



RECEP TAYYİP
ERDOĞAN
ÜNİVERSİTESİ

**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**18-65 YAŞ ARASI ERİŞKİMLERİN YEME TUTUMLARI İLE
BESİN NEOFOBİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Hüseyin ADANUR

Danışman

Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ

**RİZE
2025**

**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**18-65 YAŞ ARASI ERİŞKİNLERİN YEME TUTUMLARI İLE
BESİN NEOFOBİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Hüseyin ADANUR

Danışman

Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ

**RİZE
2025**

KABUL VE ONAY

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Anabilim Dalının adı Anabilim Dalında, Danışmanın Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ danışmanlığında, Dr. Hüseyin ADANUR tarafından hazırlanan *18-65 Yaş Arası Erişkinlerin Yeme Tutumları ile Besin Neofobisi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi* adlı bu tez çalışması, **.../.../2025** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oy birliğiyle/oy çokluğuyla başarılı bulunarak jürimiz tarafından **Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Ünvanı, Adı SOYADI

İmza

Başkan

:

Üye

:

Üye

:

Üye (DR tezi ise)

:

Üye (DR tezi ise)

:

ETİK BEYAN

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim dalı Sahada Aile Hekimliği Uzmanlığı (SAHU) programından mezun olmak üzere teslim ettiğim “18-65 Yaş Arası Erişkinlerin Yeme Tutumları ile Besin Neofobisi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” adlı tezim, bilim ve araştırma etiği prensiplerine riayet edilerek tarafımdan yazılmıştır.

Tez çalışmamda, başka kaynaklardan aktarılan bütün bilgi ve alıntılar, Enstitünüz Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak açıkça gösterilmiştir. Kaynağı gösterilenler dışında kalan bütün bilgiler uygun araştırma yöntemi kullanılarak tarafımdan edinilmiş ve esere bu şekilde yansıtılmıştır. Şahsıma ait olmayan hiçbir bilgi, kasıt veya kusurlar, şahsıma aitmiş gibi gösterilmemiştir. İnternet kaynakları dâhil, sahibine/kaynağına atıf yapılmaksızın hiçbir bilgi kullanılmamıştır. Aksinin ortaya çıkması halinde doğacak bütün hukuki, idari, akademik ve etik sorumluluk tarafıma ait olacaktır. Eserin tesliminden sonra herhangi bir zamanda, bilim etiğine aykırılık tespit edilmesi ve / veya eserimle ilgili intihal veya intihal şeklinde anlaşılabilecek bir durumun ortaya çıkması halinde; Üniversiteniz ve eğitim kadronuzun hiçbir şekilde sorumlu tutulmayacağını hür irademle kabul, beyan ve taahhüt ederim.

.... /...../2025

(İmza)

Dr. Hüseyin ADANUR

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince edindiğim bilgi, deneyim ve mesleki gelişimin önemli bir parçası olan bu tez çalışmasının ortaya çıkmasında emeği geçen tüm kişi ve kurumlara en içten teşekkürlerimi sunarım.

Başta tez danışmanım, değerli bilgi ve tecrübeleriyle sadece akademik anlamda değil, mesleki duruşu ve insani yaklaşımıyla da bana yol gösteren, her zaman destekleyici tutumunu hissettiren Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmam süresince bilimsel bakış açısıyla çalışmama değer katan Dr. Öğr.Üyesi Serdar Karakullukçu' ya ve çalışma sürecinde katkılarını esirgemeyen, akademik yönlendirmeleri ile yanımda olan Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Çiçek Hocaoglu' na teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca birlikte görev yaptığım, bilgi paylaşımı, dayanışma ve samimiyetle çalıştığımız; yoğun ve zorlu süreçleri birlikte göğüslediğimiz, bana her zaman destek olan kıymetli meslektaşlarıma, bu yolculuğu daha anlamlı ve değerli kıldıkları için gönülden teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, sabırları ve sevgileriyle bana güç veren , bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan sevgili anneme ve babama, destekleriyle yol arkadaşlığını hissettiren kardeşlerime; huzur kaynağım olan, her koşulda desteğini esirgemeyen sevgili eşime ve en büyük motivasyon kaynağım olan oğluma en derin sevgilerimle teşekkür ederim.

Bu çalışmanın bilimsel alana ve aile hekimliği disiplinine katkı sağlamasını temenni ederim.

Dr. Hüseyin ADANUR

Rize/2025

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
ETİK BEYAN.....	IV
ÖNSÖZ	V
İÇİNDEKİLER	VI
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
KISALTMALAR.....	X
TABLolar LİSTESİ.....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ	XII
GİRİŞ	1
1. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. Beslenme.....	3
1.2. Yeme Tutumu	4
1.3. Yeme Bozuklukları	4
1.3. Yeme Bozukluğu Tipleri	6
1.4.1. Pika	7
1.4.2. Geri Çıkarma/Geviş Getirme (Ruminasyon) Bozukluğu.....	8
1.4.3. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu	9
1.4.4. Anoreksiya Nervoza.....	10
1.4.5. Bulimiya Nervoza	13
1.4.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	15
1.4.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu.....	16
1.4.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	17

1.5.	Gıda Neofobisi.....	18
2.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
2.1.	Çalışmanın Yapısı.....	21
2.2.	Örneklem	21
2.3.	Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	21
2.4.	Veri Toplanması ve Kullanılan Araçlar.....	21
2.5.	Anket Formu	22
2.5.1.	Bireylere Ait Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi	22
2.5.2.	Antropometrik Ölçümler.....	22
2.5.3.	Yeme Tutum Testi – 26 (YTT-26).....	23
2.5.4.	Yeni Besin Korkusu Ölçeği	24
2.6.	İstatistiksel Analiz.....	25
2.7.	Araştırmanın Olanakları	25
2.8.	Etik Kurul Onayı.....	25
2.9.	İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	25
3.	BULGULAR.....	26
4.	TARTIŞMA	39
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
	KAYNAKÇA.....	45
	EKLER.....	52
	Ek-1. Anket Formu	52
	Ek-2. Yeni Besin Korkusu Ölçeği	54
	Ek-3. Yetişkinlerde Yeme Tutum Ölçeği	55
	Ek-4. Etik Kurul Onayı	56
	Ek-5. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	57
	Ek-6. Tez Benzerlik Oranı	58

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Türü : Uzmanlık Tezi

Danışman : Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ

Hazırlayan : Dr. Hüseyin ADANUR

Yıl : 2025

Sayfa Sayısı : 58

ÖZET

**18-65 YAŞ ARASI ERİŞKİNLERİN YEME TUTUMLARI İLE BESİN
NEOFOBİSİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu çalışma, bireylerin gıda neofobisi düzeyleri ile yeme tutumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüştür. Araştırmada veri toplamak için Yeme Tutum Testi (YTT-26) ve Yeni Besin Korkusu Ölçeği (FNS-10) kullanılmıştır. Çalışma grubunu 345 yetişkin birey oluşturmuştur. Katılımcıların demografik ve sağlık özellikleriyle birlikte antropometrik ölçümleri değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, gıda neofobisi puanı 42 yaş ve üstü bireylerde, eğitim düzeyi lise ve altı olanlarda ve çalışmayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Yeme tutum puanı ise kadınlarda ve üniversite mezunlarında anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ayrıca, 42 yaş altı bireylerde yeme tutum bozukluğu daha sık görülmüştür. Zayıflama diyeti yapan bireylerde yeme tutum puanı ve bozukluk oranı belirgin olarak yüksektir. Çalışma bulguları, gıda neofobisi ve yeme tutumlarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve bazı sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Besin neofobisi, Yeme tutumu, Yetişkin

Recep Tayyip Erdogan University Medicine Faculty

Department : Family Medicine
Thesis Type : Specilization Thesis
Supervisor : Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ
Author : Dr. Hüseyin ADANUR
Year : 2025
Pages : 58

ABSTRACT

**EVALUATION OF THE CORRELATION BETWEEN EATING ATTITUDES
AND FOOD NEOPHOBIA OF ADULTS AGED 18-65**

This study was conducted to examine the correlation between individuals' levels of food neophobia and their eating attitudes. To collect data, the Eating Attitudes Test (EAT-26) and the Food Neophobia Scale (FNS-10) were utilized. The study group consisted of 345 adult individuals. Participants' demographic and health characteristics, along with their anthropometric measurements, were evaluated. According to the findings, food neophobia scores were significantly higher among individuals aged 42 and over, those with a high school education or lower, and those who were unemployed. Eating attitude scores were significantly higher in women and university graduates. Furthermore, disordered eating attitudes were more frequently observed in participants under the age of 42. Both the eating attitude scores and the prevalence of disordered eating were notably higher among individuals who were on or had previously followed a weight loss diet. The study findings indicate that food neophobia and eating attitudes are associated with age, gender, educational level, and certain health-related behaviors.

Keywords: Food neophobia, Eating attitude, Adult

KISALTMALAR

Bkz.	:	Bakınız
ARFID	:	Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
BN	:	Bulimiya nevroza
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
FNS	:	Yeni Besin Korku Ölçeği
Maks.	:	Maksimum
Min.	:	Minimum
Ort.	:	Ortalama
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
SS	:	Standart Sapma
VKİ	:	Vücut Kitle İndeksi
vd.	:	ve diğerleri
WHO	:	World Health Organization
YTT	:	Yeme Tutum Testi
%	:	Yüzde

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Yetişkin bireylerde beden kütle indeksinin sınıflandırılması	23
Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri	26
Tablo 3. Katılımcıların bazı sağlık verilerine göre dağılımları.....	27
Tablo 4. Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ölçümleri.....	28
Tablo 5. Katılımcıların vücut kitle indeksine göre gruplandırılması	28
Tablo 6. Katılımcıların FNS-10 ve yeme tutum testi (YTT-26) puanları	29
Tablo 7. Yaş, VKİ, FNS-10 ve YTT-26 arasındaki korelasyon.....	31
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yeni besin korku ölçeği (FNS-10) puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yeme tutum testi (YTT-26) puanlarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yeme tutum bozukluğu durumunun karşılaştırılması	34
Tablo 11. Katılımcıların bazı sağlık verileri ile yeni besin korku ölçeği (FNS-10) puanlarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 12. Katılımcıların yeme bozukluğu varlığına göre FNS-10 puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 13. Katılımcıların bazı sağlık verileri ile yeme tutum ölçeği (YTT-26) puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 14. Katılımcıların bazı sağlık verileri ile yeme tutum bozukluğu durumlarının karşılaştırılması.....	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. DSM-5 e göre anoreksiya nervoza tanı kriterleri	12
Şekil 2. DSM-5'e göre bulimiya nervozanın tanı kriterleri.....	14
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyete göre vücut kitle indeksi dağılımları	29
Şekil 4. Katılımcılarda yeme tutum bozukluğu sıklığının dağılımı.....	30
Şekil 5. Katılımcıların cinsiyete göre yeme bozukluğu dağılımları	30
Şekil 6. Katılımcıların cinsiyete göre yeni besin korku ölçeği (FNS-10) puanları ..	31



GİRİŞ

Bireylerin sağlıklı beslenmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması ve hastalıklardan korunma açısından toplumsal sağlık üzerinde önemli bir role sahiptir. Bu doğrultuda beslenme, insan sağlığını bütüncül bir yaklaşımla korumak ve geliştirmek, yaşam kalitesini sürekli olarak arttırmak için vücudun ihtiyacı olan tüm besin bileşenlerinin yeterli miktarda ve doğru zamanlarda alınmasını içeren bilinçli bir davranıştır.

Yeme tutumu, bireyin günlük yaşantısındaki besinlere, yeme eylemine ve bedenine karşı geliştirdiği bireye özgü ortaya çıkan düşünce, duygu ve davranış biçimlerini ifade eder. Yeme tutum ve davranışlarının insan sağlığı üzerinde önemli etkileri vardır. Sağlıklı yeme tutumları, bireyin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazanmasında, günlük hayatta besin seçimini olumlu yönde şekillendirmede ve beden imgesiyle barışık olmasında önemli bir rol oynar (Garner ve Garfinkel, 1980). Bireylerin yeme tutumu bozulduğunda, günlük hayatta yeme davranışı kontrolleri güçleşmekte ve bu durum ise yeme bozukluklarının gelişimi için zemin oluşturabilmektedir. (Garner ve Garfinkel, 1980). Yeme davranışları ve beden algısındaki bozulmalarla ortaya çıkan yeme bozuklukları, genellikle psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik sorunlarla birlikte seyrederek zamanla kronikleşebilir ve bazı durumlarda yaşamı tehdit eden ciddi psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlayarak hayati tehlike oluşturabilir (Anderson-Fye ve Becker, 2004). Literatürdeki çalışmalarda sıklıkla yeme bozukluğunun riskli yeme tutumları aracılığıyla ortaya çıktığı görülmektedir (Garner ve Garfinkel, 1979). Bu nedenle yeme tutumlarındaki riskli yeme alışkanlıklarının erken dönemde tespit edilmesi yeme bozukluklarının önlenmesi ve erken müdahale edilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Levine ve Murnen, 2009).

Besin neofobisi ise kişilerin daha önce karşılaşmadıkları veya aşına olmadıkları besinlere karşı gösterdikleri çekinme, korku ya da kaçınma hali olarak tanımlanmaktadır (Pliner ve Hobden, 1992). Gıda neofobisinin zemininde bireylerin kendilerine zarar verebileceğini düşündükleri besinleri tüketmekten kaçınma eğiliminden kaynaklandığı düşünülmektedir (Pliner ve Salvy, 2006). Gıda

neofobisine yatkın olan bireylerin, besin seçimleri incelendiğinde; tüketilen gıda çeşitliliğinin oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. (Tuorila vd., 2001). Günlük hayatta tüketilen besin çeşitliliğini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen yiyecek neofobisi, sebze ve meyve tüketiminin azalmasına ve yüksek yağlı, yüksek kalorili yiyeceklerin daha fazla tercih edilmesine sebep olarak insan sağlığı üzerinde olumsuz etki göstermektedir. (Flight vd., 2003). Gıda neofobisi olan bireylerin, daha kısıtlı besin seçimi yapmaları, yeni-aşına olmadıkları gıdalar ile ilgili kaygılar yaşamaları ve yeme davranışlarına yönelik olumsuz tutumlar geliştirmeleri, bu iki kavram arasındaki bağlantıyı araştırmayı önemli kılmaktadır. Yaptığımız bu tez çalışma ile yetişkinlerin yeme tutumları ile gıda neofobisi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. (Dovey vd., 2008).

