

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİR KAMU KURUMUNDA ÇALIŞAN PERSONELLERDE YEME
FARKINDALIĞI, SEZGİSEL YEME DAVRANIŞI VE AKDENİZ
DİYETİ KALİTE İNDEKSİ (KIDMED) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN

RUMEYSA SERİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2024

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BİR KAMU KURUMUNDA ÇALIŞAN PERSONELLERDE YEME
FARKINDALIĞI, SEZGİSEL YEME DAVRANIŞI VE AKDENİZ
DİYETİ KALİTE İNDEKSİ (KIDMED) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

HAZIRLAYAN

RUMEYSA SERİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ESRA KÖSELER BEYAZ

ANKARA – 2024

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Rumeysa Serin tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/01/2024

Tez Adı: Bir Kamu Kurumunda Çalışan Personellerde Yeme Farkındalığı, Sezgisel Yeme Davranışı ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ONAY

Enstitü Müdürü

Tarih: ... / ... /

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: ... / ... /

Öğrencinin Adı, Soyadı:Rumeysa Serin

Öğrencinin Numarası:22110216

Anabilim Dalı:Beslenme ve Diyetetik

Programı:Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:

Tez Başlığı: Bir Kamu Kurumunda Çalışan Personellerde Yeme Farkındalığı, Sezgisel Yeme Davranışı ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 111 sayfalık kısmına ilişkin, 21/12/2023 tarihinde tez danışmanım tarafından turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 19'dur. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: ... / ... /

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

.....

.....

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam sürecinde benden ilgisini ve anlayışını eksik etmeyen bilgi ve birikimleri sayesinde her daim yol gösterici olan değerli tez danışmanım Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Esra Köşeler Beyaz'a,

Tez yazım sürecinde tecrübe ve birikimiyle ihtiyacım olan her durumda benden yardımını esirgemeyen sevgili dostum aynı zamanda meslektaşım Sıla Cemre Tursun'a, sahip olduğu bilgi ve yardımseverliğiyle bu süreçte hep yanımda hissettiğim sevgili dostum aynı zamanda meslektaşım Ecem Sözer'e ve desteğini esirgemeyen tüm sevdiklerime,

Hayatımın her alanında koşulsuz sevgi ve özverileriyle yanımda olan biricik aileme,

Sonsuz teşekkür ederim...

ÖZET

Serin R. Bir Kamu Kurumunda Çalışan Personellerde Yeme Farkındalığı, Sezgisel Yeme Davranışı ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.

Bu çalışma, Mayıs-Ağustos 2023 tarihleri arasında bir kamu kurumunda çalışan, çalışmaya katılmaya gönüllü, yaşları 18-65 yıl arasında değişen 312 kurum personeli ile yürütülmüştür. Çalışma; kamu personellerinde yeme farkındalığı, sezgisel yeme durumu ve Akdeniz diyetine uyum arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak katılımcılardan bir anket formu doldurmaları istenmiştir. Ankette; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, yaşam tarzı alışkanlıkları, bazı beslenme alışkanlıkları sorgulanıp Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30), Sezgisel Yeme Ölçeği (IES-2) ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) uygulanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 39.2 ± 9.83 yıl olup %13.8'i bir diyet uyguladığını belirtmiştir. Beden Kütle İndeksi (BKİ) sınıflamasına göre çalışmaya katılan bireylerin %49.4'ü normal, %41.7'si hafif şişmandır. Kadınların %73.2'si normal, %22'si hafif şişman; erkeklerin %33'ü normal, %55.1'i hafif şişmandır. Kadın ve erkeklerin BKİ değerleri ortalaması sırasıyla $23.8 \pm 3.91 \text{ kg/m}^2$ ve $26.2 \pm 3.32 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Yeme Farkındalığı Ölçeği alt faktörlerinden duygusal yeme ve enterferans puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre, yeme kontrolü ve farkındalık puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sezgisel yeme alt faktörlerinden 'açlık, tokluk sinyallerine göre yeme' en yüksek, 'duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlere bağlı yeme' en düşük puan ortalamasına sahiptir. Sezgisel yeme ile cinsiyet ilişkisi değerlendirildiğinde kadınların duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlere bağlı yeme puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puanlarının artış gösterdiği bulunmuştur ($p < 0.05$). Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları arttıkça açlık-tokluk sinyallerine göre yeme, beden-besin seçimi uygunluğu ve Sezgisel Yeme Ölçeği puanlarının arttığı, koşulsuz yeme izni puanının ise azaldığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu çalışmada diyet kalitesinin yeme farkındalığının bazı alt faktörleri ve sezgisel yeme durumu ile bağlantılı olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu ilişkinin

cinsiyet, BKİ ve yaşı gibi faktörlerden etkilendiğı bulunmuştur. Elde edilen verilerin bu alanda yapılacak çalışmalarla desteklenmesinin faydalı olabileceğı düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yeme farkındalığı, sezgisel yeme davranışı, Akdeniz diyeti.



ABSTRACT

Serin R. Determination of the Relationship Between Mindful Eating, Intuitive Eating Behavior and Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) in Personnel Working in a Public Institution. Baskent University Health Science Institute, Department of Nutrition and Dietetics, Master Thesis, Ankara, 2024.

This study was conducted between May and August 2023 with 312 institutional personnel, aged between 18 and 65, who worked in a public institution and volunteered to participate in the study. This study; it was conducted to determine the relationship between mindful eating, intuitive eating status and compliance with the Mediterranean diet among public personnel. Participants were asked to fill out a survey form using the face-to-face interview method. In the survey; The participants' socio-demographic characteristics, lifestyle habits, and some nutritional habits were questioned and the Mindful Eating Questionnaire (YFÖ-30), Intuitive Eating Scale (IES-2) and Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) were applied. The average age of the participants was 39.2 ± 9.83 years and 13.8% stated that they were on a diet. According to Body Mass Index (BMI) classification, 49.4% of the individuals participating in the study were normal weight and 41.7% were overweight. 73.2% of women are normal weight, 22% are overweight; 33% of men are normal weight and 55.1% are overweight. The average BMI values of women and men are 23.8 ± 3.91 kg/m² and 26.2 ± 3.32 kg/m², respectively. The mean scores of emotional eating and interference, which are sub-factors of the Mindful Eating Questionnaire, were found to be significantly higher in men than in women, and the mean scores of eating control and mindfulness in women were significantly higher than in men ($p < 0.05$). When the Intuitive Eating Scale average scores are evaluated; among the intuitive eating sub-factors, 'eating based on hunger and satiety signals' has the highest mean score, and 'eating for physical reasons rather than emotional reasons' has the lowest mean score. When the relationship between intuitive eating and gender was evaluated, it was determined that the average score of women eating for physical rather than emotional reasons was higher than that of men ($p < 0.05$). It was found that as the participants' adaptation to the Mediterranean diet increased, their disinhibition, emotional eating, eating control, eating discipline, mindfulness and interference scores increased ($p < 0.05$). It was determined that as the participants' adaptation to the Mediterranean diet increased, their eating according to hunger-satiety signals, body-food choice suitability and Intuitive Eating Scale scores increased, and the unconditional eating permission score decreased ($p < 0.05$). In this study, it was determined that diet quality was associated with

some sub-factors of mindful eating and intuitive eating status. It has also been found that this relationship is affected by factors such as gender, BMI and age. It is thought that it would be useful to support the data obtained with studies in this field.

Keywords: Mindful eating, intuitive eating behavior, Mediterranean diet.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Beslenme.....	3
2.2. Besin Grupları ve İçerikleri.....	4
2.3. Akdeniz Diyeti.....	8
2.3.1. Akdeniz diyeti piramidi.....	9
2.3.2. Akdeniz diyetinin sağlık üzerine etkileri.....	10
2.4. Yeme Farkındalığı.....	12
2.5. Yeme Farkındalığının Beslenme Durumuna Etkisi.....	13
2.6. Yeme Farkındalığı İlkeleri.....	16
2.6.1. Yeme hızını kontrol etmek.....	16
2.6.2. Açlık ve tokluk sinyallerinin farkındalığı.....	17
2.6.3. Uygun porsiyon büyüklüğünü ayarlamak.....	19
2.6.4. Dikkat dağıtıcı faktörlerden uzaklaşmak.....	20
2.6.5. Besinin keyfini çıkarmak.....	20
2.7. Sezgisel Yeme.....	21
2.8. Sezgisel Yemenin Beslenme Durumuna Etkisi.....	22
2.9. Sezgisel Yemenin Ana Bileşenleri.....	23
2.10. Sezgisel Yemenin İlkeleri.....	24
2.10.1. Diyet zihniyetini reddetmek.....	24
2.10.2. Açlık hissini onurlandırmak.....	25
2.10.3. Besinlerle barışmak.....	26
2.10.4. Gıda polisiyle başa çıkmak.....	26
2.10.5. Tokluğu hissetmek.....	26

2.10.6. Tatmin olma faktörünü keşfetmek.....	27
2.10.7. Besinleri kullanmadan duygularla baş edebilmek.....	27
2.10.8. Bedenine saygı duymak.....	28
2.10.9. Egzersiz yapıp değişimi fark etmek.....	28
2.10.10. Sağlığı onurlandırmak – hoşgörülü beslenme.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	30
3.2. Araştırmanın Genel Planı.....	30
3.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.3.1. Kişisel özellikler.....	30
3.3.2. Yeme farkındalığı düzeyi.....	31
3.3.3. Sezgisel yeme düzeyi.....	32
3.3.4. Akdeniz diyetine uyumluluk düzeyi.....	32
3.3.5. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	32
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi...	65
5.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi.....	66
5.3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Sezgisel Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi....	66
5.4. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Sezgisel Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi.....	67
5.5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Akdeniz Diyeti Kalite İndekslerinin Değerlendirilmesi	68
5.6. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Akdeniz Diyeti Kalite İndekslerinin Değerlendirilmesi.....	69
5.7. Katılımcıların Yeme Farkındalığı, Sezgisel Beslenme ve Akdeniz Diyetine Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1. Sonuç.....	72
6.2. Öneriler.....	76

EKLER

- EK 1: Etik Kurul Onayı**
- EK 2: Gönüllü Olur Formu**
- EK 3: Anket Formu**
- EK 4: Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)**
- EK 5: Sezgisel Yeme Ölçeği (IES-2)**
- EK 6: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED)**



TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.3.1. DSÖ'ye göre yetişkinlerde BKİ sınıflandırması.....	31
Tablo 4.1. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı.....	35
Tablo 4.2. Bireylerin hastalık durumları	36
Tablo 4.3. Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumları	37
Tablo 4.4. Bireylerin fiziksel aktivite durumları.....	38
Tablo 4.5. Bireylerin sağlıklı beslenme ve diyet bilgileri.....	39
Tablo 4.6. Bireylerin bazı beslenme alışkanlıkları.....	41
Tablo 4.7. Bireylerin BKİ ortalaması ve sınıflaması.....	42
Tablo 4.8. Bireylerin demografik özelliklerine göre BKİ ortalaması.....	43
Tablo 4.9. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre BKİ ortalaması.....	45
Tablo 4.10. Bireylerin Yeme Farkındalığı Ölçeği alt madde puan ortalaması.....	46
Tablo 4.11. Bireylerin demografik özelliklerine göre YFÖ-30 madde puanı ortalaması...48	
Tablo 4.12. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre YFÖ-30 madde puanı ortalaması.....	50
Tablo 4.13. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 madde puan ortalaması.....	51
Tablo 4.14. Bireylerin Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması.....	51
Tablo 4.15. Bireylerin demografik özelliklerine göre Sezgisel Yeme Ölçeği puanları ortalaması.....	52
Tablo 4.16. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması.....	54
Tablo 4.17. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması...55	
Tablo 4.18. Bireylerin KIDMED puan ortalaması ve sınıflaması.....	56
Tablo 4.19. Bireylerin demografik özelliklerine göre KIDMED puan ortalaması.....	57
Tablo 4.20. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre KIDMED puan ortalaması.....	58
Tablo 4.21. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre KIDMED puan ortalaması.....	58
Tablo 4.22. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre BKİ değerlerinin dağılımı.....	59

Tablo 4.23. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması.....	60
Tablo 4.24. Bireylerin Yeme Farkındalığı Ölçeği puanının bazı parametrelerle korelasyonu.....	61
Tablo 4.25. Bireylerin Sezgisel Yeme Ölçeği puanının bazı parametrelerle korelasyonu..	63
Tablo 4.26. Bireylerin KIDMED puanının bazı parametrelerle korelasyonu.....	64



ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.6.2. Açlık skalası.....	18



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AGRP	agouti ile ilişkili nöropeptid
ARC	arkuat çekirdek
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HbA _{1c}	hemoglobin A _{1c}
HDL	yüksek yoğunluklu lipoprotein
IES-2	Sezgisel Yeme Ölçeği-2
KIDMED	Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi
LDL	düşük yoğunluklu lipoprotein
MEDAS	Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği
MEQ	Mindful Eating Questionnaire
MUFA	tekli doymamış yağ asitleri
NHANES	Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketleri
POMC	pro-opiomelanokortini
PVH	paraventriküler hipotalamik çekirdek
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences Statistics
SUN	Navarra Üniversitesi Takip Çalışması
UNESCO	Bilim ve Kültür Örgütü
USDA	Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı
VLDL	çok düşük yoğunluklu lipoprotein
YFÖ-30	Yeme Farkındalığı Ölçeği-30

1. GİRİŞ

Sağlığın belirlenmesinde beslenme alışkanlıkları büyük önem taşımaktadır. Beslenmede besinlerin çeşitliliğinin sağlanması sağlık açısından önceliklidir (1). Genel olarak sağlıklı diyet ulaşmanın koşulları, sağlıklı yiyeceklere özellikle taze meyve ve sebzelere ulaşmada yaşanan zorluklar nedeniyle daha güçtür. Bu güçlük de insanları daha kolay ulaşılabilen işlenmiş gıdalara yönlendirmiş ve bu durum beraberinde obezite gibi sağlık sorunlarını getirmiştir. Bu koşullarda, Akdeniz diyeti ihtiyacı karşılayan diyet modeli olarak ortaya çıkmıştır (2). Akdeniz diyeti diğer beslenme modelleriyle karşılaştırıldığında en sağlıklı diyet tipleri arasında gösterilmektedir (3).

Diyette farkındalık yaklaşımı; alışkanlıklar ile duygu ve düşünceleri temel alarak klasikleşmiş diyet yaklaşımlarına bir alternatif olarak ön plana çıkmıştır. Yeme farkındalığının yeme davranışıyla ilgili içsel dürtülerin gözlenmesine olanak sağlamasının obezite gibi hastalıkların tedavisinde umut verici olacağı düşünülmektedir (4). Yeme farkındalığı süreci temelde yeme davranışını oluşturan etmenlere dikkat ederek, fiziksel açlık-tokluk sürecini algılayarak, düşüncelerin etki düzeyinin farkında olarak ve çevresel uyaranlardan etkilenmeden oluşur. Bu farkındalığın ışığında kişiler yemek yeme hızını kontrol edebilmekte, bir besine duyulan istek duygusunun temel noktalarını kavrayabilmekte, bu sayede de diyet ve vücut ağırlığı kontrolü üzerinde etkin sonuçlara ulaşabilmektedir (5).

Sezgisel yeme davranışı ise üç temel özelliği ile tanımlanır. Bunlardan ilki kişinin ne kadar ve ne zaman yemek yiyeceğinin belirlenmesinde kişinin açlık-tokluk sinyallerini gözlemleyerek bu sinyallere güvenmesi ve yeme davranışına temelde bu durumun rehberlik etmesinin etkili olmasıdır. İkincisi yemek yeme davranışına duygusal açlığın değil de fizyolojik açlığın yön vermesinin sağlanmasıdır. Üçüncü özellikse açlık sinyallerinin göz ardı edilmemesi, gıdaların 'iyi' veya 'kötü' olarak gruplandırılmaması ve 'kötü' olarak sınıflandırılan gıdaların tercih edilmemesinin nedeninin temelde kaçınma davranışına dayandırılmamasıdır (6).

Yeme farkındalığı yiyeceklerle ilgili otomatik ve çok düşünülmeden verilmiş genel tepkileri minimuma indirmeyi amaçlar. Aynı zamanda duyguların hakimiyetinde gereksiz

yemek yemenin önüne geçmeyi hedefler (7). Sezgisel yemede daha çok diyetin reddedilmesi durumu mevcuttur. Ancak yeme farkındalığı genel olarak diyet tedavilerine yardımcı olma ya da direkt olarak vücut ağırlığı kaybını sağlama amaçlı kullanılır. Bu noktada yeme bozukluklarında en uygun yeme tarzının belirlenmesi hedeflenen sonuca ulaşmaya yardımcı olabilmektedir (8).

Yeme farkındalığı stratejilerini iyi anlamak bu stratejilerin geliştirilebilmesi ve birçok popülasyonda uygulanabilir olması açısından önemlidir. Bazı yeme müdahaleleri yalnızca bir stratejiden yararlanarak oluşturulabilmektedir. Bu nedenle hem tek bir stratejiden yararlanıldığında hem de çoklu stratejiler bir arada kullanıldığında bu tekniklerin etkisini birbirinden ayırt etmek önem taşımaktadır (9). Yeme farkındalığını artırmaya yönelik uygulamalar, davranış değişikliği üzerinde çalışan yöntemlerle bir arada kullanılabilir (5). Yeme farkındalığının yeme davranışı üzerinde etkin rol oynayabilmesi sebebiyle bu çalışmada bir kamu kurumunda çalışan personellerin yeme farkındalığı düzeylerinin ve sezgisel yeme davranışlarının Akdeniz diyeti kalite indeksleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı; bireyin ‘fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması’ olarak tanımlamaktadır (10). Bu tanım ışığında bireyde fizyolojik hastalık durumunun olmaması bize tek başına sağlık hakkında fikir vermemektedir. İnsan sağlığı fizyolojik ve çevresel koşulların her ikisine de bağlı olarak gelişir. Sağlığı oluşturan çevresel koşulların başında; beslenme, barınma, fiziki çevre, eğitim olanakları ve kültürel olanaklar yer almaktadır (11).

Beslenme, besin öğelerinin vücuda alınmasıyla başlayıp; sindirim, emilim ve metabolize edilme basamaklarıyla devam eden bir süreçtir. Bu süreci etkileyen durumlar içerisinde fizyolojik nedenler olduğu gibi besin hazırlama ve pişirme süreçleri, sosyolojik ve ekonomik durumun beslenmeye etkisi gibi çevresel faktörler de bulunmaktadır. Kişiye özgü beslenme planının sağlıklı bir şekilde belirlenebilmesi için tüm bu faktörlerin göz önüne alınması gereklidir (12).

Yeterli beslenme; vücut için gerekli besin öğeleri ve biyoaktif maddelerin gerektiği ölçüde alınması, dengeli beslenme ise; besin öğelerinin hem birbirlerine göre hem de öğünlere dağılımında denge içerisinde olması olarak tanımlanabilir (12).

Sağlığa uygun olmayan beslenme biçimi, bulaşıcı olmayan sistemsel hastalıklara yol açarak bu hastalıkların dünya çapında görülme insidansını önemli ölçüde artırmaktadır. Afshin ve ark. (13) tarafından yapılan bir çalışmada dünya çapında 2017 yılında yaklaşık 11 milyon ölümün nedeni beslenmeyle ilgili risk faktörlerine bağlanmıştır (13,14). Beslenme, hastalıkların tedavisinin yanı sıra; sağlığın korunması açısından da önemlidir. Bu amaçla yetersiz beslenmenin tespiti ve tedavisi için yapılan beslenme durumu değerlendirmelerine son zamanlarda obeziteye katkısı olan beslenme faktörlerinin belirlenmesi için yapılan değerlendirmeler de eklenmiştir (14).

Sözen ve ark. (15) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışan bireylerde yetersiz ve dengesiz beslenmenin; hastalıklara karşı dirençte azalmaya, dikkat dağınıklığına, işteki verimliliğin düşmesine yol açtığı saptanmıştır. Çalışan bireylerdeki sağlıksız beslenme

alışkanlıkları, bireysel olarak gerçekleşen fizyolojik ve psikolojik etkilerin yanı sıra toplum bazında da sağlık sorunlarına yol açıp maddi kayıplara sebep olabilmektedir. Özellikle masa başı çalışan gruplarda fiziksel aktivitenin düşük düzeyde olması sağlık sorunu riskini artırmaktadır (16).

