)	204,7±56,9	197,0 [107,2-367,4]	154,3±44,4	152,7 [57,5-318,0]	t=7,362 p=0,000**
Protein (g)	162,5±51,7	158,7 [70,6-271,1]	155,7±48,2	150,6 [67,7-343,5]	Z=-1,133 P=0,253
n-3 yağ asidi (g)	102,9±90,9	79,7 [24,4-624,4]	135,9±101,2	107,8 [41,8-737,3]	Z=-5,198 p=0,000**
n-6 yağ asidi (g)	117,0±51,7	115,3 [15,1-274,2]	161,8±61,4	152,5 [37,3-367,2]	t=-5,352 p=0,000**
Posa (g)	67,2±23,5	63,5 [22,1-128,9]	96,5±32,5	93,0 [26,3-188,7]	Z=-6,537 p=0,000**
A vitamini (mcg)	197,3±391,7	125,0 [21,1-310,5]	245,0±420,1	174,1 [36,5-436,0]	Z=-4,652 p=0,000**
C vitamini (mg)	153,1±108,7	136,7 [25,4-294,4]	217,1±137,7	192,8 [8,5-879,8]	Z=-3,774 p=0,000**
E vitamini (mg)	179,7±72,4	180,0 [42,5-342,5]	183,7±61,8	184,6 [57,5-399,2]	t=-0,422 p=0,674
Tiamin (mg)	110,8±33,7	104,5 [41,0-205,0]	115,1±35,6	113,9 [50,0-236,7]	t=-0,861 p=0,390
Riboflavin (mg)	137,1±53,8	128,7 [47,3-406,4]	158,7±61,4	152,2 [53,3-551,1]	Z=-3,224 p=0,001*
Niasin (mg)	274,9±109,6	251,6 [103,3-557,3]	243,3±98,9	228,8 [89,5-610,0]	Z=-2,088 p=0,037*
B ₆ vitamini (mg)	152,7±46,6	147,8 [53,6-342,7]	135,5±45,9	128,2 [55,5-326,4]	Z=-2,945 p=0,003*
B ₁₂ vitamini (mcg)	300,3±53,1	251,3 [22,0-356,5]	248,0±41,8	188,3 [15,0-405,0]	Z=-2,768 p=0,006*
Folat (mcg)	112,4±39,7	109,1 [46,6-261,3]	105,7±37,6	102,9 [34,4-343,3]	Z=1,166 p=0,244
Potasyum (mg)	59,1±16,8	58,6 [23,0-111,5]	59,4±17,5	58,5 [20,2-126,4]	t=-0,088 p=0,930
Kalsiyum (mg)	80,0±36,3	73,1 [15,2-167,7]	82,2±34,0	77,8 [24,5-263,9]	Z=-0,529 p=0,597
Magnezyum (mg)	87,3±21,9	83,9 [34,5-154,2]	115,2±32,6	114,6 [45,4-253,3]	Z=-6,467 p=0,000**
Fosfor (mg)	227,3±58,9	226,0 [86,9-342,1]	203,9±52,9	202,7 [93,2-460,8]	t=3,013 p=0,003*
Demir (mg)	236,6±64,4	234,8 [113,0-400,0]	158,3±45,9	157,1 [66,4-319,5]	t=10,673 p=0,000**
Çinko (mg)	126,9±41,1	126,3 [65,5-297,1]	147,1±43,6	141,1 [59,0-322,8]	t=-3,293 p=0,001*
Bakır (mcg)	268,3±82,6	262,9 [98,6-644,3]	247,5±84,4	244,3 [114,3-708,6]	Z=-2,121 p=0,034*

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri *p<0,05
p<0,001**

Bireylerin cinsiyete ve sezgisel yeme durumuna göre günlük alınan enerji ve mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri Çizelge 4.20'de gösterilmiştir. Sezgisel yiyecek ve yemeyen erkeklerin enerji alımları sırasıyla $2247,5 \pm 526,77$ kkal ve $2112,2 \pm 438,54$ kkal, posa alımları sırasıyla $25,9 \pm 9,49$ g ve $24,6 \pm 7,69$ g, kolesterol alımları sırasıyla $291,3 \pm 185,90$ mg, $384,7 \pm 206,75$ mg potasyum alımları sırasıyla $2667,7 \pm 763,20$ mg, $3034,7 \pm 801,92$ mg ve riboflavin alımları sırasıyla $1,5 \pm 0,65$ mg ve $1,5 \pm 0,42$ mg olarak bulunmuştur. Sezgisel yiyecek ve yemeyen erkeklerin enerji, posa, kolesterol, potasyum, riboflavin alımları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

Sezgisel yiyecek erkeklerin günlük alınan enerjinin proteinden gelen yüzdesi ($\%16,2 \pm 14,73$) sezgisel yemeyen erkeklerden ($\%18,6 \pm 4,46$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Bunun yanı sıra sezgisel yiyecek ve yemeyen erkeklerde günlük alınan enerjinin yağdan (sırasıyla: $\%34,3 \pm 7,10$; $\%32,3 \pm 7,33$) ve karbonhidrattan (sırasıyla: $\%49,6 \pm 6,91$; $\%49,1 \pm 9,47$) gelen yüzdeleri ile kolesterol (sırasıyla: $49,1 \pm 9,47$ mg; $384,7 \pm 206,75$ mg) ve diğer mikro besin öğelerinin alımları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$) sadece magnezyum (sırasıyla $280,0 \pm 68,94$; $328,9 \pm 79,00$) alımları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$) (Çizelge 4.20).

Sezgisel besin yiyecek ve yemeyen kadınlarda enerji alımları sırasıyla $1779,1 \pm 343,73$ kkal ve $1799,7 \pm 401,18$ kkal, posa alımları sırasıyla $24,5 \pm 7,80$ g ve $23,8 \pm 8,39$ g, kolesterol alımları sırasıyla $307,8 \pm 160,18$ mg ve $261,0 \pm 141,57$ mg potasyum alımları sırasıyla $2778,7 \pm 846,9$ mg ve $2802,4 \pm 810,16$ mg ve riboflavin alımları sırasıyla $1,4 \pm 0,65$ mg ve $1,4 \pm 0,44$ mg olarak bulunmuştur. Sezgisel besin yiyecek ve yemeyen kadınların enerji, posa, kolesterol, potasyum, riboflavin alımları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0,05$) (Çizelge 4.20).

Sezgisel besin yiyecek ve yemeyen kadınların günlük alınan enerjinin protein gelen yüzdeleri sırasıyla: $\%17,2 \pm 4,68$; $\%15,8 \pm 3,85$ olarak bulunmuştur. Sezgisel yiyecek kadınların günlük alınan enerjinin protein gelen yüzdeleri sezgisel yemeyen kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Sezgisel yiyecek ve yemeyen kadınların günlük alınan enerjinin yağdan gelen yüzdeleri sırasıyla: $\%37,6 \pm 6,40$; $\%38,0 \pm 7,06$ ve karbonhidrattan gelen yüzdeleri sırasıyla: $\%45,3 \pm 7,39$; $\%46,1 \pm 8,20$ olarak bulunmuştur. Sezgisel yiyecek kadınların kalsiyum alımları ($614,5 \pm 239,98$ mg) sezgisel yemeyen kadınlardan

(694,6±293,29 mg) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Kalsiyum dışındaki mikro besin öğelerinin alımında sezgisel besin yiyen ve yemeyen kadınlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 4.20).



Çizelge 4.20. Bireylerin cinsiyete ve sezgisel yeme durumuna göre günlük alınan enerji ve mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

Enerji ve besin öğeleri	Erkek					Kadın				
	Sezgisel yiyenler (n:47)		Sezgisel yemeyenler (n:21)			Sezgisel yiyenler (n:84)		Sezgisel yemeyenler (n:98)		
	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]		$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x} \pm SS$	M [Min –Max]	
Enerji (kkal)	2247,5±526,77	2247,2 [1365,9-3546,2]	2112,2±438,54	2140,8 [1368,5-3053,5]	t= -1,028 p= 0,308	1779,1±343,73	1766,9 [863,9-3042,0]	1799,7±401,18	1768,6 [1027,7-3531,4]	t= 0,368 p= 0,713
Top. Protein (TE %)	16,2±14,73	16,0 [9,0-25,0]	18,6±4,46	19,0 [11,0-26,0]	t= 2,330 p= 0,023*	17,2±4,68	16,0 [9,0-30,0]	15,8±3,85	15,0 [10,0-27,0]	Z= -1,993 p=0,046*
Top. Yağ (TE %)	34,3±7,10	36,0 [17,0-51,0]	32,3±7,33	33,0 [19,0-48,0]	Z= -1,250 p= 0,211	37,6±6,40	38,0 [20,0-51,0]	38,0±7,06	38,0 [21,0-57,0]	t= 0,489 p= 0,626
Karbonhidrat (TE %)	49,6±6,91	50,0 [33,0-69,0]	49,1±9,47	49,0 [34,0-68,0]	t= -0,266 p= 0,791	45,3±7,39	45,5 [28,0-63,0]	46,1±8,20	46,0 [21,0-62,0]	t= 0,705 p= 0,482
Posa (g)	25,9±9,49	23,4 [8,4-49,0]	24,6±7,69	24,8 [12,6-40,6]	Z= -0,265 p= 0,791	24,5±7,80	23,9 [6,6-44,7]	23,8±8,39	23,2 [10,6-47,2]	t= -0,649 p= 0,517
Kolesterol (mg)	291,3±185,90	225,5 [42,0-749,9]	384,7±206,75	370,8 [35,0-816,1]	Z= -1,759 p= 0,079	307,8±160,18	306,1 [46,5-705,6]	261,0±141,57	232,5 [45,4-698,4]	Z= -1,921 p= 0,055
Potasyum (mg)	2667,7±763,20	2693,9 [1082,7-5239,6]	3034,7±801,92	3018,8 [1394,4-4432,6]	t= 1,804 p= 0,076	2778,7±846,9	2751,5 [1210,3-4827,6]	2802,4±810,16	2739,6 [949,1-5937,6]	Z= -0,059 p= 0,953
Fosfor (mg)	1304,3±355,95	1310,8 [503,8-1984,0]	1350,3±314,66	1277,5 [796,7-1907,1]	t= 0,509 p= 0,612	1204,1±311,18	1197,5 [599,2-1896,4]	1164,5±304,21	1145,4 [540,8-2672,8]	t= -0,866 p= 0,388
Kalsiyum(mg)	643,6±303,18	575,1 [121,5-1341,2]	632,4±265,02	587 [222,2-1207,5]	Z= -0,146 p= 0,884	614,5±239,98	580,8 [210,0-461,3]	694,6±293,29	681,4 [196,0-2111,5]	t= 1,993 p=0,048*

Çizelge 4.20. (devam) Bireylerin cinsiyete ve sezgisel yeme durumuna göre günlük alınan enerji ve mikro besin öğelerinin ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), medyan (M), en alt sınır (Min) ve en üst sınır (Max) değerleri

Enerji ve besin öğeleri	Erkek					Kadın				
	Sezgisel yiyenler (n:47)		Sezgisel yemeyenler (n:21)			Sezgisel yiyenler(n:84)		Sezgisel yemeyenler (n:98)		
	$\bar{x}\pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x}\pm SS$	M [Min –Max]		$\bar{x}\pm SS$	M [Min –Max]	$\bar{x}\pm SS$	M [Min –Max]	
Magnezyum (mg)	280,0±68,94	267,1 [120,9-416,2]	328,9±79,00	290,1 [256,5-539,6]	Z=- 2,396 p=0,017*	298,6±80,89	300,2 [120,4-461,3]	291,4±86,34	291,7 [120,4-671,3]	Z=-1,271 p=0,204
Demir (mg)	14,1±4,12	14,4 [6,8-22,6]	14,4±3,30	13,4 [10,0-24,0]	t= 0,280 p= 0,780	13,2±3,41	13,5 [5,4-21,7]	12,5±3,94	12,0 [6,1-25,9]	t= -1,424 p= 0,156
Çinko (mg)	12,2±4,40	12,4 [6,2-27,9]	11,3±2,19	10,9 [6,9-15,4]	t= -0,967 p= 0,337	10,2±2,75	10,3 [5,2-19,6]	9,8±3,13	9,3 [4,0-22,0]	Z= -1,480 p= 0,139
Tiamin (mg)	1,1±0,36	1,0 [0,4-2,1]	1,1±0,27	1,1 [0,7-1,7]	t= -0,163 p= 0,872	1,0±0,31	1,0 [0,5-1,8]	1,0±0,33	1,0 [0,5-2,1]	t= -0,354 p= 0,724
Riboflavin (mg)	1,5±0,65	1,4 [0,5-4,5]	1,5±,42	1,4 [0,6-2,3]	Z= -0,982 p= 0,326	1,4±0,65	1,3 [0,5-5,0]	1,4±0,44	1,4 [0,5-3,3]	Z= -0,605 p= 0,545
B12 vitamini (mcg)	6,9±10,24	4,9 [0,4-71,2]	6,2±5,78	5,1 [0,5-27,2]	Z= - 0,093 p= 0,926	6,0±11,99	3,8 [0,8-81,1]	4,1±2,47	3,7 [0,3-12,2]	Z= -0,692 p= 0,486

Independent samples T testi (t-tablo değeri), Z “Mann-Whitney U test” istatistik değeri *p<0,05

5. TARTIŞMA

Yeme tutum ve davranışlarının incelenmesi, birçok yönüyle irdelenen ve sık tartışılan bir konudur. Yeme tutumundaki değişimler yeme bozukluklarına kadar varan birçok probleme yol açmaktadır. Yeme davranışına verilen dikkatin artırılması, tüketilen besinin içselleştirilmesi, besin tüketimi sırasında düşünce ve duygulara olan hassasiyetin azaltılması ile daha sağlıklı besin seçimleri yapılabilmektedir [22,23].