Gıda neofobisi ile yeme tutumları arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması, özellikle erken dönem müdahaleler, beslenme eğitimleri ve yeme bozukluklarının önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesinde önemli bir temel oluşturacaktır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Beslenme

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlinde olmasıdır [World Health Organization (WHO), 2019]. Beslenme ise insan sağlığını etkileyen en önemli faktörlerin başında gelir. Beslenme, canlıların fiziksel ve zihinsel büyümesi, gelişmesi, yaşamın sürdürülmesi ve sağlıklarının korunması için gerekli olan besin öğeleri ile biyoaktif bileşenlerin vücuda alınarak sindirilmesi, emilmesi ve etkin bir şekilde kullanılması sürecidir (WHO, 2020).

Sağlıklı beslenme, bireylerin yaşına, cinsiyetine, günlük yaşamlarındaki fiziksel aktivite düzeyine ve sağlık durumlarına uygun şekilde; yeterli miktarda enerji, protein, vitamin, mineral ve diğer besin öğelerini içeren çeşitli besinlerin yeterli ve dengeli olarak tüketilmesini ifade eder. Sağlıklı beslenme ile amaç; bireylerin büyüme ve gelişmelerinin desteklenmesi, biyolojik olarak bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, yaşam boyu yaşam kalitesinin artırılması ve oluşabilecek hastalık risklerinin azaltılmasıdır. Bireylerin sağlıklı beslenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve hastalıklardan korunmada büyük bir öneme sahip olup, toplum sağlığının iyileştirilmesinde temel bir rol üstlenmektedir. Bu bağlamda beslenme; vücudun gereksinim duyduğu tüm besin bileşenlerinin, gerekli miktarda ve uygun zaman aralıklarında, bilinçli şekilde tüketilmesini içeren ve yaşam boyunca sağlık durumunu koruyup geliştirmeyi hedefleyen bir süreçtir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2015).

Beslenme bozuklukları, bireyin enerji ve besin öğeleri ihtiyacını karşılayamaması ya da gereğinden fazla ve dengesiz şekilde karşılaması sonucu ortaya çıkan, büyüme, gelişme, sağlık ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiler oluşturan durumlar olarak tanımlanır (WHO, 2000). Bu bozukluklar hem yetersiz beslenme (malnütrisyon) hem de aşırı beslenme (obezite, metabolik sendrom) şeklinde kendini gösterebilir. Bu beslenme bozuklukları, sadece fizyolojik değil; aynı zamanda psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin neticesi olarak ortaya çıkabilmekte ve bireylerin genel sağlık durumunu ciddi bir şekilde etkileyebilmektedir (Contento, 2011).

1.2. Yeme Tutumu

Tutum kavramı, bireyin bir nesneye, kişiye, olaya ya da duruma yönelik kendince geliştirdiği, öğrenilmiş ve görece kalıcı olabilen, bilişsel, duygusal ve davranışsal eğilimlerin bütünü olarak tanımlanır (Eagly ve Chaiken, 1993).

Yeme tutumu ise bireyin doğumla başlayan günlük yaşantısında ki besinlere, yeme eylemine ve bedenine karşı geliştirdiği bireye özgü ortaya çıkan düşünce, duygu ve davranış biçimlerini ifade eder. Yeme tutumu, doğumdan itibaren yaşamımızın önemli bir parçası olarak şekillenmekte ve zamanla aile, kültür, sosyal çevre, medya faktörü ve kişisel deneyimler gibi birçok dış etkenin şekillendirmesiyle değişime uğrayabilmektedir (Contento, 2011). Yeme tutumları bireylerin zamanla şekillenen yeme davranışlarını öngörmeye kullanılabilir. (Fazio, 1990). Yeme tutum ve davranışlarının insan sağlığı üzerinde önemli etkileri vardır. Sağlıklı yeme tutumları, bireyin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazanmasında, günlük hayatta besin seçimini olumlu yönde şekillendirmede ve beden imgesinde barışık olmasında önemli bir rol oynar (Garner ve Garfinkel, 1980).

Bozulmuş/riskli yeme tutumları ise yeme bozukluklarında görülen bozulmuş yeme davranışlarına zemin hazırlayan önemli bilişsel faktörler arasında yer almaktadır (Fairburn, 2008). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, özellikle Bozulmuş/riskli yeme tutumlarının, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi klinik yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğunu göstermektedir (Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk, 2020).

1.3. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, bireyin beden sağlığını, psikososyal fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, klinik düzeyde yeme davranışlarında ve besin alımında önemli bozulmalarla seyreden; beden imgesi ve yeme davranışları ile ilgili zihinsel ve duygusal bozulmaların sonucu olarak ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklardır. Amerikan Psikiyatri Derneği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve

İstatistiksel El Kitabı son baskısında “yeme bozuklukları” olarak geçen kavramı daha kapsayıcı hale getirerek “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” olarak değiştirmiştir.

Beslenme ve Yeme bozuklukları oldukça çok bileşenli bir yapıdan kaynaklanmakta olup, etyolojisi biyolojik, psikolojik, gelişimsel ve sosyokültürel faktörlerin şekillendirdiği heterojen bir yapıdadır. (Rikani vd., 2013). Bu bağlamda, bozulmuş/riskli yeme tutumları, beden imgesi memnuniyetsizliği, benliğe ilişkin olumsuz inanışlar ve zayıflık hedefinin içselleştirilmesi gibi biyopsikososyal faktörler, beslenme ve yeme bozukluklarının gelişiminde ön plana çıkan başlıca risk etmenleri arasındadır (Polivy ve Herman, 2002; Faraji ve Fırat, 2022).

Yeme davranışları ve beden algısındaki bozulmalarla ortaya çıkan yeme bozuklukları, genellikle psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik sorunlarla birlikte seyrederek zamanla kronikleşebilir ve bazı durumlarda yaşamı tehdit eden ciddi psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlayarak hayati tehlike oluşturabilir (Anderson-Fye ve Becker, 2004). Yeme bozukluklarının toplumda sıklığı zaman geçtikçe artmakta ve günden güne daha önemli bir sağlık problemi haline gelmektedir (Turnbull vd., 1996). Beslenme ve Yeme bozukluklarının toplumdaki gerçek yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir. Fakat son zamanlarda yapılan araştırmalarda yeme bozuklukları vakalarının toplum genelinde artış eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır (Hay, 2020). Özellikle kadınlar arasında Beslenme ve yeme bozukluklarının yaygınlığının artmakta ve yeme tutumu bozuklukları erken yaşlarda başlamaktadır. (Smink vd., 2012).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, yeme bozukluklarının görülme sıklığında artış olduğunu ve bu durumun özellikle genç kadınlar ve üniversite öğrencileri gibi risk gruplarında dikkat çekici düzeyde artış olduğunu ortaya koymaktadır (Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk, 2020). Beslenme ve Yeme bozukluklarının toplumdaki görülme sıklığı gerçek oranı bilinmemekle birlikte Ülkemizde yaşam boyu yeme bozukluğu görülme sıklığı %1-5 oranları arasında seyretmektedir. (Vardar ve Erzengin, 2011).

1.3. Yeme Bozukluğu Tipleri

Yeme bozuklukları, tarihsel süreç içerisinde farklı biçimlerde tanımlanmış ve zamanla kapsamı genişletilerek sınıflandırılmıştır. İlk yeme bozukluğu olarak anoreksiya nervoza William Gull tarafından 1873 yılında tıbbi bir durum olarak tanımlanmıştır ve sonrasında 1979 yılında bulimiya nervoza kavramı psikiyatri literatürüne girmiştir (Gull, 1873; Russell, 1979).

Yeme bozuklukları ilk kez resmi olarak, 1980 yılında yayımlanan DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition) ile psikiyatrik tanı kategorisi altında sınıflandırılmıştır. Bu klavuzda temel alt tipler olarak sadece anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza yer almıştır. Bu durumdan ötürü zaman içerisinde klinik gözlemlerde birçok vaka bu sınıflamaların dışında kalmıştır ve bir çok alt hasta grubu tanı konulamadığından dolayı tedaviye ulaşamamıştır. (Fairburn ve Bohn, 2005). Bu nedenlerle 2013 yılından yayınlanan DSM-5 ile birlikte sınıflandırma kapsamı genişletilmiştir ve yaşamın erken dönemi, çocukluk çağında başlayan bozuklukları da kapsam altına almıştır. Ayrıca bu kılavuzda yeme bozukluklarını “Beslenme ve Yeme Bozuklukları (Feeding and Eating Disorders)” başlığı altından sınıflandırmıştır. (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-V’e göre tanı kriterlerinin belirtildiği Beslenme ve Yeme Bozukluklarının sınıflandırılması;

1. Pika:
2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu,
3. Kaçınan/Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu,
4. Anoreksiya Nervoza,
5. Bulimiya Nervoza,
6. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu,
7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme veya Yeme Bozukluğu,
8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu yer almaktadır (Köroğlu, 2013).

1.4.1. Pika

Pika, bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan şekilde besin değeri taşımayan maddelerin (örneğin kil, toprak, kumaş, saç, buz gibi) tekrarlayıcı şekilde en az bir ay süreyle yemesiyle karakterize edilen bir yeme bozukluğudur (American Psychiatric Association, 2013).

Pika'nın etiyolojisi kesin olarak hala bilinmemekle birlikte çok faktörlüdür. Hastalığın biyolojik, psikososyal ve kültürel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (Sadock, 2015). Biyolojik faktör olarak sıklıkla demir – çinko gibi minerallerin eksikliği ile ilişkilendirilmiştir. Bu minerallerin eksikliğinin bireyin besin değeri taşımayan maddeleri yeme isteğini artırabileceği düşünülmektedir (Young, 2010). Travma, istismar, ihmal veya yoksulluk gibi psikososyal stresörlere ve olumsuz çevresel koşullara maruz kalan bireylerde stresle baş etme yöntemi olarak pika gelişimi gözlemlenebilir (American Psychiatric Association, 2013).

Kültürel ve bölgesel etkiler de bazı besin değeri taşımayan maddelerin tüketimini normalleştirebilir. Fakat bu alışkanlıklar zaman içerisinde patolojik hal alarak ve pika gelişimine neden olabilir (Dovey vd., 2008). Pika tüm toplumlardan görülebilmektedir ve özellikle Çocukluk çağlarında daha fazla olmakla beraber tüm yaş gruplarında rastlanabilen bir hastalıktır (American Psychiatric Association, 2013). Özellikle yetişkinler arasından bazı gebe kadınlarda artış göstererek hem anne sağlığı hem de fetal gelişim açısından ciddi riskler doğurabilir. Gebelik döneminde ortaya çıkan Pika yeme bozukluğu doğumla birlikte gebelik sona erdiğinde kendiliğinden ortadan kalkabilir (Young, 2010). Özellikle küçük çocukların (özellikle 2 yaş altı) çevrelerini ağız yoluyla keşfettiklerinden dolayı Çocuklarda pika tanısı koyulabilmesi ve sağlıklı bir klinik değerlendirme amacıyla çocukların 2 yaşından daha büyük olması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5'e göre Pika tanı kriterleri:

- A. En az bir ay süre boyunca, besin değeri taşımayan maddelerin (örneğin kil, toprak, kumaş, saç, buz, tebeşir, kağıt, sabun, ip gibi) tekrarlayıcı olarak yenilmesi.
- B. Bireyin Yeme davranışının, gelişimsel düzeyi ile uyumlu olmaması.

- C. Bireyin yeme davranışının, içinde yaşadığı ortamın kültürel ya da sosyal açıdan kabul görmüş bir uygulamanın parçası olmaması.
- D. Bu Yeme davranışı, başka bir mental veya ruhsal bozukluk bağlamında (örneğin otizm spektrum bozukluğu, zihinsel yetersizlik, şizofreni) ortaya çıkıyorsa; dikkate değer düzeyde ağır olmalı ve klinik olarak değerlendirildiğinde bireyin işlevselliğinde anlamlı bir bozulmaya neden olmalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

1.4.2. Geri Çıkarma/Geviş Getirme (Ruminasyon) Bozukluğu

Geri Çıkarma/Geviş Getirme bozukluğu, bireyin yediği besinleri mide bulantısı, istemsiz öğürme veya tiksinti olmadan istemli bir şekilde ağzına geri getirmesi (regürjitasyon), tekrar çiğnemesi ve yeniden yutması veya ağzından çıkartarak tükürmesi ile karakterize olarak tekrarlı yapılan davranışlardır. (Keski-Rahkone ve Mustelin, 2016). Bu davranış, genellikle en az bir aydan fazla sürer ve herhangi bir gastrointestinal hastalık (gastroözofageal reflü, pilor stenozu gibi) ya da tıbbi bir duruma bağlı değildir. Hayatın her döneminde ortaya çıkabilir (Michalska vd., 2016). Ruminasyon bozukluğu hayatın her döneminde ortaya çıkabilir (Michalska vd., 2016). Ancak genellikle bebeklerde, zeka geriliği (entellektüel yetersizlik) olan bireylerde ve nadir de olsa genç ergenler ve erişkinlerde arasında da görülebilmektedir (Gaudiani vd., 2010).

DSM-5'e göre Geri Çıkarma/ Geviş Getirme (Ruminasyon) Bozukluğu Tanı Kriterleri:

- A. En az 1 ay süre ile tekrarlı olarak tüketilen besinlerin istemli bir şekilde ağzına geri getirilmesi, yeniden çiğnenmesi, tekrar yutulması veya ağızdan çıkarılarak tükürülmesi.
- B. Sık sık gerçekleşen bu geri çıkarma davranışının herhangi bir tıbbi duruma bağlı gerçekleşmemesi.
- C. Bu davranış yalnızca diğer yeme bozuklukları (anoreksiya nervroza, bulimiya nervroza ve tıkinırcasına yeme bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu) gibi başka yeme bozukluğunun kapsamında gerçekleşmemelidir.

- D.** Bu durum bireyde başka bir psikolojik rahatsızlık ya da nörogelişimsel bozukluk varsa, bu yeme davranış bozukluğu ile klinik açıdan bireyin hayatında anlamlı bir düzeyde işlevsellik bozulmasına yol açmalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

1.4.3. Kaçınan/Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu

Kaçınan kısıtlayıcı Yiyecek alım bozukluğu, 2013 yılında sınıflandırma kapsamı genişletilerek yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistik El Kitabının (DSM-5) "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümünde "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)" adıyla yeni tanı adıyla sınıflandırılmış bir bozukluktur (Katzman vd., 2019).