2.2. Besin Grupları ve İçerikleri

Besinler, içerdikleri besin ögeleri ve enerji düzeyleri göz önüne alınarak; süt ve süt ürünleri, et, yumurta, kuru baklagil ve yağlı tohumlar grubu, sebze ve meyveler, tahıl ve tahıl ürünleri, yağlar ve şekerleme ürünleri olarak beş temel başlık altında toplanabilir (11,12). Yeterli ve dengeli bir beslenme bu gruplardaki besinlerin tüketim sıklığı ile miktarlarına göre belirlenmektedir ve önerilen tüketim düzeyleri yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir (12).

Süt ve süt ürünleri grubu; içerdikleri protein, kalsiyum, fosfor gibi besin ögeleriyle ön plana çıkmaktadır. Bu besin ögeleri sayesinde süt ve süt ürünleri; iskelet sistemi, kas sistemi ve nörolojik sistem sağlığı üzerinde olumlu etkilere sahip olup özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde tüketimleri önem arz eder. Bunun yanında süt yağının yaklaşık %70'ini doymuş yağlar oluştururken geri kalan kısmını kısa ve orta zincirli yağ asitleri ile oleik asit oluşturmaktadır. Doymuş yağ oranının nispeten yüksek olması sebebiyle kardiyovasküler sağlık açısından öneriler kısıtlı düzeydedir (17). Buna karşılık Lawrence (18) tarafından yapılan bir araştırmada sütte bulunan doymuş yağ asitlerinin kısa zincirli yağ asitleri olması sebebiyle özellikle inflamasyonu engelleme açısından olumlu etkileri olabileceğinden bahsedilmiştir (17,18).

Süt ve süt ürünlerinin tüketiminin kemik ve diş sağlığının korunmasına, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, tip 2 diyabet gibi kronik hastalıklara yararının dışında egzersiz sonrası hidrasyonun sağlanmasında ve kas onarımında da olumlu etkileri mevcuttur. Süt ve süt ürünlerinin birçok olumlu etkisine karşın NHANES (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketleri) çalışmasında genç yaş grubundaki süt tüketiminin 218 kkal/gün'den 170 kkal/gün'e önemli düzeyde düşüş gösterdiği saptanmıştır (19).

Bu gruptan günlük en az bir dilim peynir ile bir su bardağı kadar süt veya yoğurt tüketilmesi gerekir. Süt ve süt ürünleri genel olarak kalsiyum, A vitamini, riboflavin ve protein açısından zengin olmakla birlikte büyüme ve kemik sağlığı için bu grubun tüketim düzeyi önem taşımaktadır. Özellikle ileri yaşlarda görülen kemik erimesinin önüne geçmek açısından yeterli alım gerekir. Büyüme ve gelişme çağında, yaşlılıkta, gebelik ve emziklilikte tüketilmesi gereken miktarlar artış göstermektedir. Bu gruplar için genel öneri düzeyi en az günde iki bardak süt veya yoğurt ya da 3-4 dilim peynirin menüde yer alması gerektiği yönündedir (11,12).

Et ve et ürünleri grubu; demir, selenyum, çinko ve B₁₂ vitaminince zengin olup yüksek biyolojik değere sahip protein içermektedir. Et rnleri, insan vücudu tarafından retilemeyip dışarıdan alınması zorunlu olan esansiyel amino asitlerce zengin bir kompozisyona sahiptir. Bununla birlikte pişirme yöntemi de yağ oranının ve çeşidinin değişiminde etkindir. Çoklu doymamış yağ asitlerinden olan omega 3 yağ asitleri, kardiyovasküler hastalıklardaki koruyucu etkileri başta olmak üzere sağlık üzerinde birçok olumlu etkiye sahiptir. Et rnleri içerisinde deniz ürünleri başlıca omega 3 kaynağıdır (20).

Yumurta, hayvansal kaynaklı proteinler içerisinde en yüksek biyolojik değerliliğe sahip besindir. Mikro besin gelerinden D, E, K ve B grubu vitaminlerinin, fosfor ve demirin kaynağı olarak gösterilir. Ayrıca yumurta esansiyel amino asit içeriği nedeniyle de önemli bir besindir (21).

Nohut, kuru fasulye, mercimek gibi besinlerden oluşan kuru baklagiller, olgunlaşmış tohumlar olup dış kısımları posadan, iç kısımları ise nişastadan zengindir. Glisemik indeksleri düşüktür ve yağ örüntülerinin çoğunluğunu doymamış yağ asitleri oluşturur. Bitkisel kaynaklar içerisinde protein açısından zengin bir gruptur ancak içerdikleri protein et ürünleri kadar yüksek biyolojik değerliliğe sahip değildir. Kuru baklagiller B₁₂ vitamini hariç tüm B grubu vitaminleri, E vitamini, magnezyum, demir, çinko ve kalsiyum gibi mikro besin ögelerinin kaynağıdır. Bu grup sağlık üzerinde; düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve total kolesterolü düşürme, sistolik kan basıncını düzenleme gibi olumlu etkilere sahiptir (3).

Badem, ceviz, fındık gibi besinlerden oluşan yağlı tohumlar; önemli bitkisel protein kaynaklarındandır. İçerdikleri yüksek posa, çok sayıda mineral ve B grubu vitaminleri ile

öne çıkan yağlı tohumların yağ örüntüleri türlerine göre farklılık göstermektedir. Örneğin, ceviz çoklu doymamış yağ asitlerince, fındık ise tekli doymamış yağ asitlerince zengindir. Yağlı tohumlar içerdikleri bitkisel sterol ve stanoller, tokoferoller gibi antioksidanlar, omega 3 yağ asitleri, posa ve folik asit sebebiyle diyabetin de komplikasyonları arasında bulunan kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini düşürmektedir (22).

Et, yumurta, kuru baklagil ve yağlı tohumlar grubunda bulunan besinler genel olarak proteince zengin olup riboflavin, çinko ve demir gibi mikro besin öğelerinin önemli kaynaklarıdır. Bu grup için tüketilmesi gereken miktar günlük en az iki porsiyondur (12).

Sebze ve meyveler ise, biyoaktif bileşen içeriği bakımından zengin olan bir besin grubudur. Biyoaktif bileşenler yapılarına göre fenolik bileşikler, karotenoidler, bitki sterolleri, glikosinolatlar, lignanlar ve organosülfür bileşikler olarak sıralanabilir. Vücutta radikal oluşumunun azaltılması ve etkisiz hale getirilmesi ile radikal tepkimelerin sona erdirilmesinde görev alan antioksidanlardan olan askorbik asit, karotenoidler, tokoferoller, fenolik asitler, flavonoidler ve tiyoller meyve ve sebzelerde bol miktarda bulunmaktadır. Flavonoid açısından zengin meyve ve sebzeler ile beslenmek vücudun kronik hastalıklara karşı korunmasında etkindir. DSÖ'nün önerisi dahilinde günde en az 400-500 g (günde en az beş porsiyon) enerji içeriği düşük, vitamin ve mineralce zengin meyve ve sebze tüketiminin kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, kanser, gastrointestinal ve kronik hastalıkların riskinin azalmasını ve yaşlanmanın gecikmesini sağlamada etkin olduğu belirtilmiştir (23).

Antioksidan kapasite meyve ve sebzelerin türüne göre farklılık göstermektedir. Örneğin, yaban mersini ve böğürtlen gibi meyveler yüksek antioksidan kapasiteye sahipken, greyfurt ve kivi gibi meyveler daha düşük antioksidan kapasiteye sahiptir ve plazma antioksidan düzeyine daha az etki gösterir. Kırmızı meyvelerdeki yüksek antioksidan kapasitenin nedeni içerdikleri fazla miktarda antosiyanin ve fenolik bileşiklerdir. Lahana, brokoli, ıspanak gibi sebzeler ise kırmızıbiber, pancar, marul ve soğan gibi sebzelere göre daha yüksek antioksidan kapasiteye sahiptir (24).

Önemli C vitamini kaynağı olan bu grup içerisinde C vitaminince en zengin olanlar yeşil yapraklı sebzeler, turuncgiller, çilek, şeftali, domates ve patatestir. Yeşil, sarı, turuncu renklerdeki sebze ve meyveler A vitamini öncüsü olan karoten kaynaklarıdır. Yeşil yapraklı

sebzeler ayrıca B, K, E vitaminlerinden de zengindir (11,12). Karotenler ve C vitamini, kanser oluşumunda etkin olan maddelere karşı koruyucu görev üstlenirler (12).

Tahıl ve tahıl ürünleri grubunda; ekmek, pirinç, bulgur, makarna, yulaf, kahvaltılık tahıllar, mısır gibi besinler bulunmaktadır. İşlenmiş tahılların nişasta oranları fazla olup vitamin, mineral ve protein açısından işlenmemişlere göre daha fakirdir. Mayalı ekmeklerin içeriğindeki çinko, demir, bakır gibi minerallerin emilimi mayasız olarak üretilen yufka ve bazlama gibi tahıl ürünlerine göre daha yüksektir. Ekmek çeşitleri arasında besin değeri açısından en zengin olanlar mayalı tam tahıl ekmekleridir. Tahıl tanesi kabuk, rüşeym ve endosperm olmak üzere üç kısımdan oluşur. Bu üç kısmı da birlikte içeren ürünler tam tahıllı olarak adlandırılır. Tam tahıllı ürünler; demir, selenyum, magnezyum, B vitaminleri ve posa açısından zengindir. Tam tahıl tüketimi, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet gibi kronik hastalıkların ve bazı kanser türlerinin sıklığını azaltabilmektedir. Ayrıca tam tahıl ürünleri vücut ağırlığı kontrolünde de etkindir (25).

Tahıllar genel olarak diyetin temel enerji kaynağıdır (11). Tahıl grubundan günde dört-altı porsiyon tüketmek ihtiyacın karşılanmasını sağlar. Büyüme gelişme çağındaki çocuklar ve enerji harcaması artmış kişiler için diyetle ihtiyaç duyulan tahıl grubu miktarı artış göstermektedir (12).

Diyette yağ tüketimi ile sağlığın korunması arasında önemli bir ilişki söz konusu olup, diyetle yer alan yağ miktarı ve çeşidi plazmadaki kolesterol düzeyi üzerinde etkindir. Plazmadaki kolesterol düzeyinin artması ise kardiyovasküler hastalıklara yakalanma ve bu hastalıkların görülme oranını artırmaktadır (26).

Basit şekerler ise bitkisel kaynaklı olarak elde edilir. Meyve ve sebzelerdeki şekerler ile aynı moleküler yapıya sahip olmasına karşın meyve ve sebzelerdeki şeker saflaştırıldığında meyve ile birlikte tüketilen posa, mineral, vitamin vb. bileşenler de yitirilir. Bunun sonucunda saflaştırılmış şekerler enerji olarak yoğun ve bağırsaktan çok daha kolay emilebilir bir hale gelmiş olur. Şeker ve şekerleme ürünlerinin en önde gelen işlevi vücut için enerji sağlamalarıdır. Bununla birlikte tüketimleri obezite, diyabet, diş sağlığı gibi sorunları beraberinde getirmektedir. Genellikle şeker ve şekerlemelerin vücut için faydalı diğer besin öğelerinden eksik olması da bu gruba diyetle mümkün olduğunca yer verilmemesinin nedenlerinden biridir (27).

Bu grup genel olarak vitamin ve mineral açısından fakir olmasına karşın tereyağının A vitamini, bitkisel yağların E vitamini, pekmezin ise demir ve kalsiyum açısından zengin olduğu söylenebilir (11).

2.3. Akdeniz Diyeti

Tek başına hiçbir besin, sağlık için gerekli besin öğelerini tümüyle içermemektedir. Bu nedenle ihtiyacın karşılanması adına çeşitliliğin sağlandığı bir beslenme planının oluşturulması önemlidir (3). Beslenme ile kronik olmayan hastalıklar arasındaki bağlantıyı araştıran Hu ve Willett (28), Hlebowicz (29) çalışmalarında batı diyetine göre beslenmenin hastalıklar için bir risk faktörü oluşturduğu, meyve ve nişastalı olmayan sebzeleri içeren beslenme biçiminin ise sağlığı korumada etkin olduğu saptanmıştır. Keys ve ark. (30) yaptıkları çalışma ile Akdeniz ülkelerinde kardiyovasküler hastalıkların daha az görüldüğü sonucuna varmış ve bu ülkelerdeki beslenme tarzına Akdeniz diyeti ismini vermişlerdir. Akdeniz diyeti; genellikle Yunanistan, İtalya, İspanya gibi Akdeniz'e sınırı olan ülkelerde yaygın olup sağlığa en uygun beslenme biçimleri arasında yer almaktadır (3).

Akdeniz diyeti yalnızca diyetteki besinlerin çeşitliliğinden ibaret olmayıp aynı zamanda diyet dışı uygulamaları ile de birçok yönüyle sağlıklı bir yaşam tarzı oluşturmayı destekler. Akdeniz ülkelerindeki yemeklerin sahip olduğu tat, aroma farklılıkları ve yerel ürünlerin çeşitliliği Akdeniz diyetini farklı kılan önemli etkenlerdendir. Akdeniz diyeti genel olarak bitkisel kökenli besinler içermektedir. Akdeniz diyeti; birçok sebze ve meyve, temel yağ kaynağı olarak zeytinyağı, haftada 2-4 kez yumurta, özellikle yoğurt olmak üzere süt ve süt ürünleri, yağlı tohumlar, haftada birkaç kez kuru baklagiller, tam tahıllı ürünler, haftada 2-3 kez balık ve ölçülü miktarda şarap tüketimini içerir. Kırmızı et (ayda 1-2 kez normal porsiyonlarda), şeker ve tatlıların tüketimi ise kısıtlıdır (31).

Akdeniz diyeti, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) tarafından 2010 yılında kültürel miraslar listesine alınmıştır. Akdeniz diyeti ayrıca diğer diyet modelleriyle karşılaştırıldığında daha düşük ekolojik ayak izine sahiptir. Bundaki temel faktör diyetin içeriğindeki besinlerin çoğunlukla yerel ve mevsimine uygun bitkisel ürünlerden oluşmasıdır (1).

Akdeniz diyetine uyumu gösteren çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Ölçeklerdeki değerlendirmeler; sebzeler, meyveler, kuru baklagiller, tahıllar, yağlı tohumlar, balık ve deniz ürünleri olmak üzere faydalı içerikler ile kırmızı et, kümes hayvanları ve süt ürünleri olmak üzere uygun görülmeyen içeriklerden oluşan dokuz diyet bileşenine bağlı olarak yapılmaktadır (1).

2.3.1. Akdeniz diyeti piramidi

Akdeniz Diyet Vakfı ile Akdeniz Diyet Forumu tarafından Akdeniz tarzı beslenme konusunda uluslararası fikir birliği geliştirebilmek adına çeşitli bilimsel görüşler toplanmıştır. Uzmanlar, bu görüşlere ve Akdeniz diyetinin bilimsel olarak sağlık açısından kanıtlanmış faydalarına dayanarak bir Akdeniz Diyeti Piramidi oluşturmuştur. Akdeniz Diyeti Piramidi son halini, Akdeniz Diyet Vakfı Uzman Grubu'nun görüşleri ışığında almıştır. Bu piramide göre günlük, haftalık ve ara sıra olmak üzere çeşitli diyet önerileri oluşmuştur (32).

Her gün:

- Ana öğünler tahıl (1-2 porsiyon), sebze (2 veya daha fazla porsiyon) ve meyve (1-2 porsiyon) grubunu içermelidir.
- 1.5-2 litre su tüketimi sağlanmalıdır.
- Süt ürünleri 2 porsiyon olmak üzere özellikle fermente olarak tercih edilmelidir.
- Yağ kaynağı olarak zeytinyağı (özellikle sızma) tüketilmelidir.
- Zeytin ve yağlı tohum tüketimi (1 avuç) tercih edilmelidir.
- Yemeklerde tuz yerine baharatlar, yeşillikler, sarımsak ve soğan tercih edilmelidir.
- Tüketimi tercih ediliyorsa yemekler ile birlikte şarap ve fermente içeceklerin tüketimi kadınlar için 1 bardak, erkekler için 2 bardak ile sınırlandırılmalıdır (32).

Her hafta:

- Balık ve deniz ürünleri (2 veya daha fazla porsiyon), tavuk ve diğer kümes hayvanları (2 porsiyon) ile yumurta (2-4 porsiyon) tüketimi sağlanmalıdır.

- Kırmızı et tüketimi 2 porsiyondan az, işlenmiş et tüketimi ise 1 porsiyondan az tercih edilmelidir.

- Kuru baklagillerin (2 porsiyondan fazla) tüketimi sağlanmalıdır.

- Patates tüketimi haftada 3 veya daha az porsiyon olarak tercih edilmelidir (32).

Ara sıra:

- Şeker, şekerlemeler, gazlı içecekler, şekerli meyve suları ve hamur işleri gibi besinlerin tüketimi ara sıra olacak şekilde sınırlandırılmalıdır (32).

Son olarak piramidin tabanına besin tüketimi haricinde fiziksel aktivite, sosyalleşme, yeterli dinlenme, mutfak aktiviteleri, mevsimsellik ve çevre dostu ürünlerin tercihi gibi yaşam tarzı önerileri eklenmiştir (32).

2.3.2. Akdeniz diyetinin sağlık üzerine etkileri

Besinler, inflamasyonun azaltılması ile hastalıkların gelişmesi ve ilerlemesi süreçlerinde etkin rol oynamaktadır. Kırmızı et, rafine edilmiş tahıllar ve tam yağlı süt ürünlerini içeren batı tarzı diyetler proinflamatuvar etki gösteriyorken, daha çok bitkisel kaynaklar içeren, az yağlı diyetler antiinflamatuvar etkiye sahiptir. Akdeniz diyeti de içeriği itibariyle antiinflamatuvar sürece katkı sağlayan diyetler arasında yer almaktadır. Lorgier ve ark. (33) tarafından yapılan Lyon Diyet Kalp çalışmasında Akdeniz diyeti ile düşük yağlı diyet karşılaştırılmış ve Akdeniz diyeti müdahalesi olan grupta akut koroner sendrom insidansında önemli bir düşüş olduğu saptanmıştır. Ancak ilaç tüketimi fazla olan hasta gruplarında Akdeniz diyetinin ek antiinflamatuvar etkiler gösterip gösteremeyeceği net değildir (34).

Akdeniz diyetinin etkileri ile ilgili çalışmaları derleyen Serra-Majem ve ark. (35), Akdeniz diyetinin düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), total kolesterol, trigliserit, çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) ve apoprotein B düzeylerinde düşüş; yüksek

yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeylerinde ise artış sağladığını saptamıştır. Yine bu derlemede, Akdeniz diyetinin endotel fonksiyonda iyileşme sağladığı, özellikle yağlı tohumların vazodilatasyona katkısı olduğu görülmüştür (35).

Sotos-Prieto ve ark. (36) ile Panagiotakos ve ark. (37) yaptığı çalışmalarda Akdeniz bölgesinde kahve tüketiminin sıklığının fazla olduğunu, bu durumun hipertansiyon ve diyabeti önlemede Akdeniz diyetine olumlu etki sağlayabileceğini belirtmişlerdir. Ancak bu faydanın kafein alımından mı yoksa kahve içeriğindeki diğer bileşenlerden mi kaynaklandığı belirsizliğini korumaktadır. Yağ kaynakları fazla olan bir diyet modeli olmasına karşın Akdeniz diyetinin obezite üzerinde vücut ağırlığı kaybına yardımcı olarak olumlu etkiler gösterdiği saptanmıştır. Bu etkinin, insülinin periferik etkisine direnci azaltan tekli doymamış yağ asitleri (MUFA) oranının Akdeniz diyetindeki yağ kaynaklarında fazla olması sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (38). Grosso ve ark. (38) yaptıkları çalışmada kişilerin Akdeniz diyeti skoru ile beden kütle indeksleri arasında ters korelasyon saptamışlardır.

Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Uzman Paneli raporu (39), Ganji ve Kafai (40), Ascherio ve ark. (41), Appel ve ark. (42), Price ve Fowkes (43) çalışmaları; meyve, sebze, kuru baklagiller, balık, tam tahıllar ve düşük yağlı süt ürünleriyle beslenmenin kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve birçok kronik hastalık insidansını düşürmek açısından faydalı olduğunu göstermiştir. Amerikan Kalp Derneği ve Ulusal Kolesterol Eğitim Programı hiperlipidemi ve hipertansiyonun önlenmesinde diyet tedavisini öncelikli olarak önermiştir. Schroder ve ark. (44), yaptıkları çalışma ile Akdeniz diyetinin beden kütle indeksi üzerinde olumlu etkiler sağladığını; Chrysohoou ve ark. (45) ise Akdeniz diyetinin pıhtılaşma aşamaları ve inflamasyon üzerindeki olumlu etkilerini göstermiştir (46).