Bu çalışma 19-45 yaş arası yetişkin bireylerde sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Çalışma verileri “Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Bilgilerinin Değerlendirilmesi”, “Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi”, “Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi”, “Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Farkındalığı ve Yeme Bozukluğu Riski Durumlarının Değerlendirilmesi” ve “Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi” başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 verilerine göre yetişkin bireyler (15-64 yaş) Türkiye nüfusunun %67,9'unu oluşturmaktadır [138]. Yine TÜİK (2017) verilerine göre kadınların ortalama yaşı 32,4 ve erkeklerin ortalama yaşı 31,1 yıldır [156]. Yetişkin bireyler üzerinde yapılan bu çalışmada bireylerin %72,8'i kadın %27,2'si erkektir ve bireylerin yaş ortalaması $25,3 \pm 5,83$ yıl olarak saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan bireylerin yarısından fazlası (%56,8) öğrencidir ve genç yetişkin popülasyonu oluşturmaktadır (Bkz. Çizelge 4.1). Yaşlı nüfusun her geçen gün arttığı ülkemizde genç yetişkin bireyler üzerinde yapılan çalışma verilerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik uygulamalara yön vereceği düşünülmektedir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların en önemli risk faktörlerinden birisi tütün kullanımıdır. Bu nedenle, Onuncu Kalkınma Planının (2014-2018) sağlıkla ilgili bölümlerinde; “tütün kullanımı ile mücadele” sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planları arasında gösterilmektedir [157]. Günümüzde %80'i gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, dünyada 1,3 milyar kişi ülkemizde ise 14,8 milyon kişi sigara içmektedir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 110-120 bin kişi tütün kullanımına bağlı hastalıklar sebebiyle hayatını

kaybetmektedir [158]. Çalışmada bireylerin büyük bir çoğunluğu (%87,2) sigara içmemektedir (Bkz. Çizelge 4.3). Ülkemizde son 10 yıldır yürütülmekte olan ve Dünya’da örnek gösterilen ulusal tütün ile mücadele programının sonuçlarının bir yansıması olarak başta sigara olmak üzere tütün kullanımının giderek azalmasına yönelik bulgular umut vericidir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre Türkiye genelinde erkeklerde alkollü içecek tüketiminin en yüksek 31-50 yaş grubunda (39,62 mL) olduğu, 19-30 yaş grubunda ise ortalama 25,35 mL alkollü içecek tüketildiği saptanmıştır. Alkollü içecek tüketiminin kadınlarda 19-30 yaş grubunda ortalama 4,79 mL, 31-50 yaş grubunda ise 1,5 mL olduğu saptanmıştır. Kadınlarda alkollü içecek tüketimi oldukça düşüktür. [159]. Bu çalışmada bireylerin çoğunluğunun alkol tüketmediği (%91,6) ve erkeklerde tüketim miktarının ($12,2 \pm 31,89$ mL/gün) kadınlardan ($2,4 \pm 13,01$ mL/gün) daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.4). TBSA verileri ile kıyaslandığında bu çalışmaya dâhil olan erkeklerin alkol tüketim miktarının daha az, kadınların ise benzer olduğu tespit edilmiştir.

Her yaşta görülebilen beden memnuniyetsizliğinin altında yatan nedenler toplum baskısı, şişmanlık korkusu ve dürtülerdir [160]. Beden memnuniyetsizliği; katı diyetleri ve yanlış uygulamaları beraberinde getirmektedir. Yeme bozukluğu tanısı almış hastaların geçmişte diyet öyküsüne sahip oldukları ve bu amaçla kendi kendilerine denedikleri uygunsuz yöntemlerin ise yeme bozukluğu oluşumuna zemin hazırladığı belirtilmektedir [161]. Üniversite öğrencilerinin beden görüntüsünden memnuniyet düzeyi, yeme tutumu ve yakın ilişki kurma düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan yaş ortalaması $21,4 \pm 1,8$ (yıl) olan 230 bireyin katılımıyla gerçekleşen bir çalışma sonucuna göre katılımcıların sadece %8,7’sinin zayıflama diyeti yaptıkları belirlenmiştir [162]. Kadioğlu ve Ergün (2015) tarafından 525 katılımcının yeme tutumu, öz-etkililik ve bu durumları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %53,1’inin hiçbir zaman diyet yapmadığı ve %71,8’inin vücut ağırlıklarını korumak için çaba harcamadıkları bulunmuştur [163]. Bu çalışmada erkeklerin %4,4’ünün kadınların ise %17,6’sının diyet yaptığı belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca diyet yapan bireylerin yaptığı diyet türüne bakıldığında her iki cinsiyette de zayıflama diyeti yapanların sayısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerin kilo verme isteğine bakıldığında ise erkeklerin %66,7’sinin sağlık; kadınların ise % 75,0’inin estetik nedeniyle kilo vermek istedikleri

saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.5). Özellikle toplumdaki güzellik anlayışının değişimi ve medyadaki “sıfır beden algısı” başta kadınlar olmak üzere genç erişkinlerde önemli bir baskı nedenidir ve çalışma sonuçları bu öngörüğü desteklemektedir.

5.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Metabolizmanın sağlıklı ve dengeli çalışabilmesi için günde üç ana öğün tüketilmelidir. [164]. Buna ek olarak düzenli veya hiç kahvaltı yapmayanların ve öğün atlayanların her gün düzenli olarak kahvaltı yapanlara ve öğün atlamayanlara göre daha fazla şişmanlama eğilimde oldukları bilinmektedir [165].

Yetişkin bireylerden oluşan ve %20’si kadın olan toplam 268 katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %85,1’i günde üç ana öğün tüketirken hiç ara öğün tüketmeyenlerin tüm katılımcıların %54,5’ini oluşturduğu saptanmıştır [166]. Çalışmada, tüketilen ana öğün ortalaması $2,8 \pm 0,4$ olup kadınların erkeklere göre ara öğün tüketim sayısının daha fazla olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Bkz. Çizelge 4.6).

Beslenme alışkanlıkları, yeme davranışları ve beden kütle indeksleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla toplam 1340 genç yetişkin bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada erkeklerin %39,1’inin kadınların %48,0’inin sabah kahvaltısını hiç yapmadıkları bildirilmiştir [167]. Yaş ortalaması $36,3 \pm 9,24$ olan 130 yetişkin bireyin beslenme bilgilerini ve alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılan farklı bir çalışmada ise katılımcıların %55,4’ünün öğle yemeklerini atladıkları belirlenmiştir. Öğün atlama nedenleri arasında ise sırasıyla katılımcıların zamanının olmaması (%33,1) ve diyet yapmak/zayıflamak (%23,1) yer aldığı tespit edilmiştir [168]. Katılımcıların (450 birey, 51’i erkek) beslenme bilgi düzeylerinin beslenme durumu ile yeme tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada erkeklerin öğün atlama durumu %64,7 iken kadınların %59,1 olduğu ve atlanılan öğünün erkeklerde sabah kahvaltısı ve öğle iken kadınlarda atlanılan öğünün öğle öğünü olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğün atlayan bireyler en çok “zaman bulamama” nedeniyle öğün atladıklarını bildirilmişlerdir [169]. Benzer sonuçların elde edildiği bu çalışmada ise erkekler kadınlara göre daha fazla oranda öğün atladıkları ($p < 0,05$) ve bireylerin en çok atladıkları öğünün öğle öğünü (%35,9) olduğu belirlenmiştir. Bireylerin öğün atlama nedeni olarak ilk sırada vakit yetersizliği yer almıştır (Bkz. Çizelge 4.7). Bireylerin iş yoğunluğu/ iş saatleri veya okul faaliyetleri nedeniyle

yemek yemeye vakit bulamamaları öğün atlamalarına sebep olabilmektedir. Çalışma örnekleminin yarısından fazlasını öğrencilerin oluşturduğu düşünüldüğünde öğrencilerin erken başlayan ders saatleri, yoğun geçen ders ve sınav haftaları, yurt veya okulda yemek çıkmaması, maddi imkânların yetersizliği gibi durumlar da öğün atlama oranını artırabilmektedir.

5.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Dengesiz beslenmeye bağlı şişmanlık ve beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) görülme sıklığı artmaktadır. Ülkemizde tüm ölümlerin ilk sırasında % 47,7 ile kalp damar hastalıkları yer almaktadır [159]. Bel çevresi ölçümü kardiyometabolik risk faktörlerinin, BKİ ise obezitenin göstergesi olarak kullanılmaktadır [170]. Ülkemizde TBSA 2010 verilerine göre yetişkin bireylerin sadece erkeklerde %38,6'sı, kadınların ise %26,6'sı normal BKİ değerlerine sahiptir. Obezite ve kilolu olma/hafif şişmanlık görülme sıklığı ise sırasıyla, erkek bireylerde %20,5 ve %39,1, kadınlarda ise %41,0 ve %29,7 olarak saptanmıştır. Tüm yetişkin bireylerde obezite görülme sıklığı %30,3, hafif şişmanlık görülme sıklığı ise %34,6'dır [142]. Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması-II'ye (TÜRDEP-II) göre ise Türkiye'de obezite sıklığı %32,0 olarak bulunmuştur [171]. Çalışmada, katılımcıların %21,6'sı (E:%48,6; K:%11,5) şişman bulunmuştur ve cinsiyetler arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.9). Çalışma popülasyonunun çoğunluğunu genç erişkinler ve üniversite öğrencileri oluşturduğu düşünüldüğünde sonuçların bu yaş grubunda yapılan diğer çalışmalarla [172,173] benzerlik gösterdiği görülmektedir.

BKİ şişmanlığın objektif ve basit bir ölçüsü olmakla beraber tek ölçüsü değildir. Bel çevresi ölçümü de obezite gibi durumların tespiti için değerlendirilmesi gereken bir başka kriterdir [140]. Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından ülkemizde 20 yaş ve üzeri 13.878 bireyin katıldığı çalışmada; 20-29, 30-39 ve 40-49 yaş erkeklerde bel çevresi sırasıyla $90,1\pm10,4$ cm, $96,2\pm11,1$ cm ve $99,0\pm10,7$ cm; aynı sıralamayla kadınlarda $83,2\pm11,9$ cm, $94,6\pm13,3$ cm ve $98,5\pm12,9$ cm olduğu belirlenmiştir [174]. Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada bel çevresi ölçüm sonuçlarına göre erkeklerin %4,9'u metabolik risk ve %2,2'si yüksek metabolik risk altında iken kadınların %10,5'i metabolik risk ve %2,5'i yüksek metabolik risk altında olduğu tespit edilmiştir [175]. Bu çalışmada erkek ve kadınların bel çevresi sırasıyla; $89,7\pm10,75$ cm,

72,6±8,69 cm olarak bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.8). Ayrıca çalışmada erkeklerin %33,8'inin kadınların ise %17,0'ının metabolik risk altında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.9).

5.4. Bireylerin Sezgisel Yeme, Yeme Farkındalığı, BKİ ve Yeme Bozukluğu Riski Durumlarının Değerlendirilmesi

Obezitenin psikososyal yönleri anlaşıldıkça katı kurallara bağlı diyet yaklaşımları yerine bireyin farkındalığını arttıran ve sezgilerine güvenerek hareket edebileceği alternatif yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sezgisel yeme, vücudun açlığına odaklanan ve tüketilecek besin miktarına dair ipucu veren bir alternatif olarak görülmekte, yeme davranışını düzenlemek için iç açlığa ve dolgunluk ipuçlarına daha fazla odaklanmayı vurgulamaktadır [176, 177].

Yaş ortalaması 21,4±3,66 yıl olan 181 erkek bireyin sezgisel yeme durumları ve sezgisel yeme durumunun fiziksel aktivite motivasyonu ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya göre sezgisel yeme ölçeğinin bazı alt boyutlarında erkeklerin yüksek puan aldığı bulunmakla birlikte sezgisel yemenin erkekler için ağırlık kontrolü ve ağırlık kaybı aracı olarak kullanılmasında gelecek vaat eden bir alternatif olduğu belirtilmiştir [178]. Genç yetişkin bireylerin (yaş ortalaması 25,3 olan 2287 birey) sosyo-demografik özellikler ve BKİ açısından sezgisel yeme durumunun araştırıldığı başka bir çalışmada genç yetişkin erkeklerin kadınlara kıyasla bedenlerinin ne kadar besin tüketmeleri gerektiğini söyleyeceğine daha fazla güvendiği bulunmuştur [179]. Yetişkin 532 Alman bireyde sezgisel yeme ölçeğinin Almancaya uyarlamasının yapıldığı çalışmaya göre erkeklerin IES-2 puanının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur [56]. Yetişkin 482 bireyde IES-2'nin psikometrik özelliklerinin incelendiği bir başka çalışmada sezgisel yemenin alt boyutlarında “duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek” puanı erkeklerde kadınlardan daha (sırasıyla 3,5±0,94; 3,1±1,07) yüksek bulunmuştur [180]. Ancak doktor tanısı almamış (bireysel bildirilen) psikolojik sıkıntı, duygusal yeme, besin bağımlılığı ve BKİ arasındaki ilişkiyi incelemek amacı taşıyan ve %76,3'ü kadınlardan oluşan 1015 üniversitesi öğrencisi üzerinde yapılan farklı bir çalışmada erkeklerin İES-2 puanları (2,15±0,97) kadınların puanlarından (2,83±1,03) anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$) [50]. Bu çalışmada “koşulsuz yeme izni”, “duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek” ve “açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek” boyutlarında

erkeklerin puanlarının kadınlardan yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.10). Bu sonuçlar genellikle literatürdeki sonuçlar ile benzerlik göstermektedir[56,178-180]. Sonuçlar erkeklerin kadınlara kıyasla duygusal durum ve olaylardan daha az etkilenecek duygusal nedenlerden çok sezgilerine güvenerek yemeyi tercih ettiklerini ortaya koymaktadır.