Kaçınan kısıtlayıcı Yiyecek alım bozukluğu bireyin yaşına ve gelişimine uygun düzeyde yeterli beslenememesine neden olacak şekilde yiyeceklere ilgi duyulmaması, yiyeceklerin duyuşal (tadı, dokusu, kokusu gibi) özellikleri veya travmatik yeme deneyimleri (boğulma, kusma gibi) sonucu gelişen nedenler ile gıda alımının kalıcı olarak kısıtlanması veya kaçınılması durumudur. Bireyin gıda tüketimini miktar ve çeşitlilik bakımından kısıtlamasıyla, kilo kaybı, büyüme-gelişme geriliği, metabolik sorunlar, enteral beslenme gereksinimi veya psikososyal işlevsellikte bozulma gibi hayati risk oluşturan ciddi sonuçlara yol açabilen bu durum anoreksiya nervroza aksine beden imgesine dair bozulma ile ilişkili değildir (American Psychiatric Association, 2013). İleri vakalarda özellikle bebeklik ve çocukluk erken döneminde, yeterli tıbbi bakım sağlanıp, çok yönlü tedavi edilmez ise ciddi malnütrisyon ve buna bağlı komplikasyonlarla birlikte ölümle sonuçlanabilmektedir (Katzman vd., 2019). Kaçınan kısıtlayıcı Yiyecek alım bozukluğu genellikle nörogelişimsel bozukluklar (örneğin otizm spektrum bozukluğu) veya anksiyete bozuklukları ile eşzamanlı olarak görülmektedir (Treasure vd., 2010).

DSM-5'e göre kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alımı bozukluğunun tanı kriterleri:

- A.** Bireyin yaşına ve gelişim düzeyine uygun beslenme ve enerji ihtiyacını karşılayamamasına neden olan, gıda alımında kalıcı bir kısıtlama veya kaçınma durumu. Bu durum, aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösterir:

1. Ciddi miktarda kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo kazanımının gerçekleşmemesi veya büyüme geriliği),
2. Önemli seviyede besin yetersizlikleri,
3. Enteral beslenmeye (tüp ile) veya oral besin takviyelerinin desteğine bağlı kalma,
4. Gıda alımındaki bozulmanın neden olduğu belirgin psikososyal işlevlerin kaybı.

B. Bu durumun, herhangi bir besine ulaşamama (kıtlık, ekonomik gibi) gibi veya sosyal ya da kültürel olan bir beslenme alışkanlığı nedenleri ile açıklanamaması.

C. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimia nervoza bulunması durumunda oluşmamalıdır ve bireyde beden imgesinde bozulma olduğuna dair bulgu yoktur.

D. Yeme bozukluğu yalnızca başka bir tıbbi durum veya başka bir mental bozuklukla (örneğin otizm, OKB) daha iyi açıklanamıyorsa ARFID tanısı konabilir. Ancak eşlik eden bir hastalık varsa, yeme bozukluğunun şiddeti bu hastalığın ötesindeyse yine ARFID tanısı konabilir.

Yeme bozukluğu, eşzamanlı tıbbi bir durum ile ilişkilendirilemiyorsa veya başka bir mental bozuklukla (örneğin otizm, OKB) daha iyi açıklanamıyorsa Kaçınan kısıtlayıcı Yiyecek alım bozukluğu tanısı konur. Ancak bu bozukluğa eşlik eden başka bir hastalık varsa, yapılan klinik değerlendirmede yeme bozukluğunun şiddeti bu hastalığın ötesindeyse yine tanı konabilir (American Psychiatric Association, 2013).

1.4.4. Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya Nervoz, bireyin yaşına, cinsiyetine ve boyuna göre beklenen kilosunun oldukça altında seyreden, kilo alma korkusu ve beden imgesindeki bozulma ile karakterize bir yeme bozukluğudur. Bireyler zayıf olsalar bile kilo alma ve şişman olma düşüncesiyle yoğun bir korku yaşarlar ve bu korku bireyin yemek yeme davranışlarını ciddi bir ölçüde etkiler (Frank vd., 2019).

Anoreksiya nervoza hastaları, genellikle günlük yaşantılarında şiddetli diyet kısıtlaması yaparlar ya da kilo alımını önlemek amacıyla vücudu besinlerden arındırma davranışları (kusma, laksatif kullanımı gibi) veya kilo kaybı amacıyla aşırı fiziksel egzersizler gibi davranışlar sergilerler (American Psychiatric Association, 2013).

Anoreksiya Nervoza gelişiminde nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimler rol oynamaktadır (Bulik, 2005). Anoreksiya nervoza hastalarında yeme bozukluğunun yanında sıklıkla anksiyete bozuklukları, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklar eşlik edebilir (Halmi, 2013). Hastalık sıklıkla tekrar eden, tedavi maliyetleri yüksek ve süreci uzun olan, bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kronik bir hastalıktır (Treasure vd., 2010). Anoreksiya nervoza yaşamın en sık ergenlik döneminde başlar ve özellikle genç kadınlar arasında yaygın olarak görülür (Hudson vd., 2007). Anoreksiya nervozaya mortal seyredebilir ve tüm psikiyatrik hastalıklar kaynaklı ölümlerin yaklaşık yarısını oluşturur (Sullivan, 1995). Hastaların 30 yıllık gözleminde yaklaşık 4 kişiden 1'inin yaşamını kaybettiği belirtilmiştir (Toker ve Hocaoglu, 2009). Anoreksiya nervoza tedavisinde onaylanmış herhangi bir ilaç yoktur ve kullanılan ilaçların etkinliği hastalık üzerinde sınırlıdır. Kronikleşme eğiliminde olan hastalığın tedavi başarısı genellikle düşüktür. (Frank ve Shott, 2016).

Aşağıda yer alan Şekil 1'de anoreksiye nervoza için tanım kriterleri yer almaktadır.

Anoreksiya Nervosa için DSM-5 Tanı Kriterleri
A. Gereksinimlere göre erke(enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Şekil 1. DSM-5 e göre anoreksiya nervosa tanı kriterleri

DSM-5 te Anoreksiya Nervozanın 2 alt türü tanımlanmıştır:

1. Kısıtlayıcı Tip:

Bu tipte kişi, son 3 ay boyunca aşırı yemek kısıtlaması yapar ve tekrarlayan tıknırcasına yeme veya arınma (diyet hapi, kusma, laksatif kullanımı vb.) davranışları ile karşılaşmaz. Bu alt tip, kilo kaybının genellikle katı diyet uygulamaları, aşırı kısıtlayıcı düşük enerjili beslenme ve/veya amacıyla aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği durumları tanımlar”.

2. Tıknırcasına Yeme/Çıkarma Tipi:

Bu tipte kişi, son 3 ay içerisinde tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları geçirir ve ardından kilo alımını önlemek için çeşitli arınma davranışları (kusma, laksatif, diyüretik kullanımı vb.) uygular.

1.4.5. Bulimiya Nervosa

Bulimiya nervosa (BN), kişinin tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları sergilediği ve sonrasında oluşabilecek kilo alımını önlemek için gerçekleştirdiği uygunsuz telafi edici davranışlarıyla (kusma, diüretik- laksatif kullanımı, oruç tutma veya aşırı egzersiz gibi) karakterize edilen bir yeme bozukluğudur (American Psychiatric Association, 2013). Bu bireyler, kilo alımını önlemek için bu döngüyü günlük hayatlarında sıklıkla uygularlar ve genellikle sahip oldukları beden ağırlığı ve şekliyle aşırı derecede meşguldürler. (Hail ve Le Grange, 2018)

Bulimiya nervosa hastaları BKİ düzeylerine göre sınıflandırıldığında genellikle normal vücut ağırlığına sahiptir ya da hafif şişman olabilirler; bu fiziksel durum hastalığın dışarıdan fark edilmesini güçleştirebilir (Wade, 2019). Bulimiya nervosa genellikle geç ergenlik ile erken yetişkinlik döneminde başlamaktadır ve yaşam boyu prevalansı kadınlarda yaklaşık %1–3 arasında, erkeklerde ise % 0.1–0.5 arasında değişmektedir (Smink vd., 2012).

Aşağıda yer alan şekil 2’de bulimiya nervozanın tanı ölçütleri yer almaktadır:

Bulimiya Nervozanın DSM-V Tanı Ölçütleri [52]:
A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. Kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)
3. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.
4. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
5. Kendilik değerlendirilmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.
6. Bu bozukluk, yalnızca AN dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Şekil 2. DSM-5'e göre bulimiya nervozanın tanı kriterleri

- A.** Tekrar eden şekilde ortaya çıkan aşırı yeme atakları. Bir aşırı yeme atağı aşağıdaki iki kriter ile tanımlanır:
- a)** Belirli bir zaman diliminde (örneğin iki saat içinde), benzer koşullarda ve süre içinde, çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda besini tüketme durumu.
 - b)** Bu süreçte kişi, yeme davranışı üzerinde kontrolünü kaybettiğini hissederek (örneğin; yeme eylemini sonlandıramama veya tüketilen miktarı kontrol edememe duygusu).
- B.** Kişinin kilo alımını engellemek için, kendini kusturma, laksatif ya da diüretik ilaçlar gibi çeşitli maddelerin yanlış ve uygunsuz kullanımı, aşırı egzersiz yapma ya da uzun süre yemek yememe gibi telafi edici davranışları düzenli biçimde tekrar etmesi.

- C. Aşırı yeme atakları ve uygunsuz telafi edici davranışların, üç aylık süre boyunca haftada en az bir kez gerçekleşmesi.
- D. Kişinin, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimini gereğinden fazla dikkate alarak öz değerini bu faktörlerle ilişkilendirmesi.
- E. Bu durumun, anoreksiya nervoza atakları dışında gerçekleşiyor olması.

1.4.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, bireyin belirli bir zaman diliminde (örneğin iki saat içinde) çoğu insanın aynı sürede ve benzer şartlarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyecek tüketmesi ve bu esnada yeme kontrolünün kaybıyla karakterize edilen bir yeme bozukluğudur (American Psychiatric Association, 2013). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda, hastalar bulimiya nervozaya benzer şekilde tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları geçirirler, ancak bu bozuklukta ataklar sonrasında telafi edici davranışlarda (kusma, laksatif, diüretik kullanımı vb.) bulunmazlar (Polivy ve Herman, 2002). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde beden algısındaki bozulma “AN ve BN a göre “daha az belirgindir ve hastaların çoğu fazla kilolu veya obezdir (Hudson vd., 2007). Tıkınırcasına yeme bozukluğu, diğer yeme bozukluklarının aksine erkeklerde daha fazla görülür ve hastalığın seyrinde iyileşme oranları daha yüksektir (Wonderlich vd., 2009). Tıkınırcasına yeme bozukluğu 2013 yılında yayınlanan DSM-5’te “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” bölümü içerisinde ilk kez ayrı ve bağımsız bir yeme bozukluğu tanı kategorisi olarak tanımlanmıştır

DSM-5’e göre Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanı kriterleri:

- A. Tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları. Bir tıkınırcasına yeme atağı, belirli bir zaman diliminde (örneğin 2 saat içinde) normalden çok daha fazla miktarda yiyecek tüketilmesi ve bu yeme üzerinde kontrol kaybı hissi ile karakterizedir.
- B. Tıkınırcasına yeme atakları aşağıdaki üç veya daha fazla özellikten en az üçünü içerir:

1. Hızlı yeme (normalden çok daha hızlı)
 2. Kendini rahatsız edecek kadar tok hissedecek kadar yeme
 3. Açlık hissetmediği halde yemeye devam etme
 4. Yalnız başına utanma duygusuyla yeme (utanç veya mahcubiyet hissi)
 5. Atak sonrası kendini çok kötü veya suçlu hissetme
 6. Tıkınırcasına yeme atakları kişide rahatsızlık verici derecede belirgindir.
- C. Tıkınırcasına yeme atakları ortalama olarak haftada en az 1 kez ve 3 ay boyunca devam eder.
- D. Tıkınırcasına yeme atakları sırasında bulimiya nevroza da olduğu gibi yineleyen telafi edici davranışlar (örneğin kusma, laksatif, diüretik kullanımı, aşırı egzersiz gibi) yoktur ve bu davranışlar bulimia nervoza tanısı için yeterli değildir.
- E. Tıkınırcasına yeme bozukluğu bu davranışların başka psikiyatrik bozukluklar (örneğin anoreksiya nervoza, bulimia nervoza) ya da tıbbi durumlarla açıklanamaz.

1.4.7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

DSM-4 (1994) döneminde anoreksiya nevroza, bulimiya nevroza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi özgül yeme bozukluklarının tanı kriterlerini tam karşılamayan bireyler, “Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu” tanı kategorisi içerisinde değerlendirilmekteydi. Bu kategori altında ki hastalar oldukça geniş ve heterojen bir grup oluşturduğundan hem tanı hem tedavi planlamasında belirsizlik oluşmaktaydı. 2013 yılında DSM-5 in yayımlanmasıyla birlikte daha açıklayıcı bir ad olarak tanı ölçütlerinde “Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu” adı verilmiştir. Bu tanı; kişiyi klinik açıdan belirgin sıkıntıya sokan, günlük hayatta ki işlevselliğini azaltan, beslenme ve yeme bozukluğu tanılarından birine uyan ama anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi özgül yeme bozukluğu tanı ölçütlerinin tamamını karşılamayan yeme bozuklukları için kullanılır. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu tanı kategorisinin eklenmesiyle, daha spesifik alt yeme bozukluğu türleri belirlenmiş; bu

alt türlere de tanımsal açıklık getirilerek, hastalıkların tanı ve tedavi planlamasında klinik açıdan daha anlamlı ve işlevsel gruplamalar oluşturulması sağlanmıştır (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5'te tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu ile belirlenebilecek görünüm için örnek alt tipleri şunlardır:

1. **Atipik anoreksiya nervoza:** Kişinin kilo kaybı ile birlikte tüm anoreksiya nervoza tanı kriterlerini karşılamasına rağmen vücut ağırlığının normal aralıkta ya da daha üzerinde olmasıdır.
2. **Eşik Altı Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli):** Kişinin bulimiya nervoza tanı kriterlerine benzer davranışlar sergilemesine rağmen, tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranış sergileme ataklarının daha seyrek olarak haftada bir kereden az ve/veya 3 aydan kısa süreli olmasıdır.
3. **Eşik Altı Tıknırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli):** Kişinin tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları yaşadığı ancak bu atakların sıklığının ortalama olarak haftada bir kereden az ve/veya 3 aydan az bir zaman dilimi içinde gerçekleşmesidir.
4. **Çıkarma bozukluğu:** Kişinin Tıknırcasına yeme olmadan beden şekli ve kiloya yönelik yoğun kaygılarla tekrarlayan arınma davranışlarında (kusma, laksatif/diyüretik kullanımı vb.) bulunması durumudur.
5. **Gece yemek yeme bozukluğu:** Kişinin günlük besin ihtiyacının önemli bir kısmının başka bir durumla açıklanamayan gece boyunca tekrar tekrar uyanıp ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yemek yeme şeklinde gerçekleştirilmesiyle tanımlanır. (Allison vd., 2010).

1.4.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Klinik bozulmaya veya işlevsellikte önemli azalmaya yol açan belirgin bir yeme ve beslenme bozukluğuna özgü semptomların ön planda olduğu ancak bu semptomlar için değerlendirmede tanımlanmış başka bir yeme bozukluğu kategorisinin ölçütlerini tam olarak karşılamadığı veya klinik değerlendirme sırasında yeterli bilgiye ulaşılamadığı durumlarda konulan tanıdır.