Hafif şişmanlık ve obezite riski düşük, eğitim düzeyi yüksek olan Akdeniz popülasyonu içerisinde Beunza ve ark. (47) yürüttüğü Navarra Üniversitesi Takip Çalışması (SUN); Akdeniz diyetinin yaşla birlikte gözlenen vücut ağırlığı artışı üzerinde olumlu etkiler gösterdiğini saptamıştır. Yine bu çalışmada Akdeniz diyetine uyumu yüksek olan ve düşük olan iki grubun diyetle alınan yağ oranları %33'lerde olmasına karşın total yağ tüketimi miktarının Akdeniz diyeti ile uyumluluğu yüksek olan grupta daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu etki Akdeniz diyetini lezzetlilik bakımından desteklemektedir. Akdeniz diyetinin düşük enerji yoğunluğu ve düşük glisemik indekse sahip oluşu ile tokluk süresini

uzatan posa içeriğinden zengin olması, enerji alımının düşmesine ve metabolik kontrolün daha etkili olarak sağlanmasına da yardımcı olmaktadır (47).

Bakre ve ark. (48) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında balık tüketimi olan grupta hiç tüketmeyenlere kıyasla demans riskinin %20 daha az olduğu ve balık tüketimi arttıkça demans üzerindeki fayda düzeyinin artış gösterdiği saptanmıştır. Akdeniz diyetinin sahip olduğu sosyal çevreyle yemek yeme, mevsimsel beslenme, konforlu bir yaşam temposu gibi sosyo-kültürel faktörler sağlığın sürdürülmesinde önemli etki göstermektedir. Artan sosyal ilişkilere bağlı olarak nörodejenerasyonun azalması Akdeniz diyetinin demans riskini azaltmasında etkin olabilmektedir. Akdeniz diyetinin önde gelen besin gruplarından biri olan meyve ve sebzelerdeki; posa, flavonoidler, karotenoidler ve potasyum bilişsel ve kardiyovasküler sağlık açısından önemli besin bileşenleridir (49).

Akdeniz diyeti ile kolorektal kanser riskini araştıran Dixon ve ark. (50), Fung ve ark. (51), Randi ve ark. (52), Agnoli ve ark. (53) tarafından yapılan çalışmalarda, Akdeniz diyetine uygun beslenme ile kolorektal kanser riski arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Akdeniz diyetinin önemli yağ kaynağı olan zeytinyağı tüketiminin kolorektal, prostat ve meme kanseri gibi birçok kanser türü riskini azalttığı belirtilmektedir. Zeytinyağı içeriğindeki tekli doymamış yağ asitleri özellikle de oleik asitin buradaki etken besin ögesi olduğu da ifade edilmektedir (54).

2.4. Yeme Farkındalığı

Yeme farkındalığı; tüketilen besinden çok yeme davranışının oluş şekline odaklanarak, çevresel uyaranlardan etkilenmeden, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin beslenme davranışına etkisinin farkında olarak besin seçimlerini yargılamadan gerçekleşen bir yeme biçimidir. Yeme farkındalığında kişi besinin tadıyla birlikte dokusuna da dikkat eder. Bu sayede yeme hızını yavaşlatarak vücut ağırlığı kontrolünü daha kolay sağlayabilmektedir. Yeme farkındalığında fiziksel ve duygusal etmenler yargılanmadan kabul edilmektedir. Yeme farkındalığı yöntemi diyetle davranış değişiklikleri programları ile birlikte yer alabilmektedir. Yeme farkındalığının odağında yemek yeme davranışının kendisi olduğundan bu yöntemde yemek yerken başka bir

aktiviteyle uğraşmak, televizyon izlemek vb. karıştırıcı diğer faktörlerden uzaklaşmak esas alınmaktadır (5).

Dikkatli yeme davranışındaki iç ve dış faktörlerin farkındalığı yeme isteği, yiyecek türü seçimi ve tüketimi üzerinde etkilidir. Alliot ve ark. (55) tarafından yapılan bir çalışmada yeme farkındalığı yüksek olan bireylerde sağlıklı besin seçme davranışının daha etkin olduğu gösterilmiştir. Elfhag ve Morey (56) çalışmasında; tatlılar, şekerli içecekler, sağlıksız atıştırmalıklar gibi gıdaların tercih edilmesi ile duygusal ve dışsal yeme arasında bir ilişki olduğunu saptamıştır. Donofry ve ark. (57) yaptıkları çalışmada yüksek farkındalığa sahip olanlarda diyet kalitesinin iyi düzeyde olduğunu ayrıca meyve, sebze ve tam tahıl tüketiminin yüksek, ilave şeker tüketiminin ise düşük olduğunu belirtmiştir. Jordan ve ark. (58) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise yeme farkındalığı ile düşük enerji alımı, dürtüsel yeme davranışının azalması ve daha sağlıklı atıştırmalıkların tercihi arasında doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır (59).

Yeme farkındalığında duygu ve düşüncelere odaklanarak içselliğe önem verilmesi geleneksel diyet yaklaşımlarına bir alternatif olarak öne çıkmasında etkin olmaktadır. Farkındalık süreci, düşünce ve duyguların bilincinde olup yargılama yapmamayı gerektirmektedir. Genel olarak bu düşünme biçiminde düşünce ve duyguları değiştirmek yerine gözlem yapmak esastır. Birey kendi duygusal ve fiziksel durumuna hakim olmakta aynı zamanda çevresiyle ilgili farkındalığı da sürece eşlik etmektedir. Farkında olmadan yapılan alışılmış davranışların bilincinde olmak bireye duygusal tepkileri üzerinde hakimiyet sağlayıp çevresine uyumu kolaylaştırmaktadır. Farkındalık müdahalesi ile aşırı yemenin önüne geçme ve porsiyon kontrolü sağlama hastalıkların önlenmesine yardımcı olmaktadır (4).

2.5. Yeme Farkındalığının Beslenme Durumuna Etkisi

Artan bilinçlilik düzeyi ile birlikte kazanılan içselleştirme, çevresel uyaranlardan uzaklaşma, yiyeceklerin doku, tat, koku gibi duysal özelliklerini dikkate alma gibi davranışları içeren yeme farkındalığı yöntemi tek başına ya da vücut ağırlığı kaybı müdahalelerine ek olarak kullanılabilir. Kazanılan yeme farkındalığı sayesinde şeker ve şekerli besinlerin tüketim düzeyinde iyi bir kontrol sağlanabilmekte, bunun sonucunda da

açlık kan glukozu üzerinde olumlu geri dönüşlere ulaşılabilir. Ayrıca yeme farkındalığı ve sezgisel yeme müdahaleleri sayesinde, tokluk ipuçlarını dikkate alarak tıknırcasına yeme davranışının önüne geçmek adına alternatif bir yol oluşturulabilir. Burada yeme bozukluğunu oluşturan ana bileşenleri dikkate alarak bir yeme tarzı belirlenmesi hem önleme hem de tedavi için daha etkili olabilmektedir (8).

Son ve ark. (60) yaptığı çalışmada farkındalık temelli müdahale alan diyabetli bireylerde depresyon, stres ve anksiyete semptomlarında azalma olduğu müdahale almayan gruba kıyasla sağlık durumlarında önemli düzeyde iyileşmeler görüldüğü saptanmıştır. Farkındalık temelli müdahale alan gruptaki serum hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) seviyelerinde anlamlı bir fark gözlenmezken kontrol grubunda müdahaleden sonra serum HbA_{1c} artışı olduğu belirtilmiştir. Farkındalık temelli müdahale alan grupta düşüş gözlenmemesi nedeni ise; zayıf glisemik kontrolün dahil edilme kriterleri içerisinde olmaması ile açıklanmıştır.

Warren ve ark. (61), O'Reilly ve ark. (62) yaptıkları çalışmalarda farkındalık temelli müdahaleler içeren grupların içermeyenlere oranla yeme bozukluklarının tedavisinde etkin bir ilerleme kaydettiğini saptamıştır. Depresyon ve yeme farkındalığı kavramları besin alımını miktar ve kalite cinsinden etkileyebilmektedir (63).

Yeme farkındalığı besin seçimi üzerindeki etkisinin yanı sıra sağlık ve refah düzeyi üzerinde de belirleyici rol oynamaktadır (64). Yeme farkındalığının artması ile birlikte hızlı yemek yemede görülen azalış ve doygunluğa ulaşma çabası yerine yiyecekleri yeme aşamasındaki zevk duygusunun dikkate alınmasına bağlı olarak toplam enerji alımı da düşüş gösterebilmektedir (63).

Lopez-Cepero ve ark. (65) yaptıkları çalışmada, duygusal yemenin obezite ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Duygu durumunda yaşanan olumsuzluklar nedeniyle yemek yeme davranışı gösterme yani duygusal yeme obezitenin sebepleri arasında gösterilmektedir. Duygusal yeme davranışı, tüketilen yiyecek türünü etkileyip tüketimin de buna bağlı olarak artmasına neden olmaktadır. Duygusal olarak stresli hissetmenin enerji yoğunluğu yüksek gıdaların tüketimini tetikleyebileceği belirtilmektedir (66).

Jacobs ve ark. (67) yaptıkları çalışmada yeme farkındalığı eğitimi sonrasında sağlıklı bireylerin yeme davranışında olumlu sonuçlar sergilediklerini gözlemlemişlerdir. Bu çalışmada araştırmacılar, katılımcılara 1 saatlik yeme farkındalığı eğitimi verildikten sonra öğle yemeği esnasında katılımcıların yaklaşık %85'inin besin tercihlerini sağlıklı olanlardan yana kullandıklarını belirtmişlerdir. Yemek yeme davranışı çoğunlukla bilinçli olarak gelişse de duygusal durumlardan önemli ölçüde etkilenir. Aynı zamanda vücut ağırlığı kaybını sağlamak için geliştirilmiş müdahalelerdeki bazı başarısızlıklar da yeme farkındalığının öneminin artmasına sebep olmuştur. Farkındalık kavramının yeme davranışı üzerindeki etkisini anlamak bireylerin yiyecek seçiminde önemli olan faktörleri benimsemesini ve dikkatlerini bu yönde kullanmayı öğrenmelerini sağlamaktadır (68).

Geleneksel vücut ağırlığı kaybı yöntemleri, genel olarak alınan enerjinin harcanan enerjiden düşük olmasını yani enerji açığı sağlamayı prensip edinmektedir. Bu durum bireylerde yalnızca bu sayede vücut ağırlığı kaybedecekleri algısını oluşturmaktadır. Enerji açığı prensibi teorikte çok etkili bir yöntem olsa da pratikte her birey için sürdürülebilir olmamakla birlikte kişilerin kendi yemek yeme davranışlarına etki eden faktörleri gözlemleyebilmelerini güçleştirmektedir. Birçok kişi de sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarının bilincinde olmasına rağmen bu davranışları hayata geçirme konusunda etkin olamamaktadır. Tüm bu sebeplerden ötürü geleneksel yöntemlere ek olarak farkındalık yöntemlerinden de yararlanmak vücut ağırlığı yönetiminin sürekliliğini sağlamaya yardımcı olmaktadır (69).

Diyet yapma sürecinde bazı bireylerde gelişen olumsuz duygular besin alımını kısıtlamayla ilgili kişisel denetim becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durumun gelişmesi halinde diyet yapmak, duygusal beslenme davranışı sergileme adına bir risk haline gelebilmektedir. Aynı zamanda diyet yapma durumunun birey için bir stres kaynağı oluşu buna bağlı olarak stresin de duygusal yemeyi desteklemesi olasıdır. Diyet yapanlarda gelişebilen açlık duygusu ile mücadele hali, bireylerin açlık ve tokluk sinyallerini doğru algılamaları önünde bir engel teşkil edebilmektedir (70).

Farkındalık kavramından uzaklaşarak gerçekleştirilen besin tüketimi kişinin o esnada ne yediğine veya ne kadar yediğine dikkat edememesine ve bunun sonucunda aşırı enerji alımına neden olabilmektedir (71).

2.6. Yeme Farkındalığı İlkeleri

Yeme farkındalığı kavramı temelde birkaç ilkedен oluşmaktadır. Matheui (72) bu ilkeleri; yeme hızını kontrol etmek, açlık ve tokluk sinyallerinin farkındalığı, uygun porsiyon büyüklüğünü ayarlamak, yeme esnasında dikkat dağıtıcı faktörlerden uzaklaşmak ve yemek yeme süreci boyunca beslenme davranışı üzerinde yoğunlaşarak besinin keyfini çıkarmak olarak gruplandırmıştır (73).

2.6.1.Yeme hızını kontrol etmek

Yemek yeme esnasında oral ve gastrik uyaran sistemleri birlikte faaliyet göstermektedir. Doyma üzerinde etkin olan pregastrik, gastrik ve intestinal sinyaller eş zamanlı etki etmeye başlar ve birbirlerinin etki düzeyine katkıda bulunurlar (74). Yiyeceklerin tüketimi ile sindirilmesi arasında oluşan zaman farkı nedeniyle sinyallerin iletilmesi vakit almakta, bu nedenle yeme hızındaki değişim tokluk oluşumu üzerinde etkili olabilmektedir (75). Kolesistokinin, ghrelin, glukagon benzeri peptit 1 hormonları ve mide distansiyonu gibi faktörler tokluk oluşumunda görev alır. Yeme hızının yavaşlatılması bu süreçlerin işleyişine daha fazla zaman tanımaktadır (76).

Sasaki ve ark. (77) ile Otsuka ve ark. (78) yaptıkları çalışmalarda hafif şişman ve obez bireylerde yeme hızının zayıf bireylere kıyasla daha fazla olduğunu göstermektedir. Yeme hızının kalıtsal davranışsal bir fenotip olduğu bu nedenle de hafif şişmanlık ve obezite oluşumunda genetik aktarımın da öneminin olduğu söylenmektedir. Yeme hızıyla obezite arasında kurulan bu ilişkiler yeme hızını azaltmada klinik müdahaleleri ve halk sağlığı eğitimlerini ön plana çıkarmıştır (79).

Forde ve ark. (80) yaptıkları çalışmada katılımcılara sert (yavaş hızda yeme) ve yumuşak (hızlı yeme) olmak üzere iki farklı dokuda yiyecek sunduklarında yavaş yiyen grupta enerji alımının daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Andrade ve ark. (76) yaptıkları çalışmada küçük lokmalarla, lokmalar arasında duraklayarak ve uzun süre çiğneyerek yemenin besin alımını azaltabileceğini bu sayede de tokluk üzerinde önemli etki gösterebileceğini belirtmişlerdir. Bu çalışmaya göre hem küçük

lokmalarla, duraksayarak yemek yemenin hem de uzun süre çiğneme faktörlerinin bir arada uygulanmasının enerji alımındaki düşüşü sağlamada etkin sonuca ulaşmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

2.6.2. Açlık ve tokluk sinyallerinin farkındalığı

Vücutta iştah mekanizmalarının düzenlenmesi ve vücut ağırlığı kontrolünün sağlanması beyin öncülüğünde gerçekleştirilmektedir. Hipotalamusta yer alan arkuat çekirdek (ARC), endokrin ve eksojen sinyallerin salgılanmasında görevlidir. ARC’de bulunan agouti ile ilişkili nöropeptid (AGRP) nöronları açlık durumunda aktivasyon göstermektedir. AGRP nöronlarının uyarılmasında paraventriküler hipotalamik çekirdek (PVH) etkin olmaktadır. Açlık durumunda aktive olan AGRP nöronları besinin duyuşsal olarak algılanması ile PVH’den gelen sinyaller sayesinde hızla inhibe olmaktadır. PVH, aktivasyon ve inhibisyon işlemleri ile devamlı olarak iştah üzerinde etkinliğini sürdürmektedir. Ayrıca prohormon pro-opiomelanokortini (POMC) nöronlarının aktivasyonu da AGRP’ye göre daha uzun sürede de olsa gıda alımının engellenmesinde etkilidir (81).

Yeme farkındalığı kazanılması ile birlikte edinilen kontrollü davranma becerisi açlık-tokluk ipuçlarından yararlanmayı kolaylaştırıp kişi üzerindeki stresin azalmasına yardımcı olabilmektedir. Yemek yeme isteği duyulduğunda, bu durumun o an hissedilen üzüntü, mutluluk ya da stres kaynaklı mı olduğu yoksa biyolojik açlık dolayısıyla mı gerçekleştiğinin gözleminin yapılması yeme farkındalığı kazanmak adına atılabilecek önemli adımlardandır. Bu gözlemler ışığında açken besin tüketiminin gerçekleştirilmesi ve tok hissedilmeye başlandığında yemek yeme davranışına son verilmesi önerilmektedir (82).

Yeme farkındalığı kazanımı dış sinyallerden etkilenmemeyi buna bağlı olarak da duyuşsal beslenmenin önüne geçilmesini sağlar. Yeme farkındalığı müdahalelerinde kişiye yemek yeme sırasında akıllarının ve bedenlerinin şu anda birleştiği vurgusu yapılır ve kişinin yemek yeme davranışına odaklanarak açlık ve tokluk sinyallerini takip etmesi belirtilir. Farkındalık ile birlikte kişinin aşırı yeme daha sonrasında da aşırı kısıtlama döngüsüne girmekten vazgeçebilmesi kolaylaşır. Farkındalık temelli eğitim ile kişinin aşırı yeme-

kısıtlama davranışlarından kaynaklı suçluluk duygusunun önüne geçip sağlıklı beslenme döngüsüne adapte olması amaçlanmaktadır (83).



Şekil 2.6.2. Açlık skalası (84)

Şekil 2.6.2.'de belirtildiği üzere;

1. Açlık duygusunun ötesinde baş ağrısı, baş dönmesi, halsizlik, dikkat eksikliği hissedilebilir. Bir yerde dinlenme ihtiyacı duyabilirsiniz.
2. Halsizliğinize ek olarak gergin, sinirli ve midenizin bulandığını hissediyor olabilirsiniz.
3. Midenizin kazındığını hissedip yoğun yemek yeme isteği duyuyor olabilirsiniz.
4. Düşünceleriniz yemek yeme üzerinde yoğunlaşmıştır ve vücudunuzun yemek yeme isteğine dair ipuçları verdiğini fark edebilirsiniz.
5. Vücudunuzun yeterli enerjiye sahip olduğunu hissedersiniz. Bu durumda genellikle kendinizi ne aç ne de tok olarak ifade edersiniz. Hem fiziksel hem de psikolojik açıdan tatmin olmuş durumdasınızdır.
6. Midenizin dolu olduğunu ve doymuş olduğunuzu hissedersiniz.
7. Fizyolojik olarak tok hissetmenize rağmen duygu ve düşünceleriniz birkaç lokma daha yeme isteğiniz olduğunu size söylüyor.
8. Midenizin doluluğundan karnınız ağrımaya başlıyor, daha fazla yememeniz gerektiğinin farkındasınız ancak yediğiniz yiyeceğin tadını çok sevmişsinizdir.
9. Fazla yemekten ötürü kendinizi ağır, şişkin ve yorgun hissediyorsunuz.

10. Aşırı yemekten ötürü yerinizden hareket edemeyecek haldesinizdir ve bu durumdan rahatsız olup suçluluk hissetmeye başlamışsınızdır.

Kişi açlık skalasına göre kendisinin farkına varıp hangi seviyede olduğunu gözlemlemelidir. Açlık-tokluk döngüsünün mümkün olduğunca 3-6. seviyeler arasında tutulması önemlidir. 1-2 seviyelerinde açlık hissedildiğinde kişinin aşırı yeme ihtiyacı duyarak 7-8 seviyelerine ulaşması daha olasıdır. Sağlıklı bir bireyin açlık skalasına göre uygun miktarlarla beslenmesi aşırı yeme sonucu pişmanlık duygusunun önüne geçmeye yardımcı olabilmektedir (84).