Türkiye örneklemlili 400 yetişkin kadın birey katılımı ile sezgisel yeme, yeme tutumu, diyet kalitesi ve beden kütle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada katılımcıların %53,3'ünde sezgisel yeme davranışının yüksek olduğu yani %53'ünün sezgisel yiyecek tespit edilmiştir [181]. Benzer şekilde bu çalışmada erkeklerin %69,1'inin kadınların %47,7'sinin sezgisel yiyecek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.11). Kadınlarda benzer sonuçlar gözlenmiştir. Çalışma örneklemelerinin yaş ortalamasının benzer olmasının sonuçlar üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Kültürel olarak İspanyol kökenli Amerikan 482 yetişkin bireyde İES-2'nin psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada BKİ'ye göre normal bireylerin İES-2 puanları $3,4\pm0,59$; hafif şişman bireylerin $3,2\pm0,54$ ve obez bireylerin $2,9\pm0,61$ olarak tespit edilmiştir ($p>0,05$) [180]. Alman bireylerde (%82'si kadın) İES-2'nin psikometrik değerlendirmesinin yapılması amaçlanan bir çalışmada da düşük ve normal vücut ağırlığına sahip katılımcıların fazla kilolu ve obez katılımcılardan daha yüksek İES-2 puanları olduğu bulunmuştur [56]. Fransız 1015 birey (%76,3'ü kadın) üzerinde yapılan başka bir araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur [50]. Uyarlanmış diyalektik davranış terapisi becerilerinin Brezilyalı obez bireylerde (30 birey) problemli ve adaptif yeme davranışları üzerindeki etkilerini analiz etmeyi amaçlayan çalışmada bireylerin İES-2 puanı $2,53\pm0,3$ olarak tespit edilmiştir [182]. Bu çalışmada, ise şişman bireylerin İES-2 puanlarının ($3,1\pm0,37$), zayıf ($3,2\pm0,40$) ve normal ($3,3\pm0,30$) BKİ'ye sahip bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.12). Bununla birlikte sezgisel yiyecek bireylerin çoğunluğunun (%69,7) normal BKİ'de olduğu, sezgisel yiyecek bireylerin %21,2'sini şişman bireylerin oluşturduğu (Bkz. Çizelge 4.13) ancak sezgisel yeme toplam puanı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.12). Obezlerin iç açlık ve tokluk sinyallerine diğer bireylere göre daha az güvendikleri bilinmektedir. Çalışma örnekleminin çoğunluğunu genç erişkinlerin oluşturduğu düşünüldüğünde ve her ne kadar bu çalışmada sezgisel yiyecek birey çoğunlukta olsada ideal vücut ağırlığından uzaklaştıkça bireylerin sezgisel yeme mekanizmasının bozulabileceği,

beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışlarının da özellikle üniversite çağlarında olumsuz yönde eğilim gösterebileceği unutulmamalıdır.

Ağırlık kaybı önerileri; enerji alımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması ve davranış modifikasyonlarının bir kombinasyonunu oluşturmaktadır. Yeme davranışı modifikasyonları ise yeme farkındalığını içermektedir [183]. Yeme farkındalığı vücut ağırlığı yönetimi için son yıllarda üzerinde sıklıkla çalışılan bir konu olmakla birlikte farkındalığın oluşturulmasında hangi alt bileşenlerin sorumlu olduğuna ilişkin daha fazla veriye ihtiyaç vardır [184]. Bir derlemede, vücut ağırlığı kontrolü programlarının bir bileşeni olarak yeme farkındalığının dahil edilmesinin; obezitenin tedavisinde önemli faydalar sağlayabileceği vurgulanmaktadır [183].

Yeme farkındalığının kısa formu (24 soruluk) ile yetişkin 332 bireyde yapılan bir çalışmada yetişkin bireylerin YFÖ puanı $74,7 \pm 13,1$ olarak bulunmuş ve farkındalık temelli stres yönetimi uygulamasının sonucunda “disinhibisyon” alt boyutunun puanında artış gözlenmiştir. Ayrıca uygulanan farkındalık temelli stres yönetiminin duygusal yeme üzerinde etkili olduğu ileri sürülmüştür [185]. Farkındalık temelli stres yönetimi uygulaması ile duygusal yeme, kontrolsüz beslenme ve tüketilen yiyeceklerin türü ve miktarındaki değişiklikler yoluyla katılımcıların (48 erkek) beslenme davranışlarını ve besin alımlarını olumlu yönde etkileyeceği hipoteziyle yürütülen benzer bir çalışmaya göre katılımcıların uygulama öncesi YFÖ ölçek puanı $105,5(98,8 - 11,2)$ olarak bulunmuştur. Yeme farkındalığı temelli uygulama sonucunda ise YFÖ ölçek puanının istatistiksel olarak önemli düzeyde [$124,5(117,2-131,7)$; $p<0,05$] arttığı tespit edilmiştir [186]. Yetişkin 79 bireyin katıldığı farklı bir çalışmada ise yeme farkındalığı temelli stres yönetimi uygulaması öncesi YFÖ ölçek puanı $120,7 \pm 20,84$ uygulama sonrası $131,4 \pm 19,48$ olarak tespit edilmiştir [187]. Genç yetişkin 318 bireyde (%77,4’ü kadın) yapılan Türkiye örneklemleri çalışmada erkeklerin YFÖ-30 puanı $98,4 \pm 13,93$, kadınların ise $98,0 \pm 13,80$ olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Ayrıca bireylerin BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 puanı zayıflarda $100,3 \pm 14,07$, normal bireylerde $98,2 \pm 13,23$ ve hafif şişman-şişman bireylerde $96,1 \pm 15,96$ olarak bulunmuştur ($p>0,05$) [21]. Bu çalışmada erkek ve kadın bireylerin yeme farkındalığı toplam puanı sırasıyla $104,4 \pm 12,02$ ve $103 \pm 11,06$ olarak bulunmuştur ($p>0,05$). YFÖ-30’un alt boyutlarından “duygusal yeme” de erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip olduğu ($p<0,05$) ve “yeme disiplini” alt boyutunda kadınların erkeklerden yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.10).

Çalışmada bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre yeme farkındalığı alt boyutlarından olan “yeme kontrolü ” puanının zayıf ve normal bireylerde şişman bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). “Disinhibisyon” ve “yeme disiplini” alt boyutlarında ise normal bireylerin şişman bireylerden yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.12). Bu çalışma Köse (2017) [20] tarafından yapılan çalışma ile benzer sonuçlar görülmektedir. Bilgimiz dahilinde literatürde erkek ve kadınlar üzerinde YFÖ-30 tüm alt boyutlarının cinsiyete ve BKİ sınıflamasına göre incelendiği benzer bir çalışma bulunmaması nedeniyle bir kıyaslama yapılamamakla birlikte, normal vücut ağırlığına sahip bireylerin vücut ağırlığı kontrollerinde yeme kontrolü, disinhibisyon, yeme disiplini gibi alt boyutlarda dahil olmak üzere yeme farkındalığının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yeme bozuklukları; kültür, alışkanlık, yaşam tarzı, düşük benlik saygısı ve empatide zayıflık gibi bir dizi zihinsel çatışmalar ile ilişkili yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler ve zayıflama takıntısı ile karakterizedir [188]. Ülkemizde giderek yaygınlaşan yeme bozukluklarının sıklığı net bilinmese de, genç nüfusta tanı konulacak düzeye ulaşmayan sağlıksız yeme davranışları oldukça sık görülmektedir [163]. Bireylerin yeme bozukluğu riskinin belirlenmeye çalışıldığı 294 genç yetişkin bireyin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada kadınların % 11,9’unda, erkeklerin ise %14,9’unda yeme davranışı bozukluğu riski tespit edilmiştir [189]. Egzersiz bağımlılığı ile yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan ve düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerde (375 birey) yapılan bir çalışmada kadınların EAT-26 puan ortalamaları $17,88\pm13,23$ iken erkeklerde $15,35\pm13,55$ puan olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca araştırma sonucunda katılımcıların %31,47’sinde yeme bozukluğu riski olduğu saptanmıştır [190]. Genç yetişkin bireylerin katılımı(450 birey) ile gerçekleşen Türkiye örneklemli bir başka çalışmaya göre kadınların % 36,6’sı erkeklerin ise % 15,7’sinde yeme bozukluğu riski tespit edilmiştir[169]. Finlandiya’da 1863 genç yetişkin üzerinde yapılan bir taramada katılımcılarda yeme bozukluğu görülme oranı %9,7 olarak bulunmuştur [191]. Bu çalışmada, kadınların EAT-26 puanı erkeklerden daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca bireylerin %23,6’sının yeme davranışı bozukluğu riski taşıdığı, kadınların erkeklerden daha fazla oranda (sırasıyla %25,3, %19,1) yeme davranışı bozukluğu riski taşıdığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.11). Bu sonuçlar Yıldırım ve diğerlerinin (2017)[190] ve Beyaz (2017)[169] çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Yeme bozukluğuna zemin hazırlayan nedenlerden biri olan

kadınların daha fazla beğenilme arzusu ve estetik kaygılar sebebiyle yaptıkları diyet uygulamalarının oranının erkeklerden daha yüksek olması da bu sonucu destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Genç yetişkin bireylerde (136 birey, %58,5'i kadın) olası yeme bozukluğunu araştırmayı amaçlayan bir çalışmada katılımcıların %55,9'unda yeme bozukluğu saptanmış, BKİ'ye göre bireylerin yeme davranış bozukluğu riski değerlendirildiğinde gruplar arasında bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) [192]. Genç yetişkin 270 (%88,1'i kadın) bireyin yeme tutumlarını ve obsesif-kompulsif durumunu değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada BKİ değişkenine göre yeme tutum testi puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılığın fazla kilolu+obez olan bireylerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [193]. Benzer bir çalışmada ise zayıf genç yetişkinlerin %7,8'inin, normal bireylerin %13,6'sının ve kilolu bireylerin %15,5'inin yeme davranışı bozukluğuna yatkın oldukları belirlenmiştir [189]. Bu çalışmada EAT-26 puanı BKİ sınıflandırmasına göre zayıf bireylerde $17,3\pm6,70$, normal bireylerde $14,8\pm7,31$ ve şişman bireylerde $14,7\pm7,70$ olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında zayıf bireylerin daha yüksek EAT-26 puanı olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.12). Çalışmada ayrıca, zayıf bireylerin %39,1'inde normal bireylerin % 21,4'ünde ve şişman bireylerin %24,1'inde yeme davranışı bozukluğu riski tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.13). Bu konuda bu çalışmada dahil literatürdeki çalışmalar arasında farklı sonuçların; örneklem büyüklükleri, katılımcıların özellikleri ve beslenme bilgi düzeyleri gibi faktörlerdeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yetişkin bireylerde (18-91 yaş, 532 birey) yapılan bir çalışmada sezgisel yeme durumunun duygusal yeme, yemek yeme tutumu, tıknırcasına yeme, aşırı yeme ve yeme bozukluğu semptomatolojisi ile negatif ilişkileri olduğu bulunmuştur [56]. Kadınların tüm katılımcıların %81,3'ünü oluşturduğu 1134 yetişkin bireyin katılımı ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada İES-2 toplam puanı ve alt boyut puanlarının yeme bozukluğu belirtileri, iştahsızlık ve duygusal farkındalık, vücut memnuniyetsizliği ve benlik algısı kaybı ile negatif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada yeme bozukluğu olan kadınların tüm İES-2 alt boyut puanları ve toplam puanının yeme bozukluğu tanısı almayan kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük değerlere sahip olduğu saptanmıştır [194]. Bir sistematik derlemede ise sezgisel yemenin düşük yeme bozukluğu seviyesi, daha pozitif bir vücut imgesi ve olumlu duygusal işlevlerle ilişkilendirildiği ifade edilmiştir [57].

Farklı bir çalışmada çoğunluğu kadın (%80,3) olan 375 genç yetişkin birey ile katı diyet kontrolü ve sezgisel beslenmenin yeme bozukluğu ve beden imajı kaygılarının çeşitli indeksleri ile arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçta katı diyet kontrolünün aksine sezgisel yemenin daha düşük oranda yeme bozukluğu riski ve beden memnuniyetsizliği ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular ışığında, yeme bozukluğunun önlenmesine yönelik halk sağlığı yaklaşımlarında sezgisel yeme imkânı yaratmanın faydalı olabileceğini ileri sürmektedir [195]. Çalışmada, İES-2 ve YFÖ-30 toplam puanları bakımından yeme bozukluğu riski olan ve olmayan bireyler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.14). Bu sonuçlar, çalışmada örneklem sayısının az olması, bireylerde yeme bozukluğu teşhisi konulmasından ziyade sadece riskin belirlenmesine yönelik bir değerlendirme yapılması sezgisel yeme, yeme farkındalığı ve yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkinin belirlenmesindeki sınırlılıklardan kaynaklı olabilir.

Sezgisel yeme ve yeme farkındalığının birlikte ve/veya farklı değişkenlerle değerlendirildiği çalışmalar her geçen gün artmaktadır. Konuyla ilişkili olarak yapılan bir çalışmada 125 katılımcı ile sezgisel yeme ve yeme farkındalığının BKİ ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Yüksek sezgisel yeme davranışının düşük BKİ ve yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu ($p<0,05$) bulunmasına rağmen yeme farkındalığı ile değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) [28]. Türkiye örneklemleri 318 bireyin katılımı ile gerçekleşen bir çalışmada YFÖ-30 ile yeme bozukluğu, vücut ağırlığı ve BKİ arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ayrıca çalışmada YFÖ-30 alt boyutlarından “yeme kontrolü” ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) [21].