1.5. Gıda Neofobisi

Besin neofobisi kişilerin daha önce hiç tatmadıkları veya aşına olmadıkları yiyecekleri tüketmeye karşı gösterdikleri çekinme, korku ya da kaçınma hali olarak tanımlanmaktadır (Pliner ve Hobden, 1992). Bu davranışsal bozuklukta Neofobikler, alışık olmadıkları yiyeceklerle karşı olumsuz tutum geliştirirler ve bu gıdaları tüketmekten bilinçli olarak kaçınıp uzak dururlar (Veeck vd., 2010). Bu durum, daha önceden tadılmış, günlük hayatta aşına olunan fakat sevilmediğinden dolayı yiyeceklerin reddedilmesi anlamına gelen yemek seçiciliğinden farklıdır (Knaapila vd., 2011). Bu neofobik davranışlar, özellikle çocukluk döneminde yaygın olarak gözlemlenmekle birlikte, yaşı artmasıyla birlikte azalma eğilimi gösterir (Pliner ve Melo, 1997). Yeni besin deneme korkusu Bebeklik döneminde en az seviyededir, 2-6 yaş arasında en yüksek düzeyine ulaşır ve yetişkinlik dönemiyle birlikte giderek azalsa da yaşamın her döneminde görülebilmektedir (Brich, 1999; Devey vd., 2008).

Gıda neofobisinin ortaya çıkmasında birçok etken rol oynamaktadır. Bunlar arasında genetik yatkınlık, kişilik özellikleri, ebeveyn tutumları, sosyo-kültürel faktörler ve çocukluk döneminde yaşanan beslenme deneyimleri gibi çok yönlü faktörler yer almaktadır (Knaapila vd., 2007). Gıda neofobisinin nedenleri çok boyutludur ve etiolojisinde genetik, çevresel, kültürel ve psikolojik etkenlerin oluşturduğu düşünülmektedir (Dovey vd., 2008). İnsanlarda bilinmeyen gıdalardan kaçınma davranışı, evrimsel olarak bir koruma mekanizmasıdır (Rozin ve Fallon, 1987). Bunun sonucu olarak da gıda neofobisinin İnsanların kendilerine zarar verebileceğini düşündükleri ilk defa karşılaştıkları besinleri tüketmekten kaçınma eğiliminden ileri geldiği düşünülmektedir (Pliner ve Salvy, 2006). Özellikle yaşamın erken döneminde çocuklarda tat alma duyusu çok hassastır ve acı-tatlı-ekşi gibi uç duyumlara karşı neofobik direnç göstermeleri doğal bir süreç olarak görülmektedir (Birch, 1999). Ancak çocuklukta döneminde besinlerle ilgili yaşanan olumsuz deneyimler (örneğin; kusma, zorlama, boğulma, alerjik reaksiyonlar gibi) gıda neofobisini artırabilir. (Dovey vd., 2008).

Aile bireylerinin yemek seçimleri, yeme tutumları ve yemekle ilgili baskıcı yaklaşımları çocuklarda neofobik davranışların ortaya çıkmasına neden olabilir.

(Galloway vd., 2003). Özellikle ebeveynin sahip olduğu kendi gıda neofobik yaklaşımları, çocuklarda benzer davranışların gelişme riskini artırmaktadır. Beslenmenin temellerinin atıldığı Aile içinde besinlerin tanıtılma biçimi, ebeveynin yemekle ilgili tutumu ve ailedeki genel yeme ortamı, çocuğun yeni gıdalara karşı yaklaşımını önemli ölçüde şekillendirmektedir. Bu durum gıda neofobisinin bir tür davranışsal öğrenme ve modelleme yoluyla nesiller boyu aktarılabilceğini göstermektedir (Elkins ve Zickgraf, 2018). Genetik yatkınlığın araştırılmasında Kesitalo vd. (2008) ikizler üzerinde yürüttüğü çalışmada gıda neofobisinin ikiz bireylerde benzer oranlarda görüldüğü ve bireylerin kişilik özellikleri, yiyeceklerin hoşlanılabilirliği ve tüketim sıklığı gibi değişkenlerle anlamlı ilişkiler gösterdiği belirlenmiştir. Bu çalışmada neofobik eğilimlerin yaklaşık %66'sının genetik faktörlerden kaynaklandığını ve bireylerdeki yeni besin korkusunun kalıtsal özellikler taşıyabileceğini göstermektedir.

Gıda neofobisi, bireyin içinde yaşadığı sosyo-kültürel çevreden de güçlü bir biçimde etkilenebilmektedir. Kültürel normlar, geleneksel beslenme alışkanlıkları ve yaşanan toplumun yemek çeşitliliği gibi etkenler hangi yiyeceklerin “normal” ya da “yabancı” olarak algılandığını doğrudan etkiler ve bireyin yaşam boyu yeni yiyeceklere karşı olan tutumunu şekillendirebilir (Tuorila vd., 2001). Bu nedenle, bir toplumda yaygın şekilde normal kabul edilerek tüketilen bir yiyecek başka bir kültürde yabancı, hatta kabul edilemez olarak değerlendirilebilir (Rozin, 2006). Bu nedenle bazı toplumlarda geleneksel beslenme alışkanlıklarına sıkı sıkıya olan bağlılık, içinde bulunulan toplumdan sosyal dışlanma kaygısıyla kişilerin yeni tatlara karşı açıklığını azaltarak gıda neofobisinin gelişmesinde rol oynayabilir (Pliner ve Salvy, 2006).

Gıda neofobisinin gelişiminde psikolojik faktörler de önemli bir rol oynar. Özellikle Yüksek düzeyde kaygı, içe dönüklük ve yenilikten kaçınma gibi kişilik özellikleri gıda neofobisi ile ilişkilidir (Pliner ve Loewen, 1997). Diğer taraftan farklı kültürlerle etkileşim hali, iyi düzeyde sosyoekonomik koşullar, yiyeceklerin içeriği ve hazırlanışına ilişkin bilgi düzeyinin artması ve çeşitli yiyeceklerle sık karşılaşma, bireylerin yeni yiyecekleri deneme konusundaki korkularını azaltmaktadır (Olabi vd., 2009). Bunun yanı sıra kişilerin eğitim seviyesi yükseldiğinde besin çeşitliliğinin artması ve yeni besinlere ulaşımın kolaylaşması nedeniyle gıda neofobisi görülme

sıklığının azaldığı bildirilmiştir (Aydoğan ve Ünüvar, 2021). Besin tercihlerine bakıldığında, gıda neofobisi eğilimi olan bireylerin daha sınırlı bir gıda çeşitliliği gösterdikleri belirlenmiştir (Baş ve Hamurcu, 2021). Ayrıca gıda neofobisi, diyetin çeşitliliği ve kalitesini negatif yönde etkileyerek, meyve-sebze tüketiminin azalmasına ve yağ ile kalori açısından zengin gıdaların tüketiminin artmasına neden olmakta; bu durum ise sağlık açısından zararlı sonuçlar doğurmaktadır (Roßbach vd., 2016). Bu sınırlı beslenme çeşitliliği özellikle vücudun ihtiyacı olan mikro besin eksiklikleri ve tekdüze beslenme alışkanlıklarıyla bağlantılı olarak bireylerde yeterli ve dengeli beslenme açısından risk oluşturabilmektedir (Dovey vd., 2008).



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Çalışmanın Yapısı

Bu araştırma 01.02.2025 ile 01.05.2025 tarihleri arasında Rize ili ve bağlı ilçelerdeki farklı Aile Sağlığı Merkezlerinde gerçekleştirilmiş olup, ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiş, değişkenler arasındaki ilişkileri saptamaya yönelik nicel ve tanımlayıcı bir çalışma niteliği taşımaktadır. İlişkisel tarama modeli, bir ya da birden fazla değişken arasındaki ilişkiyi inceleyen, nedensellikten ziyade ilişki düzeyini ortaya koymayı amaçlayan bir araştırma modelidir (Karasar, 2014).

2.2. Örneklem

Araştırma evreni Rize İli sınırları içerisinde yaşayan 18-65 Yaş Yetişkinleri kapsamaktadır. Araştırma örneklemini G Power 3.1.9 programı ile %95 güven aralığı, %95 güç, 0.20 effect size ile hesaplanarak en az 314 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Araştırma cevaplanmama ve dışlama kriter oranı %10 alınarak çalışma 345 kişi ile tamamlanmıştır.

2.3. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Aşağıda mevcut araştırmanın dahil etme ve dışlama kriterleri yer almaktadır.

Dahil Etme Kriterleri:

1. Rize ilinde yaşıyor olmak
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama Kriterleri:

1. Çalışmaya katılmayı reddetmek
2. Demans ve zihinsel yetersizliği olan bireyler

2.4. Veri Toplanması ve Kullanılan Araçlar

Araştırma verileri sorumlu araştırmacı Dr. Hüseyin ADANUR tarafından Rize ili sınırları içerisinde hizmet veren farklı ASM ziyaretleriyle çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası Gönüllü katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Çalışma öncesi katılımcılara bilgi verilip, onam alınmıştır. Araştırma anket formu ve kullanılan ölçekler sorumlu araştırmacı Dr. Hüseyin ADANUR tarafından katılımcılara soru-cevap yöntemi ile doldurulmuştur.

2.5. Anket Formu

Araştırma kapsamında uygulanan anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci Bölümünde katılımcıların genel bilgilerini değerlendirmek amacıyla sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş özellikleri ile ilgili sorular, ikinci bölümünde kişilerin antropometrik ölçümleri (bkz. Ek-1), üçüncü bölümünde Yeni Besin Korkusu Ölçeği'ne ilişkin soruları (bkz. Ek-2), dördüncü bölümde yeme bozukluğu durumunu ölçmek amacıyla kullanılan Yetişkinlerde Yeme Tutum Ölçeği (bkz. Ek-3) soruları bulunmaktadır.

2.5.1. Bireylere Ait Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi

Anketin birinci bölümü katılımcıların genel bilgilerini değerlendirmek amacıyla sosyodemografik ve tıbbi özgeçmiş özellikleri ile ilgili toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

Bu bölümde bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, Gelir-gider durumu, mesleki durum, kronik hastalık varlığı, alkol/sigara kullanım durumu, egzersiz durumu, sürekli kullanılan ilaç varlığı, yaşam şekli durumu, uyku ve diyet durumları sorgulanmıştır.

2.5.2. Antropometrik Ölçümler

Anketin ikinci bölümünde katılımcıların fiziksel özelliklerini değerlendirmek amacıyla Boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ölçülmüştür ve bireylerin boyuna göre ağırlığının uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri hesaplanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) standartlarına göre sınıflandırılması aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi yapılmıştır.

Tablo 1. Yetişkin bireylerde beden kütle indeksinin sınıflandırılması

VKİ (kg/m ²) Aralığı	Sınıflandırma
18,5 ve altı	Zayıf
18,5 – 24,9	Normal kilolu
25,0 – 29,9	Fazla kilolu(Pre-Obez)
30,0 – 34,9	1. Derece (Hafif) Obezite
35,0 – 39,9	2. Derece (Orta) Obezite
40,0 ve üzeri	3. Derece (İleri) Obezite

2.5.3. Yeme Tutum Testi – 26 (YTT-26)

Bu çalışmada, bireylerin yeme davranışlarına yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla Yeme Tutum Testi'nin kısa formu (YTT-26) kullanılmıştır. YTT-26, özgün olarak Garner vd. (1982) tarafından geliştirilmiş olan Yeme Tutum Testi-40'ın (Eating Attitudes Test - EAT-40) kısa formudur. Bu form, 40 maddelik orijinal ölçeğin psikometrik özelliklerini koruyacak şekilde 26 maddeye indirgenmiş ve EAT-26 (YTT-26) adıyla yayımlanmıştır.

YTT-26, bireylerde yeme bozuklukları riskini belirlemeye yönelik öz-bildirim esaslı bir ölçektir. YTT-26 ölçeğinde, katılımcılara üç ayrı bölümde sorular yöneltilmektedir. Bu bölümlerde sırasıyla demografik bilgilerle ilgili yedi soru, yeme alışkanlıklarıyla ilgili 26 soru ve yeme davranışlarını değerlendiren beş soru bulunmaktadır. Ölçekten elde edilen 20 ve üzerindeki puanlar, yeme tutumlarında bozulmaya işaret etmektedir. Ölçeğin ilk bölümü, demografik bilgilerin yanı sıra katılımcıların mevcut vücut ağırlıkları, boy uzunlukları ve daha önceki en düşük ve en yüksek vücut ağırlıkları gibi soruları da içermekte, böylelikle yeme bozukluğu tanısı için gerekli bilgiler elde edilmektedir. Ölçeğin ikinci bölümü, yeme davranışı, diyet yapma eğilimi, kilo alma korkusu, yeme kontrolü ve beden imajı gibi alt boyutları içermekte olup, 6'lı Likert tipi bir derecelendirme sistemi ile uygulanmaktadır (1 = Hiç katılmıyorum, 6 = Tamamen katılıyorum). Toplam puan, bireyin yeme bozukluğu açısından riskli bir profil taşıyıp taşımadığını yordamak amacıyla kullanılmaktadır.

Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması, Erguney-Okumuş ve Sertel-Berk (2020) tarafından gerçekleştirilmiş; üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinde uygulanmıştır. Uyarlama çalışması sonucunda ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığı yüksek bulunmuş (Cronbach's $\alpha = .87$) ve yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analiziyle desteklenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, YTT-26'nın Türkçe formu üniversite örneklemelerinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olarak değerlendirilmiştir.

2.5.4. Yeni Besin Korkusu Ölçeği

Araştırmada bireylerin yeni gıdalara karşı geliştirdikleri tutumları belirlemek amacıyla Yeni Besin Korkusu Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, ilk olarak Pliner ve Hobden (1992) tarafından geliştirilmiş ve bireylerin yeni ve alışılmadık gıdaları denemeye yönelik istek ya da isteksizlik düzeylerini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. GNÖ, bireyin yeme davranışları üzerinde etkili olan kişilik özelliklerinden biri olan “gıda neofobi”yi nesnel biçimde değerlendirmek için kullanılan öz-bildirim türünde psikometrik bir araçtır. Ölçek, toplam 10 maddeden oluşmakta ve katılımcılar bu ifadelerle 7’li Likert tipi (1 = Kesinlikle katılmıyorum, 7 = Kesinlikle katılıyorum) derecelendirme ile yanıt vermektedir. Ölçek, olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşmakta olup, bazı maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek puanlaması 7 ile 70 arasında değişmekte olup, Ölçekten alınan yüksek puanlar, bireyin yeni yiyeceklere karşı besin korkusunu, düşük puanlar yeni besinlerden hoşlanma eğilimi taşıdığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması, Duman vd. (2020) tarafından yapılmıştır. Çalışmada, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiş; doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ölçeğin tek boyutlu yapısını doğrulamıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s α) 0.86 olarak bulunmuştur. Bu doğrultuda, GNÖ’nün Türkçe formu, bireylerin yeni gıdalara karşı geliştirdiği tutumların ölçülmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olarak değerlendirilmiştir.