2.6.3. Uygun porsiyon büyüklüğünü ayarlamak

Tüketilen porsiyonların son yıllarda genel olarak artış gösterdiği saptanmıştır. Porsiyon büyüklüğünün artmasıyla birlikte doğru orantılı olarak artan enerji alımı hafif şişmanlık ve obezite prevalansının yükselişe geçmesine neden olmaktadır. Büyük porsiyonların yaygınlaşmasıyla birlikte tüketiciler genel olarak kendi fizyolojilerine ve enerji harcamalarına uygun porsiyon boyutunu belirlemekte zorluk yaşamaktadır. Clauson (85) yayınladığı çalışmada gıda harcamalarının yaklaşık yarısının ev dışında hazırlanan yiyeceklerden oluştuğunu belirtmiştir. Bu durum ayrıca hazır servis edilen gıdalardaki porsiyonlamanın önemine dikkat çekmektedir (86). Young ve Nestle (86) yaptıkları çalışma sonucunda dışarıda satılan porsiyonların Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı'nın (USDA) belirlediği standart porsiyonlardan daha büyük olduğunu saptamıştır.

Porsiyonun tüketime etkisi fizyolojik olduğu kadar algısal faktörlerle de yönetilebilmektedir. Büyük porsiyonlamada bireyler tüketecekleri miktarları 'uygun miktar' olarak değerlendirebilme yanılıgısına düşebileceğinden tüketim miktarlarını farkında olmadan arttırabilmektedir. Ortamda dikkat dağıtıcı faktörlerin bulunması da kişinin yeme davranışının farkında oluşunu azaltıp porsiyon kontrolü yapamamasına neden olabilmektedir. Kişi bu durumda fizyolojik durumuna değil görsel ipuçlarına yönelmeye başlar ve böylelikle tabakta kalan miktara göre yemek yeme davranışını yönetir. Örneğin; kişi tabağındaki yemeğin yarısını yiyeceği yönünde bir kararla hareket ederse kişinin yiyeceği miktarı tabakta kalan yemeğin oranı yönetmiş olmaktadır (87).

2.6.4. Dikkat dağıtıcı faktörlerden uzaklaşmak

Televizyon, bilgisayar karşısında veya arabada yemek yeme gibi davranışlar dikkat dağıtıcı unsurların ortamda etkin olmasına neden olmaktadır. Yemek yeme esnasında başka bir şey izlememek veya müzik dinlememek mümkünse sosyal bir ortamda yemeğin keyfini çıkararak yemek önemlidir (82). Kumar ve ark. (88) yaptıkları çalışmada yeme farkındalığı eğitimi uygulanan obez adölesanlarda kontrol grubuna göre 24 haftada yeme farkındalığında artış; 12 haftada da yemek yeme esnasında dikkat dağınıklığında azalma saptamışlardır.

Teknolojik gelişmelerin iletişim kolaylığı sağlama, içerik aktarımı gibi olumlu yönlerine karşın bağımlılık yapıcı davranış, sosyal ortamlardan izole olma ve özellikle yemek yeme davranışı üzerinde etki gösterip alınan enerji miktarını arttırma gibi olumsuz getirileri gündeme gelmiştir. Örneğin; televizyon izlerken veya video oyunu oynarken sağlıksız atıştırmalıkların tüketimine olanak sağlandığında enerji alımlarının doğru orantılı olarak arttığı belirtilmektedir. Akıllı telefonlar ise boyutlarının elverişliliği ve tek elle kullanım olanakları sebebiyle yemek yeme esnasında kullanımı en çok tercih edilen teknolojik aletlerin başında gelmektedir (89). Hetherington ve ark. (90) dikkat dağıtıcı faktörler eşliğinde yemek yemenin enerji alımını artırdığını göstermiştir.

2.6.5. Besinin keyfini çıkarmak

Kişinin hoşlandığı yiyeceği seçmesinde; görme, koku alma, tatma ve hissetme gibi duyuları etkili olmaktadır. Kişinin duyuları gibi çevresel faktörler de gıda alımında etkilidir. Yalnızca yemeğe odaklanarak besinin keyfini çıkarmak farkındalık kazanımında önemli adımlardandır (91).

Bir besinin tüketimi duyuşal özellikleri haricinde birçok faktöre bağlıdır (92). Örneğin Piqueras-Fiszman ve ark. (93) tarafından yapılan çalışmada katılımcılara beyaz ve siyah tabakta çilekli mus servis edilmiş ve katılımcılar beyaz tabakta servis edilen musun tadını daha tatlı bulduklarını belirtmiş, beyaz tabakta servis edilen mus daha çok kabul görmüştür. Wansink ve Kim (94) yaptıkları çalışmada tüketimi tercih edilmeyen bir yiyeceğin dahi büyük kaplarda servis edildiğinde tüketiminin arttığını göstermiştir. Meiselman ve ark. (95), King ve ark. (96) çalışmalarında bireylere farklı ortamlarda aynı yiyecekleri sunmuş;

bireyler restoran ortamında tükettikleri yiyecekleri laboratuvar ortamında tükettiklerine göre daha çok beğendiklerini belirtmişlerdir. Bu durum yiyeceklerin kabul edilebilirliği üzerinde tüketilen ortamın da etkin olduğunu göstermektedir.

2.7. Sezgisel Yeme

Tribole ve Resch'e (97) göre sezgisel beslenme 'zihin, beden ve yemeğin dinamik süreçle uyumu' olarak tanımlanmaktadır. Sezgisel beslenme, besin alımının düzenlenmesinde açlık ve tokluk ipuçlarına dayalı bir beslenme düzenini ifade etmektedir. Sezgisel beslenmede iç sinyaller yani interoseptif farkındalık ön plandadır (98). Sezgisel beslenme tarzı ilk olarak 1995'te Tribole ve Resch (97) ile ortaya çıkmış, sezgisel yeme ölçekleri Hawks ve ark. (99) tarafından 2004'te, Tylka (100) tarafından da 2006'da geliştirilmiştir. Hawks ve ark. (99) tarafından geliştirilen sezgisel yeme ölçeği dört faktörlü bir modelden (içsel yeme, dışsal yeme, antidiyet, öz-bakım), Tylka'nın (100) sezgisel yeme ölçeği üç faktörlü bir modelden (yemek yeme için koşulsuz izin, duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlere dayalı beslenmek, yeme davranışının ne zaman ve ne kadar olacağına açlık ve tokluk ipuçlarına göre karar vermek) oluşmaktadır (98).

Sezgisel yemenin temelinde doğuştan var olan açlık ve tokluk sinyallerine göre beslenme davranışı mevcuttur. Yani sezgisel yeme, yiyecek türü kısıtlaması olmaksızın açken yemek yeme, tokken ise yemek yemeyi sonlandırma ilkesine dayanır. Yiyecek ve içecek reklamları, restoran porsiyonlarındaki büyüklük, diyetle sınırlılıkların mevcut olması sezgisel yeme düzeninin gerçekleştirilebilmesi için mevcut olan bazı engellerdendir. Sezgisel yeme ilkelerine göre vücut aslında sağlığı için nasıl ve ne kadar beslenmesi gerektiğini fizyolojik ipuçları yardımıyla kişiye göstermektedir. Kişiyi tok olduğu halde yemeye teşvik eden dışsal faktörler ve belirli zaman dilimlerinde yemek yeme zorunluluğu sezgisel yeme davranışını gerçekleştirmeyi güçleştirmektedir. Bununla birlikte aileden küçük yaşlarda öğrenilen yeme düzeni de çocuğun ileriki yaşlarda nasıl besleneceğini yönlendirmektedir (101).

2.8. Sezgisel Yemenin Beslenme Durumuna Etkisi

Obezite tedavisinde çoğunlukla diyet ve egzersiz yaklaşımı uygulanmaktadır. Bu tedavi yöntemleri kısa dönemde etkin olup vücut ağırlığı kaybı anlamında yardımcı olsa da uzun dönemde sürdürülebilirlikleri tartışılmaktadır. Bu süreçte kısıtlı diyetlerin tercih edilmesi ise olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir (98).

Sezgisel yemek yeme zihin, beden ve yemek arasında sağlıklı bir iletişim kurmayı hedefleyerek duygusal farkındalığı ve yemekten zevk almayı amaçlar. Kısıtlanmış yeme düzenine göre sezgisel yeme düzeninde kurallar olmaması nedeniyle kişinin yeme isteği de azalabilmektedir. Sezgisel yeme ilkelerine göre beslenen kişilerde sağlık için faydalı besinleri seçme eğilimi görülmektedir (102). Madden ve ark. (103) orta yaşlı kadınlarla yaptıkları bir çalışmada sezgisel yemenin daha yüksek sebze alımı ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Smith ve Hawks'ın (104) çalışmasında ise sezgisel yeme ile diyetteki çeşitlilik arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (102).

Genellikle sezgisel beslenenlerde; çeşitli beslenmekten keyif aldıkları, öz saygılarının yüksek ve genel psikoloji durumlarının iyi olduğu gözlenmektedir. Bu kişilerin aşırı yeme davranışı gösterme olasılığı da daha düşüktür. Geleneksel yöntemlerle vücut ağırlığı kaybı sürecinde, sezgisel yeme gibi diyet dışı yöntemlerin uygulandığı süreçlere göre psikolojik yönden sıkıntılar daha fazla meydana gelebilmektedir. Buna ek olarak diyet dışı faktörler; fizyolojik, duygusal ve psikolojik katkılarının yanında yeme davranışı üzerindeki iyileşmelere de katkı sağlayabilmektedir (105).

Bacon ve ark. (106) yaptıkları çalışmada, sezgisel yeme programlarını tamamladıktan 2 yıl sonra bireylerin LDL ve HDL kolesterol düzeylerinde olumlu gelişmeler olduğunu, diyastolik kan basıncında bir değişim gözlenmediğini ancak sistolik kan basıncında iyileşmeler olduğunu saptamışlardır. Hawley ve ark. (107) sezgisel beslenme uygulaması sonrasında bireylerin sistolik kan basınçlarıyla ilgili bir değişim gözlemezken diyastolik kan basınçlarında iyileşme olduğunu belirtmiştir. Dalen ve ark. (108) yaptıkları çalışmada sezgisel beslenme eğitiminden 12 hafta sonra katılımcıların fiziksel sağlık göstergelerinde değişim saptamazken C-reaktif protein düzeylerinde olumlu gelişmeler gözlemlemişlerdir.

2.9. Sezgisel Yemenin Ana Bileşenleri

Sezgisel yeme; koşulsuz yemeye izin verme, duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlere bağlı olarak yemek yeme ve açlık, tokluk ipuçlarına güvenme ana bileşenlerinden oluşmaktadır (109).

Kısıtlı yeme gerektiren diyetlerin aşırı yeme davranışı sergilemeye sebep olduğu düşünülmektedir. Burada kişinin fizyolojik kontrol mekanizmasının yerini bilişsel kontrol mekanizması almakta ve bu nedenle kişi disinhibisyona bağlı olarak aşırı yemeye meyilli hale gelebilmektedir (110). Faith ve ark. (111) tarafından yapılan ebeveyn ve çocuk beslenmesi ilişkisini inceleyen araştırmaya göre ebeveyn tarafından beslenme kısıtlaması uygulaması ile artmış enerji alımı ve vücut ağırlığı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ancak bu ilişkiler üzerinde ailesel fiziksel aktivite alışkanlıkları ve genetik yatkınlık etkisi bilinmemektedir (111).

Duygusal ve durumsal ipuçları yerine fiziksel ipuçlarından yararlanarak yeme davranışı gerçekleştirme sezgisel beslenmenin ana bileşenlerinden biridir ve psikolojik olarak iyi ruh hali ile bağlantılıdır (109). Herman ve ark. (112) tarafından yapılan bir çalışmada, diyet yapmayan katılımcılarda kaygının açlık hissini baskıladığı ancak diyet yapan katılımcılarda kaygı durumunda yeme davranışının arttığı saptanmıştır.

Yiyeceklere kolay ulaşım ve obezitenin artışı gibi bazı faktörlerin; açlık durumunun fizyolojik ipuçlarını görmeyi zorlaştırdığı, bu durumda da yemek yeme davranışının duygusal, çevresel ve bilişsel faktörler ile yönlendirildiği görülmektedir (113). Ogden ve ark. (114), Wansink (115) çalışmalarında yemek yeme davranışı üzerinde çoğunlukla dışsal ipuçlarının etkin olduğunu göstermiştir. İçsel yani fizyolojik ipuçları; mide guruldaması, halsiz hissetme, enerji düşüklüğü, sinirlilik vb. iken dışsal yani daha çok duygusal yemeyi tetikleyen ipuçları; üzüntü, can sıkıntısı, stres, yalnız hissetme vb. durumlardır. Sezgisel yemede amaç fiziksel ipuçlarına verilen cevaplara göre yeme davranışı geliştirmektir. Kişinin kendisine sorduğu fiziksel açlık sorusuna verilen cevap 1 (aç) – 5 (oldukça tok) arasında puanlandığında ideal olan 1-3 aralığında yemek yemektir. Bir miktar su içip ara verdikten sonra hala açlık devam ediyorsa bir şeyler yenebilir. Ancak fiziksel olarak aç hissedilmiyorsa müzik dinleme, arkadaşlarla vakit geçirme, yürüyüşe çıkma gibi davranış değişiklikleriyle odağı farklı bir yöne çevirmek faydalı olabilmektedir (97, 113, 116).

Sezgisel yemenin temelinde açlık-tokluk ipuçlarına güvenerek yeme davranışı geliştirme yatmaktadır (109). Birch ve ark. (117) yaptıkları çalışmada 2-5 yaş arası çocuklara yetişkin müdahalesi olmadan tüm gün boyu besinler sunulmuş ve çocukların öğünler arası enerji alımları değişse de total enerji alımlarının yakın olduğu saptanmış, çocukların büyüme ve gelişimlerinde ise bir aksaklık gözlenmemiştir. Bir öğünde yüksek enerji alınması genelde diğer öğünde düşük enerji alınması ile telafi edilmiştir. Bu durum da vücutta açlık ve tokluğu düzenleyen kontrol mekanizmalarının varlığını düşündürmektedir. Carper ve ark. (118) kız çocuklarıyla yaptıkları çalışmada küçük yaşlarda ebeveyn tarafından uygulanan beslenme baskısının ileriki yaşlarda yeme bozukluklarının ortaya çıkması ve bozulmuş açlık-tokluk yanıtı ile ilişkili olduğunu saptamıştır.

2.10. Sezgisel Yemenin İlkeleri

Tribole ve Resch (97) tarafından sezgisel yemeyi oluşturan 10 ilke; diyet zihniyetini reddetmek, açlık hissini onurlandırmak, besinlerle barışmak, gıda polisiyle başa çıkmak, tokluğu hissetmek, tatmin olma faktörünü keşfetmek, besinleri kullanmadan duygularla baş edebilmek, bedenine saygı duymak, egzersiz yapıp değişimi fark etmek, sağlığı onurlandırmak – hoşgörülü beslenme olarak belirlenmiştir.

2.10.1. Diyet zihniyetini reddetmek

Genellikle diyet uygulamaları kısa vadede olumlu etkinlik gösterse de uzun vadeli sonuçlarının etkinliği tartışmalıdır. Etkinlikleri dışında enerji sayımı bazı kişilerde psikolojik ve duygusal anlamda olumsuzluklara neden olabilmektedir. Obezitenin artışının olumsuz yansımaları kişiler üzerinde yeme bozukluklarına ve normal ağırlık sınırları içindeki bireylerde diyet yapma oranındaki artışa neden olmaktadır. Kadınlarda kronik olarak diyet yapma durumu ağırlıktan bağımsız olarak yeme bozukluklarının altta yatan sebeplerindendir. Görsel medyadaki bazı içerikler de belirli bir beden imajı ve düşük beden saygısı oluşturarak çarpık bir beslenme düzenini ve kronik diyet yapmayı tetikleyebilmektedir (104).

Kısıtlı diyetin; yağ alımını ve enerji alımını azaltma, tabu gıdalardan uzak durma gibi içeriklerinden ötürü sürdürülebilirliği tartışmalı olup tekrardan ağırlık artışına ve vücut bileşiminde istenmeyen değişimlere sebep olabilmektedir. Dinlenme metabolik hızının düşmesi, yağ dokusu artışı, yeme bozukluğu artışı, düşük benlik saygısı ve olumsuz duygu durumu diyet sürecinde karşılaşılabilen risklerdendir. Sezgisel beslenmenin; bilinçsizce yapılan diyetler, aşırı yeme davranışı ve yeme bozukluklarının önüne geçmede etkin olacağı düşünülmektedir. Sezgisel yeme, kısıtlayıcı diyetler yerine sağlıklı vücut ağırlığı yönetimini destekleyerek pozitifliğe yöneltir, gıda ile açık ve sınırsız etkileşimi teşvik eder. Sezgisel beslenme ile daha iyi sağlık göstergelerine ve sağlıklı ağırlık yönetimine sahip olma olasılığının yükseleceği düşünülmektedir (119).

2.10.2. Açlık hissini onurlandırmak

Açlık dürtüsünün oluşmasında hem zihin hem de beden beraber etkinlik göstermektedir. Birçok bireyin yemek yeme davranışını kontrol edememesinin nedeni olarak gösterdiği irade aslında biyolojik mekanizmalar sonucu oluşan bir dürtüdür. Beyin, vücuttaki enerji ihtiyacını sürekli olarak kimyasal iletiler ve nöronlar aracılığıyla kontrol etmektedir. Uzun süreli diyet yapılırsa da yapılmıyorsa da besinlerden gerekli enerji sağlanamadığında vücutta önemli biyolojik mekanizmalar bu durumdan etkilenmektedir. Vücudun yeterli miktarda enerji ve karbonhidrat alması önemli olup aşırı açlık durumunda bilinçli ve ılımlı yeme tutumları çoğu zaman etkisini gösterememektedir. İlk açlık ipucu alındığına uygun bir biçimde açlığı gidermek yani açlığı onurlandırmak kişinin kendine olan güven duygusuna olumlu yönde etki etmektedir (97).

Ma ve ark. (120) yaptıkları çalışmada toplam enerji alımı ve fiziksel aktivite düzeyi planlanması yapılsa dahi obezitenin yeme alışkanlıklarıyla ilişkili olduğunu saptamış, kahvaltı öğünü atlama ile obezite riski arasında pozitif bir ilişki bildirmişlerdir.

Çok öğünlü bir beslenme düzeni açlık durumu ve insülin düzeyleri üzerinde olumlu etki sağlayabilmektedir. Kaslarda glikojen depolanması tüketilen karbonhidrat miktarına, kas aktivitesine ve tüketim zamanına bağlı olarak değişim göstermektedir. Geç saatlerde karbonhidrattan zengin öğünlerin tüketimi hormonal dengeyi ve lipid metabolizmasını etkileyerek ağırlık artışında etkin olabilmektedir (120).

2.10.3. Besinlerle barışmak

Sezgisel yemedeki başarı besinler için koşulsuz izin sağlama becerisinden geçmektedir. Besin ya da besinlere karşı koyulan yasaklar yoğun yoksunluk duyguları yaşatabilmekte, bu durum da kontrolsüz yemeye yol açmaktadır. Yasaklı yiyeceklere karşı koyamama ile sonuçlanan aşırı yeme davranışıyla birlikte suçluluk hissi de kendini göstermektedir. Kısıtlanan istekler kendini daha çok belli ederek ortaya çıktıklarından besinler için de bu durum gözlenmektedir. Bir besine sınırlı miktarda izin verme halinde ise o besinden daha çok isteme dürtüsü kendini gösterir. Kişideki ‘diyet başlamış olma’ düşüncesi, yemeyi düşünmediği bir yiyecek üzerinde dahi yeme isteği oluşturabilmektedir. Oluşan mahrum kalma tehdidi bireyleri yasaklı yiyecekleri yemeye yöneltmektedir (97).

2.10.4. Gıda polisiyle başa çıkmak

Yeme davranışını yargılayan iç ses yani ‘gıda polisi’ ile mücadele edebilmek sezgisel beslenmeye giden yolda en önemli adımlardandır. Diyet yapan çoğu bireyde patates kızartması ya da şekerleme yeme gibi faaliyetlerin; çalma, yalan söyleme davranışlarının hissettirdiği ölçüde suçluluk duygusuna neden olduğu gözlenmektedir. Bu bireyler diyetlerine aykırı bir yiyecek tükettiklerinde çaresizlik, kötü hissetme ve başarısızlık duygularıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. ‘Gıda polisi’ olarak nitelendirilen yargılayıcı dürtü hem bireysel hem de kültürel bir ses olarak düşünceler üzerinde etkinlik göstermektedir. ‘Tatlı tüketmek kötüdür, akşam 6’dan sonra yiyecek tüketilmemelidir, ekmek kilo aldırır, yağsız beslenmelisiniz’ gibi söylemler bireylerin zihninde yer eden gıda polisinin kalıplarından bazılarıdır (97).