Orta yaş (40-50 yaş) 2500 kadında yapılan bir araştırmada, açlık ve tokluk sinyallerine cevap olarak yemek yemenin BKİ'nin düşük olması ile kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğu ($p<0,05$) ve ayrıca sezgisel yeme ile BKİ arasındaki ilişkinin aşırı yeme sıklığına kısmen aracılık ettiği saptanmıştır. Aşırı yemek yeme potansiyeli olan kadınların özellikle sezgisel yeme konusunda eğitim almalarının faydalı olabileceği ifade edilmiştir [146]. Erkeklerde yapılan bir çalışmada demografik değişkenler ve sezgisel beslenme durumu incelenmiş ve BKİ arttıkça sezgisel yeme puanının azaldığı tespit edilmiştir ($p<0,05$) [178]. Genç yetişkin bireylerin katıldığı (1349 kişi) başka bir çalışmada İES-2 ile BKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede negatif ilişki gözlenmiştir [50]. Sadece kadınların (400 birey) katılımı ile gerçekleştirilen çalışmada ise, İES-2 ile BKİ arasında negatif ilişki

bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca “duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlerden yemek yeme” puanı ile BKİ arasında pozitif bir ilişki bulunurken ($r=0.088$ $p<0.05$) “açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek” puanı arasında ters bir korelasyon tespit edilmiştir ($r=-0.223$ $p<0.05$) [181]. Sezgisel yeme ve vücut ağırlığı durumu arasındaki ilişkinin incelendiği NutriNet-Sante çalışmasında, sezgisel yeme ile vücut ağırlığı arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışma da BKİ ile sezgisel yemenin alt boyutlarından “koşulsuz yeme izni”, “duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek” ve “açlık ve tokluk sinyallerine bağlı yemek” arasında negatif yönlü bir ilişkili olduğu bildirilmiştir [58]. Sezgisel yeme ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki tespit eden çalışmaların [50,58,146,178,181] aksine herhangi bir ilişki bulunmayan çalışmada mevcuttur [196]. Bu çalışmada sezgisel yeme ve BKİ arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte sezgisel yeme alt boyutlarından “koşulsuz yeme izni” puanı ile vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki, YFÖ-30 puanı ile BKİ arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bireylerin YFÖ-30 puanı arttıkça BKİ değeri azalmaktadır. Bireylerin YFÖ-30 alt boyutlarından disinhibisyon ve yeme kontrolü puanları arttıkça vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ değerleri azalmaktadır. Katılımcıların yeme disiplini puanı arttıkça vücut ağırlığı azalmaktadır (Bkz. Çizelge 4.15).

Bireye büyük bir zevk veren yemek yaşamak için gerekli ve zorunludur. Ancak bu yeme davranışı sonucunda yetersiz beslenme, aşırı beslenmeye yeme bozuklukları görülebilmektedir[31]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yetişkin bireylerin yeme tutum testi (EAT-40) puan durumu incelendiğinde özellikle kadınlarda ve genel olarak obezlerde BKİ arttıkça yeme tutumu testi puanlarının da arttığı bulunmuştur ($p<0,05$)[197]. Yetişkin obez bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada EAT-40 puanı ile BKİ arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,439$; $p=0.001$) [198]. Bu çalışmada, EAT-26 puanı ile BKİ arasında ters bir ilişkisi olduğu gözlenmiştir ancak bu ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.15). Çalışmada yeme bozukluğu riski olan birey sayısının az olması ve çalışma popülasyonunun sınırlı olmasının bu sonucun bir nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de sezgisel yeme, yeme farkındalığı ve yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur [27,181]. Türkiye’de yetişkin 400 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada sezgisel yeme ile yeme tutum testi (EAT-26) arasında anlamlı bir

ilişki bulunamamıştır [181]. Türkiye örnekleminde 318 yetişkin birey üzerinde yapılan çalışmada YFÖ-30 puanı arttıkça yeme davranışı bozukluğu riskinin azalmasına (EAT-40 puanının) rağmen bu ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. YFÖ-30 alt faktörlerinden sadece disinhibisyon ($r=-0.205$, $p<0.001$) puanının EAT-40 ile ilişkisi istatistiksel olarak önemli bulunmuştur [27]. Genç yetişkinlerde (125 birey) İES-2 ve YFÖ ölçeklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada sezgisel yeme ve yeme farkındalığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir [28]. Bu çalışmada ise bireylerin İES-2 puanı ile YFÖ-30 puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,477$; $p=0,000$). Bireylerin EAT-26 puanı ile diğer ölçekler arasında negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.16). Bu konuda yapılan çalışmaların çok sınırlı sayıda olması araştırma sonuçlarını yorumlamayı güçleştirmektedir [27,28,181]. Konuya ilişkin daha geniş popülasyonlarda kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

5.5. Bireylerin Besin Tüketim Durumlarının Değerlendirilmesi

Genç yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları, ileriki yaşlarda görülebilecek birçok kronik hastalık ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir [199]. Genç yetişkin katılımcılar (450 birey) üzerinde beslenme bilgi düzeylerinin beslenme durumu ile yeme tutum ve davranışlarına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada genel olarak erkeklerin enerji ve besin ögesi alımları kadınlardan yüksek bulunmuştur [165]. Artan beslenme bilgisinin sağlıklı yağ tüketiminde azalma ile ilişkili olup olmadığını araştırmak amacıyla yaş ortalaması 20 olan 231 bireyin katılımı ile yapılan farklı bir çalışmada erkeklerin ($85,9\pm24,8$ g) günlük yağ alım miktarının kadınlardan ($92,0\pm18,8$ g) düşük olduğu bulunmuştur [200]. Gençlerin (18-25 yaş) beslenme, antropometrik ölçümler, biyokimyasal bulgular, fiziksel aktivite ve genel sağlık durumlarını tespit etmek amacıyla 120 birey üzerinde yapılmış başka bir çalışmada ise erkeklerin günlük alınan enerjinin karbonhidrattan gelen yüzdesi ($57,2\pm6,4$) kadınlardan ($49,5\pm6,1$) yüksek bulunmuşken günlük alınan enerjinin yağdan gelen yüzdesi düşük bulunmuştur ($p<0,05$) [201]. Bu çalışmada erkeklerin günlük alınan enerjinin yağdan gelen yüzdesi $\%33,7\pm7,17$ kadınların ise $\%37,8\pm6,75$ olarak bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.17). Sonuçlar TBSA verileri [159] ile genellikle benzerlik göstermektedir.

Farklı yaş gruplarındaki bireylerin besin alımı göz önüne alındığında muhtemel besin ögesi eksikliğini bulmaya yardımcı olabilecek sağlık durumunun değerlendirilmesi önemli bir konudur [202, 203]. Diyet referansı alımı, gereksinimleri karşılamak için yeterli besin

sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla besin tüketimlerini değerlendirmede kullanılmaktadır [204]. Ancak grupların veya kişilerin DRI'ya göre diyet değerlendirmesi, olağan (uzun süreli) alımının tahminlerine dayanması gerektiği belirtilmektedir [205]. Genç kadınların besin ve besin grupları alımının yanı sıra beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların besin tüketim sıklığı ve beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiş olup değerlendirme sonucunda (Recommended Dietary Allowance) RDA'ya göre folat, demir, kalsiyum ve posa alımları düşük bulunmuştur [206]. Genç yetişkin 663 bireyin diyet kalitesi ve besin alım düzeylerini araştırmak amacıyla bireylerin besin tüketim sıklığının alındığı benzer bir çalışmada günlük tüketilen enerji DRI'ya göre erkeklerde %131,0, kadınlarda %129,7 oranında karşılandığı bulunmuştur. Ayrıca tüm katılımcıların kalsiyum, folat, posa, çinko, A vitamini, E vitamini ve C vitamini; kadınlarda bunlara ek olarak demir alım ortalamalarının DRI önerilerinin altında olduğu tespit edilmiştir [207]. Kadınların süt tüketimi ve osteoporoz için diğer diyet risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmada ise günlük besin tüketim sonuçlarında besin öğelerinden protein, kalsiyum, fosfor ve magnezyum alımlarının DRI'ya göre karşılanma yüzdeleri yüksek bulunmuşken, demir alımlarının diyet referans değerinin altında bulunmuştur [208]. Sağlıklı 180 erkekte beslenme durumunun 3 günlük besin tüketim kaydı ile değerlendirildiği çalışmada katılımcıların % 50'sinden fazlasında A ve B₆ vitamini alımı, % 75'inde ise magnezyum, fosfor ve çinko alımlarının yetersiz olduğu tespit edilmiştir [209]. Bu çalışmada bireylerin enerji, makro ve mikro besin öğelerinin günlük alımları karşılama yüzdeleri DRI'ya göre %50'nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlarda DRI'ya göre yetersizlik gözlenmemiştir (Bkz. Çizelge 4.19). Çalışma sonuçları çeşitlilik göstermektedir. Bu çalışmada besin tüketim durumunun değerlendirilmesinde sadece 24 saatlik besin tüketim kaydının değerlendirilmiş olmasının, popülasyon büyüklüklerinin ve özelliklerinin farklı olmasının sonuçlarda farklılıklara neden olduğu düşünülmektedir.

Sezgisel yeme "vücut bilgeliği" kavramını (vücudun içgüdüsel olarak sağlığın korunması için gerekli olan yiyecek çeşitliliğini sürdüreceğini) kapsadığı göz önüne alındığında sezgisel yiyenlerin sezgisel yemeyenlere göre daha besleyici bir beslenme alışkanlığı ve daha olumlu beslenme şekilleri olması beklenebilmektedir [54]. Bu ilişkiyi ortaya çıkarmak isteyen bazı çalışmalar sezgisel yeme ile beslenme tutum ve davranışları arasında bir ilişki olduğunu bildirirken [210,211] bazıları ise böyle bir ilişkiyi gösterememiştir [146,212]. Yapılan bir çalışmada sezgisel yeme 10 temel ilkesine dayanan müdahale

programının, katılımcıları (61 obez kadın) bir diyet zihniyetinden uzaklaştırarak bireyleri sezgisel yiyecek yaşam tarzı davranışlarına önemli ölçüde yaklaştırdığı tespit edilmiştir ($p<0,05$) [210]. Fazla kilolu/obez 225 bireyin katıldığı yaşam tarzı davranışlarındaki iyileşmelerin sürekliliği, psikolojik iyi oluş ve 2 yıl içinde tıbbi semptomlar açısından, ağırlık kaybı yerine yaşam tarzı değişimine odaklanan üç diyet dışı müdahaleyi karşılaştırmayı amaçlayan 10 haftalık bir çalışmada tüm gruplardaki bireylerin diyet alımları bırakılmış ve açlık ve tokluk sinyallerine uyumun vurgulandığı (sezgisel yeme) bir müdahale programı uygulanmıştır. Bu çalışma sonucunda sezgisel yeme programının varyasyonlarına katılan üç grubun da diyet kalite puanı ile ölçülen beslenme alışkanlıklarını geliştirdiğini bildirilmiştir [211]. Madden, Leong, Gray ve Horwaath (2012) tarafından 2500 yetişkin kadın üzerinde yapılan bir araştırmada ise sezgisel yemek yeme alışkanlıkları ile sebze yeme alışkanlığı, ana yemek yeme zamanı, aşırı yemek yeme sıklığı ve kendini sınırlandıran yeme durumları arasında pozitif ilişkiler bulunduğunu bulunmuştur. Bununla birlikte, sezgisel yeme ile meyve ve doymuş/trans yağlar ve/veya rafine edilmiş yüksek karbonhidrat seviyeleri çeşitli besinlerin tüketimi de dahil olmak üzere diğer besin alımları arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır [146]. Leblanc ve diğerleri HAES (Health-At-Every-Size) müdahalesine karşılık olarak fazla kilolu kadınlarda diyet alımlarındaki ve yeme alışkanlıklarındaki değişiklikleri belirlemek ve daha sonra yeme davranışlarındaki değişikliklerin HAES programına yanıt olarak gerçekleşip gerçekleşmediğini araştırmak amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada 3 günlük besin tüketim kaydı ve 3 faktörlü yeme bozuklukları ölçeği uygulanmıştır. Müdahale seansları sırasında fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenmeden yararlanma, vücut ağırlığı yönetimine ilişkin gerçekçi hedeflerin belirlenmesi, açlık ve tokluk içsel işaretlerinin tanınması(sezgisel yeme), yeme davranışları ve besin alımı üzerindeki dış etkilerin belirlenmesi ve kendi ve de başkalarının beden imajını kabul etme konuları katılımcılarla tartışılmıştır. HAES müdahalesinin katılımcılar üzerinde belirli bir etkisi bulunmamıştır. Ancak HAES programına iyi yanıt veren kadınların açlık duyma hissinde ve genel enerji alımında azalma olduğu fakat bu durumun kahvaltı, alkol veya aperitiflerden alınan enerji alımı oranına spesifik bir etkisi olmadığını bildirilmiştir [212].