2.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi, SPSS 26.0 istatistik yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada yer alan kategorik değişkenlerin değerlendirilmesi sayı ve yüzde değerleriyle yapılırken, sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri olarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığında bağımsız gruplar için t-testi (Student-t testi), sağlanmadığında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında normal dağılım koşulunun sağlandığı durumlarda ANOVA testi, sağlanmadığında ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Bağımsız grupların kategorik verileri arasındaki farkların analizinde Ki-Kare testi, Fisher's Exact testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin tespit edilmesinde ise Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

2.7. Araştırmanın Olanakları

Araştırma sürecinde kullanılan tüm malzeme ve kaynaklar çalışmada yer alan araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

2.8. Etik Kurul Onayı

Çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından 28.01.2025 tarihinde 2025/31 sayılı numarasıyla bilimsel ve etik açıdan uygun bulunup kabul edilmiştir (bkz. Ek- 4).

2.9. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Çalışma planı Rize İl Sağlık Müdürlüğü “Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme komisyonu” tarafından incelenmiş olup İl Sağlık Müdürlüğü izni 29.11.2024 tarihinde toplanılan komisyon tarafından onaylanmıştır (bkz. Ek- 5).

3. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Katılımcıların %54,8’i (n=189) erkek, %67,0’ı (n=231) evlidir. Yaş ortalaması $41,5 \pm 12,9$ ’dur (medyan 42). Öğrenim durumu açısından en yüksek oranda (%43,8) üniversite mezunu bulunmaktadır. Katılımcıların yarısından çoğu (%57,4) gelir durumunu “gelir-gider eşit” olarak belirtmiştir. Çalışanların oranı %59,1 (n=204), kiminle yaşadığı sorusunda “aile” cevabını verenlerin oranı %91,0 (n=314) olarak saptanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri

Değişkenler	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)
Yaş	41,5±12,9	42 (18-66)
Cinsiyet	n	%
Kadın	156	45,2
Erkek	189	54,8
Medeni Durum		
Evli	231	67,0
Bekar	114	33,0
Öğrenim Durumu		
Okuma Yazma Bilmiyor	5	1,4
İlköğretim	86	24,9
Lise	103	29,9
Üniversite	151	43,8
Gelir Durumu		
Gelir-Giderden az	76	22,0
Gelir-Gider eşit	198	57,4
Gelir-Giderden fazla	71	20,6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	204	59,1
Çalışmıyor	141	40,9
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	31	9,0
Aile	314	91,0

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Katılımcıların bazı sağlık verilerine göre dağılımlarına bakıldığında, %27,5’inde (n=95) kronik hastalık varlığı tespit edilmiştir. Kronik hastalık olarak en

yüksek hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve endokrin (hormonal) hastalıklar bulunmaktadır. Katılımcıların %32,8'i (n=113) sigara, %8,4'ü (n=29) alkol kullanmaktadır. Düzenli egzersiz yapan 79 kişi (%22,9), sürekli ilaç kullanan 108 kişi (%31,3), psikiyatrik hastalığı olan 23 kişi (%6,7) bulunmaktadır. Uyku durumunu iyi niteleyenler katılımcıların yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Zayıflama diyeti yapan 42 kişi (%12,2) mevcuttur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların bazı sağlık verilerine göre dağılımları

Değişkenler	n	%
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	95	27,5
Hayır	250	72,5
Kronik Hastalık Çeşidi		
Hipertansiyon	47	13,6
Kalp-Damar Hastalıkları	29	8,4
Endokrin (Hormonal) Hastalıklar	27	7,8
Diyabet (Şeker Hastalığı)	22	6,4
Kanser	7	2,0
Kas İskelet Sistemi Problemleri	4	1,2
Sindirim Sistemi Hastalıkları	2	0,6
Solunum Sistemi Hastalıkları	2	0,6
Böbrek Hastalıkları	1	0,3
Diğer	6	1,7
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	113	32,8
Hayır	213	61,7
Bırakmış	19	5,5
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	29	8,4
Hayır	311	90,1
Bırakmış	5	1,5
Düzenli Egzersiz Yapma		
Evet	79	22,9
Hayır	266	77,1
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	108	31,3
Hayır	237	68,7
Psikiyatrik Hastalık Varlığı		
Evet	23	6,7
Hayır	322	93,3
Uyku Durumu		
İyi	172	49,9
Orta	148	42,9
Kötü	25	7,2
Zayıflama Diyeti Yapma Durumu		

Evet	42	12,2
Hayır	259	75,1
Daha önce yapmış	44	12,8

Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ölçümleri Tablo 4'te verilmiştir. Erkeklerde boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel ve kal çevresi ortalama değerleri kadınlardan istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ($p<0,001$). Vücut kitle indeksi ile cinsiyet arasında önemli bir fark yoktur ($p=0,211$).

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyete göre antropometrik ölçümleri

Değişkenler	Cinsiyet		p*
	Kadın Ort±SS	Erkek Ort±SS	
Boy uzunluğu (cm)	161,4±5,8	175,6±7,0	<0,001
Vücut ağırlığı (kg)	73,5±15,8	88,4±16,1	<0,001
Bel çevresi (cm)	86,6±16,1	100,3±13,3	<0,001
Kalça çevresi (cm)	99,6±11,5	105,4±9,7	<0,001
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	28,3±6,2	28,7±4,7	0,211

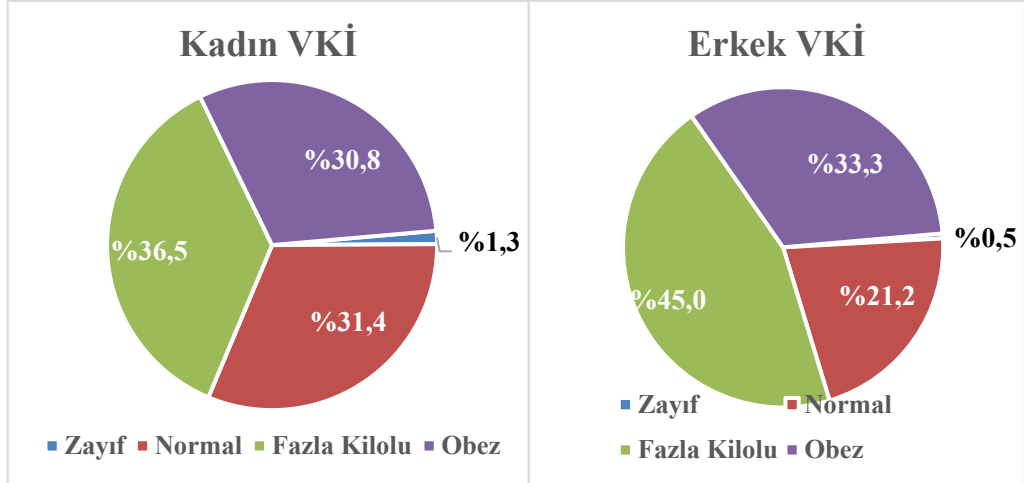
Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *Mann-Whitney U testi

Katılımcıların vücut kitle indeksine (VKİ) göre gruplandırması Tablo 4'te gösterilmiştir. Katılımcıların %41,2'si (n=142) fazla kilolu, %32,2'si (n=111) obez, %25,8'i (n=89) normal ve %0,9'u zayıftır (Şekil 3).

Tablo 5. Katılımcıların vücut kitle indeksine göre gruplandırılması

Değişkenler	n	%
VKİ Grubu		
Zayıf	3	0,9
Normal	89	25,8
Fazla Kilolu	142	41,2
Obez	111	32,2

Katılımcıların cinsiyete göre vücut kitle indeksi (VKİ) dağılımları Şekil 3'te verilmiştir. Kadınların %1,3'ü zayıf, %31,4'ü normal, %36,5'i fazla kilolu ve %30,8'i obezdir. Erkek katılımcıların %0,5'i zayıf, %21,2'si normal, %45,0'ı fazla kilolu ve %33,3'ü obezdir.



Şekil 3. Katılımcıların cinsiyete göre vücut kitle indeksi dağılımları

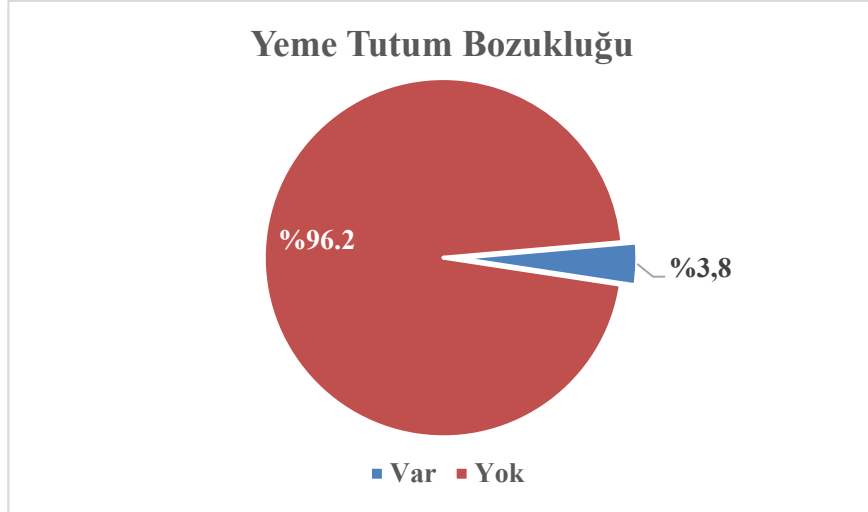
Katılımcıların Yeni Besin Korku Ölçeği (FNS-10) ve Yeme Tutum Testi (YTT-26) puanları Tablo 6’da verilmiştir. FNS-10 puan ortalaması $41,7 \pm 11,9$ iken YTT-26 puan ortalaması $5,9 \pm 6,1$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların FNS-10 ve yeme tutum testi (YTT-26) puanları

Değişkenler	Ort±SS	Min-Maks
FNS-10 Puanı	41,7±11,9	15-65
Yeme Tutum Testi (YTT-26)	5,9±6,1	0-36

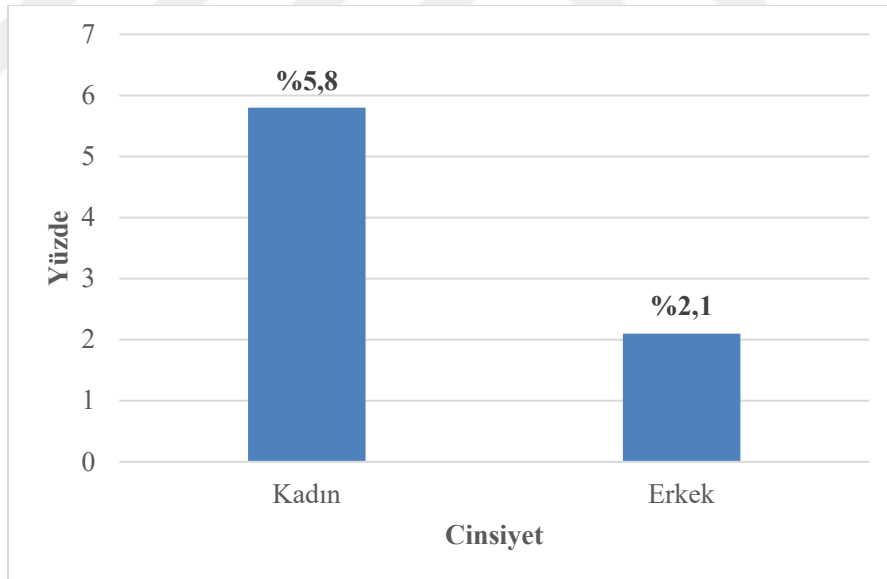
FNS: Yeni Besin Korku Ölçeği

Katılımcılarda yeme tutum bozukluğu sıklığı Şekil 4’te gösterilmiştir. Katılımcıların %3,8’inde (n=13) yeme tutum bozukluğu saptanırken, %96,2’sinde (n=332) yeme tutum bozukluğu mevcut değildir.



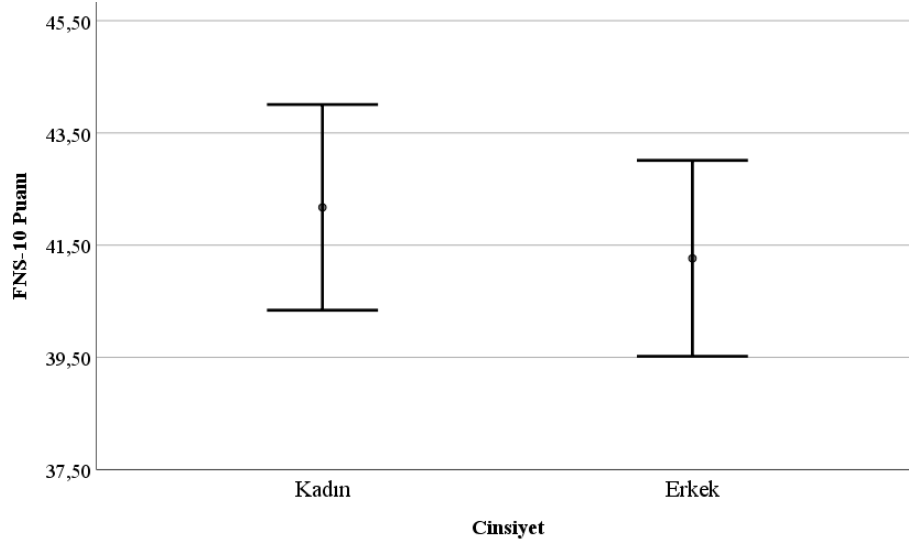
Şekil 4. Katılımcılarda yeme tutum bozukluğu sıklığının dağılımı

Katılımcıların cinsiyete göre yeme bozukluğu dağılımları Şekil 5'te özetlenmiştir. Kadınların %5,8'i, erkeklerin %2,1'i yeme tutum bozukluğuna sahiptir.



Şekil 5. Katılımcıların cinsiyete göre yeme bozukluğu dağılımları

Katılımcıların cinsiyete göre Yeni Besin Korku Ölçeği (FNS-10) puanları Şekil 6’da gösterilmiştir.