2.10.5. Tokluğu hissetmek

Açlığın sonlandırılması ile hissedilen tokluk sinyalleri sezgisel beslenmeye yardımcı önemli belirteçlerdir. Tokluğu işaret eden belirteçlerin göz ardı edilmemesi önemlidir. Örneğin yemeğin bir bölümünde duraksamak ve yemekle ilgili değerlendirme yapmak, bireysel tokluk durumunu sorgulamak işe yarayabilmektedir. Yiyeceği bitirmek yerine tokluk durumuna öncelik vermek önemli adımlardandır. Kronik diyet yapanlarda tokluk

durumuna ulaşıldığında yeme eylemini sonlandırmak zorlayıcı olabilmektedir. Belli saat sınırlamaları olan diyet uygulamaları bireyin doydüğında yemeye son verme obsiyonunu sınırlamaktadır. Kısıtlı porsiyonlardan oluşan diyetlerde ise bireyler enerji alımı açısından tatmin olmadığından porsiyonlarını açlık-tokluk sinyallerine dikkat etmeden bitirmeye odaklanmaktadır (97).

2.10.6. Tatmin olma faktörünü keşfetmek

Zayıf ve sağılıklı olma düşüncesi yemek yeme esnasındaki doyum ve zevk alma sürecinin önüne geçebilmektedir. Birey ne yiyeceğine karar verme özgürlüğüne sahip olduğunda tatmin olma duygusuna erişmesi daha kolay olacaktır. Otokontrol sistemi düzgün bir şekilde çalıştığında birey kendisi için gereken yiyecek miktarını ayarlayıp aşırıya kaçmadan tüketim sağlayabilmektedir. Yemek deneyiminden tatmin olmak daha az yemeye teşvik etmektedir. Tatmin olmama halinde kişi daha fazla yemeye eğilimli hale gelip kendini sürekli yiyecek arayışı içinde bulabilmektedir. Yemek yeme kavramının zevk almayı içeren tatmin edici bir davranış olduğu faktörü diyet yapan çoğu bireyde gözden kaçmaktadır. Yetersiz beslenme kişiyi tatmin etmemekle birlikte sürekli olarak yemeye teşvik etmektedir (97).

2.10.7. Besinleri kullanmadan duygularla baş edebilmek

Problemleri çözmenin ve dikkati başka yöne vermenin yolunu besinleri kullanmadan başarakabilmek sezgisel beslenmenin gereklerindendir. Can sıkıntısı, anksiyete, öfke gibi duyguların tetikleyicileri olduğu gibi kendi yatıştırıcıları da mevcuttur. Yemek yeme davranışı, bu duyguların iyileştirilmesini sağlamamakla birlikte kısa süreliğine dikkat dağıtıp rahatlamaya aracı olmaktadır. Duygusal açlığı gidermek için yemek yemek uzun vadede kötü hissetmeyi tetikleyebilmektedir. Bu süreç sonucunda birey hem aşırı yemenin verdiği olumsuzluklarla hem de can sıkıntısının temel sebebiyle baş etmek durumunda kalmaktadır. Bununla birlikte reklam sektörü de ‘kendini yemekle ödüllendirmek’ kavramından sıkça yararlanıp yemek yeme davranışının duygusal boyutuyla öne çıkmasına sebep olmaktadır (97).

2.10.8. Bedenine saygı duymak

Genetik yapıyı kabullenmek beden saygısının gereklerindendir. Bedene saygı duymak beraberinde iyi hissetmeyi getirmektedir. Bireyin kendine gerçekçi bir şekilde yaklaşmaması diyet zihniyetini reddetmesini güçleştirmektedir. Bu süreçte bireyin yemeklerle barışırken kendiyile de barışık olması gerekmektedir. Bireyin kendisini aşağılamaya yönelik her davranışı gıda polisinin güçlenmesine neden olmaktadır. Bireyin kendi bedeni üzerinde bulunduğu kusurlar bireyi zayıf olmaya yöneltmekten daha çok kötü hissetmesine aracı olmaktadır. Fitnessla beraber kalıplaşmış bir vücut şekline sahip olmak doksanlı yıllardan itibaren çoğu birey için simgeleşmiştir. Egzersizin sağlık yararları göz ardı edilmemekle birlikte bireylerin gerçekçi olmayan beklentilere girmesinin önüne geçilmesi önemlidir (97).

2.10.9. Egzersiz yapıp değişimi fark etmek

Fiziksel olarak aktif olmak ve bunun getirilerini hissetmek önemlidir. Bireyin odak noktasını fiziksel olarak aktif olmanın kendisini nasıl hissettirdiğine çevirmesi gerekmektedir. Yalnızca ağırlık kaybetme amacıyla yapılan fiziksel aktiviteler birey üzerinde gerekli motivasyonu sağlamada yetersiz kalmaktadır. Karbonhidratlar, biyolojik fonksiyonlar ve egzersiz sırasında enerji sağlayan en önemli yakıt kaynağıdır. Diyetle yetersiz enerji özellikle de karbonhidrat alımı egzersiz yapmayı güçleştirmektedir. Egzersiz genellikle diyetle yardımcı olması amacıyla gerçekleştirilen bir aktivite olarak görülmektedir. Egzersizi diyetle birlikte yürütülebilen bir olgu olarak görmek, diyetteki olası başarısızlığın ileride egzersiz yapma fikrine olumlu bakmanın önüne geçmesine neden olur (97).

2.10.10. Sağlığı onurlandırmak – hoşgörülü beslenme

Sağlığı ve damak zevkini onurlandıran besin tercihleri yapmak sezgisel beslenmeye yardımcı adımlardan biridir. Besin tercihi sonucu kişinin kendini iyi hissetmesi önemlidir. Sağlıklı olmak için her koşulda dört dörtlük bir beslenme düzeninin sağlanması ve devam ettirilmesi çok olası görünmemektedir. Anlık besin eksikliği hissedilemediği gibi bir ara öğün, öğün veya bir günlük beslenme nedeniyle ciddi ağırlık artışı yaşanacağını düşünmek doğru bir yaklaşım olmamaktadır. Burada önem arz eden uzun vadedeki beslenme şeklidir. Beslenme düzeninde mükemmeli sağlamaya odaklanmak yerine ilerleme kaydedebilmek

istenen sonuca ulaşmaya yardımcı olmaktadır. Bu süreçte sağlığa gereken değeri vermenin sezgisel beslenme için öneminin göz ardı edilmemesi önemlidir (97).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma, Mayıs-Ağustos 2023 tarihleri arasında bir kamu kurumunda çalışan, çalışmaya katılmaya gönüllü, yaşları 18-65 yıl arasında değişen 312 kurum personeli ile yürütülmüştür.

Bu çalışma için, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan KA23/113 sayılı ve 26/04/2023 tarihli onay alınmıştır (EK 1). Katılımcılara araştırma ile ilgili gönüllü olur formu okutulup imzalatılmıştır (EK 2).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Çalışmaya katılmak isteyen personellere çalışmanın içeriği ile ilgili sözlü olarak bilgilendirme yapılmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak katılımcılardan bir anket formu (EK 3) doldurmaları istenmiştir. Ankette ilk olarak katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb.), antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu), yaşam tarzı alışkanlıkları (ikametgah yeri, fiziksel aktivite yapma durumu ve sıklığı vb.) ve bazı beslenme alışkanlıkları (öğün atlama durumu ve nedenleri, yiyecekleri tüketme hızı vb.) sorgulanmıştır. Anket formunda katılımcıların yeme farkındalığını ölçmek amacıyla Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) (EK 4), yeme davranışlarının sezgisel yönünü saptamak amacıyla Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (IES-2) (EK 5) ve tüketim alışkanlıklarının Akdeniz diyetine uygunluk düzeyini saptamak amacıyla Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) (EK 6) yer almaktadır.

3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

3.3.1. Kişisel özellikler

Anket formunda katılımcıların kişisel özelliklerini belirlemeye yönelik 27 soru bulunmaktadır. Burada katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb.), antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu), yaşam tarzı

alışkanlıkları (ikametgah yeri, fiziksel aktivite yapma durumu ve sıklığı vb.) ve bazı beslenme alışkanlıkları (öğün atlama durumu ve nedenleri, yiyecekleri tüketme hızı vb.) sorgulanmıştır.

Katılımcıların Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri katılımcıların beyanları ile elde edilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğu verileri esas alınarak hesaplanmıştır. BKİ değeri; $BKİ = [Vücut\ Ağırlığı\ (kg) / Boy\ Uzunluğu\ (m)^2]$ denklemi kullanılarak elde edilmiştir. BKİ sonuçları ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen sınıflamaya göre Tablo 3.3.1.'deki gibi değerlendirilmiştir (10).

Tablo 3.3.1. DSÖ'ye göre yetişkinlerde BKİ sınıflandırması (10)

BKİ (kg/m ²)	Sınıflandırma
<18.50	Zayıf
18.50-24.99	Normal
25.00-29.99	Hafif şişman
≥30	Obez

3.3.2. Yeme farkındalığı düzeyi

Anket formunda katılımcıların yeme farkındalığını ölçmek amacıyla Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) (EK 4) yer almaktadır. Yeme farkındalığı ölçeği ilk olarak 2006 yılında Baer ve ark. (121) tarafından 28 sorudan oluşup 5 alt faktörü bulunan Mindful Eating Questionnaire (MEQ) ismiyle oluşturulmuştur (5,122,123). Köse ve ark. (122) 2017 yılında bu ölçeği Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) adıyla Türkçe'ye uyarlamıştır. YFÖ-30, 30 sorudan oluşup 7 alt faktör içermektedir (5,122). Her soru 5 seçenekten oluşup 1-5 arası puanlandırılmaktadır. 'Her zaman' seçeneği 5 puan, 'sık sık' seçeneği 4 puan, 'bazen' seçeneği 3 puan, 'nadiren' seçeneği 2 puan, 'hiç' seçeneği 1 puana karşılık gelmekte olup her sorudan 1-5 arası puan elde edilmektedir. Ölçekteki 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27. sorular normal; kalan diğer sorular ise tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin yeme farkındalığı düzeyinin arttığı söylenebilir. Ölçekte soruların gruplandırıldığı 7 alt başlık; Disinhibisyon (miktar ve zaman kontrolü), Duygusal Yeme,

Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık ve Enterferans'tır (kişinin besinin kokusu, görüntüsü gibi dışsal faktörleriyle ya da reklam gibi tetikleyicilerle baş edebilme yetisi). Ölçeğin puanlanması sırasında alt gruplardan alınan puanın ve toplam puanın ortalaması alınır (73,122,124).

3.3.3. Sezgisel yeme düzeyi

Anket formunda katılımcıların yeme davranışlarının sezgisel yönünü saptamak amacıyla Sezgisel Yeme Ölçeği-2 (IES-2) (EK 5) uygulanmıştır. Ölçek Bas ve ark. (125) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (126). Bu ölçek 4 alt faktörden oluşan 23 madde içermektedir. Bu alt faktörler; açlık-tokluk sinyallerine güvenme, duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlerden dolayı yemek yeme, beden-besin seçimindeki uyum ve yemeye koşulsuz izin verme durumudur. Sezgisel Yeme Ölçeğinde 1,2,3,6,7,8 ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır ve ölçekten alınan puan arttıkça sezgisel yeme eğilimi de artmaktadır (73).

3.3.4. Akdeniz diyetine uyumluluk düzeyi

Anket formunda katılımcıların tüketim alışkanlıklarının Akdeniz diyetine uygunluk düzeyini saptamak amacıyla Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) (EK 6) uygulanmıştır. KIDMED, Serra-Majem ve ark. (127) tarafından geliştirilmiştir. Kabaran ve Gezer (128) tarafından 2013 yılında anketin Türkçe geçerlik ve güvenirliği belirtilmiştir (129). KIDMED 12 olumlu içerikli, 4 olumsuz içerikli toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Olumlu sorulara 'evet' yanıtı verenler +1, olumsuz sorulara 'evet' yanıtı verenler -1 puan almaktadır. Alınan puanlara göre ≥ 8 puan Akdeniz diyetine uyumluluğun 'iyi' düzeyde olduğunu, 4-7 puan Akdeniz diyetine uyumluluğun geliştirilmesi gereken 'orta' düzeyde olduğunu, ≤ 3 puan ise Akdeniz diyetine uyumun 'düşük' düzeyde olduğuna işaret etmektedir (73, 127).

3.3.5. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin istatistiksel analizinin yapılması için Statistical Package for the Social Sciences Statistics (SPSS) 22 programından yararlanılmıştır. Değerlendirme öncesi verilerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogorov Smirnov testi ile

bakılmıştır. Normal dağılıma uyan veriler parametrik testler, normal dağılıma uymayan veriler parametrik olmayan testler ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan iki parametrenin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, normal dağılımı sağlamayan en az üç grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki bağımsız kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığı ki-kare testi ile analiz edilmiştir. İki sayısal parametre arasındaki ilişki, iki değişkenli korelasyon testiyle analiz edilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Bu çalışma, bir kamu kurumunda çalışan personellerde yeme farkındalığı, sezgisel yeme davranışı ve Akdeniz diyetine uyum arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüş ve çalışma bulguları bu bölümde tablolar halinde incelenmiştir.

Bireylerin demografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre bireylerin %40.7’si kadın, %59.3’ü erkektir. Kadınların çoğunluğu (%30.7) 18-29, erkeklerin çoğunluğu (%38.4) 30-39 yaş grubunda yer almaktadır. Kadın ve erkeklerin yaş ortalaması sırasıyla; 37.4 ± 9.99 yıl ve 40.5 ± 9.54 yıl olarak belirlenmiş ve bu iki ortalama arasında istatistik anlamlılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Bireylerin %65.4’ünün evli, %73.1’inin lisans düzeyinde eğitimi olduğu ve %83.3’ünün ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Eğitim durumu ve yaşanan yerin cinsiyete göre anlamlı bir farklılığı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kadınların %17.3’ünün, erkeklerin %25.4’ünün gelir düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyinin cinsiyete göre farklılığının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 4.1. Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı

	Kadın (n:127)		Erkek (n:185)		Toplam (n:312)		p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş (yıl)							
18-29	39	30.7	23	12.4	62	19.9	0.001^{K*}
30-39	38	29.9	71	38.4	109	34.9	
40-49	27	21.3	50	27.0	77	24.7	
≥ 50	23	18.1	41	22.2	64	20.5	
$\bar{X} \pm SS$	37.4±9.99		40.5±9.54		39.2±9.83		0.002^{M*}
Medeni durum							
Evli	72	56.7	132	71.4	204	65.4	0.005^{K*}
Bekar	55	43.3	53	28.6	108	34.6	
Eğitim durumu							
Lise	5	3.9	9	4.9	14	4.5	0.834 ^K
Lisans	95	74.8	133	71.9	228	73.1	
Lisansüstü	27	21.3	43	23.2	70	22.4	
Yaşam şekli							
Yalnız	22	17.3	23	12.4	45	14.4	0.406 ^K
Aile ile evde	103	81.1	157	84.9	260	83.3	
Arkadaş ile evde	2	1.6	5	2.7	7	2.2	
Gelir düzeyi							
Yüksek	22	17.3	47	25.4	69	22.1	0.005^{K*}
Orta	53	41.7	94	50.8	147	47.1	
Düşük	52	40.9	44	23.8	96	30.8	

K: Ki Kare Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Tablo 4.2’de bireylerin hastalık durumları verilmiştir. Bu tabloya göre kadınların %28.3’ü erkeklerin %23.2’si kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Cinsiyet ve hastalık durumu arasında istatistiksel açıdan anlam içeren bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). En fazla (%6.1) görülen hastalık hipertansiyon olurken bu sırayı %4.3 ile diyabet takip etmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin hastalık durumları

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n:127)		(n:185)		(n:312)		
	n	%	n	%	n	%	
Kronik hastalık durumu							
Var	36	28.3	43	23.2	79	25.3	0.188 ^K
Yok	91	71.7	142	76.8	233	74.7	
Hastalık*							
Diyabet	6	4.7	8	4.3	14	4.3	-
Hipertansiyon	8	6.3	11	5.9	19	6.1	
Kalp ve damar hastalıkları	5	3.9	6	3.2	11	3.5	
Sindirim hastalıkları	3	2.4	8	4.3	11	3.5	

K: Ki Kare Testi, *bir katılımcı birden fazla işaretleme yapabilir

Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumlarına dair bilgiler Tablo 4.3'te verilmiştir. Bu tabloya göre sigara kullanım oranı, kadın ve erkeklerde sırasıyla %28.3 ve %39.5 olarak belirlenmiştir. Sigara kullanma durumu ve günlük kullanılan sigara miktarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık içermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bireylerin %9.6'sının (kadın: %11.8, erkek: %8.1) alkol kullandığı belirlenmiştir. Alkol kullanan bireylerin haftalık olarak tükettiği ortalama alkol miktarı 311.1 ± 598.64 ml olarak belirlenmiştir. Alkol tüketim durumu ve tüketilen alkol miktarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık içermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Bireylerin sigara ve alkol kullanma durumları

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n:127)		(n:185)		(n:312)		
	n	%	n	%	n	%	
Sigara kullanma durumu							
Kullanıyor	36	28.3	73	39.5	109	34.9	0.053 ^K
Kullanmıyor	91	71.7	112	60.5	203	65.1	
Kullanılan sigara*							
$\bar{X} \pm SS$ (adet/gün)	11.6±6.49		12.9±7.22		12.4±6.98		0.462 ^M
Alkol kullanma durumu							
Kullanıyor	15	11.8	15	8.1	30	9.6	0.329 ^K
Kullanmıyor	112	88.2	170	91.9	282	90.4	
Kullanılan alkol*							
$\bar{X} \pm SS$ (ml/hafta)	366.9±671.22		255.3±533.96		311.1±598.64		0.852 ^M

K: Ki Kare Testi, M: Mann Whitney U Testi, *yalnızca kullanan bireylerin ortalaması

Araştırmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite durumlarına ait bilgiler Tablo 4.4'te verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre, fiziksel aktivite yapma oranı kadın ve erkeklerde sırasıyla; %40.2 ve %49.2 olarak belirlenmiştir. Bireylerin en çok tercih ettiği aktivite türü %36.9 oranla yürüyüş olurken, kadınlarda ikinci sırada tercih edilen aktivite türü pilates, erkeklerde fitness olarak belirlenmiştir. Haftalık yapılan aktivite süresi kadın ve erkek katılımcılarda sırasıyla; 50.6±85.54 dk ve 71.2±129.50 dk olarak belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, aktivite yapma durumu ve haftalık yapılan aktivite süresinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılığı olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.4. Bireylerin fiziksel aktivite durumları

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n:127)		(n:185)		(n:312)		
	n	%	n	%	n	%	
Aktivite yapma durumu							
Yapıyor	51	40.2	91	49.2	142	45.5	0.072 ^K
Yapmıyor	76	59.8	94	50.8	170	54.5	
Aktivite türü							
Yürüyüş	43	33.9	113	61.1	115	36.9	-
Koşu	2	1.6	20	10.8	22	7.1	
Pilates	18	14.2	3	1.6	21	6.7	
Yoga	7	5.5	-	-	7	2.2	
Fitness	8	6.3	30	16.2	38	12.2	
Yüzme	6	4.7	14	7.6	20	6.4	
Aktivite süresi							
$\bar{X} \pm SS$ (dk/hafta)	50.6±85.54		71.2±129.50		62.8±113.97		0.287 ^M

K: Ki Kare Testi, M: Mann Whitney U Testi

Bireylerin sağlıklı beslenme ve diyet bilgileri Tablo 4.5'te verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre diyet uygulayan kadınların oranı %22.0 iken diyet uygulayan erkeklerin oranı %8.1 olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda diyet uygulama durumunun kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiş ve bu sonucun istatistiksel anlam içerdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Uygulanan diyet türüne bireylerin %10.9'u vücut ağırlığı kaybı yanıtını verirken, %2.9 oranında birey kronik hastalıklarda beslenme tedavisine yönelik bir diyet uyguladığını belirtmiştir. Uygulanan diyet türünün cinsiyete göre anlamlı bir farklılık içermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen bireylerin oranı %61.5 olarak belirlenmiştir. Sağlıklı beslenmeye dair bilgilerin edinildiği kaynağa en yüksek oranla (%45.8) internet yanıtı verilirken %32.7 oranında birey bu bilgiyi diyetisyenden aldığını belirtmiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin sağlıklı beslenme ve diyet bilgileri

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n:127)		(n:185)		(n:312)		
	n	%	n	%	n	%	
Diyet uygulama durumu							
Uyguluyor	28	22.0	15	8.1	43	13.8	0.001^{K*}
Uygulamıyor	99	78.0	170	91.9	269	86.2	
Diyet türü							
Vücut ağırlık kaybı	23	18.1	11	5.9	34	10.9	0.407 ^K
Diyabet	2	1.6	2	1.1	4	1.3	
Hipertansiyon	1	0.8	2	1.1	3	1.0	
Kalp koruma	2	1.6	-	-	2	0.6	
Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme durumu							
Evet	84	66.1	108	58.4	192	61.5	0.102 ^K
Hayır	43	33.9	77	41.6	120	38.5	
Bilgi kaynağı**							
Radyo, televizyon	17	13.4	32	17.3	49	15.7	-
İnternet	58	45.7	85	45.9	143	45.8	
Gazete, dergi	15	11.8	18	9.7	33	10.6	
Diyetisyen	58	45.7	44	23.8	102	32.7	
Diğer sağlık personeli	18	14.2	30	16.2	48	15.4	
Aile, arkadaş	33	25.9	39	21.0	72	23.1	

K: Ki Kare Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05, ** bir katılımcı birden fazla işaretleme yapabilir

Bireylerin bazı beslenme alışkanlıklarına dair bilgiler Tablo 4.6’da verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre öğün atlama oranı kadınlarda %67.7 iken erkeklerde %51.4 olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre cinsiyet ve öğün atlama durumu arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

En fazla oranla (%36.2) atlanan öğün sabah olurken, en az atlanan (%11.5) öğün akşam olmuştur. Kadınların ara öğün atlama durumları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Hem ana hem ara öğün atlama nedenine en fazla ‘acıkmama durumu’ sebep gösterilmiştir.