Bu çalışmada sezgisel yiyecek ve yemeyen erkeklerden günlük alınan proteinin enerjiden gelen yüzdesi düşük; magnezyum anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sezgisel yiyecek kadınların günlük alınan proteinin enerjiden gelen yüzdesi sezgisel besin yemeyen kadınlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sezgisel yiyecek kadınların

kalsiyum alımları sezgisel yemeyen kadınlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.20). Sezgisel yiyenlerin sezgisel yemeyenlere göre enerji ve besin öğeleri bakımından daha yeterli ve dengeli bir beslenme alışkanlığı ve daha olumlu beslenme şekilleri uygulaması beklenen bir sonuçtur. Ancak çalışmada bir günlük besin tüketimi alınması ve besin tüketim sıklığının değerlendirilmemiş olması çalışmada sezgisel yeme ile besin tüketim durumu arasındaki bu tür bir ilişkinin net olarak belirlenememesinin bir nedeni olabilir.





6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yetişkin bireylerde sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülen bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

1. Çalışmaya 19-45 yaş arası 68 (%27,2) erkek ve 182 (%72,8) kadın olmak üzere toplamda 250 yetişkin birey katılmıştır.
2. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $25,3 \pm 5,83$ yıldır.
3. Bireylerin %67,2'si lise, %18,8'i lisans ve %14,0'i lisansüstü eğitim durumuna sahiptir.
4. Çalışmaya katılan bireylerin %12,8'i sigara içmekte ve %8,4'ü alkol tüketmekte olup ortalama günde $7,38 \pm 8,99$ adet sigara içmekte ve $5,1 \pm 20,39$ mL alkol tüketmektedir.
5. Bireylerin herhangi bir nedenle diyet yapma durumları değerlendirildiğinde erkeklerin %4,4'ü kadınların ise % 17,6'sının diyet yaptığı tespit edilmiştir ($p < 0,05$).
6. Araştırmaya katılan bireylerin tükettiği ana öğün ortalaması erkeklerde $2,9 \pm 0,4$ kez ve kadınlarda $2,8 \pm 0,4$ kez olarak bulunmuştur. Tüketilen ara öğün ortalaması erkeklerde $0,7 \pm 0,83$ kez kadınlarda ise $1,9 \pm 0,9$ kez olarak bulunmuştur. Bireylerin cinsiyetlerine göre ara öğün tüketim sayısı istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).
7. Bireylerin %35,9'u öğle öğününü atlamaktadır. Bireyler öğün atlama nedeni olarak en fazla "vakit yetersizliği"ni (E:% 47,1; K:%43,8) ifade etmişlerdir.
8. Katılımcıların BKİ'leri incelendiğinde erkeklerin BKİ ortalama değeri $25,2 \pm 3,26$ kg/m² ve kadınların BKİ ortalama değeri $21,5 \pm 3,09$ kg/m² olarak bulunmuştur.
9. Araştırmaya katılan bireylerin BKİ aralıkları incelendiğinde çoğunlukla (E:%51,5; K:%75,8) normal BKİ aralığında oldukları görülmüştür. BKİ sınıflandırmasına göre cinsiyetler arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).
10. Araştırmaya katılan bireylerin bel çevresi ölçümleri incelendiğinde erkek ve Kadınların sırasıyla; %66,2'si ve %83,0'ü normal bel çevresi aralığında bulunmuştur. Bel çevresi dağılımına göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).
11. Çalışmaya katılan bireylerin sezgisel yeme toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarına bakıldığında "sezgisel yeme toplam puanı", "koşulsuz yeme izni", "duygusal nedenlerden çok fiziksel nedenlere bağlı yemek" ve "açlık ve tokluk

- sinyallerine bağılı yemek” alt boyutunda erkeklerin puanlarının kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
12. Bireylerin yeme farkındalığı toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarına bakıldığında “duygusal yeme” olçeğinde erkeklerin puanlarının kadınlarda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunurken “yeme disiplini” alt boyutunda kadınların puanlarının erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
 13. EAT-26 puanı erkeklerde $13,9\pm6,73$ iken kadınlarda $15,5\pm7,54$ olarak tespit edilmiştir ($p>0,05$).
 14. Araştırmaya katılan tüm bireylerin %52,8’inin sezgisel yiyen olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin % 69,1’i kadınların % 47,7’si sezgisel yiyendir. Erkek ve kadınlar arasındaki bu durum istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
 15. Bireylerin cinsiyetine göre yeme davranışı bozukluğu durumu incelendiğinde erkeklerin % 19,1’i kadınların ise %25,3’ünün yeme davranışı bozukluğu riskini taşıdığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).
 16. Sezgisel yeme toplam puanı zayıflarda $3,2\pm0,40$, şişman bireylerde ise $3,1\pm0,37$ olarak bulunmuştur. Bireylerin BKİ değerlendirmesine göre sezgisel yeme toplam puanları ve alt boyut puanları bakımından gruplar arası bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
 17. BKİ sınıflandırmasına göre zayıf, normal ve şişman bireylerin yeme farkındalığı toplam puanı ve alt boyutunda puanlarına bakıldığında “disinhibisyon” ve “yeme disiplini” alt boyutlarında normal bireylerin şişmanlardan ve “yeme kontrolü” alt boyutunda zayıf ve normal bireylerin şişmanlardan anlamlı düzeyde yüksek puana sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).
 18. EAT-26 puanı BKİ sınıflandırmasına göre zayıf bireylerde $17,3\pm6,70$, normal bireylerde $14,8\pm7,31$ ve şişman bireylerde $14,7\pm7,70$ olarak tespit edilmiştir ($p>0,05$).
 19. Sezgisel yiyenlerin %9,1’u zayıf, %69,7’si normal ve %21,2’si şişman bireylerden oluşmaktadır. Sezgisel yemeyenlerin %9,3’ü zayıf, %68,6’si normal ve %22,1’i şişman bireylerden oluşmaktadır. BKİ sınıflandırmasına göre gruplar arasında sezgisel yiyen birey sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
 20. Yeme davranışı bozukluğu riski zayıf bireylerin %15,3’ünde, normal bireylerin %62,7’sinde ve şişman bireylerin %22,0’sinde tespit edilmiştir ($p>0,05$).
 21. Yeme bozukluğu riski olmayan bireylerin sezgisel yeme toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ile yeme bozukluğu riski olan bireylerin puanlarına bakıldığında

- “vücut-besin seçim uyumu” alt boyutunda yeme bozukluğu riski olan bireylerin puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
22. Yeme bozukluğu riski olmayan bireylerin yeme farkındalığı toplam puanı ve alt boyutlarının puanları ile yeme bozukluğu riski olan bireylerin puanlarına bakıldığında “yeme disiplini” ölçeğinde yeme bozukluğu riski olan bireylerin puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
 23. İES-2 alt boyutlarından “koşulsuz yeme izni” puanı ile vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r=0,139$; $p=0,028$; $r=0,155$; $p=0,014$; $r=0,133$; $p=0,036$).
 24. Bireylerin YFÖ-30 ile BKİ arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,159$; $p=0,012$).
 25. Bireylerin YFÖ-30 alt boyutlarından “disinhibisyon” ve “yeme kontrolü” puanları ile vücut ağırlığı, bel çevresi ve BKİ arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla disinhibisyon: $r=-0,166$; $p=0,009$; $r=-0,169$; $p=0,007$; $r=-0,220$; $p=0,000$, yeme kontrolü: $r=-0,291$; $p=0,000$; $r=-0,204$; $p=0,001$; $r=-0,313$; $p=0,000$).
 26. Çalışmaya katılan bireylerin “yeme disiplini” puanı ile vücut ağırlığı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,132$; $p=0,036$).
 27. Araştırmaya katılan bireylerin İES-2 puanı ile YFÖ-30 puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,477$; $p=0,000$).
 28. Bireylerin EAT-26 puanı ile İES-2 ve YFÖ-30 arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p>0,05$).
 29. Araştırmaya katılan erkeklerin günlük aldıkları enerji ortalaması $2205,7\pm501,88$ kkal olup kadınların ise $1790,2\pm374,88$ kkal olarak hesaplanmıştır.
 30. Erkeklerin günlük alınan enerjinin karbohidrattan gelen yüzdesi $49,5\pm7,72$ olup kadınların $45,7\pm7,82$ ’dir.
 31. Erkeklerin günlük alınan enerjinin proteinden gelen yüzdesi $16,9\pm4,17$ olup kadınların ise $16,5\pm4,29$ ’dur.
 32. Erkek katılımcıların günlük alınan enerjinin yağdan gelen yüzdesi $33,7\pm7,17$ olup kadınların $37,8\pm6,75$ ’dir.
 33. Erkeklerde günlük alınan n-6/n-3 oranı $16,0\pm10,18$ iken kadınlarda bu oran $15,8\pm7,83$ ’tür.
 34. Enerji ve besin öğelerinin DRI’ya göre karşılama yüzdeleri incelendiğinde, erkeklerin kadınlardan karbohidrat (g), niasin (mg), B₆ vitamini (mg), B₁₂ vitamini (mcg), demir

- (mg), fosfor (mg) ve bakır (mcg) besin öğelerini karşılama yüzdesi daha fazla bulunmuştur($p<0,05$).
35. Kadınların erkeklerden ise n-3, n-6, posa (g), A vitamini (mcg), C vitamini (mg), riboflavin (mg), magnezyum (mg) ve çinko (mg) besin öğelerini karşılama yüzdesi daha fazla bulunmuştur($p<0,05$).
 36. Sezgisel yiyen ve yemeyen erkek katılımcılar arasında günlük alınan enerjinin proteinden gelen yüzdesi (sırasıyla: $\%16,2\pm14,73$; $\%18,6\pm4,46$) değerlendirildiğinde sezgisel yiyen erkeklerin günlük alınan enerjinin proteinden gelen yüzdesi anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
 37. Sezgisel yiyen ve yemeyen erkekler arasında günlük alınan enerjinin yağdan gelen yüzdesi (sırasıyla: $\%34,3\pm7,10$; $\%32,3\pm7,33$) ve karbonhidrattan gelen yüzdesi (sırasıyla: $\%49,6\pm6,91$; $\%49,1\pm9,47$) ile kolesterol (sırasıyla: $291,3\pm185,90$ mg; $384,7\pm206,75$ mg) ve diğer mikro besin öğelerinin alımında (magnezyum hariç) anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).
 38. Sezgisel yiyen erkeklerin magnezyum ($280,0\pm68,94$; alımı sezgisel yemeyen erkeklerden ($328,9\pm79,00$) anlamlı düzeyde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).
 39. Sezgisel yiyen kadınlar sezgisel yemeyenlere göre günlük alınan enerjinin proteinden gelen yüzdesi (sırasıyla: $\%17,2\pm4,68$; $\%15,8\pm3,85$) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
 40. Sezgisel yiyen ve yemeyen kadınların günlük alınan enerjinin yağdan gelen yüzdesi sırasıyla: $\%37,6\pm6,40$; $\%38,0\pm7,06$ ve karbonhidrattan gelen yüzdesi sırasıyla: $\%45,3\pm7,39$; $\%46,1\pm8,20$ olarak bulunmuştur.
 41. Sezgisel yiyen ve yemeyen kadınlar arasında kalsiyum alımları (sırasıyla $614,5\pm239,98$ mg; $694,6\pm293,29$ mg) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlıklı bir toplum için bu toplumu oluşturacak ve gelecek nesilleri yetiştirecek sağlıklı, doğru beslenme alışkanlıklarına ve yeme davranışlarına sahip yetişkinlere ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü yetişkinler bu günün ve/veya yarının ebeveynleridir. Bu nedenle yetişkin bireylerin beslenmesi üzerinde durulmalı, sağlıklı nesiller yetiştirmek için yanlış beslenme alışkanlıkları ve yeme bozukluğu riski gösteren bireyler saptanıp uygun yaklaşımlarla tedavi edilmelidirler. Sağlıklı ve biliçli bir toplum oluşturmak için halk sağlığı programlarında, çeşitli sempozyumlarda, konferanslarda ve seminerlerde alanında uzman kişilerce sağlıklı yaşam ve beslenme konularına yer verilmeli, beslenme

danışmanlık hizmetlerinde yeme davranışı bozukluğu, beden algısı, sezgisel yeme ve yeme farkındalığı gibi farklı ve güncel konulara dikkat çekilmelidir.

Son zamanlarda sağlıklı beslenme konularında yazılı ve görsel basında bilgi kirliliği göze çarpmaktadır. Bireylerin bilimsel veriler ışığında oluşturulan doğru bilgi kaynaklarına ulaşması ve kullanması son derece önemlidir. Özellikle vücut ağırlığı kontrolüne ilişkin popüler diyetler ve benzeri öneriler meslek mensubu olmayan pek çok kişi tarafından bilinçsizce sunulmaktadır. Obezite ile mücadelenin psikososyal yönü de göz önünde bulundurulduğunda, yeni ve gelişime açık bir konu olan yeme davranışında yeni yaklaşımlardan sezgisel yeme ve yeme farkındalığı kavramları konusunda alanında uzmanlar tarafından kapsamlı çalışmaların yürütülmesi ve sonuçlarının saha uygulamalarına da aktarımı önemlidir.

Araştırmada örneklem grubunun seçimi ve örnekleme ulaşma konusunda sıkıntılar nedeniyle sezgisel yeme davranışı ile besin tüketimi arasındaki ilişki sadece geriye dönük 24 saatlik besin tüketim kaydı alınarak belirlenmeye çalışılmıştır. Bu tür araştırmalarda 3 günlük besin tüketim kaydının alınması ve amaca yönelik besin tüketim sıklığının değerlendirilmesi daha yararlı olacaktır.