Şekil 6. Katılımcıların cinsiyete göre yeni besin korku ölçeği (FNS-10) puanları

Yaş, VKİ, FNS-10 ve YTT-26 arasındaki korelasyon Tablo 7’de gösterilmektedir. Yaş ile FNS-10 puanları arasında pozitif yönde zayıf kuvvette, YTT-26 puanları arasında ise negatif yönde zayıf kuvvette istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (sırasıyla $r=0,126$; $p=0,019$ & $r=-0,114$; $p=0,034$). Diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Yaş, VKİ, FNS-10 ve YTT-26 arasındaki korelasyon

Değişkenler	FNS-10 Puanı	Yeme Tutum Testi (YTT-26)
Yaş	$r=0,126$ $p=0,019$	$r=-0,114$ $p=0,034$
VKİ	$r=0,103$ $p=0,057$	$r=0,000$ $p=0,995$
Yeme Tutum Testi (YTT-26)	$r=0,014$ $p=0,798$	-----
FNS-10 Puanı	-----	$r=0,014$ $p=0,798$

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, FNS: Yeni Besin Korku Ölçeği Spearman Korelasyon Testi

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Yeni Besin Korku Ölçeği (FNS-10) puanlarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. Yaşı 42 yaş ve üstü olanlarda, öğrenim durumu lise ve altı olanlarda ve çalışma durumu çalışmıyor olanlarda Yeni Besin Korku Ölçeği (FNS-10) puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek çıkmıştır (sırasıyla $p=0,026$; $p=0,009$; $p=0,037$). Diğer değişkenlerde gruplar arasında önemli fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yeni besin korku ölçeği (FNS-10) puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	FNS-10 Ort±SS	p
Yaş		
42 yaş altı	40,2±12,7	0,026*
42 yaş ve üstü	43,1±11,0	
Cinsiyet		
Kadın	42,2±11,6	0,481**
Erkek	41,3±12,2	
Medeni Durum		
Evli	42,4±11,4	0,129**
Bekar	40,3±12,7	
Öğrenim Durumu		
Lise ve altı	43,1±11,4	0,009**
Üniversite	39,8±12,3	
Gelir Durumu		
Gelir-Giderden az	40,8±12,5	0,445***
Gelir-Gider eşit	41,5±11,6	
Gelir-Giderden fazla	43,2±12,1	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	40,6±12,0	0,037**
Çalışmıyor	43,3±11,6	
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	39,7±12,8	0,142**
Aile	42,0±11,8	
Vücut Kitle İndeksi		
Zayıf-Normal	40,3±12,7	0,077***
Fazla Kilolu	40,9±12,3	
Obez	43,7±10,5	

*Mann-Whitney U Testi, **Bağımsız Gruplarda T testi, ***ANOVA testi

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Yeme Tutum Testi (YTT-26) puanlarının karşılaştırılmasına bakıldığında kadınlarda, öğrenim durumu üniversite olanlarda Yeme Tutum Testi (YTT-26) puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde

yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Diğer değişkenlerde ise fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yeme tutum testi (YTT-26) puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	YTT-26 Ort±SS	p
Yaş		
42 yaş altı	7,0±7,3	0,084*
42 yaş ve üstü	4,9±4,3	
Cinsiyet		
Kadın	7,6±6,7	<0,001*
Erkek	4,6±5,1	
Medeni Durum		
Evli	5,8±5,6	0,696*
Bekar	6,4±7,0	
Öğrenim Durumu		
Lise ve altı	4,6±4,6	<0,001*
Üniversite	7,6±7,2	
Gelir Durumu		
Gelir-Giderden az	5,0±4,7	0,224**
Gelir-Gider eşit	6,1±6,6	
Gelir-Giderden fazla	6,5±5,7	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	6,3±6,4	0,302*
Çalışmıyor	5,4±5,5	
Kiminle Yaşadığı		
Yalnız	8,3±7,5	0,070*
Aile	5,7±5,9	
Vücut Kitle İndeksi		
Zayıf-Normal	6,8±7,4	0,559**
Fazla Kilolu	5,6±7,8	
Obez	5,7±5,1	

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal Wallis testi

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yeme tutum bozukluğu durumunun karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Yaş grubu 42 yaş altı olanlarda yeme tutum bozukluğu oranı (%7,1), 42 yaş ve üstü olanlara göre (%0,6) istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksektir ($p=0,002$). Diğer değişkenlerle yeme tutum bozukluğu durumu arasında önemli fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile yeme tutum bozukluğu durumunun karşılaştırılması

Değişkenler	Yeme Tutum Bozukluğu		p
	Var n (%)	Yok n (%)	
Yaş			
42 yaş altı	12 (7,1)	158 (92,9)	0,002*
42 yaş ve üstü	1 (0,6)	174 (99,4)	
Cinsiyet			
Kadın	9 (5,8)	147 (94,2)	0,076*
Erkek	4 (2,1)	185 (97,9)	
Medeni Durum			
Evli	6 (2,6)	225 (97,4)	0,133**
Bekar	7 (6,1)	107 (93,9)	
Öğrenim Durumu			
Lise ve altı	4 (2,1)	190 (97,9)	0,059*
Üniversite	9 (6,0)	142 (94,0)	
Gelir Durumu			
Gelir-Giderden az	1 (1,3)	75 (98,7)	0,396***
Gelir-Gider eşit	10 (5,1)	188 (94,9)	
Gelir-Giderden fazla	2 (2,8)	69 (97,2)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	10 (4,9)	194 (95,1)	0,183*
Çalışmıyor	3 (2,1)	138 (97,9)	
Kiminle Yaşadığı			
Yalnız	2 (6,5)	29 (93,5)	0,329**
Aile	11 (3,5)	303 (96,5)	
Vücut Kitle İndeksi			
Zayıf-Normal	6 (6,5)	86 (93,5)	0,305***
Fazla Kilolu	4 (2,8)	138 (97,2)	
Obez	3 (2,7)	108 (97,3)	

*Ki-kare testi, **Fisher's Exact Test, ***Fisher-Freeman-Halton testi

Katılımcıların bazı sağlık verileri ile Yeni Besin Korku Ölçeği (FNS-10) puanlarının karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir. Alkol kullanımı olmayanlarda olanlara göre FNS-10 puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,009$). Diğer değişkenlerle gruplar arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 11. Katılımcıların bazı sağlık verileri ile yeni besin korku ölçeği (FNS-10) puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	FNS-10 Puanı Ort±SS	p
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	43,6±12,1	0,065*
Hayır	40,9±11,8	
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	41,5±12,4	0,890*
Hayır	41,7±11,7	
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	36,1±12,5	0,009*
Hayır	42,2±11,7	
Düzenli Egzersiz Yapma		
Evet	39,6±12,5	0,061**
Hayır	42,3±11,7	
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	43,2±12,7	0,110*
Hayır	41,0±11,5	
Psikiyatrik Hastalık Varlığı		
Evet	41,0±12,5	0,779*
Hayır	41,7±11,9	
Uyku Durumu		
İyi	41,9±11,8	0,097***
Orta	40,7±12,2	
Kötü	46,2±10,2	
Zayıflama Diyeti Yapma Durumu		
Evet	39,7±13,2	0,454 [‡]
Hayır	42,0±11,8	
Daha önce yaptı	41,7±11,4	

*Bağımsız Gruplarda T testi, **Mann-Whitney U Testi, ***ANOVA testi, [‡]Kruskal Wallis testi

Katılımcıların yeme bozukluğu varlığına göre FNS-10 puanlarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Yeme bozukluğu olanların FNS-10 puan ortalaması 36,6±13,8 iken, yeme bozukluğu olmayanların FNS-10 puan ortalaması 41,9±11,8 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (p=0,118).

Tablo 12. Katılımcıların yeme bozukluğu varlığına göre FNS-10 puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	FNS-10 Puanı Ort±SS	p
Yeme Tutum Testi (YTT-26)		
Yeme Bozukluğu Var	36,6±13,8	0,118*
Yeme Bozukluğu Yok	41,9±11,8	

*Bağımsız Gruplarda T Testi

Katılımcıların bazı sağlık verileri ile Yeme Tutum Ölçeği (YTT-26) puanlarının karşılaştırılmasına bakıldığında, zayıflama diyeti yapanlarla, daha önce yapanlarda zayıflama diyeti yapmayanlara göre YTT-26 puanları istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Diğer değişkenlerle gruplar arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$). (Tablo 13)

Tablo 13. Katılımcıların bazı sağlık verileri ile yeme tutum ölçeği (YTT-26) puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	YTT-26 Puanı Ort±SS	p
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	5,8±5,2	0,620*
Hayır	6,0±6,4	
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	5,2±5,5	0,111*
Hayır	6,3±6,3	
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	4,8±5,7	0,160*
Hayır	6,1±6,1	
Düzenli Egzersiz Yapma		
Evet	7,5±7,6	0,059*
Hayır	5,5±5,5	
Sürekli Kullanılan İlaç		
Evet	5,9±5,9	0,836*
Hayır	6,0±6,1	
Psikiyatrik Hastalık Varlığı		
Evet	8,7±8,7	0,113*
Hayır	5,8±5,8	
Uyku Durumu		
İyi	5,7±5,7	0,514**
Orta	6,1±6,6	
Kötü	6,6±5,4	
Zayıflama Diyeti Yapma Durumu		

Evet	10,3±7,3 ^a	<0,001**
Hayır	4,7±4,9 ^b	
Daha önce yaptı	9,2±7,8 ^a	

*Mann-Whitney U Testi, **Kruskal Wallis testi

Not: Sütunlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.

Katılımcıların bazı sağlık verileri ile yeme tutum bozukluğu durumlarının karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir. Psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre ve zayıflama diyeti yapanlarla, daha önce yapanlarda zayıflama diyeti yapmayanlara göre yeme tutum bozukluğu varlığı istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,048; p=0,001). Diğer değişkenlerle gruplar arasında önemli bir fark mevcut değildir (p>0,05).

Tablo 14. Katılımcıların bazı sağlık verileri ile yeme tutum bozukluğu durumlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Yeme Tutum Bozukluğu		p
	Var n (%)	Yok n (%)	
Kronik Hastalık Varlığı			
Evet	2 (2,1)	97 (97,9)	0,527*
Hayır	11 (4,4)	239 (95,6)	
Sigara Kullanma Durumu			
Evet	4 (3,5)	109 (96,5)	1,000*
Hayır	9 (3,9)	223 (96,1)	
Alkol Kullanma Durumu			
Evet	1 (3,4)	28 (96,6)	1,000*
Hayır	12 (3,8)	304 (96,2)	
Düzenli Egzersiz Yapma			
Evet	6 (7,6)	73 (92,4)	0,083*
Hayır	7 (2,6)	259 (97,4)	
Sürekli Kullanılan İlaç			
Evet	4 (3,7)	104 (96,3)	1,000*
Hayır	9 (3,8)	228 (96,2)	
Psikiyatrik Hastalık Varlığı			
Evet	3 (13,0)	20 (87,0)	0,048*
Hayır	10 (3,1)	312 (96,9)	
Uyku Durumu			
İyi	4 (2,3)	168 (97,7)	0,353**
Orta	8 (5,4)	140 (94,6)	
Kötü	1 (4,0)	24 (96,0)	
Zayıflama Diyeti Yapma Durumu			
Evet	4 (9,5) ^a	38 (90,5) ^a	0,001***

Hayır	4 (1,5) ^b	255 (98,5) ^b
Daha önce yaptı	5 (11,4) ^a	39 (88,6) ^a

*Fisher's Exact Test, **Ki-kare testi, ***Fisher-Freeman-Halton testi

Not: Sütunlardaki farklı harfler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır.



4. TARTIŞMA

Bu araştırmanın katılımcılarının yaş ortalaması $41,5 \pm 12$ 'dir. Katılımcıların Yeni Besin Korkusu Ölçeğinden (FNS-10) aldıkları puan ortalamaları $41,7 \pm 11,9$ ile Yeme Tutum Testinden (YTT-26) aldıkları ortalamalar ise $5,9 \pm 6,1$ şeklinde bulunmuştur. Katılımcıların %41,2'si fazla kilolu, %32,2'si obez ve %25,8'i normal kilolu olarak belirlenmiştir. Yeme tutum bozukluğu oranı genel grupta %3,8 olarak tespit edilmiştir.

Jezewska-Zychowicz vd. (2021), Polonya'da 1017 yetişkinle gerçekleştirdikleri çalışmalarında gıda neofobisinin beslenme alışkanlıkları, gıda tercih nedenleri ve etiket okuma davranışıyla olan ilişkisini incelemişlerdir. Gıda neofobisi yüksek bireylerin daha ileri yaşta, düşük eğitim düzeyine sahip ve vücut kitle indekslerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada da benzer şekilde FNS puanı 42 yaş üstü bireylerin lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun nedeni olarak yaşla birlikte kronik hastalıkların ortaya çıkma riskinin artması nedeniyle bireylerin güvenli gıda sınırlarının dışına çıkmak ve beslenme alışkanlıklarını değiştirmek istememesi olabilir. Jezewska-Zychowicz vd. (2021), benzer şekilde bu çalışmada da eğitim düzeyi düştükçe neofobi puanı anlamlı şekilde artmıştır. Eğitim düzeyi düşük kişilerin daha kısıtlı bir sosyal çevre içerisinde bulunmaları ve farklı gıdalarla etkileşimlerinin az olması yeni gıdalara karşı gelişen bu korkunun nedeni olabilir. Bu sonuçtan eğitim düzeyinin gıda neofobisinde etkili olduğu sonucu çıkarılabilir.

Soucier vd. (2019) yürüttüğü çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerde gıda neofobisi ile yeni yiyecekleri deneme isteksizliği arasındaki ilişki incelenmiştir. Yüksek düzeyde gıda neofobisi olan bireylerin yeni yiyecekleri deneme konusunda daha az istekli oldukları ve daha sınırlı bir beslenme çeşitliliğine sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, bu bireylerin demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi) gıda neofobi düzeyleriyle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediği belirtilmiştir. Ancak mevcut çalışmada yaş değişkeni ile yeme tutum bozukluğu ve neofobi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Bunun nedeni sosyo-kültürel farklılıklar olabilir. Buna ek olarak mevcut çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça yeme tutumlarının ve neofobilerinin istatistiksel

olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Bu bulgu, Soucier vd. (2019) çalışmasıyla örtüşmemektedir. Bu durum, eğitimin veya yaş değişkenlerinin yeme davranışlarındaki rolünün sadece neofobi veya yeme tutumlarıyla değil daha geniş tutumlarla da ilişkilendirilebileceğini göstermektedir.