Cinsiyet ve öğün atlama nedeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yemeği uzun sürede çiğneyerek yeme oranı kadınlarda %15.0 iken erkeklerde %7.6 olarak belirlenmiştir. Cinsiyete göre yemek yeme hızı değerlendirildiğinde aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).



Tablo 4.6. Bireylerin bazı beslenme alışkanlıkları

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	(n:127)		(n:185)		(n:312)		
	n	%	n	%	n	%	
Öğün atlama durumu							
Atlıyor	86	67.7	95	51.4	181	58.0	0.003 ^{K*}
Atlamıyor	41	32.3	90	48.6	131	42.0	
Atlanan öğün**							
Sabah	51	40.2	62	33.5	113	36.2	-
Kuşluk	41	32.3	48	25.9	89	28.5	
Öğle	19	15.0	23	12.4	42	13.5	
İkinci	37	29.1	51	27.6	88	28.2	
Akşam	18	14.2	18	9.7	36	11.5	
Gece	37	29.1	35	18.9	72	23.1	
Ana öğün atlama nedeni							
Acıkmama	33	26.0	45	24.3	78	25.0	0.138 ^K
Unutma	2	1.6	1	.5	3	1.0	
Vakit yetersizliği	14	11.0	21	11.4	35	11.2	
Vücut ağırlığı kaybı	18	14.2	15	8.1	33	10.6	
Ara öğün atlama nedeni							
Acıkmama	17	13.4	32	17.3	65	20.8	0.349 ^K
Unutma	58	45.7	85	45.9	8	2.6	
Vakit yetersizliği	15	11.8	18	9.7	13	4.2	
Vücut ağırlığı kaybı	58	45.7	44	23.8	13	4.2	
Yemek yeme hızı							
Uzun süre çiğneyerek	19	15.0	14	7.6	33	10.6	0.022 ^{K*}
Normal hızda	79	62.2	107	57.8	186	59.6	
Hızlı	29	22.8	64	34.6	93	29.8	

K: Ki Kare Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05, ** bir katılımcı birden fazla işaretleme yapabilir

Tablo 4.7’de bireylerin beden kütle indeksi sınıflaması ve ortalama değerleri verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin

hiçbirinin zayıf olmadığı belirlenmiştir. Normal BKİ değerine sahip bireylerin oranı %49.4 (kadın: %73.2, erkek: %33.0) olarak belirlenmiştir. Hafif şişman ve obez bireylerin oranı sırasıyla; %41.7 ve %9.0 olarak saptanmıştır. Kadınların %4.7'sinin, erkeklerin %11.9'unun obez sınıfında olduğu belirlenmiştir.

Kadın ve erkek katılımcıların BKİ değeri ortalaması sırasıyla; $23.8 \pm 3.91 \text{ kg/m}^2$ ve $26.2 \pm 3.32 \text{ kg/m}^2$ olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasında istatistiksel farklılık saptanmış olup, kadınların BKİ değeri ortalaması erkeklerin BKİ değeri ortalamasından daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin BKİ ortalaması ve sınıflaması

BKİ Sınıflaması	Kadın (n:127)		Erkek (n:185)		Toplam (n:312)	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	-	-	-	-	-	-
Normal	93	73.2	61	33.0	154	49.4
Hafif şişman	28	22.0	102	55.1	130	41.7
Obez	6	4.7	22	11.9	28	9.0
$\bar{X} \pm SS$	23.8 ± 3.91		26.2 ± 3.32		25.5 ± 3.83	
Medyan	23.2		26.3		25.1	
(Alt-Üst)	(18.5-43.3)		(19.3-39.2)		(18.53-43.3)	

Bireylerin demografik özelliklere göre BKİ değeri ortalaması Tablo 4.8'de verilmiştir. Bu tabloya göre 18-29 yaş aralığında olan bireylerin BKİ değeri ortalaması, diğer yaş gruplarında yer alan bireylerin BKİ değeri ortalamasına göre düşük bulunmuştur. Bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Evli ve bekar bireylerin BKİ değerleri ortalaması sırasıyla; $26.0 \pm 3.79 \text{ kg/m}^2$ ve $24.5 \pm 3.73 \text{ kg/m}^2$ olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda bu iki ortalama arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Beden kütle indeksi ortalamasının; eğitim durumu, yaşanan yer ve gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.8. Bireylerin demografik özelliklerine göre BKİ ortalaması

	n	BKİ (kg/m ²) $\bar{X} \pm SS$	p
Yaş (yıl)			
18-29	62	23.5±3.54 ^a	0.000 ^{K*}
30-39	109	25.3±3.31 ^b	
40-49	77	26.7±4.37 ^b	
≥ 50	64	26.2±3.50 ^b	
Medeni durum			
Evli	204	26.0±3.79	0.000 ^{M*}
Bekar	108	24.5±3.73	
Eğitim durumu			
Lise	14	27.6±5.40	0.073 ^K
Lisans	228	25.4±3.80	
Lisansüstü	70	25.3±3.47	
Yaşam şekli			
Yalnız	45	24.4±2.87	0.340 ^{K*}
Aile ile evde	260	25.7±3.96	
Arkadaş ile evde	7	24.3±2.95	
Gelir düzeyi			
Yüksek	69	25.9±3.81	0.152 ^K
Orta	147	25.7±3.72	
Düşük	96	24.9±3.98	

K: Kruskal Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05, a<b

Tablo 4.9’da bireylerin bazı alışkanlıklarına göre BKİ değeri ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre; sigara, alkol kullanma, fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme durumunun BKİ ortalaması üzerine anlamlı bir etkinliğinin olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre, diyet uygulamayanların uygulayanlara göre, öğün atlayanların atlamayanlara göre ve uzun süre çiğneyerek yemek yiyen bireylerin hızlı hızlı yemek yiyen bireylere göre BKİ değeri daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçların tümü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).



Tablo 4.9. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre BKİ ortalaması

	n	BKİ (kg/m ²) $\bar{X} \pm SS$	p
Kronik hastalık durumu			
Var	79	25.1±3.58	0.004^{M*}
Yok	233	26.5±4.31	
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyor	109	25.6±3.83	0.719 ^M
Kullanmıyor	233	25.4±3.84	
Alkol kullanma durumu			
Kullanıyor	9	24.8±3.63	0.270 ^M
Kullanmıyor	283	25.6±3.85	
Aktivite yapma durumu			
Yapıyor	142	25.3±3.18	0.817 ^M
Yapmıyor	170	25.6±4.31	
Diyet uygulama durumu			
Uyguluyor	43	26.4±3.41	0.045^{M*}
Uygulamıyor	269	25.3±3.88	
Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme durumu			
Evet	192	25.7±3.97	0.217 ^M
Hayır	120	25.1±3.57	
Öğün atlama durumu			
Atlıyor	181	25.1±3.95	0.040^{M*}
Atlamıyor	131	25.9±3.62	
Yemek yeme hızı			
Uzun süre çiğneyerek	33	24.0±4.52 ^a	0.008^{K*}
Normal hızda	186	25.5±3.90	
Hızlı	93	26.0±3.31 ^b	

K: Kruskal Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05, a<b

Bireylerin YFÖ-30 alt madde puan ortalaması Tablo 4.10'da verilmiştir. Bu tabloya göre madde puanı en yüksek olan duygusal yeme faktörüken, en düşük olan yeme disiplini faktörü olarak belirlenmiştir. Disinhibisyon, odaklanma ve yeme disiplini puan ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılığı bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kadınların yeme kontrolü ve farkındalık puanı erkeklerle göre, erkeklerin ise duygusal yeme ve enterferans puanı kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Bireylerin Yeme Farkındalığı Ölçeği alt madde puan ortalaması

	Kadın	Erkek	Toplam	p^k
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
YFÖ-30 Alt Maddeleri				
Disinhibisyon	3.5±0.84	3.5±0.79	3.5±0.81	0.925
Duygusal yeme	3.5±1.01	3.9±0.90	3.7±1.01	0.001*
Yeme kontrolü	3.8±0.96	3.4±0.99	3.6±0.99	0.000*
Odaklanma	3.3±0.39	3.3±0.42	3.3±0.41	0.342
Yeme disiplini	3.3±0.70	3.2±0.66	3.2±0.68	0.193
Farkındalık	3.4±0.56	3.2±0.55	3.3±0.56	0.014*
Enterferans	3.5±0.97	3.7±0.78	3.6±0.87	0.043*

K: Kruskal Wallis Testi, * $p<0.05$

Tablo 4.11'de bireylerin demografik özelliklerine göre YFÖ-30 puan ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre disinhibisyon ve enterferans faktörü hariç hiçbir faktör puan ortalamasının yaş grubuna göre anlamlı bir farklılığı bulunmamıştır ($p>0.05$). Elli yaş ve üzerinde olan bireylerin disinhibisyon puan ortalaması diğer yaş grubunda yer alan bireylere göre daha yüksek olarak saptanmış olup ortalamalar arasında istatistiksel anlam içeren bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ek olarak enterferans puan ortalaması 18-29 yaş aralığında yer alan bireylerde 3.3±0.94 iken 50 yaş ve üzerinde olan bireylerde 3.9±0.74 olarak belirlenmiştir. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyinin YFÖ-30 alt madde puanları üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Arkadaş ile birlikte yaşayan bireylerin, ailesiyle ve yalnız yaşayan bireylere göre odaklanma ve yeme disiplini puanı daha düşük bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında istatistiksel anlam içeren bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).



Tablo 4.11. Bireylerin demografik özelliklerine göre YFÖ-30 madde puanı ortalaması

	n	Disinhibisyon	Duygusal yeme	Yeme kontrolü	Odaklanma	Yeme disiplini	Farkındalık	Enterferans
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş (yıl)								
18-29	62	3.4±0.76 ^a	3.6±1.04	3.7±0.94	3.2±0.45	3.1±0.67	3.3±0.51	3.3±0.94 ^a
30-39	109	3.5±0.83 ^a	3.8±1.05	3.4±1.07	3.4±1.07	3.2±0.69	3.2±0.53	3.6±0.86
40-49	77	3.4±0.84 ^a	3.7±0.99	3.5±0.96	3.5±0.96	3.1±0.63	3.3±0.58	3.7±0.84
≥ 50	64	3.8±0.74 ^b	3.9±0.89	3.7±0.93	3.7±0.93	3.4±0.68	3.3±0.63	3.9±0.74 ^b
p^K		0.009*	0.174	0.217	0.054	0.083	0.764	0.002*
Medeni durum								
Evli	204	3.5±0.82	3.7±1.01	3.5±1.00	3.3±0.41	3.2±0.67	3.2±0.56	3.7±0.80
Bekar	108	3.5±0.81	3.8±1.00	3.7±0.97	3.3±0.42	3.2±0.68	3.4±0.55	3.5±0.96
p^M		0.763	0.808	0.225	0.610	0.732	0.058	0.060
Eğitim durumu								
Lise	14	3.6±0.03	3.8±0.99	3.8±1.17	3.2±0.38	3.4±0.81	3.1±0.49	3.8±0.87
Lisans	228	3.5±0.80	3.8±1.01	3.6±0.96	3.3±0.41	3.2±0.41	3.3±0.57	3.63±0.86
Lisansüstü	70	3.4±0.84	3.6±0.98	3.4±1.05	3.3±0.42	3.3±0.72	3.3±0.53	3.5±0.89
p^K		0.742	0.964	0.201	0.612	0.247	0.137	0.335
Yaşam şekli								
Yalnız	45	3.6±0.90	4.1±0.91	3.6±1.02	3.2±0.40 ^a	3.3±0.67 ^a	3.4±0.59	3.6±0.91
Aile ile evde	260	3.49±0.80	3.7±1.00	3.6±0.99	3.3±0.40 ^a	3.2±0.67 ^a	3.3±0.55	3.6±0.85
Arkadaş ile evde	7	3.1±0.79	3.6±1.2	3.2±0.98	2.8±0.37 ^b	2.39±0.43 ^b	3.11±0.56	3.2±1.15
p^K		0.264	0.057	0.585	0.006*	0.002*	0.392	0.487
Gelir düzeyi								
Yüksek	69	3.5±0.83	3.7±1.06	3.5±0.92	3.2±0.40	3.3±0.66	3.3±0.62	3.7±0.88
Orta	147	3.5±0.79	3.8±0.98	3.5±1.02	3.3±0.44	3.2±0.44	3.3±0.51	3.6±0.88
Düşük	96	3.5±0.84	3.7±1.01	3.6±0.99	3.3±0.37	3.3±0.37	3.3±0.58	3.6±0.84
p^K		0.785	0.555	0.737	0.664	0.194	0.705	0.814

K: Kruskall Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05, a<b

Tablo 4.12’de bireylerin bazı alışkanlıklarına göre YFÖ-30 alt faktör puan ortalamaları verilmiştir. Bu tabloya göre kronik hastalığı olan bireylerin, olmayanlara göre odaklanma ve enterferans puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

Sigara kullanan katılımcıların duygusal yeme puanı ortalaması kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Fiziksel aktivite yapan (3.3 ± 0.66), diyet yapan (3.4 ± 0.60) ve sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen (3.4 ± 0.64) bireylerin yeme disiplini puanının; fiziksel aktivite yapmayan (3.1 ± 0.68), diyet yapmayan (3.2 ± 0.69) ve sağlıklı beslenme bilgisine sahip olmadığını düşünen (2.9 ± 0.66) bireylerin yeme disiplini puanına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu ortalamalar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Öğün atlayan bireylerin farkındalık (3.2 ± 0.55) ve yeme disiplini (3.1 ± 0.66) puan ortalaması, öğün atlamayan bireylerin farkındalık (3.4 ± 0.56) ve yeme disiplini (3.4 ± 0.67) puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuş, ortalamalar arasında ise istatistiksel anlam içeren bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre YFÖ-30 madde puanı ortalaması

	n	Disinhibisyon	Duyusal yeme	Yeme kontrolü	Odaklanma	Yeme disiplini	Farkındalık	Enterferans
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kronik hastalık durumu								
Var	79	3.6±0.76	3.8±1.01	3.7±0.98	3.3±0.43	3.3±0.62	3.3±0.60	3.8±0.85
Yok	233	3.5±0.82	3.7±1.00	3.5±0.99	3.2±0.40	3.2±0.69	3.3±0.55	3.6±0.87
p^K		0.099	0.666	0.209	0.044*	0.158	0.578	0.045*
Sigara kullanma durumu								
Kullanıyor	109	3.4±0.86	3.9±0.97	3.5±1.03	3.2±0.44	3.2±0.73	3.3±0.57	3.6±0.89
Kullanmıyor	233	3.5±0.79	3.7±1.01	3.6±0.97	3.3±0.39	3.2±0.65	3.3±0.56	3.6±0.86
p^M		0.373	0.015*	0.814	0.121	0.300	0.605	0.706
Alkol kullanma durumu								
Kullanıyor	14	3.4±0.97	3.8±1.09	3.4±1.19	3.4±0.44	3.3±0.44	3.3±0.60	3.7±0.96
Kullanmıyor	228	3.5±0.79	3.7±0.99	3.6±0.97	3.3±0.40	3.3±0.40	3.3±0.56	3.6±0.86
p^K		0.524	0.591	0.581	0.147	0.419	0.583	0.289
Aktivite yapma durumu								
Yapıyor	45	3.6±0.82	3.80±1.01	3.6±0.97	3.3±0.41	3.3±0.66	3.3±0.57	3.7±0.81
Yapmıyor	260	3.4±0.80	3.7±0.99	3.6±1.01	3.3±0.41	3.1±0.68	3.3±0.55	3.5±0.90
p^K		0.094	0.218	0.814	0.293	0.009*	0.550	0.115
Diyet uygulama durumu								
Uyguluyor	69	3.5±0.91	3.5±1.22	3.4±1.06	3.3±0.28	3.4±0.60	3.2±0.63	3.7±0.94
Uygulamıyor	147	3.5±0.80	3.8±0.96	3.6±0.98	3.3±0.43	3.2±0.69	3.3±0.55	3.6±0.86
p^K		0.709	0.156	0.311	0.842	0.044*	0.222	0.608
Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme durumu								
Evet	192	3.6±0.80	3.9±1.00	3.6±0.98	3.3±0.41	3.4±0.64	3.31±0.58	3.7±0.84
Hayır	120	3.3±0.81	3.6±0.99	3.4±1.00	3.2±0.41	2.9±0.66	3.2±0.52	3.4±0.87
p^K		0.002*	0.003*	0.095	0.257	0.000*	0.187	0.001*
Öğün atlama durumu								
Atlıyor	181	3.5±0.79	3.7±1.00	3.5±1.03	3.2±0.40	3.1±0.66	3.2±0.55	3.6±0.85
Atlamıyor	131	3.6±0.84	3.8±1.01	3.6±0.93	3.2±0.43	3.4±0.67	3.4±0.56	3.7±0.89
p^K		0.282	0.407	0.399	0.187	0.004*	0.036*	0.316

K: Kruskall Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Bireylerin YFÖ-30 puanının BKİ sınıflamasına göre ortalaması Tablo 4.13'te verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre normal BKİ değerine sahip bireylerin disinhibisyon, yeme kontrolü, yeme disiplini ve farkındalık puanları hafif şişman/obez bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.13. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 madde puan ortalaması

YFÖ-30 Alt Maddeleri	BKİ Sınıflaması			p^K
	Normal (n:154)	Hafif şişman (n:130)	Obez (n:28)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Disinhibisyon	3.6±0.76 ^a	3.4±0.87 ^b	3.4±0.70	0.020*
Duygusal yeme	3.8±0.98	3.7±1.03	3.6±1.01	0.195
Yeme kontrolü	3.8±0.93 ^a	3.4±1.03 ^b	3.4±0.96	0.003*
Odaklanma	3.2±0.41	3.3±0.41	3.3±0.39	0.556
Yeme disiplini	3.2±0.71 ^a	3.2±0.63 ^a	3.0±0.65 ^b	0.034*
Farkındalık	3.4±0.51 ^a	3.2±0.60 ^a	3.0±0.49 ^b	0.001*
Enterferans	3.6±0.93	3.7±0.83	3.4±0.70	0.349

K: Kruskal Wallis Testi, * $p<0.05$, a>b

Tablo 4.14'te bireylerin sezgisel yeme ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması verilmiştir. Bu tabloya göre madde puan ortalaması en düşük (3.0 ± 0.41) alt grup duygusal değil fiziksel nedenlere bağlı yeme iken en yüksek (3.7 ± 0.73) madde puan ortalamasına sahip alt grup açlık tokluk sinyallerine göre yeme olarak belirlenmiştir. Duygusal yerine fiziksel nedenlere bağlı olarak yeme puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlam içermektedir ($p<0.05$).