KAYNAKLAR

1. Karakuş, S. Ş., Yıldırım, H. ve Büyüköztürk, Ş. (2016). Üç faktörlü yeme ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 229-237.
2. Canetti, L., Bachar, E. and Berry, E.M. (2002). Food and emotion. *Behavior Processes*, 60(2), 157-164.
3. van Strien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M. and Botella, C. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20–25.
4. Serin, Y., Şanlıer, N. (2018). Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 135-146.
5. Oliver, G., Wardle, J. and Gibson, E.L.(2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 853-865.
6. Ozier, A.D., Kendrick, O.W., Leeper, J.D., Knol, L.L., Perko, M. and Burnham, J. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion and stress related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(1), 49-56.
7. Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
8. Sung, J., Lee K. and Song, Y.M. (2009). Relationship of eating behavior to long-term weight change and body mass index: the Healthy Twin study. *Eat Weight Disorders*, 14(2-3),98-105.
9. Chaput, J.P., Leblanc, C., Perusse, L., Despres, J.P., Bouchard, C. and Tremblay, A. (2009). Risk factors for adult overweight and obesity in the Quebec Family Study: have we been barking up the wrong tree? *Obesity (Silver Spring)*, 17(10),1964-1970.
10. Tylka, T.L. and Wilcox, J.A. (2006). Are Intuitive Eating and Eating Disorder Symptomatology Opposite Poles of the Same Construct? *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 474-485.
11. Tuomisto, T., Tuomisto, M.T., Hetherington, M. and Lappalainen, R. (1998). Reasons for initiation and cessation of eating in obese men and women and the affective consequences of eating in everyday situations. *Appetite*, 30(2), 211-222.
12. Mendez-Diaz, M., Rueda-Orozco, P.E., Ruiz-Contreras, A.E. and Prospero-Garcia, O. (2012). The endocannabinoid system modulates the valence of the emotion associated to food ingestion. *Addiction Biology*,17(4), 725-735.
13. Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G. and Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2), 195-202.

14. Dalen, J., Smith, B.W., Shelley, B.M., Sloan, A.L., Leahigh, L. and Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260-264.
15. de Wit, L.M., Fokkema, M., van Straten, A., Lamers, F., Cuijpers, P. and Penninx, B.W. (2010). Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1057-1065.
16. Derenne, J.L. and Beresin, E.V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30(3), 257-261.
17. Polivy, J. and Herman, C.P. (1999). Distress and eating: why do dieters overeat? *International Journal of Eat Disorders*, 26(2), 153-164.
18. Killen, J.D., Taylor, C.B., Hammer, L.D., Litt I., Wilson D.M. and Rich T. (1993). An attempt to modify unhealthful eating attitudes and weight regulation practices of young adolescent girls. *International Journal of Eat Disorders*, 13, 369-384.
19. Shaw, H., Stice, E., Becker, C.B. (2009). Preventing Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 199-207.
20. The National Eating Disorders Collaboration. Clarity in complexity: Strategic communication to support the prevention and early identification of eating disorders. *New South Wales: National Eating Disorder Collaboration*. 2012.
21. Köse, G. (2017). *Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığı üzerine bir çalışma*, Yayınlanmamış Doktora tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
22. Baer, R.A., Fischer, S. and Huss, D.B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 281-299.
23. Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lahteenkorva, S., Silventoinen, K. and Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53(1), 131-134.
24. Camilleri, G., Mejean, C., Bellisle, F., Andreeva, V.A., Sautron, V. and Hercberg, S. (2015). Cross-cultural validity of the Intuitive Eating Scale-2. Psychometric evaluation in a sample of the general French population. *Appetite*, 84, 34-42.
25. Tylka, T. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226-240.
26. Gast, J., Hawks, S.R. (1998). Weight Loss Education: The Challenge of a New Paradigm. *Health Education & Behavior*, 25(4), 464-473.
27. Köse, G., Tayfur, M., Birincioğlu, I. and Dönmez A. (2016). Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 5(3), 125-134.

28. Anderson, L.M., Reilly, E.E., Schaumberg, K., Dmochowski, S. and Anderson D.A.(2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eat Weight Disorders*, 21(1), 83-90.
29. Alberts, H.J., Thewissen, R. and Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-51.
30. Özgen, L., Kinaci, B. and Arli, M. (2012). Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 45(1).
31. Gahagan, S. (2012). The Development of Eating Behavior - Biology and Context. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 33(3), 261-271.
32. Inui, A., Asakawa, A., Bowers, C.Y., Mantovani, G., Laviano, A. and Meguid, M.M. (2004). Ghrelin, Appetite, And Gastric Motility: The Emerging Role Of The Stomach As An Endocrine Organ. *Federation Of American Societies For Experimental Biology*, 18(3), 439-456.
33. Wang, G.J., Volkow, N. D., Telang, F., Jayne, M., Ma, J. and Rao, M. (2004). Exposure to appetitive food stimuli markedly activates the human brain. *Neuroimage*, 21(4), 1790-1797.
34. Margetic, S., Gazzola, C., Pegg, G.G. and Hill, R.A. (2002). Leptin: a review of its peripheral actions and interactions. *International Journal Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26(11), 1407-33.
35. Könnner, A.C., Klöckener, T. and Brüning, J.C. (2009). Bruning, Control of energy homeostasis by insulin and leptin: targeting the arcuate nucleus and beyond. *Physiology Behavior*, 97(5), 632-638.
36. Mutt, V. (1994). Historical perspectives on cholecystokinin research. *Annals of the new york Academy Sciences*, 713, 1-10.
37. Dockray, G.J. (2009). Cholecystokinin and gut-brain signalling. *Regulator Peptides*, 155(1-3), 6-10.
38. van Strien, T., Herman, C.P. and Verheijden, M.W. (2012). Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 59(3), 782-789.
39. Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutrition Reviews*, 67 Suppl 1, S36-9.
40. Frank, S., Laharnar, N., Kullmann, S., Veit, R., Canova, C. and Hegner, Y.L. (2010). Processing of food pictures: Influence of hunger, gender and calorie content. *Brain Research*, 1350(Supplement C), 159-166.
41. Pfattheicher, S., Sassenrath, C. (2014). A regulatory focus perspective on eating behavior: how prevention and promotion focus relates to emotional, external, and restrained eating. *Frontiers in Psychology*, 5, 1314.

42. Bozan, N. (2009). *Hollanda yeme davranışı anketinin (DEBQ) Türk üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
43. Wolfe, B.E., Baker, C.W., Smith, A.T. and Kelly-Weeder, S.(2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674-686.
44. Spence, S. and Courbasson, C. (2012). The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eating Behaviors*, 13(4), 382-385.
45. French, S.A., Epstein, L.H., Jeffery, R.W., Blundell, J.E. and Wardle, J. (2012). Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. *Appetite*, 59(2), 541-549.
46. Swanson, S.A., Crow, S.C., Grange, D.L., Swendsen, J. and Merikangas, K.R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
47. Matherne, C.E., Tanofsky-Kraff, M., Altschul, A.M., Shank, L.M., Schvey, N.A. and Brady, S.M. (2015). A preliminary examination of loss of control eating disorder (LOC-ED) in middle childhood. *Eating Behaviors*, 18, 57-61.
48. Jarvela-Reijonen, E., Karhunen, L., Sairanen, E., Rantala, S., Laitinen, J. and Puttonen, S., (2016). High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese Finns of working age. *Appetite*, 103, 249-258.
49. Webber, K.H., Mellin, L., Mayes, L., Mitrovic, I. and Saulnier, M. (2018). Pilot Investigation of 2 Nondiet Approaches to Improve Weight and Health. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 24(1), 16-20.
50. Bourdier, L., Orri, M., Carre, A., Gearhardt, A.N., Romo, L. and Dantzer, C. (2017). Are emotionally driven and addictive-like eating behaviors the missing links between psychological distress and greater body weight? *Appetite*, 120, 536-546.
51. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2017). *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu* (5. Baskı). Ankara: Miki Matbaacılık.
52. İnternet: Sağlık Bakanlığı. *Sağlık için obezite ile mücadele*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTR%2C11692%2Fobezite.html&date=2018-06-14>. Son Erişim Tarihi: 14.06.2108.
53. Tribole, E., Resch, E.(2012). *Intuitive eating: A revolutionary program that works* (Third edition). New York: St. Martin's Griffin.
54. Van Dyke, N., Drinkwater, E.J. (2014). Relationships between intuitive eating and health indicators: literature review. *Public Health Nutrition*, 17(8), 1757-1766.

55. Augustus-Horvath, C.L. and Tylka, T.L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: a comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 110-125.
56. Ruzanska, U.A. and Warschburger, P. (2017). Psychometric evaluation of the German version of the Intuitive Eating Scale-2 in a community sample. *Appetite*, 117, 126-134.
57. Bruce, L.J., Ricciardelli, L.A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, 96, 454-472.
58. Camilleri, G., Mejean, C., Bellisle, F., Andreeva, V.A., Kesse-Guyot, E. and Hercberg, S. (2016). Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Sante study. *Obesity (Silver Spring)*, 24(5), 1154-61.
59. Leahy, K., Berlin, K.S., Banks, G.G. and Bachman, J. (2017). The Relationship Between Intuitive Eating and Postpartum Weight Loss. *Maternal and Child Health Journal*, 21(8), 1591-1597.
60. Jospe, M.R., Taylor, R.W., Athens, J., Roy, M. and Brown, R.C. (2017). Adherence to Hunger Training over 6 Months and the Effect on Weight and Eating Behaviour: Secondary Analysis of a Randomised Controlled Trial. *Nutrients*, 9(11), 1260.
61. Anglin, J.C., Borchardt, N., Ramos, E. and Mhoon, K. (2013). Diet quality of adults using intuitive eating for weight loss - pilot study. *Nutrition and Health*, 22(3-4), 255-264.
62. Schoenefeld, S.J., Webb, J.B. (2013). Self-compassion and intuitive eating in college women: examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eating Behaviors*, 14(4), 493-496.
63. Schaefer, J.T., Zullo, M.D. (2017). US Registered Dietitian Nutritionists' Knowledge and Attitudes of Intuitive Eating and Use of Various Weight Management Practices. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(9), 1419-1428.
64. St-Onge, M.P., Ard, J., Baskin, M.L., Chiuve, S.E., Johnson, H.M. and Kris-Etherton, P. (2017). Meal Timing and Frequency: Implications for Cardiovascular Disease Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 135(9), 96-121.
65. Nelson, J.B. (2017). Mindful Eating: The Art of Presence While You Eat. *Diabetes Spectrum*, 30(3), 171-174.
66. Framson, C., Kristal, A.R., Schenk, J.M., Littman, A.J., Zeliadt, S. and Benitez, D. (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439-1444.
67. Wansink, B. (2004). Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annual Review of Nutrition*, 24, 455-479.

68. Wansink, B., Painter, J.E. and North, J. (2005). Bottomless bowls: why visual cues of portion size may influence intake. *Obesity Research*, 13(1), 93-100.
69. Brown, K.W., Ryan, R.M. and Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
70. Masuda, A., Price, M. and Latzman, R.D. (2012). Mindfulness Moderates the Relationship Between Disordered Eating Cognitions and Disordered Eating Behaviors in a Non-Clinical College Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 107-115.
71. Lyzwinski, L.N., Caffery, L., Bambling, M. and Edirippulige, S. (2018). A Systematic Review of Electronic Mindfulness-Based Therapeutic Interventions for Weight, Weight-Related Behaviors, and Psychological Stress. *Telemedicine Journal and e-Health*, 24(3), 1-12.
72. Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. and Toney, L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
73. Corstophine, E. (2006). Cognitive emotional behavioral therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, 448-461.
74. Kristeller, J., Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61.
75. Godsey, J. (2013). The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complement Therapies in Medicine*, 21(4), 430-439.
76. Warren, J.M., Smith, N. and Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition Research Reviews*, 30(2), 272-283.
77. Hendrickson, K.L., Rasmussen, E.B. (2017). Mindful eating reduces impulsive food choice in adolescents and adults. *Health Psychology*, 36(3), 226-235.
78. Dunne, J. (2018). Mindfulness in Anorexia Nervosa: An Integrated Review of the Literature. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24(2), 107-117.
79. Hoek, H.W., van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
80. Treasure, J., Claudino, A.M., Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583-593.
81. Şentürk, V., Öncü, B., (2008). Yeme davranışı bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 1(2), 29-35.

82. Erbay, L.G., Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.
83. Tunçbilek, E. (2005). Obesite genetik bir hastalık mıdır? *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48,101-108.
84. Zincir, S.B. (2014). Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4).
85. Annagür, B.B., Zincir, S. B. (2012). Anoreksiya nervozada hormonal değişimler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 63-69.
86. Haines, J., Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6), 770-782.
87. Palmer, B. (2008). Epidemiology, diagnosing, and assessing eating disorders. *Psychiatry*, 7(4), 143-146.
88. Stice, E., Shaw, H. and Marti, C.N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Progress at last. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 233-257.
89. Mathieu, J. (2009). What should you know about mindful and intuitive eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1982-1987.
90. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) (5th edit)*. Washington. American Psychiatric Publishing.
91. Miao, D., Young, S.L. and Golden, C.D. (2015). A meta-analysis of pica and micronutrient status. *American Journal of Human Biology*, 27(1), 84-93.
92. Borgna-Pignatti, C., Zanella, S., (2016). Pica as a manifestation of iron deficiency. *Expert Review of Hematology*, 9(11), 1075-1080.
93. McNaughten, B., Bourke, T. and A. Thompson, A. (2017). Fifteen-minute consultation: the child with pica. *Archives of Disease in Childhood. Education and Practice Edition*, 102(5), 226-229.
94. World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research* (Vol. 2). Geneva. World Health Organization.
95. Delaney, C.B., Eddy, K.T., Hartmann, A.S., Becker, A.E., Murray, H.B. and Thomas, J.J. (2015). Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 238-248.
96. Gravestock, S. (2000). Eating disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(6), 625-637.

97. Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A. and Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria Polska*, 50(3), 497-507.
98. Norris, M.L., Spettigue, W.J. and Katzman, D.K., (2016). Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 213-218.
99. İnternet: National Eating Disorders Association (NEDA). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.nationaleatingdisorders.org%2Flearn%2Fby-eating-disorder%2Farfid%2Foverview&date=2017-11-25>, Son Erişim Tarihi: 25.11.2017.
100. Kaya, N. Cilli, A.S. (1997). Anoreksiya nervoza. *Genel Tıp Dergisi*, 7(2), 107-110.
101. Woerwag-Mehta, S., Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*, 7(4), 147-151.
102. Foppiani, L., Massobrio, B., Cascio, C. and Antonucci, G. (2017). Near-fatal Anorexia Nervosa in a Middle-aged Woman. *Internal Medicine*, 56(3), 327-334.
103. Stice, E., Marti, C.N. and Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445-457.
104. Moskowitz, L., Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 47(4), 70-84.
105. Wood, D., Knight, C. (2015). Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health*, 25(9), 428-432.
106. Fazeli, P.K., Klibanski, A. (2014). Anorexia nervosa and bone metabolism. *Bone*, 66, 39-45.
107. Bernacchi, D.L. (2017). Bulimia Nervosa: A Comprehensive Analysis of Treatment, Policy, and Social Work Ethics. *Social Work*, 1-7.
108. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G. Jr. and Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-58.
109. Waller, G., Sheffield, A. (2008). Causes of bulimic disorders. *Psychiatry*, 7(4), 152-155.
110. Crow, S.J., Peterson, C.B., Swanson, S.A., Raymond, N.C., Specker, S. and Eckert, E.D., (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342-1346.
111. Boulanger, H., Tebeka, S., Girod, C., Lloret-Linares C., Meheust, J. and Scott, J. (2018). Binge eating behaviours in bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 225(Supplement C), 482-488.

112. Hutson, P.H., Balodis, I.M. and Potenza, M.N. (2017). Binge-eating disorder: Clinical and therapeutic advances. *Pharmacology & Therapeutics*, 182, 15-27.
113. Guerdjikova, A.I., Mori N., Casudo, L.S. and McElroy, S.L. (2017). Binge Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 255-266.
114. Bardone-Cone, A.M., Joiner, T.E. Jr., Crosby, R.D., Crow, S.J., Klein, M.H. and le Grange, D. (2008). Examining a psychosocial interactive model of binge eating and vomiting in women with bulimia nervosa and subthreshold bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 46(7), 887-894.
115. Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E. and Vinai, P. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241-247.
116. Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F. and van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BioMed Central Psychiatry*, 14, 59.
117. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. and van Furth, Eric F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 18, 103-111.
118. Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P. and Imbriale, C.C. (2004). Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study with a Proposal for Diagnosis and an Attempt to Measure the Dimension on the Phenomenon, *Eating and Weight Disorders*, 9, 151-157.
119. Koven, N.S., Abry, A.W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatr Disease and Treatment*, 18(11), 385-394.
120. Haman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G. and Lindgren, E.C.(2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(10), 1-15.
121. Moroze, R.M., Dunn, T.M., Craig Holland, J., Yager, J. and Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.
122. Dunn, T.M., Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.
123. Ergin, G. (2014). *Sağlık personeli olan ve olmayan bireylerde Ortoreksiya nervoza sıklığı araştırması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
124. Kınık, M. F., Gönüllü, F. V., Vatansever, Z. and Karakaya, I. (2017). Diabulimia, a Type I diabetes mellitus-specific eating disorder. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 52, 46-49.

125. İnternet: National Eating Disorders Association (NEDA). *Diabulimia*. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.nationaleatingdisorders.org%2Fdiabulimia-5&date=2018-06-22>. Son Erişim Tarihi: 22.06.2018.
126. Candler, T., Murphy, R., Pigott, A. and Gregory, J.W. (2018). Fifteen-minute consultation: Diabulimia and disordered eating in childhood diabetes. *Archives of Disease Childhood. Education and Practice Edition*, 103(3), 118-123.
127. Goebel-Fabbri, A. E., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J. and Weinger, K. (2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 31(3), 415-419.
128. Larrañaga, A., Docet, M. F. and García-Mayor, R. V. (2011). Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World Journal of Diabetes*, 2(11), 189-195.
129. Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. and Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
130. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17, 191-198.
131. Leone, J. E., Sedory, E. J. and Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of Athletic Training*, 40(4), 352-359.
132. Martínez Segura, A., Cortés Castell, E., Rizo Baeza, M.M. and Gil Guillén, V.F. (2015). Valuation of gym users' diet with muscle dysmorphia (bigorexia). *Nutricion Hospitalaria*, 32(1), 324-329.
133. Ward, R.M., Galante, M. (2015). Development and initial validation of the Drunkorexia Motives and Behaviors scales. *Eating Behaviors*, 18, 66-70.
134. Barry, A. E., Piazza-Gardner, A. K. (2012). Drunkorexia: Understanding the cooccurrence of alcohol consumption and eating/exercise weight management behaviors. *Journal of American College Health*, 60(3), 236-243.
135. Hunt, T. K., Forbush, K. T. (2016). Is “drunkorexia” an eating disorder, substance use disorder, or both? *Eating Behaviors*, 22, 40-45.
136. Giles, S. M., Champion, H., Sutfin, E. L., McCoy, T. P. and Wagoner, K. (2009). Calorie restriction on drinking days: An examination of drinking consequences among college students. *Journal of American College Health*, 57(6), 603-609.
137. Reiter, C.S., Graves, L. (2010). Nutrition Therapy for Eating Disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 122-136.
138. Ozier, A.D., Henry, B.W. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *Journal American Dietetic Association*, 111(8), 1236-1241.

139. Maqbool, A., Olsen, I. and Stallings, V. A. (2008). Clinical Assessment of Nutritional Status. 5-13.
140. Lohman, T.G., Roche, A.F. and Martorell, R. (1988). *Anthropometric standardization reference manual*. (First edition) Human kinetics books.
141. World Health Organization. (2011). *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio Report of a WHO Expert Consultation*. Geneva. World Health Organization.
142. İnternet: World Healty Organization. *BMI classification*. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Fbmi%2Findex.jsp%3FintroPage%3Dintro_3.html&date=2018-02-18, Son Erişim Tarihi: 18.02.2018.
143. Hawks, S., Merrill, R.M. and Madanat, H.N. (2004). The Intuitive Eating Scale: Development and Preliminary Validation. *American Journal of Health Education*, 35(2), 90-99.
144. Tylka, T.L. and Kroon Van Diest, A.M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137-53.
145. Bas, M., Karaca, K.E., Saglam, D., Aritici, G., Cengiz, E. and Koksall, S. (2017). Turkish version of the Intuitive Eating Scale-2: Validity and reliability among university students. *Appetite*, 114, 391-397.
146. Madden, C.E., Leong, S.L., Gray, A. and Horwath, C.C. (2012). Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2272-2279.
147. Mason, A.E., Epel, E.S., Kristeller, J., Moran, P.J., Dallman, M. and Lustig, R.H. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), 201-213.
148. Savaşır, I., Erol, N. (1989). Eating Attitude test: anorexia nervosa symptoms index. *Turkish Journal of Psychology*, 23, 19-25.
149. Yılmaz D., Ayaz A. ve Demirel Büyüktuncer Z. (2013). Kız üniversite öğrencilerinde yeme tutumunun kişisel beden imajı algısı ile ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 41(3), 227-233.
150. Rakıcıoğlu, N., Tek, N. A., Ayaz, A. ve Pekcan, G. (2009). *Yemek ve besin fotoğraf kataloğu ölçü ve miktarlar* (İkinci Baskı). Ankara: Ata Ofset Matbaacılık.
151. Merdol, T. K. (2014). *Toplu beslenme servisi yapılan kurumlar için standart yemek tarifeleri* (Beşinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.
152. Baysal, A., Merdol, T., Ciğerim, N., Sacır, H. ve Başoğlu, S. (2005). *Türk Mutfağından Örnekler* (Dördüncü Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

153. Bebis Nutrition Data Base Software Data Base, (2004). The German Food Code and Nutrient Data Base (BLS II.3, 1999) with additions from USDA-sr and other sources, Istanbul, Turkey.
154. Otten, J. J., Hellwig, J. P. and Meyers, L. D. (Editors). (2006). *Dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements*. Washington: The National Academies Press.
155. IBM SPSS Statistics 23.0 (2013). Corp, Armonk, NY, USA.
156. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yıllara ve cinsiyete göre ortalama yaş, 1935-2017. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FUstMenu.do%3Fmetod%3Dtemelist&date=2018-02-02>. Son Erişim Tarihi: 02.02.2018.
157. İnternet: Başbakanlık. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018). URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.basbakanlik.gov.tr%2Fgenelge_pdf%2F2015%2F2015-0010-006-840.pdf&date=2018-06-18. Son Erişim Tarihi: 18.06.2018.
158. Alberg, A.J., Shopland, D.R. and Cummings, K.M. (2014). The 2014 Surgeon General's Report: Commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and Updating the Evidence on the Health Consequences of Cigarette Smoking. *American Journal of Epidemiology*, 179(4), 403-412.
159. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2014). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu*. Ankara: Ankara: Sağlık Bakanlığı.
160. Güzey, M. (2014). *Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
161. Baysal, A., Baş, M. (Editörler). (2008). *Yetişkinlerde ağırlık yönetimi* (Birinci Baskı). İstanbul: Ekspress Baskı, 202-234.
162. Erdoğan, Ö., Tütüncü, İ. (2015). Üniversite öğrencilerinin beden algısı, yeme tutumu ve yakın ilişki kurma düzeyleri arasındaki ilişki. *SSTB International Refereed Academic Journal of Sports, Health & Medical Sciences*, 17, 89-115.
163. Kadioğlu, M., Ergün, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 96-104.
164. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. (2015). *Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

165. Snoek, H.M., van Strien, T., Janssens, J.M. and Engels, R.C. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 23-32.
166. Ulaş, B., Genç, M.F. (2010). Malatya Asker Hastanesinde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 17(3), 187-193.
167. Şanlıer, N., Konaklıoğlu, E. and Güçer, E. (2009). Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(2), 333-352.
168. Erdoğan, M.S. (2014). Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(1), 20-26.
169. Beyaz Coşkun, A. (2017). Üniversite öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin beslenme durumu ile yeme tutum ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
170. Ashwell, M., Gunn, P. and Gibson, S. (2012). Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 13(3), 275-86.
171. Satman, I. ve TURDEP-II Çalışma Grubu. (2011). *TURDEP-II Sonuçları*. İstanbul: Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi.
172. Doğan, B., Yörük, N., Öner, C., Gülcan Yavuz, G. ve Oğuz, A. (2017). Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2), 50-55.
173. Akça, S.Ö., Selen, F.(2015). Üniversite öğrencilerinin öğün atlamaları ve günlük fiziksel aktivitelerinin beden kütle indeksi (BKİ) üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,14(5), 394-400.
174. Bağrıaçık, N., Onat, H., İlhan, B., Tarakci, T., Oşar, Z., Ozyazar, M., Hatemi, H. H. and Yıldız, G. (2009). Obesity profile in Turkey. *International Journal of Diabetes Metabolism*, 17(1), 5-8.
175. Devran, B. (2014). Ülkemizin Doğu Anadolu bölgesinde yaşayan adolesan ve yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
176. Outland, L. (2010). Intuitive eating: a holistic approach to weight control. *Holistic Nursing Practice*. 24(1), 35-43.
177. Anderson, D.A., Schaumberg, K., Anderson, L.M. and Reilly, E.E. (2015). Is level of intuitive eating associated with plate size effects? *Eating Behaviors*, 18, 125-130.

178. Gast, J., Madanat, H. and Nielson, A.C. (2012). Are men more intuitive when it comes to eating and physical activity? *American Journal of Men's Health*, 6(2), 164-171.
179. Denny, K.N., Loth, K., Eisenberg, M.E. and Neumark-Sztainer, D. (2013). Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*, 60(1), 13-19.
180. Saunders, J.F., Nichols-Lopez, K.A. and Frazier, L.D. (2018). Psychometric properties of the intuitive eating scale-2 (IES-2) in a culturally diverse Hispanic American sample. *Eating Behaviors*, 28, 1-7.
181. Atalay, S. (2017). *Sezgisel yeme, yeme tutumu, diyet kalitesi ve beden kütle indeksi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Haydar Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
182. Cancian, A.C.M., de Souza, L.A.S., Liboni, R.P.A., Machado, W.L. and Oliveira, M.D.S. (2017). Effects of a dialectical behavior therapy-based skills group intervention for obese individuals: a Brazilian pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 1-13.
183. Dunn, C., Haubenreiser, M., Johnson, M., Nordby, K., Aggarwal, S. and Myer, S. (2018). Mindfulness Approaches and Weight Loss, Weight Maintenance, and Weight Regain. *Current Obesity Reports*, 7(1), 37-49.
184. Tapper, K. (2017). Can mindfulness influence weight management related eating behaviors? If so, how? *Clinical Psychology Review*, 53, 122-134.
185. Levoy, E., Lazaridou, A., Brewer, J., Fulwiler, C. (2017). An exploratory study of Mindfulness Based Stress Reduction for emotional eating. *Appetite*, 109, 124-130.
186. Kearney, D.J., Milton, M.L., Malte, C.A., McDermott, K.A., Martinez, M. and Simpson, T.L. (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition Research*, 32(6), 413-420.
187. Serpa, J.G., Taylor, S.L. and Tillisch, K. (2014). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) reduces anxiety, depression, and suicidal ideation in veterans. *Medical Care*, 52(12 Suppl 5), 19-24.
188. Fidan, T., Ertekin, V., Işıkyay, S. and Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 49-54.
189. Oğur, S., Aksoy, A. and Selen, H. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 5(1), 14-26.
190. Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Ersöz, Y., Işık, Ö., Saraçlı, S. and Karagöz, Ş. (2017). Egzersiz bağımlılığı, yeme tutum ve davranışları ilişkisi. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1), 43-54.