Alshahrani (2025) çalışmasında, Suudi Arabistan'daki üniversite öğrencilerinde gıda neofobisi gözlemlemiş ve bu durumla ilişkili çeşitli değişkenler tespit edilmiştir. Çalışmada düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin gıda neofobisi düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Ancak gıda alerjisi olanlar, diyet takviyesi kullananlar ve bozuk yeme tutumuna sahip bireylerde gıda neofobisi istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmada da bozuk yeme tutumuna sahip bireylerin oranı 42 yaş altı grupta daha yüksek bulunmuş ve kadınlarda YTT puanı daha fazla tespit edilmiştir. Bu durum da yeme tutum bozukluklarının neofobiyle olan bağlantısına işaret etmektedir. Ancak mevcut çalışmada fiziksel aktivite düzeyiyle FNS puanı arasında anlamlı fark gözlenmese de Alshahrani (2025) bulgusu bu noktada yeni bir açıklayıcı değişken olabilir. Bu durum yaşam tarzı değişkenlerinin neofobi düzeyine etkisi olabileceğini göstermektedir.

Idowu-Adebayo vd. (2020) Nijerya'da gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların zerdeçal ile güçlendirilmiş tanıtık ve tanıtık olmayan içeceklerle karşı tutumları değerlendirilmiş ve gıda neofobisinin demografik değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Katılımcılar arasında erkekler, kadınlara göre daha yüksek düzeyde neofobik tutum sergilemiştir. Ayrıca, 26–35 yaş aralığındaki, orta gelirli ile yüksek eğitim düzeyine sahip olanların daha yüksek neofobi eğiliminde olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmada ise kadın katılımcıların YTT puanlarının erkeklerle göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, 42 yaş altı bireylerde bozuk yeme tutumu oranının daha fazla olduğu ve eğitim düzeyi azaldıkça FNS puanının anlamlı olarak arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, yaş ve eğitim düzeyi ile neofobi arasında ters orantılı bir ilişki olduğunu gösteren Idowu-Adebayo vd. (2020) çalışmasıyla örtüşmektedir. Ancak cinsiyet açısından tersi bir durum söz konusudur. Mevcut çalışmada kadınlarda yeme bozukluğu daha sıkken, Nijerya örnekleminde erkekler daha neofobik bulunmuştur. Bu durum, kültürel ve coğrafi farkların neofobiye etkisi olabileceğini göstermektedir.

Çalışmada gıda neofobisi ile yaş veya beden kitle indeksi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak gıda neofobisi hem sağlıklı ortoreksiya hem de patolojik ortoreksiya (ortoreksiya nervoza) puanlarıyla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Özellikle ortoreksiya nervoza gösteren bireylerde daha yüksek neofobi puanları gözlemlenmiştir. Bu da patolojik düzeyde sağlıklı beslenme takıntısı olan bireylerin tanımadıkları yiyeceklerle karşı daha isteksiz olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmada da kadın katılımcıların YTT puanlarının erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek olması yeme davranışlarında cinsiyete bağlı farkların ortaya çıktığını göstermektedir. Ayrıca mevcut çalışmada bozuk yeme tutumu ile gıda neofobisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da daha önce diyet yapanların YTT puanları yapmayanlara göre yüksek tespit edilmiştir. Yalçın vd. (2025), özellikle patolojik beslenme davranışları (ortoreksiya nervoza) ile neofobi arasındaki doğrudan ilişkiyi ortaya koyarak, bu farkın düzey ve niteliğine göre değişebileceğini göstermektedir. Bulgular yeme davranışlarının altında yatan psikolojik etmenlerin önemini ortaya koymaktadır.

Ceylan ve Şahingöz (2019), çalışmalarında yetişkin bireylerde gıda neofobisini incelemişlerdir. Çalışma bulgularında eğitim düzeyi ve yurt dışına çıkma durumu anlamlı farklılık göstermiştir. Üniversite mezunlarının ve yurt dışına çıkan bireylerin gıda neofobisi düzeyi daha düşük bulunmuştur. Ancak yaş, cinsiyet ve gelir gibi değişkenlerde anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Mevcut çalışmada da eğitim düzeyi değişkininde YTT ve FNS’de anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Buna ek olarak yaş değişkinin de etkili olduğu belirlenmiştir. Ancak Ceylan ve Şahingöz (2019) çalışmalarında diğer değişkenlerde farklılık gözlenmemesi ulusal çalışmalarda da farklı bölgede yaşayan bireylerin YTT ve FNS durumlarının farklı olabileceğini göstermektedir.

Jaeger vd. (2017), Yeni Zelanda’da gıda neofobisi ve gıda tercihleri arasındaki ilişkiyi 1167 yetişkinde incelemişlerdir. Çalışma bulguları gıda neofobisi yaşayan bireylerin tükettikleri gıdaları da büyük ölçüde etkilediğini göstermiştir. Ancak mevcut çalışmada katılımcıların YTT puanları ile FNS istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Buna ek olarak gelir düzeyi ve FNS arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar her iki çalışmada da benzerlik göstermektedir. Hem Jaeger vd. (2017) hem de mevcut çalışmada katılımcıların gelir düzeyleri ile

YTT ve FNS puanları arasında anlamlı farklar gözlemlenmemiştir. Bu farklılık ve benzerliklerin nedeni hem coğrafi hem de kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Daha önce tartışılan çalışmalarda da belirtildiği üzere aynı ülkede farklı coğrafi bölgelerde gerçekleştirilen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilebilmektedir. Bu durum yeme tutumu ve gıda neofobisinin etkilendiği ve etkilediği değişkenlerin çeşitli olduğunu göstermektedir.

İlgili alanyazında gerçekleştirilen çalışmalar değerlendirildiğinde, gıda neofobisi ve yeme tutum bozukluklarının bireysel, sosyo-demografik ve psikolojik etkenlerle yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi çoğu çalışmada ortak bir belirleyici olarak öne çıkmıştır ve eğitim seviyesi düştükçe gıda neofobi puanının arttığı belirtilmiştir. Ancak cinsiyet değişkeni açısından farklı bulgular elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda erkeklerde daha yüksek neofobi eğilimi görülürken, bazı çalışmalarda kadınlarda daha yüksek yeme bozukluğu eğilimi saptanmıştır. Yaş değişkeni bazı çalışmalarda anlamlı bir değişken olarak öne çıkmasa da özellikle genç bireylerde yeme tutum bozukluklarının daha sık görüldüğü, yaşla birlikte neofobik eğilimlerin artabildiği yönünde farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Fiziksel aktivite, gıda alerjisi ya da psikiyatrik durumlar gibi yaşam tarzı değişkenleri de bazı çalışmalarda anlamlı farklılıklar göstermektedir. Bu durumdan bireyin genel sağlık durumu ve yaşam alışkanlıklarının yiyeceklerle kurduğu ilişki üzerinde etkili olduğu sonucu çıkarılabilir. Psikolojik yönü vurgulayan çalışmalar özellikle ortoreksiya gibi patolojik yeme davranışlarının neofobiyle doğrudan bağlantılı olabileceğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, kültürel ve coğrafi farklılıklar, bireylerin gıda neofobisi ve yeme tutumu üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir çerçeve sağlamaktadır. Bu farklı bulgular gıda tercihleri ve yeme davranışlarının çok boyutlu bir şekilde ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut araştırmada, katılımcıların çoğunluğunu orta yaş grubunda, evli ve üniversite mezunu bireyler oluşturmuştur. Katılımcıların %59,1'i çalışmakta, %91,0'ı ailesiyle yaşamaktadır. Katılımcıların sağlık durumları değerlendirildiğinde, yaklaşık her dört kişiden birinde kronik hastalık bulunmuş ve hipertansiyon, kalp-damar ile endokrin hastalıklar ön plana çıkmıştır. Sigara ve alkol kullanım oranları sırasıyla %32,8 ve %8,4 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %22,9'u düzenli egzersiz yaptığını bildirmiştir. Antropometrik ölçümler cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin boy, kilo, bel ve kalça çevresi değerleri kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunurken, VKİ açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. VKİ gruplandırmasına göre katılımcıların %73,4'ü fazla kilolu veya obezdir. Yeme davranışlarına ilişkin değerlendirmede, katılımcıların %3,8'inde yeme tutum bozukluğu saptanmıştır. Bu bozukluk genç yaş grubunda ve kadınlarda daha sık görülmüştür. Sosyodemografik açıdan, Yeni Besin Korku Ölçeği puanları 42 yaş ve üstü, lise ve altı öğrenim düzeyindeki, çalışmayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Alkol kullanmayan bireylerde de yeni besin korkusu düzeyleri anlamlı olarak daha fazladır. Yeme tutum puanları ise kadınlarda ve üniversite mezunlarında daha yüksek olup, zayıflama diyeti yapan veya daha önce yapmış olan bireylerde yeme bozukluğu anlamlı olarak artmıştır. Ayrıca, psikiyatrik hastalığı olan bireylerde de yeme tutum bozukluğu belirgin şekilde daha sık görülmüştür. Mevcut çalışma bulguları doğrultusunda aşağıda yer alan öneriler geliştirilmiştir:

1. Gıda neofobisi düzeyleri yaşla birlikte arttığı için, özellikle ileri yaş gruplarına yönelik sağlıklı ve yeni besinlerin tanıtımına odaklanan eğitimler geliştirilmelidir.
2. Düşük eğitim düzeyine sahip bireylerde neofobi düzeylerinin daha yüksek olması, beslenme eğitiminin özellikle lise ve altı gruplarda yaygınlaştırılması gerektiğini göstermektedir.
3. Kadınlarda yeme tutum puanlarının daha yüksek çıkması, kadın bireylerde yeme davranışlarının psikolojik boyutlarını göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

4. Yeme tutum bozukluğu, genç yaş grubunda daha yaygın olduğundan, 42 yaş altı bireylere yönelik erken tanı ve önleme programları düzenlenebilir.
5. Zayıflama diyeti geçmişi olan bireylerde yeme tutum bozukluğu daha yaygın olduğundan, bu kişilere yönelik profesyonel diyetisyen ve psikolojik danışman desteği verilebilir.
6. Psikiyatrik hastalık tanısı olan bireylerde yeme bozukluğu oranı belirgin şekilde yüksek bulunduğundan, bu bireylerde beslenme davranışları düzenli olarak izlenebilir ve müdahale edilebilir.
7. Gıda neofobisi ile bazı sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanması, topluma özel ve kültürel olarak uyarlanmış eğitim içeriklerinin oluşturulması hem kapsayıcı hem faydalı olabilir.
8. Yeme tutum bozukluklarının neofobi ile doğrudan ilişkili olmaması, bu iki yapının farklı mekanizmalarla şekillendiğini göstermektedir. Bu nedenle değerlendirme ve müdahale süreçleri farklı örneklerle ele alınabilir.

KAYNAKÇA

- Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'Reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P., Mitchell, J. E., Schenck, C. H., Howell, M. J., Crow, S. J., Engel, S., Latzer, Y., Tzischinsky, O., Mahowald, M. W., & Stunkard, A. J. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 241–247. <https://doi.org/10.1002/eat.20693>
- Alshahrani, N. J. (2025). Food neophobia among university students in Saudi Arabia: A cross-sectional survey of prevalence and predictor analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1571899. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1571899>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR).
- Amerikan Psikiatri Birliđi, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliđi, Ankara. 2013. 91–112 p
- Anderson-Fye, E. P., & Becker, A. E. (2004). Sociocultural aspects of eating disorders. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 565–589). John Wiley & Sons, Inc..
- Aydoğan, H., & Ünüvar, G. (2021). Üniversite öğrencilerinde gıda neofobisi ile demografik değişkenler arasındaki ilişki. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 49(1), 48–56.
- Baş, H., & Hamurcu, P. (2021). Gıda neofobisinin yetişkinlerde incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 3(3), 165-173. <https://doi.org/10.33308/2687248X.202133229>
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41–62. <http://dx.doi.org/doi:10.1146/annurev.nutr.19.1.41>
- Bulik, C. M. (2005). Exploring the gene–environment nexus in eating disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 335-339.
- Contento, I. R. (2011). *Nutrition education: Linking research, theory, and practice* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Ceylan, V., & Şahingöz, S. A. (2019). Yetişkin Bireylerde Gıda Neofobi Düzeyinin Belirlenmesi (Determination of Food Neophobia Level in Adult Individuals). *Journal of Tourism & Gastronomy Studies*, 7(2), 772-784. <https://doi.org/10.21325/jotags.2019.391>

- Contento, I. R. (2011). *Nutrition education: Linking research, theory, and practice* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite*, 50(2-3), 181–193. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>
- Duman, E., Akçil Ok, M., & Keser, A. (2020). Adaptation of The Food Neophobia Scale Into Turkish: Validity and Reliability Study. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 157-161. <https://doi.org/10.30934/kusbed.643038>
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Elkins, A., & Zickgraf, H. F. (2018). Picky eating and food neophobia: Resemblance and agreement in parent/young adult dyads. *Appetite*, 126, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.021>
- Ergüney-Okumuş, F. E., & Sertel-Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi kısa formunun (YTT-26) Üniversite örnekleminde Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 57-78. <https://doi.org/10.26650/SP2019-0039>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 691–701. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.011>
- Faraji, H., & Fırat, B. (2022). Yeme bozuklukları ve duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 153-174.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 23, pp. 75-109). Academic Press.
- Flight, I., Leppard, P., & Cox, D. N. (2003). Food neophobia and associations with cultural diversity and socio-economic status amongst rural and urban Australian adolescents. *Appetite*, 41(1), 51–59. [https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(03\)00039-4](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(03)00039-4)
- Frank, G. K., & Shott, M. E. (2016). The role of psychotropic medications in the management of anorexia nervosa: Rationale, evidence and future prospects. *CNS Drugs*, 30(5), 419–442. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0335-6>

- Frank, G. K. W., Shott, M. E., & DeGuzman, M. C. (2019). Recent advances in understanding anorexia nervosa. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-504. <https://doi.org/10.12688/f1000research.17789.1>
- Galloway, A. T., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L. L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *Journal of the American Dietetic Association*, 105(4), 541–548. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.01.029>
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10(4), 647–656. <https://doi.org/10.1017/s0033291700054945>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/s0033291700049163>
- Gaudiani, J. L., Kashuk, J. L., Chu, E. S., Narayanan, V., & Mehler, P. S. (2010). The use of thrombelastography to determine coagulation status in severe anorexia nervosa: A case series. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 382–385. <https://doi.org/10.1002/eat.20691>
- Gull, W. W. (1997). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obesity Research*, 5(5), 498–502. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00677.x>
- Hail, L., & Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: Prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 11–16. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135326>
- Halmi, K. A. (2013). Perplexities of treatment resistance in eating disorders. *BMC Psychiatry*, 13, Article 292. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-292>
- Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: A clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/10.1111/imj.14691>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Idowu-Adebayo, F., Fogliano, V., Oluwamukomi, M. O., Oladimeji, S., & Linnemann, A. R. (2021). Food neophobia among Nigerian consumers: a study on attitudes towards novel turmeric-fortified drinks. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, 101(8), 3246–3256. <https://doi.org/10.1002/jsfa.10954>