Tablo 4.14. Bireylerin Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması

Sezgisel Yeme Ölçeği	Kadın	Erkek	Toplam	p^K
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Koşulsuz yeme izni	3.2±0.51	3.2±0.52	3.2±0.51	0.441
Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme	3.1±0.41	3.0±0.41	3.0±0.41	0.030*
Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme	3.7±0.73	3.6±0.73	3.7±0.73	0.524
Beden, besin seçimi uygunluğu	3.6±0.80	3.6±0.74	3.6±0.76	0.613
Toplam puan	3.3±0.31	3.3±0.31	3.3±0.31	0.230

K: Kruskal Wallis Testi, * $p<0.05$

Tablo 4.15'te verilen bilgilere göre hiçbir demografik özelliğin sezgisel yeme puanına anlamlı bir etkinliğinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Bireylerin demografik özelliklerine göre Sezgisel Yeme Ölçeği puanları ortalaması

	n	Koşulsuz yeme izni	Duygusal yerine fiziksel nedene bağlı yeme	Açlık tokluk sinyallerine göre yeme	Beden besin seçimine göre yeme	Sezgisel yeme toplam puan
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş (yıl)						
18-29	62	3.2±0.46	3.0±0.43	3.55±0.78	3.5±0.83	3.3±0.33
30-39	109	3.2±0.49	3.0±0.40	3.7±0.72	3.65±0.74	3.3±0.30
40-49	77	3.2±0.56	3.0±0.32	3.6±0.78	3.6±0.75	3.3±0.28
≥ 50	64	3.2±0.55	3.0±0.55	3.8±0.63	3.7±0.76	3.3±0.35
p^K		0.923	0.579	0.257	0.483	0.527
Medeni durum						
Evli	204	3.2±0.50	3.0±0.43	3.7±0.74	3.7±0.75	3.3±0.31
Bekar	108	3.1±0.54	3.0±0.37	3.6±0.72	3.6±0.80	3.3±0.31
p^M		0.471	0.526	0.913	0.341	0.452
Eğitim durumu						
Lise	14	3.3±0.31	3.1±0.39	3.6±0.86	3.6±0.84	3.3±0.28
Lisans	228	3.2±0.53	3.0±0.41	3.7±0.73	3.6±0.76	3.3±0.30
Lisansüstü	70	3.1±0.49	3.0±0.43	3.6±0.71	3.7±0.77	3.3±0.36
p^K		0.420	0.435	0.814	0.863	0.736
Yaşam şekli						
Yalnız	45	3.1±0.54	2.9±0.37	3.7±0.78	3.7±0.68	3.3±0.29
Aile ile evde	260	3.2±0.51	3.0±0.42	3.7±0.73	3.6±0.78	3.3±0.32
Arkadaş ile evde	7	3.1±0.51	2.9±0.34	3.5±0.51	3.1±0.80	3.1±0.31
p^K		0.503	0.277	0.513	0.226	0.247
Gelir düzeyi						
Yüksek	69	3.2±0.48	3.0±0.39	3.7±0.81	3.8±0.60	3.4±0.30
Orta	147	3.1±0.49	3.0±0.41	3.6±0.71	3.6±0.73	3.3±0.30
Düşük	96	3.2±0.57	3.0±0.43	3.7±0.72	3.6±0.89	3.3±0.34
p^K		0.258	0.924	0.414	0.067	0.167

K: Kruskall Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi

Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması Tablo 4.16'da analiz edilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre; hastalık durumu, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite yapma, diyet uygulama, sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme ve öğün atlama durumunun Sezgisel Yeme Ölçeği toplam puanı üzerinde anlamlı bir etkinliği olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Alkol kullanan bireylerin (3.3 ± 0.65) koşulsuz yeme izni alt grubundan aldığı puan ortalaması, alkol kullanmayan bireylerin (3.2 ± 0.50) aldığı puan ortlamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonucun istatistiksel olarak anlam içerdiği belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen bireylerin koşulsuz yeme izni puanı, sağlıklı beslenme bilgisine sahip olmadığını düşünen bireylere göre daha düşük bulunmuş, iki ortalama arasında istatistiksel anlam içeren bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen bireylerin beden besin seçimine göre yeme puanı (3.7 ± 0.75), sağlıklı beslenme bilgisine sahip olmadığını düşünen bireylere (3.5 ± 0.76) göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.16. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması

	n	Faktör 1 $\bar{X} \pm SS$	Faktör 2 $\bar{X} \pm SS$	Faktör 3 $\bar{X} \pm SS$	Faktör 4 $\bar{X} \pm SS$	Toplam puan $\bar{X} \pm SS$
Kronik hastalık durumu						
Var	79	3.2±0.54	3.0±0.43	3.7±0.74	3.6±0.77	3.3±0.35
Yok	233	3.2±0.51	3.0±0.41	3.7±0.73	3.6±0.76	3.3±0.30
p^K		0.602	0.389	0.719	0.856	0.595
Sigara kullanma durumu						
Kullanıyor	109	3.1±0.54	3.0±0.37	3.7±0.77	3.6±0.76	3.3±0.30
Kullanmıyor	233	3.2±0.50	3.0±0.43	3.6±0.71	3.6±0.77	3.3±0.32
p^M		0.139	0.682	0.580	0.457	0.318
Alkol kullanma durumu						
Kullanıyor	14	3.3±0.65	3.1±0.46	3.8±0.82	3.6±0.67	3.4±0.33
Kullanmıyor	228	3.2±0.50	3.0±0.41	3.6±0.72	3.6±0.77	3.3±0.31
p^K		0.022*	0.254	0.518	0.818	0.107
Aktivite yapma durumu						
Yapıyor	45	3.2±0.52	3.0±0.45	3.7±0.72	3.7±0.70	3.3±0.28
Yapmıyor	260	3.1±0.51	3.0±0.37	3.6±0.75	3.6±0.81	3.3±0.33
p^K		0.586	0.348	0.637	0.154	0.062
Diyet uygulama durumu						
Uyguluyor	69	3.0±0.59	3.0±0.51	3.7±0.73	3.6±0.81	3.2±0.33
Uygulamıyor	147	3.2±0.50	3.0±0.39	3.7±0.74	3.6±0.76	3.3±0.31
p^K		0.069	0.343	0.686	0.593	0.305
Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme durumu						
Evet	192	3.1±0.53	3.0±0.43	3.7±0.71	3.7±0.75	3.3±0.33
Hayır	120	3.2±0.48	3.0±0.39	3.6±0.77	3.5±0.76	3.3±0.29
p^K		0.036*	0.070	0.299	0.004*	0.908
Öğün atlama durumu						
Atlıyor	181	3.2±0.48	3.0±0.37	3.7±0.74	3.6±0.77	3.3±0.30
Atlamıyor	131	3.1±0.56	3.0±0.46	3.6±0.72	3.7±0.76	3.3±0.33
p^K		0.346	0.585	0.322	0.939	0.346

K: Kruskal Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05, Faktör 1: Koşulsuz yeme izni, Faktör 2: Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme, Faktör 3: Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme, Faktör 4: Beden, besin seçimi uygunluğu

Tablo 4.17’de Sezgisel Yeme Ölçeğinin, BKİ sınıflamasına göre puan ortalaması verilmiştir. Koşulsuz yeme izni ve duygusal değil fiziksel nedenlere bağlı olarak yeme alt gruplarından alınan puan üzerine BKİ sınıflamasının anlamlı bir etkinliği olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Normal BKİ değerine sahip bireylerin; açlık tokluk sinyallerine göre yeme, beden-besin seçimi uygunluğu ve sezgisel yeme ölçeği toplam puanı, obez olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel anlam içerdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.17. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması

Sezgisel Yeme Ölçeği	BKİ Sınıflaması			p^K
	Normal	Hafif şişman	Obez	
	(n:154)	(n:130)	(n:28)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Koşulsuz yeme izni	3.1±0.51	3.2±0.54	3.2±0.42	0.509
Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme	3.0±0.40	3.0±0.45	3.0±0.28	0.510
Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme	3.8±0.6 ^a	3.6±0.77	3.4±0.73 ^b	0.010*
Beden, besin seçimi uygunluğu	3.7±0.75 ^a	3.6±0.76	3.3±0.74 ^b	0.008*
Toplam puan	3.3±0.28 ^a	3.3±0.35	3.2±0.25 ^b	0.043*

K: Kruskal Wallis Testi, * $p<0.05$, a>b

Tablo 4.18’de bireylerin KIDMED toplam puanı ve puan sınıflaması verilmiştir. Bu tabloya göre bireylerin %35.3’ünün düşük, %52.6’sının orta ve %12.2’sinin yüksek puan aralığında olduğu belirlenmiştir. Akdeniz diyetine uyum düzeyi ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bireylerin KIDMED puan ortalaması 4.5±2.46 (kadın: 4.6±2.50, erkek: 4.4±2.42) olarak belirlenmiş ve bu puan ortalamasının cinsiyetler arası benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.18. Bireylerin KIDMED puan ortalaması ve sınıflaması

KIDMED Puan Sınıflaması	Kadın (n:127)		Erkek (n:185)		Toplam (n:312)		p
	n	%	n	%	n	%	
Düşük (≤3 puan)	42	33.1	68	36.8	110	35.3	0.148 ^K
Orta (4-7 puan)	64	50.4	100	54.0	164	52.6	
Yüksek (≥8 puan)	21	16.5	17	9.2	38	12.2	
$\bar{X} \pm SS$	4.6±2.50		4.4±2.42		4.5±2.46		0.447 ^M
Medyan	4.0		4.0		4.0		
(Alt-Üst)	(0.0-10.0)		(0.0-11.0)		(0.0-11.0)		

K: Ki Kare Testi, M: Mann Whitney U Testi

Tablo 4.19'a göre bireylerin medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyinin KIDMED toplam puanı üzerinde anlamlı bir etkinliğinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Yaş aralığı 18-29 yıl olan bireylerin KIDMED puan ortalaması 3.8 ± 2.38 iken, elli yaş ve üzerinde olan bireylerin puan ortalaması 5.1 ± 2.54 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre elli ve üstü yaş grubunda yer alan bireylerin Akdeniz diyetine uyumları 18-29 yaş grubunda yer alan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yalnız (4.5 ± 2.79) ya da ailesiyle (4.6 ± 2.37) yaşayan bireylerin KIDMED puanı arkadaşlarıyla (1.7 ± 2.06) yaşayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.19. Bireylerin demografik özelliklerine göre KIDMED puan ortalaması

	n	KIDMED $\bar{X} \pm SS$	p
Yaş (yıl)			
18-29	62	3.8±2.38 ^b	0.029^{K*}
30-39	109	4.5±2.30	
40-49	77	4.6±2.56	
≥ 50	64	5.1±2.54 ^a	
Medeni durum			
Evli	204	4.6±2.37	0.201 ^M
Bekar	108	4.3±2.61	
Eğitim durumu			
Lise	14	5.4±1.74	0.084 ^K
Lisans	228	4.4±2.46	
Lisansüstü	70	4.6±2.53	
Yaşam şekli			
Yalnız	45	4.5±2.79 ^a	0.019^{K*}
Aile ile evde	260	4.6±2.37 ^a	
Arkadaş ile evde	7	1.7±2.06 ^b	
Gelir düzeyi			
Yüksek	69	4.5±2.34	0.742 ^K
Orta	147	4.6±2.33	
Düşük	96	4.4±2.73	

K: Kruskal Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05, a>b

Tablo 4.20'e göre; kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre, sigara kullanmayanların kullananlara göre, aktivite yapan bireylerin yapmayanlara göre, diyet uygulayanların uygulamayanlara göre, sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre ve öğün atlamayanların öğün atlayanlara göre Akdeniz diyetine uyumları daha yüksek bulunmuştur. Tüm bu ortalamalar arasında istatistiksel anlam içeren bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 4.20. Bireylerin bazı alışkanlıklarına göre KIDMED puan ortalaması

	n	KIDMED $\bar{X} \pm SS$	p
Kronik hastalık durumu			
Var	79	5.0±2.40	0.038^{M*}
Yok	233	4.3±2.45	
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyor	109	4.1±2.44	0.035^{M*}
Kullanmıyor	233	4.7±2.44	
Alkol kullanma durumu			
Kullanıyor	9	4.5±2.18	0.958 ^M
Kullanmıyor	283	4.5±2.48	
Aktivite yapma durumu			
Yapıyor	142	4.9±2.20	0.013^{M*}
Yapmıyor	170	4.2±2.61	
Diyet uygulama durumu			
Uyguluyor	43	5.2±2.27	0.038^{M*}
Uygulamıyor	269	4.4±2.47	
Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme durumu			
Evet	192	4.9±2.31	0.000^{M*}
Hayır	120	3.9±2.56	
Öğün atlama durumu			
Atlıyor	181	4.0±2.44	0.000^{M*}
Atlamıyor	131	5.2±2.30	
Yemek yeme hızı			
Uzun süre çiğneyerek	33	4.7±2.41	0.583 ^K
Normal hızda	186	4.6±2.48	
Hızlı	93	4.3±2.42	

K: Kruskal Wallis Testi, M: Mann Whitney U Testi, *p<0.05

Tablo 4.21'e göre normal kilolu, hafif şişman ve obez bireylerin KIDMED puan ortalaması sırasıyla; 4.3±2.50, 4.7±2.41 ve 4.6±2.41 olarak saptanmıştır. Yapılan analiz sonucunda KIDMED puanının BKİ sınıflamasına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.21. Bireylerin BKİ sınıflamasına göre KIDMED puan ortalaması

	n	KIDMED $\bar{X} \pm SS$	p
BKİ Sınıflaması			
Normal	154	4.3±2.50	0.260 ^K
Hafif şişman	130	4.7±2.41	
Obez	28	4.6±2.41	

K: Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.22’de verilen bilgilere göre Akdeniz diyetine uyumları düşük olan bireylerin %6.4’ü, yüksek olan bireylerin %7.9’u obez olarak belirlenmiştir. Akdeniz diyetine düşük, orta ve yüksek uyumu olan bireylerin normal kilolu olma oranları sırasıyla; %53.6, %47.6 ve %44.7 olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre Akdeniz diyetine uyum sınıflaması ve BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre BKİ değerlerinin dağılımı

BKİ Sınıflaması	KIDMED Sınıflaması						p ^K
	Düşük (n:110)		Orta (n:164)		Yüksek (n:38)		
	n	%	n	%	n	%	
Normal	59	53.6	78	47.6	17	44.7	0.615
Hafif şişman	44	40.0	68	41.4	18	47.4	
Obez	7	6.4	18	11.0	3	7.9	

K: Ki Kare Testi

Tablo 4.23’te verilen bilgilere göre Akdeniz diyetine uyumları düşük olan bireylerin; disinhibisyon, yeme kontrolü, yeme disiplini ve farkındalık puanları, Akdeniz diyetine uyumları yüksek olan gruptan düşük bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Açlık tokluk sinyallerine göre yeme puanı, Akdeniz diyetine uyumları yüksek olan bireylerde diğer gruptaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Akdeniz diyetine uyumları düşük olan bireylerin, beden besin seçimi uygunluğu ve sezgisel yeme toplam puanı, Akdeniz diyetine uyumu orta ve yüksek olan bireylerin puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.23. Bireylerin KIDMED sınıflamasına göre Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması

	KIDMED Sınıflaması			p ^K
	Düşük (n:110)	Orta (n:164)	Yüksek (n:38)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Yeme Farkındalığı Ölçeği				
Disinhibisyon	3.2±0.85 ^a	3.6±0.72 ^a	3.8±0.80 ^b	0.020*
Duygusal yeme	3.4±1.12	3.9±0.94	4.1±0.74	0.195
Yeme kontrolü	3.4±1.00	3.6±0.96	3.8±1.04	0.003*
Odaklanma	3.2±0.44	3.3±0.39	3.3±0.38	0.556
Yeme disiplini	2.9±0.58 ^a	3.4±0.63 ^a	3.6±0.68 ^b	0.034*
Farkındalık	3.2±0.53 ^a	3.3±0.52 ^a	3.6±0.70 ^b	0.001*
Enterferans	3.3±0.91	3.7±0.81	4.1±0.72	0.349
Sezgisel Yeme Ölçeği				
Koşulsuz yeme izni	3.2±0.49	3.2±0.50	3.0±0.61	0.509
Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme	3.0±0.42	3.0±0.40	2.9±0.42	0.510
Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme	3.5±0.73 ^a	3.7±0.73 ^a	4.0±0.64 ^b	0.010*
Beden, besin seçimi uygunluğu	3.3±0.78 ^a	3.7±0.68 ^b	4.0±0.72 ^b	0.008*
Toplam puan	3.2±0.30 ^a	3.3±0.29 ^b	3.4±0.41 ^b	0.043*

K: Kruskal Wallis Testi, *p<0.05, a<b

Tablo 4.24'te bireylerin Yeme Farkındalığı Ölçeğinden aldıkları puanın bazı parametrelerle korelasyonu verilmiştir. Bu tabloya göre yaş ile disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma, yeme disiplini ve enterferans puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Odaklanma faktörü hariç tüm YFÖ alt gruplarının, açlık tokluk sinyallerine göre yeme ve beden besin seçimi uygunluğu puanı arasında pozitif ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Bireylerin BKİ değerinin azalmasıyla; disinhibisyon, yeme kontrolü ve farkındalık puanlarının arttığı belirlenmiştir. Bu faktörler ve BKİ arasında negatif uyum olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puanlarının KIDMED puanıyla arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bireylerin Akdeniz diyetine uyumları arttıkça bu faktörlerin puanlarının arttığı belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 4.24. Bireylerin Yeme Farkındalığı Ölçeği puanının bazı parametrelerle korelasyonu

	Disinhibisyon		Duygusal yeme		Yeme kontrolü		Odaklanma		Yeme disiplini		Farkındalık		Enterferans	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Demografik Özellikler														
Yaş (yıl)	0.167	0.003*	0.128	0.023*	0.018	0.745	0.145	0.010*	0.160	0.005*	0.028	0.624	0.215	0.000*
Antropometrik Ölçümler														
BKİ (kg/m ²)	-0.136	0.016*	-0.101	0.075	-0.173	0.002*	0.070	0.219	-0.056	0.326	-0.197	0.000*	-0.033	0.561
Yeme Farkındalığı Ölçeği														
Dishibisyon	1		0.603	0.000*	0.540	0.000*	0.124	0.028*	0.310	0.000*	0.352	0.000*	0.536	0.000*
Duygusal yeme	0.603	0.000*	1		0.291	0.000*	0.012	0.830	0.145	0.010*	0.176	0.002*	0.453	0.000*
Yeme kontrolü	0.540	0.000*	0.291	0.000*	1		0.233	0.000*	0.223	0.000*	0.364	0.000*	0.303	0.000*
Odaklanma	0.124	0.028*	0.012	0.830	0.233	0.000*	1		0.158	0.005*	0.128	0.023*	0.078	0.167
Yeme disiplini	0.310	0.000*	0.145	0.010*	0.223	0.000*	0.158	0.005*	1		0.257	0.000*	0.248	0.000*
Farkındalık	0.352	0.000*	0.176	0.002*	0.364	0.000*	0.128	0.023*	0.257	0.000*	1		0.211	0.000*
Enterferans	0.536	0.000*	0.453	0.000*	0.303	0.000*	0.078	0.167	0.248	0.000*	0.211	0.000*	1	
Sezgisel Yeme Ölçeği														
Koşulsuz yeme izni	-0.065	0.255	-0.108	0.056	0.038	0.504	-0.037	0.513	-0.100	0.076	0.025	0.662	-0.015	0.793
Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme	-0.185	0.001*	-0.370	0.000*	-0.030	0.593	-0.075	0.185	0.040	0.485	-0.108	0.056	-0.129	0.022*
Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme	0.476	0.000*	0.377	0.000*	0.286	0.000*	0.065	0.254	0.163	0.004*	0.225	0.000*	0.318	0.000*
Beden, besin seçimi uygunluğu	0.243	0.000*	0.173	0.002*	0.230	0.000*	0.050	0.374	0.270	0.000*	0.221	0.000*	0.303	0.000*
Toplam puan	0.256	0.000*	0.070	0.218	0.251	0.000*	0.005	0.925	0.161	0.004*	0.169	0.003*	0.226	0.000*
KIDMED Ölçeği	0.292	0.000*	0.242	0.000*	0.118	0.038*	0.071	0.214	0.409	0.000*	0.168	0.003*	0.286	0.000*

İki Yönlü Korelasyon Testi, *p<0.05

Tablo 4.25’te göre Sezgisel Yeme toplam puanı ve BKİ arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bireylerin BKİ değerleri arttıkça sezgisel yeme puanının azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Açlık tokluk sinyallerine göre yeme ve beden, besin seçimi uygunluğuna göre yeme puanının artışının BKİ değerini azalttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Akdeniz diyetine uyumun artmasının; koşulsuz yeme izni puanını azalttığı belirlenmiştir. Akdeniz diyetine olan uyum artışının açlık tokluk sinyallerine göre yeme, beden besin seçimi ve sezgisel yeme toplam puanını arttırdığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).