191. Lähteenmäki, S., Aalto-Setälä, T., Suokas, J.T., Saarni, S.E., Perälä, J. and Saarni, S.I.(2009). Validation of the Finnish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. *BMC psychiatry*, 9(5), 1-8.
192. Keskin, Y., Lüleci, N.E., Çelik, Ş., Erşan, N., Dikyol, M. and Durucu, B. (2010). Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. *Maltepe Tıp Dergisi*, 2(2), 18-25.
193. Esra, U., Sağlam, E., Şen, S., Aygin, D. ve Sert, H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 187-197.
194. van Dyck, Z., Herbert, B.M., Happ, C., Kleveman, G.V. and Vogele, C. (2016). German version of the intuitive eating scale: Psychometric evaluation and application to an eating disordered population. *Appetite*, 105,798-807.
195. Linardon, J., Mitchell, P. (2017). Rigid dietary control, flexible dietary control, and intuitive eating: Evidence for their differential relationship to disordered eating and body image concerns. *Eating Behaviors*, 26,16-22.
196. Peschel, S.K.V., Tylka, T.L., Williams, D.P., Kaess, M., Thayer, J.F. and Koenig, J. (2017). Is intuitive eating related to resting state vagal activity? *Autonomic Neuroscience*, 210,72-75.
197. Şengül, A. M., Hekimoğlu, Ş. (2005). Vücut kitle indeksi ile yeme tutumu test puanları arasındaki ilişki. *Göztepe Tıp Dergisi*, 20, 21-23.
198. Kaya, A.Y., Demirhan, A. ve Demirhan, B.İ. (2016). Obez Hastalarda Yeme Tutumu ile Vücut Kitle Endeksi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Avrasya Aile Hekimliği Dergisi*, 5(3), 117-120.
199. Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E. ve Bakır, B. (2008). Ankara'da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 102-109.
200. Yahia, N., Brown, C. A., Rapley, M. and Chung, M. (2016). Level of nutrition knowledge and its association with fat consumption among college students. *BioMed Central Public Health*, 16(1047).
201. Şanlıer, N. (2005). Gençlerde biyokimyasal bulgular, antropometrik ölçümler, vücut bileşimi, beslenme ve fiziksel aktivite durumlarının değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(3), 47-73.
202. Khan, Y., Bhutta, Z.A. (2010). Nutritional deficiencies in the developing world: current status and opportunities for intervention. *Pediatric Clinics of North America*, 57(6), 1409-1441.
203. Jurschik, P., Torres, J., Solá, R., Nuin, C., Botigué, T. and Lavedán, A. (2010). High rates of malnutrition in older adults receiving different levels of health care in Lleida, Catalonia: an assessment of contributory factors. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 29(4), 410-422.

204. Institute of Medicine Subcommittee on, Interpretation Uses of Dietary Reference, Intakes Institute of Medicine Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference, Intakes, in DRI Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment. (2000). *National Academies Press (US) Copyright 2000 by the National Academy of Sciences*. Washington (DC): All rights reserved.
205. Murphy, S.P., Poos, M.I. (2002). Dietary Reference Intakes: summary of applications in dietary assessment. *Public Health Nutrition*, 5(6a), 843-849.
206. Azadbakht, L., Esmailzadeh, A. (2012). Macro and micro-nutrients intake, food groups consumption and dietary habits among female students in Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(4), 204-209.
207. Štalić, Z., Colić Barić, I. and Keser, I. (2007). Diet quality in Croatian university students: energy, macronutrient and micronutrient intakes according to gender. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 58(5), 398-410.
208. Štalić, Z., Colić Barić, I. and Keser, I. (2008). Dairy consumption and other dietary risk factors for osteoporosis in Croatian young women. *Mljekarstvo*, 58(4), 327-339.
209. Schenkel, T.C., Stockman, N.K., Brown, J.N. and Duncan, A.M.(2007). Evaluation of energy, nutrient and dietary fiber intakes of adolescent males. *Journal of the American College of Nutrition*, 26(3), 264-271.
210. Hawley, G., Horwath, C., Gray, A., Bradshaw, A., Katzer, L. and Joyce, J. (2008). Sustainability of health and lifestyle improvements following a non-dieting randomised trial in overweight women. *Preventive Medicine*, 47(6), 593-599.
211. Cole, R.E., Horacek, T. (2010). Effectiveness of the "My Body Knows When" intuitive-eating pilot program. *American Journal of Health Behavior*, 34(3), 286-297.
212. Leblanc, V., Provencher, V., Begin, C., Corneau, L., Tremblay, A. and Lemieux, S. (2012). Impact of a Health-At-Every-Size intervention on changes in dietary intakes and eating patterns in premenopausal overweight women: results of a randomized trial. *Clinical Nutrition*. 31(4), 481-488.



EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, **Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu**'ndan 13.10.2017 tarih / E.145933 sayı ile izin alınan ve Doç. Dr. Saniye BİLİCİ tarafından yürütülen “Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu İle İlişkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmanın Amacı	Bu çalışmada 19-45 yaş arası yetişkin bireylerde sezgisel yeme ve yeme farkındalığının beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
Araştırmanın Yöntemi	Bireylerin demografik bilgileri (yaş, meslek vb.), sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları, sezgisel yeme ölçeği, yeme farkındalığı ölçeği, yeme tutum envanteri ve bir günlük geriye dönük besin tüketim kaydı oluşturulacak anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle kaydedilecektir. Antropometrik ölçümler(boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi) araştırmacı tarafından yapılacaktır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi	01/08/2017 – 01/08/2018
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	250
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	Ankara il merkezi rastgele örnekleme yöntemiyle yetişkin bireyler

EK-1. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Araştırma yürütücüsü

Adı ve Soyadı	Doç. Dr. Saniye BİLİCİ	Tarih ve İmza
Adres ve telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 05327752781	

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

EK-2. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/10/2017-E.145933



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/07/2017 tarihli ve 14574941-199- 97633 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Nüfer ÖZKAN'ın, Doç.Dr.Saniye BİLİCİ'nin danışmanlığında yürüttüğü "*Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu ile İlişkisi*" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 10.10.2017 tarih ve 08 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

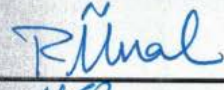
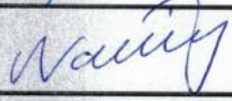
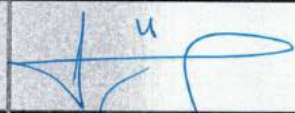
Bulgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2017-400

Ek:1 Liste

EK-2. (devam) Etik Komisyon Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 10.10.2017	TOPLANTI SAYISI : 08
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	KATILAMADI
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	KATILAMADI
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	KATILAMADI
Prof.Dr.Füsün DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	

EK-3. Anket Formu

YETİŞKİN BİREYLERDE SEZGİSEL YEME VE YEME FARKINDALIĞININ BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİ

Anket no: Tarih:

A. BİREYE AİT GENEL BİLGİLER

1. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın
2. Yaş (yıl): Doğum Tarihi:/...../.....
3. Eğitim Durumu:
 - 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Önlisans 5) Lisans 6) Lisansüstü
4. Mesleği:
5. Medeni Durumu: 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış

B. SAĞLIK BİLGİLERİ

6. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
 - 1) Evet 2) Hayır
7. Cevabınız “evet” ise belirtiniz.
8. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
9. Cevabınız evet ise adını belirtiniz.
10. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
11. Cevabınız evet ise günde kaçadet
12. Alkol tüketiyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
13. Cevabınız evet ise ne sıklıkta, ne miktarda ve genellikle hangi türü tercih ediyorsunuz?
günde/haftada/ayda.....ml.....içki adı.....
14. Daha önce diyet yaptınız mı? 1) Evet 2) Hayır
15. Cevabınız “evet” ise belirtiniz.
kg,..... hafta/ay/yıl,.....diyeti ile
16. Daha önce kilo vermeye çalıştıysanız neden kilo vermek istediniz?
 - 1) Sağlık nedeniyle 2) Estetik görünüm nedeniyle 3) Çevre baskısı nedeniyle
 - 4) Diğer.....
17. Daha önce herhangi bir diyet ile kilo verdiyseniz ne kadar süre bu kiloyu korudunuz?
haftaayyıl

C. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

18. Günde kaç öğün yemek yersiniz?..... ana öğün,ara öğün
19. Öğün atlar mısınız? 1)Evet 2)Hayır
20. Öğün atlarsanız en sık hangi öğünü atlarsınız?
21. Öğün atlama sebebinizi belirtiniz.....

D. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

22. Vücut Ağırlığı (kg):
23. Boy uzunluğu (cm):
24. Bel çevresi (cm):

EK-3. (devam) Anket Formu

SEZGİSEL YEME ÖLÇEĞİ

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

1 Kesinlikle katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
---------------------------------	-------------------	-----------------	------------------	-----------------------------

		1	2	3	4	5
1.	Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.					
2.	Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.					
3.	Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.					
4.	Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.					
5.	Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.					
6.	Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip ETMEM.					
7.	Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
8.	Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
9.	Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.					
10.	Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.					
11.	Beni rahatlatması için yiyeceklere başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzümlük) baş edebilirim.					
12.	Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.					
13.	Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.					
14.	Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.					
15.	Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
16.	Ne yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
17.	Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
18.	Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.					
19.	Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.					
20.	Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.					
21.	Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.					
22.	Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir şekilde işlemlerini sağlayacak yiyecekler yerim.					
23.	Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.					

EK-3. (devam) Anket Formu

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ

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

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 çiğnemedem yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Yemeklerimi saatli yerim.					
19.	Yemeği kaşıkla yerim.					
20.	Tıka basa yemek yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Sıkıntidan 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.					

EK-3. (devam) Anket Formu

YEME TUTUM ENVANTERİ

Bu anket sizin yeme tutumunuzla ilgilidir. Her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5	6
Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç bir zaman
1.	Şişman olmaktan çok korkarım.				
2.	Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım.				
3.	Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum.				
4.	Çatlayıncaya kadar yemek yerim.				
5.	Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.				
6.	Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim.				
7.	Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum.				
8.	Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim.				
9.	Yedikten sonra kusarım.				
10.	Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım.				
11.	Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler.				
12.	Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm.				
13.	Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.				
14.	Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır.				
15.	Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer.				
16.	İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım.				
17.	Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir.				
18.	Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm.				
19.	Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır.				
20.	Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar.				
21.	Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım.				
22.	Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissedirim.				
23.	Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim.				
24.	Midemin boş olmasını severim.				
25.	Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım.				
26.	Yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim.				

EK-3. (devam) Anket Formu

24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	TÜKETİLEN BESİNLER, YİYECEKLER VE İÇECEKLER	HAZIRLARKEN İÇİNE KONAN MALZEMELER	MİKTAR	
			ÖLÇÜ	AĞIRLIK
SABAHA				
KUŞLUK (Sabah ve öğle yemeği arasında)				
ÖĞLE				
İKİNDİ (öğle ve akşam yemeği arasında)				
AKŞAM				
GECE (akşam yemeğinden sonra)				

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ÖZKAN, Nilüfer
 Uyruğu : T.C
 Doğum tarihi ve yeri : 05.01.1988
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 05070063579
 e-mail : nozkan_@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Atatürk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik	2013
Lise	Nevzat Karabağ Anadolu Öğretmen	2007

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2016-2017	Gazi Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2014-2015	Gaziantep Üniversitesi	Araştırma Görevlisi
2013-2014	Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi	Diyetisyen

Yabancı Dil

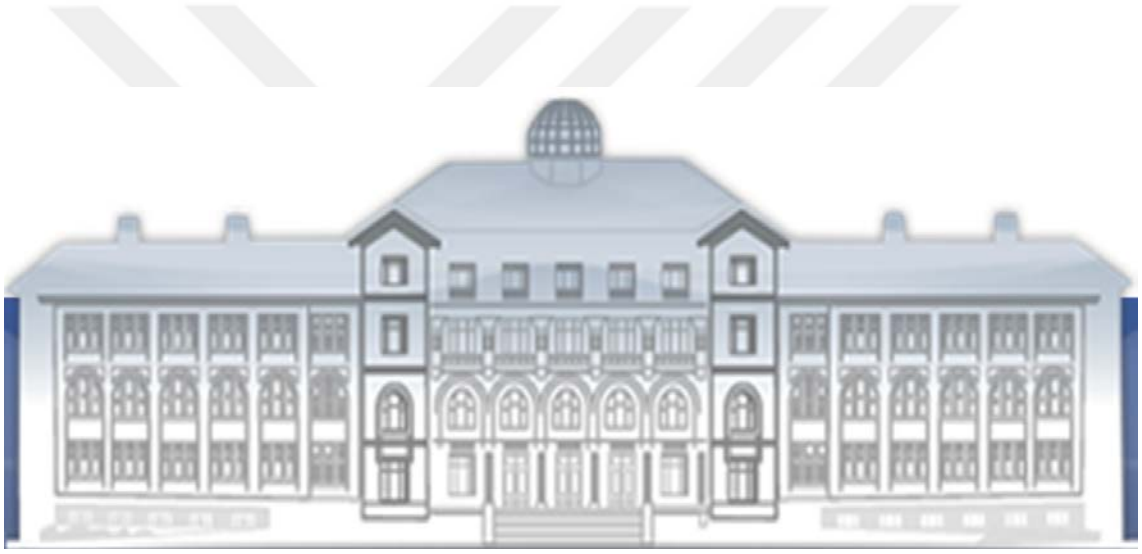
İngilizce

Yayınlar

Özkan, N., ve Bilici, S.(2018). Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,3(2), 16-24.

Hobiler

Buz pateni yapmak, tenis oynamak, ata binmek ve tarihi mekan gezileri yapmak.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR...