- Jaeger, S. R., Rasmussen, M. A., & Prescott, J. (2017). Relationships between food neophobia and food intake and preferences: Findings from a sample of New Zealand adults. *Appetite*, 116, 410–422. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.030>
- Jezewska-Zychowicz, M., Plichta, M., Drywień, M. E., & Hamulka, J. (2021). Food neophobia among adults: Differences in dietary patterns, food choice motives, and food labels reading in Poles. *Nutrients*, 13(5), Article 1590. <https://doi.org/10.3390/nu13051590>
- Karasar, N. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar, ilkeler, teknikler* (27. Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Katzman, D. K., Norris, M. L., & Zucker, N. (2019). Avoidant restrictive food intake disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 45–57. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Keskitalo, K., Silventoinen, K., Tuorila, H., Perola, M., Pietiläinen, K. H., Rissanen, A., & Kaprio, J. (2008). Genetic and environmental contributions to food use patterns of young adult twins. *Physiology & Behavior*, 93(1-2), 235–242. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.08.025>
- Knaapila, A., Silventoinen, K., Broms, U., Rose, R. J., Perola, M., Kaprio, J., & Tuorila, H. M. (2011). Food neophobia in young adults: Genetic architecture and relation to personality, pleasantness and use frequency of foods, and body mass index—a twin study. *Behavior Genetics*, 41(4), 512–521. <https://doi.org/10.1007/s10519-010-9403-8>
- Knaapila, A., Tuorila, H., Silventoinen, K., Keskitalo, K., Kallela, M., Wessman, M., Peltonen, L., Cherkas, L. F., Spector, T. D., & Perola, M. (2007). Food neophobia shows heritable variation in humans. *Physiology & Behavior*, 91(5), 573–578. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.03.019>
- Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2009). “Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders”: A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9–42. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.1.9>
- Michalska, A., Szejko, N., Jakubczyk, A., & Wojnar, M. (2016). Nonspecific eating disorders – A subjective review. *Psychiatria Polska*, 50(3), 497–507. <https://doi.org/10.12740/PP/59217>

- Olabi, A., Najm, N. E. O., Baghdadi, O. K., & Morton, J. M. (2009). Food neophobia levels of Lebanese and American college students. *Food Quality and Preference*, 20(5), 353-362. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2009.01.005>
- Pliner, P., & Hobden, K. (1992). Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite*, 19(2), 105-120. [https://doi.org/10.1016/0195-6663\(92\)90014-W](https://doi.org/10.1016/0195-6663(92)90014-W)
- Pliner, P., & Melo, N. (1997). Food neophobia in humans: Effects of manipulated arousal and individual differences in sensation seeking. *Physiology & behavior*, 61(2), 331-335. [https://doi.org/10.1016/S0031-9384\(96\)00406-4](https://doi.org/10.1016/S0031-9384(96)00406-4)
- Pliner, P., & Salvy, S. J. (2006). Food neophobia in humans. In *The Psychology of Food Choice* (pp. 75-92). Wallingford UK: Cabi.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., & Mobassarrah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157-161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- Roßbach, S., Foterek, K., Schmidt, I., Hilbig, A., & Alexy, U. (2016). Food neophobia in German adolescents: Determinants and association with dietary habits. *Appetite*, 101, 184-191. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.159>
- Rozin, P. (2006). The integration of biological, social, cultural and psychological influences on food choice. In *The Psychology of Food Choice* (pp. 19-39). Wallingford UK: Cabi.
- Rozin, P., & Fallon, A. E. (1987). A perspective on disgust. *Psychological review*, 94(1), 23. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.1.23>
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031974>
- Sadock, B. J. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry* (Vol. 2015, pp. 648-655). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer..
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Soucier, V. D., Doma, K. M., Farrell, E. L., Leith-Bailey, E. R., & Duncan, A. M. (2019). An examination of food neophobia in older adults. *Food Quality and Preference*, 72, 143-146. <https://doi.org/10.1016/J.FOODQUAL.2018.10.010>

- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073–1074. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1073>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Türkiye Beslenme Rehberi (TUBER)*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara.
- Toker, D. E., & Hoccoğlu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375(9714), 583–593. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61748-7)
- Tuorila, H., Lähtenmäki, L., Pohjalainen, L., & Lotti, L. (2001). Food neophobia among the Finns and related responses to familiar and unfamiliar foods. *Food quality and preference*, 12(1), 29-37. [https://doi.org/10.1016/S0950-3293\(00\)00025-2](https://doi.org/10.1016/S0950-3293(00)00025-2)
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705–712. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.6.705>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2015). *Türkiye Beslenme Rehberi (TUBER)*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara.
- Vardar, E., & Erzengin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
- Veeck, A., Leingpibul, T., Xie, H., & Veeck, G. (2020). The role of personal factors in attitudes toward the adoption of new consumption behaviors in developing food systems. *Appetite*, 149, 104614. adoption of new consumption behaviors in developing food systems. *Appetite*, 149, Article 104614. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104614>
- Wade, T. D. (2019). Recent research on bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 21–32. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.002>
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687–705. <https://doi.org/10.1002/eat.20719>
- World Health Organization (WHO). *World Health Organization (WHO) Definition Of Health-Public Health [Internet]*. 2019 [cited 2022 Feb 22].
- World Health Organization. (2020). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> adresinden erişilmiştir.

- Yalçın, T., Çiftçi, S., & Ozturk, E. E. (2025). Food Neophobia and Two Facets of Orthorexia Among Women: Cross-Sectional Study. *Behavioral Sciences*, 15(1), 70. <https://doi.org/10.3390/bs15010070>
- Young, S. L. (2010). Pica in pregnancy: New ideas about an old condition. *Annual Review of Nutrition*, 30, 403–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.012809.104713>



EKLER

Ek-1. Anket Formu

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi; Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Rize İlinde 18-65 Yaş Arası Erişkinlerin Yeme Tutumları ile Gıda Neofobisi Arasında ki İlişkinin Değerlendirilmesi.

Anket

No:.....

Tarih:.....

Adı Soyadı:.....

A) GENEL BİLGİLER

1. Cinsiyet:

a) Kadın b) Erkek

2. Yaş:

3. Medeni Durum:

a) Evli b) Bekar

4. Öğrenim Durumu (Son mezun olduğunuz):

a) Okuma-Yazma Bilmiyor b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite

5. Gelir Durumu:

a) Gelir-Giderden az b) Gelir-Gider eşit c) Gelir-Giderden fazla

6. Mesleğiniz:

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

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

a) Evet b) Hayır

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

a) Kalp-Damar Hastalıkları

b) Diyabet (Şeker Hastalığı)

c) Hipertansiyon

d) Sindirim Sistemi Hastalıkları

e) Solunum Sistemi Hastalıkları

f) Kas İskelet Sistemi Problemleri

g) Endokrin (Hormonal) Hastalıklar

h) Böbrek Hastalıkları

i) Kanser

i) Diğer (belirtiniz)

9. Sigara içiyor musunuz?

a) Hayır b) Evet:.....tane/gün içiyorum. c) Eski Kullanıcı/Bırakmış

10. Alkol içiyor musunuz?

a) Hayır b) Evet c) Eski Kullanıcı/Bırakmış

11. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet: Haftadakez,'ar/er dakika

12. Sürekli kullandığınız bir ilacınız var mı?

a) Hayır b) Evet:..... kullanıyorum.

13. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı?

a) Evet b)Hayır

14. Kiminle yaşıyorsunuz ?

a) Yalnız b)Aile ile birlikte

15. Uyku durumunuz nasıl?

a) İyi b)Orta c)Kötü

16. Şuan Zayıflama diyeti yapıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır c)Daha önceden yaptım

B. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

1. Boy uzunluğu (cm):.....

2. Vücut ağırlığı (kg):.....

3. Bel çevresi (cm):.....

4. Kalça çevresi (cm):.....

5. Vücut Kitle İndeksi(BMI):.....

Ek-2. Yeni Besin Korkusu Ölçeği

Değerli katılımcılar;

Yeni besin korkusunu (Gıda Neofobisini) ölçmek için aşağıda sorular bulunmaktadır. 1- arasındaki seçeneklerden sizin için en uygun olanı işaretleyiniz. Lütfen dikkatli okuyunuz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Çok az katılmıyorum	Kararsızım	Çok az katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Sürekli yeni ve farklı besinler denerim							
2. Yeni besinlere güvenmem							
3. İçerisinde ne olduğunu bilmediğim bir besini denemem							
4. Farklı ülkelerin besinlerini severim							
5. Farklı ülkelerin besinlerini tüketmek çok tuhaf gelir							
6. Yemekli davetlerde yeni bir besin denerim							
7. Daha önce hiç tüketmediğim besinleri tüketmekten korkarım							
8. Tüketeceğim besinler konusunda çok seçiciyim							
9. Neredeyse her şeyi yerim							
10. Farklı ülkelerin restoranlarını denemeyi severim							

Ek-3. Yetişkinlerde Yeme Tutum Ölçeği

Açıklama: Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması veya profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplar gizli kalacaktır.

A.Bölümü: Aşağıdaki soruları tamamlayınız.

1) Doğum Tarihiniz: Ay: Gün: Yıl:

2) Cinsiyetiniz: Erkek: Kadın:

3) Boyunuz: Cm:

4) Şuan ki Kilonuz:

5) En Yüksek Kilonuz(Hamilelik Hariç):

6) Yetişkinlikteki En Düşük Kilonuz:

7) İdeal Kilonuz:

B.Bölümü: Aşağıda yer alan her bir ifade için size uygun gelen bir şıkkı işaretleyiniz.

	Daima	Çok Sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Şişmanlamaktan <u>çok</u> <u>çok</u> korkar.						
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
3. Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum.						
4. Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur.						
5. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
6. Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
7. <u>Ekmek</u> <u>patates</u> <u>pirinç</u> gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
8. <u>Başkaları</u> <u>benim</u> daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.						
9. Yemek yedikten sonra kusarım.						
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
11. Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder.						
12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri düşünürüm.						
13. Başkaları çok <u>zayıf</u> <u>olduğunu</u> düşünür.						
14. Vücudunda yağ birikeceği (şişmanlayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
15. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden <u>daha</u> <u>uzun</u> sürer.						
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
19. Yiyecek <u>konuşur</u> <u>ken</u> <u>denetim</u> <u>denetleyebilirim</u> .						
20. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır.						
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız hissedirim.						
23. Diyet yaparım.						
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
25. Yemeklerden sonra içimden kısmak gelir.						
26. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						

C.Bölümü: Davranışsal Sorular:

Geçtiğimiz 6 Ayda;	Hiçbir Zaman	Ayda bir ya da daha az	Ayda 2-3 kez	Haftada bir kez	Haftada 2-6 kez	Günde bir ya da daha çok kez
A. Durduramayacağımızı hissettiğimiz tükürücüsüne yeme atıklarımız oldu mu?						
B. Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz mu?						
C. Kilonuzu ve beden şeklinizi kontrol etmek için laksatif(barsak söktürücü),diyet hapları veya idrar söktürücü kullandınız mı?						
D. Kilo vermek ya da kilonuzu kontrol etmek için bir günde 60 dakikadan fazla egzersiz yaptınız mı?						
E. Geçtiğimiz 6 ayda 9 kilodan fazla verdiniz mi?						

Copyright EAT-26 (Garner et al. 1982 Psychological Medicine, 12, 871-878), D. Garner'ın izniyle adaptasyonu yapılmıştır.

Ek-4. Etik Kurul Onayı



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E-40465587-050.01.04-1342
Konu : Etik Kurul

28.01.2025

Sayın Prof. Dr. Cüneyt ARDIÇ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğumuz “18-65 Yaş Arası Erişkinlerin Yeme Tutumları ile Gıda Neofobisi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre 23.01.2025 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2025/31 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Tahsin Gökhan TELATAR
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 9e7a38494f52

Belge Takip Adresi: <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

Zihni Derin Yerleşkesi 53100 Merkez-RİZE
Telefon No: (0 464) 223 61 26 Faks No: (0 464) 223 53 76
e-Posta: İnternet Adresi: www.erdogan.edu.tr
Kep Adresi:

Bilgi için: Burak HANKAYA
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:



Ek-5. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Destek Hizmetleri Başkanlığı



Sayı : E-64960800-799-260928014
Konu : Dr.Hüseyin ADANUR/Bilimsel
Araştırma İzni

29.11.2024

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Dr.Hüseyin ADANUR,kurumumuza bağlı Rize İli Merkez ve bağlı ilçelerdeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde "18-65 Yaş Arası Erişkinlerin Yeme Tutumları İle gıda Neofobisi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup,çalışma süresince değişikliğe gidilmeden,sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde,hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak ve yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi,rutin dışı tetkiklerden doğacak masrafların hastaya veya kurumlara yansıtılmaması,araştırma sırasında meydana gelebilecek araştırmaya bağlı her türlü istenmeyen durumun tazmin edilmesi kaydıyla kurumumuza bağlı ilgili sağlık tesisinde 01/01/2025-01/04/2025 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Yıldız METE
Başkan

OLUR
Dr. Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

Ek: DR HÜSEYİN ADANUR PROTOKOL.PDF

Dağıtım:
Gereği:
Rize Tsm'ler Ve İlçe Sağlık Müdürlükleri

Bilgi:
Rize Valiliğine
(İl Sağlık Müdürlüğü)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 0355FBE3-7FC3-42B7-8A5E-BC682A4C9CD9

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-sbyi>

Paşalıyı Mahallesi , Zübeyde Hanım Caddesi , Sağlık Kompleksi Kat:3-4-5
Merkez/RİZE 53000
Telefon No: 04642130357
e-Posta: riza.istatistik@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.rizasim.gov.tr/>
Kop Adresi: rizasim@riza01.kap.tr

Bilgi için: Etra Nur ŞENTÜRK
Etil
Telefon No: 04642130357 - 2358



Ek-6. Tez Benzerlik Oranı

		Similarity Report ID: oid:3117:474543459	
PAPER NAME		AUTHOR	
tez benzerlik Hüseyin adanur.docx		Hüseyin Adanur	
WORD COUNT		CHARACTER COUNT	
8677 Words		60677 Characters	
PAGE COUNT		FILE SIZE	
40 Pages		251.2KB	
SUBMISSION DATE		REPORT DATE	
Jul 18, 2025 10:14 AM GMT+3		Jul 18, 2025 10:14 AM GMT+3	
● 14% Overall Similarity The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database. • 13% Internet database • 9% Publications database • Crossref database • Crossref Posted Content database • 0% Submitted Works database			