Tablo 4.25. Bireylerin Sezgisel Yeme Ölçeği puanının bazı parametrelerle korelasyonu

	Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3		Faktör 4		Toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Demografik Özellikler										
Yaş (yıl)	-0.042	0.455	-0.068	0.228	0.095	0.095	0.049	0.386	0.024	0.671
Antropometrik Ölçümler										
BKİ (kg/m ²)	0.015	0.795	0.023	0.689	-0.167	0.003*	-0.147	0.009*	-0.132	0.019*
Yeme Farkındalığı Ölçeği										
Dishibisyon	-0.065	0.255	-0.185	0.001*	0.476	0.000*	0.243	0.000*	0.256	0.000*
Duygusal yeme	-0.108	0.056	-0.370	0.000*	0.377	0.000*	0.173	0.002*	0.070	0.218
Yeme kontrolü	0.038	0.504	-0.030	0.593	0.286	0.000*	0.230	0.000*	0.251	0.000*
Odaklanma	-0.037	0.513	-0.075	0.185	0.065	0.254	0.050	0.374	0.005	0.925
Yeme disiplini	-0.100	0.076	0.040	0.485	0.163	0.004*	0.270	0.000*	0.161	0.004*
Farkındalık	0.025	0.662	-0.108	0.056	0.225	0.000*	0.221	0.000*	0.169	0.003*
Enterferans	-0.015	0.793	-0.129	0.022*	0.318	0.000*	0.303	0.000*	0.226	0.000*
Sezgisel Yeme Ölçeği										
Koşulsuz yeme izni		1	0.118	0.038	-0.077	0.175	-0.006	0.917	0.434	0.000*
Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme	0.118	0.038*		1	-0.033	0.567	-0.012	0.831	0.485	0.000*
Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme	-0.077	0.175	-0.033	0.567		1	0.375	0.000*	0.684	0.000*
Beden, besin seçimi uygunluğu	-0.006	0.917	-0.012	0.831	0.375	0.000*		1	0.540	0.000*
Toplam puan	0.434	0.000*	0.485	0.000*	0.684	0.000*	0.540	0.000*		1
KIDMED Ölçeği	-0.144	0.011*	-0.026	0.642	0.237	0.000*	0.364	0.000*	0.187	0.001*

İki Yönlü Korelasyon Testi, *p<0.05, Faktör 1: Koşulsuz yeme izni, Faktör 2: Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme, Faktör 3: Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme, Faktör 4: Beden, besin seçimi uygunluğu

Bireylerin KIDMED puanının bazı parametrelerle korelasyonu Tablo 4.26’da verilmiştir. Bu tabloda yer alan bilgilere göre bireylerin Akdeniz diyetine uyumları arttıkça yaşlarının arttığı belirlenmiştir. Akdeniz diyetine uyum düzeyi ve yaş arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bireylerin KIDMED puanının YFÖ-30 alt ölçeklerinden odaklanma hariç tümüyle arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Koşulsuz yeme izni puanının KIDMED puanıyla arasında negatif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yemeye koşulsuz izin verme durumu arttıkça Akdeniz diyetine uyumun azaldığı belirlenmiştir.

Toplam sezgisel yeme puanının artmasının Akdeniz diyetine uyumu arttırdığı belirlenmiştir. Bu iki faktör arasında pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.26. Bireylerin KIDMED puanının bazı parametrelerle korelasyonu

	KIDMED	
	r	p
Demografik Özellikler		
Yaş (yıl)	0.185	0.001*
Antropometrik Ölçümler		
BKİ (kg/m^2)	0.071	0.212
Yeme Farkındalığı Ölçeği		
Disinhibisyon	0.292	0.000*
Duygusal yeme	0.242	0.000*
Yeme kontrolü	0.118	0.038*
Odaklanma	0.071	0.214
Yeme disiplini	0.409	0.000*
Farkındalık	0.168	0.003*
Enterferans	0.286	0.000*
Sezgisel Yeme Ölçeği		
Koşulsuz yeme izni	-0.144	0.011*
Duygusal değil fiziksel nedene bağlı yeme	-0.026	0.642
Açlık, tokluk sinyallerine göre yeme	0.237	0.000*
Beden, besin seçimi uygunluğu	0.364	0.000*
Toplam puan	0.187	0.001*

İki Yönlü Korelasyon Testi, * $p<0.05$

5. TARTIŞMA

Bu bölümde katılımcıların yeme farkındalığı durumları, sezgisel beslenme durumları ve Akdeniz diyeti kalite indeksleri; sosyo-demografik özellikler ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile bazı beslenme alışkanlıklarına göre başlıklar halinde incelenmiştir.

5.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada YFÖ-30 alt faktörlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi sonucunda kadınların yeme kontrolü ve farkındalık puanlarının erkeklerin yeme kontrolü ve farkındalık puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yine YFÖ-30 alt faktörlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi sonucunda erkeklerin duygusal yeme ve enterferans puanlarının kadınların duygusal yeme ve enterferans puanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Gorgulu Dogan ve Tengilimoglu Metin'in (59) yetişkinlerde yeme farkındalığı ile ilgili yaptıkları çalışmada erkeklerin disinhibisyon ve duygusal yeme alt faktör puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Giannopoulou ve ark. (130) tarafından üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise kadınların duygusal yeme puanı dışındaki diğer alt faktör puanlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özkan ve Bilici (131) tarafından yürütülen başka bir çalışmada erkeklerin duygusal yeme puanının kadınlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu örneklerde görülen farklı sonuçların seçilen örneklemelerin yaş, eğitim düzeyi, genel özellikler vb. açısından farklı oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada normal BKİ sınıfına dahil olan katılımcıların disinhibisyon, yeme kontrolü, yeme disiplini ve farkındalık alt faktör puanlarının hafif şişman ve obez bireylere kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Kaya Cebioğlu ve ark. (132) üniversite öğrencileriyle yürüttüğü bir çalışmada kadınların, BKİ değeri yüksek olan katılımcıların ve yeme farkındalığı düşük olan katılımcıların gıda bağımlılığı riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum ise yeme farkındalığının yeme bağımlılığı, BKİ ve cinsiyet ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Durukan ve Gül (133) tarafından yapılan bir çalışmada ise katılımcıların BKİ değerleri ile yeme farkındalığı puanlarının ters ilişkili olduğu bulunmuştur. Moor ve ark. (134) yürüttüğü başka bir çalışmada da BKİ ile yeme farkındalığı arasında ters ilişki saptanmıştır.

Bu çalışmaya göre; fiziksel aktivite yapan (3.3 ± 0.66), diyet yapan (3.4 ± 0.60) ve sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen (3.4 ± 0.64) katılımcıların yeme disiplini alt ölçeği puanının; fiziksel aktivite yapmayan (3.1 ± 0.68), diyet yapmayan (3.2 ± 0.69) ve sağlıklı beslenme bilgisine sahip olmadığını düşünen (2.9 ± 0.66) katılımcıların yeme disiplini alt ölçeği puanına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç; fiziksel aktivite ve diyet yapan bireylerin genellikle daha fazla plan ve disiplin üzerine yoğunlaşan bir hayat düzeni oluşturduğunu ve bu durumun beslenme şekline de etki ettiğini düşündürmektedir. Dinçer ve ark. (135) yürüttüğü bir çalışmada fiziksel aktivitenin yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Moor ve ark. (134) tarafından yapılan çalışmada fiziksel olarak aktif katılımcıların farkındalığının düşük olduğu ve duygusal beslendikleri belirtilmiştir.

5.2. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada katılımcıların %58'inin öğün atladığı ($p < 0.05$) ve en çok atlanan öğünün sabah öğünü (%36.2) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu acıkmama sebebiyle (%25) ana öğün atladıklarını bildirmiştir. Öğün atlayan katılımcıların farkındalık (3.2 ± 0.55) ve yeme disiplini (3.1 ± 0.66) puan ortalamalarının, öğün atlamayan katılımcıların farkındalık (3.4 ± 0.56) ve yeme disiplini (3.4 ± 0.67) puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Karataş'ın (124) yüksekokul öğrencileriyle yürüttüğü çalışmada ise katılımcıların %79.7'sinin öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün ikindi öğünü (%23) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğu canları istemediği için (%37.3) öğün atladıklarını belirtmiştir. Öğün atlayan katılımcıların öğün atlamayan katılımcılara oranla yeme farkındalığı puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Tözün ve ark. (136) çalışmasında öğrencilerin çoğunluğunun öğle öğünü atladığı (%44.6) bulunmuştur. Niemeier ve ark. (137) ise yetişkinlik dönemine geçişte artan fast-food tüketimiyle birlikte kahvaltı öğününün daha fazla atlandığını belirtmiştir.

5.3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Sezgisel Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmada; sezgisel yeme alt gruplarından duygusal yerine fiziksel nedenlere bağlı olarak yeme puan ortalamasının kadınlarda (3.1 ± 0.41) erkeklere (3.0 ± 0.41) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Jackson ve ark. (138) 156 kadın ve 146 erkek katılımcı ile yürüttükleri çalışmada ise erkeklerin duygusal yerine fiziksel nedenlere bağlı olarak yeme puanı kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Gast ve ark. (139) çalışmasında Hawks ve ark. (99) tarafından geliştirilen 27 maddeden oluşan bir sezgisel yeme ölçeği kullanmıştır. Gast ve ark. (139) bu çalışmada erkeklerin sezgisel beslenmenin diyet reddi ve kişisel bakım alt faktörlerinden kadınlara göre daha yüksek puan aldığını saptamıştır. Smith ve Hawks'ın (104) yürüttüğü çalışmada ise erkeklerin diyet reddi alt ölçeği puan ortalamasının kadınlardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmaya göre; sezgisel yemenin alt gruplarından olan koşulsuz yeme izni ve duygusal değil fiziksel nedenlere bağlı olarak yeme puanlarıyla BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak normal BKİ değerlerine sahip katılımcıların; açlık-tokluk sinyallerine göre yeme, beden-besin seçimi uygunluğuna göre yeme ve sezgisel yeme toplam puanlarının obez olan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Hawks ve ark. (99) kadınlarda Sezgisel Yeme Ölçeği puanı ile BKİ arasında ters ilişki olduğunu saptamıştır. Smith ve Hawks'ın (104) yürüttüğü başka bir çalışmada erkeklerde de Sezgisel Yeme Ölçeği puanı arttıkça BKİ'nin düştüğüne yönelik bir sonuç elde edilmiştir. Gödde ve ark. (140) çalışmasına göre obez olmayan bireylerde sezgisel yeme ölçeği puanı obez olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu örneklerle göre; bireylerde ağırlık kaybı sağlamada sezgisel beslenmenin fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada fiziksel aktivite yapanların Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması ile (3.3 ± 0.28) fiziksel aktivite yapmayan katılımcıların Sezgisel Yeme Ölçeği puan ortalaması (3.3 ± 0.33) arasında anlamlı bir fark gözlenememiştir ($p > 0.05$). Dinçer ve ark. (135) çalışmasında da benzer bir şekilde sezgisel yeme ile fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Moy ve ark. (141) yaptığı bir çalışmada fiziksel aktivite yapmanın istenilen yiyeceği yemeye daha az izin vermek ve duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlere bağlı olarak yemek yeme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

5.4. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Sezgisel Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmaya göre; diyet yapmayan katılımcıların Sezgisel Yeme Ölçeği puanı ortalaması (3.3 ± 0.31) diyet yapan katılımcılara göre (3.2 ± 0.33) daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0.05$). Moy ve ark. (141) yaptığı çalışmada diyet yapmayan katılımcıların koşulsuz yemeye izin verme ve duygusal sebepler yerine fiziksel sebeplere bağlı olarak yemek yeme faktörü puan ortalamaları diyet yapan katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Diyet yapmayan katılımcıların fiziksel açlık-tokluk ipuçlarına güvenme faktörü puan ortalaması da diyet yapan katılımcılara göre yüksek bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p > 0.05$). Smith ve Hawks'ın (104) çalışmasına göre sezgisel yeme puanı artışının daha az diyet yapma davranışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Shouse ve Nilsson (142) ise yaptıkları bir çalışmada diyet dışı programların diyet kalitesini iyileştirmede olumlu etki gösterebileceğini belirtmiştir.

5.5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Akdeniz Diyeti Kalite İndekslerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada; katılımcıların KIDMED puan ortalamasının 4.5 ± 2.46 (Kadın: 4.6 ± 2.50 , Erkek: 4.4 ± 2.42) olduğu saptanmış ve bu puan ortalamasının cinsiyetler arasında anlamlı bir fark göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$). Katılımcıların KIDMED puan ortalamaları Akdeniz diyetine uyumluluklarının geliştirilmesi gereken 'orta' düzeyde olduğunu göstermektedir. Martinez-Gonzalez ve ark. (143) çalışmasında Akdeniz Diyetine Bağlılık Ölçeği (MEDAS) kullanılmıştır ve bu ölçeğe göre ≤ 7 puan Akdeniz diyetine uyumun düşük seviyede olduğunu göstermektedir. Martinez-Gonzalez ve ark. (143) yürüttüğü bu çalışmada kadınların puan ortalamasının 8.5 ± 2.0 , erkeklerin puan ortalamasının ise 8.7 ± 2.0 olduğu saptanmıştır. Caparello ve ark. (144) tarafından yapılan ve MEDAS'ın kullanıldığı bir başka çalışmada kadınların puan ortalamasının 7.3 ± 1.8 , erkeklerin puan ortalamasının 7.4 ± 2.0 olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Godos ve ark. (145) yürüttüğü bir çalışmada da Akdeniz diyetine bağlılık açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Bu örnekler; kadın ve erkeklerin diyet kalitelerinin genel olarak benzer olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmaya göre; KIDMED puanı ortalaması normal kilolularda 4.3 ± 2.50 , hafif şişmanlarda 4.7 ± 2.41 , obez katılımcılarda ise 4.6 ± 2.41 olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucuna göre KIDMED puanı ile BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çatak ve ark. (146) çalışmasında düşük veya normal kilolu katılımcıların MEDAS puanı ortalaması 7.1 ± 2.07 , hafif şişman veya obez katılımcıların MEDAS puanı ortalaması 6.9 ± 1.74 olarak bulunmuştur. Düşük veya normal kilolu sınıftaki katılımcıların MEDAS puanı ortalaması hafif şişman veya obez sınıftaki katılımcıların MEDAS puanı ortalamasından yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Uzdil ve Koç'un (147) yürüttüğü bir çalışmada BKİ ile KIDMED verileri karşılaştırılmış ancak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Kırşan ve Ateş Özcan'ın (148) çalışmasında da benzer bir şekilde BKİ değeri ile KIDMED puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlara göre ağırlık kaybı ya da kazanımı üzerinde diyetin içeriğinin yanında diyetin sağladığı total enerji miktarının ve bu enerjinin besin gruplarına göre dağılım oranının da etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada; yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların KIDMED puanı ortalaması 4.5 ± 2.34 , orta gelir düzeyine sahip katılımcıların KIDMED puanı ortalaması 4.6 ± 2.33 , düşük gelir düzeyine sahip katılımcıların KIDMED puanı ortalaması 4.4 ± 2.73 olarak saptanmıştır. En düşük puan ortalaması düşük gelir düzeyine sahip katılımcılarda gözlenmesine rağmen bu fark anlamlı değildir ($p > 0.05$). Serra-Majem ve ark. (127) bir çalışmada katılımcıların sosyoekonomik düzeyi ile KIDMED puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Grosso ve ark. (38) yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcı grubunda en düşük Akdeniz diyeti bağlılığı gözlenmiştir ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

5.6. Katılımcıların Beslenme Alışkanlıklarına Göre Akdeniz Diyeti Kalite İndekslerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmaya göre; öğün atlamayan katılımcıların KIDMED puan ortalaması 5.2 ± 2.30 , öğün atlayan katılımcıların KIDMED puan ortalaması 4.0 ± 2.44 olarak saptanmıştır. Öğün atlamayan katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Aşit'in (149) çalışmasına göre öğün atlayan katılımcıların öğün atlamayanlara göre Akdeniz diyetine uyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Torpil ve Tokatlı Demirok (150) tarafından yürütülen bir çalışmada da ana öğün atlayan katılımcıların KIDMED puanı ortalaması (4.9 ± 2.8), ana öğün atlamayan katılımcıların KIDMED puanı ortalamasından (5.8 ± 2.9) daha düşük bulunmuştur. Tarıkahya Cığerli'nin (151) çalışmasına göre öğün atlayan katılımcıların KIDMED puanı ortalaması öğün atlamayan katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur.

5.7. Katılımcıların Yeme Farkındalığı, Sezgisel Beslenme ve Akdeniz Diyetine Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada; odaklanma faktörü dışında tüm YFÖ-30 alt faktörlerinin, açlık tokluk sinyallerine göre yeme puanı ve beden besin seçimi uygunluğu puanıyla arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p < 0.05$). Bennett ve Latner'ın (8) çalışmasında da yeme kontrolü ile açlık, tokluk sinyallerine göre yeme davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kerin ve ark. (6) çalışmasına göre duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlere bağlı yeme ile farkındalık arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Bu örnekler; yeme davranışında aşırıya kaçmayı engellemek için vücudun açlık tokluk sinyallerini dinlemenin önemli ve etkili bir yöntem olduğu fikrini düşündürmektedir.

Bu çalışmaya göre; YFÖ-30 alt faktörlerinden duygusal yeme ile sezgisel yeme alt gruplarından koşulsuz yeme izni arasında anlamlı olmayan ancak negatif bir korelasyon saptanmıştır ($p > 0.05$). Ouwens ve ark. (152), van Strien ve ark. (153), van Strien ve Oosterveld (154) tarafından yapılan çalışmalarda ise duygusal yeme ile daha az düzeyde diyet kısıtlaması arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada Akdeniz diyetine uyumları düşük olan katılımcıların; YFÖ-30 alt faktörlerinden disinhibisyon, yeme kontrolü, yeme disiplini ve farkındalık puanlarının, Akdeniz diyetine uyumları yüksek olan gruptan daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). YFÖ-30 alt faktörleri ile KIDMED puan ortalaması karşılaştırıldığında odaklanma alt ölçeği hariç diğer alt faktörler ile KIDMED puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p < 0.05$). Sezgisel yeme alt gruplarından açlık-tokluk sinyallerine göre yeme puanı, Akdeniz diyetine uyumları yüksek olan katılımcılarda orta ve düşük olan katılımcılara oranla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Akdeniz diyetine uyumları orta ve yüksek olan katılımcıların sezgisel yeme alt gruplarından beden, besin

seçimi uygunluğu puanı ile sezgisel yeme toplam puanı Akdeniz diyetine uyumu düşük olan katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Grider ve ark. (155) çalışmasında yeme farkındalığı ve sezgisel yemenin diyet kalitesi ve enerji alımı üzerinde tutarlı bir etki göstermediği belirtilmektedir. Gorgulu Dogan ve Tengilimoglu Metin'in (59) çalışmasına göre YFÖ-30 alt ölçeği yeme disiplini ile Akdeniz diyetine uyum arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yıldırım ve Kaya Cebioğlu'nun (156) çalışmasında YFÖ-30 alt faktörlerinden disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık ve enterferans puanlarının artmasıyla Akdeniz diyetine uyumun pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

1. Çalışmaya 312 kurum personeli katılmış olup personellerin %40.7'sini (127 kişi) kadın, %59.3'ünü (185 kişi) erkekler oluşturmaktadır.

2. Katılımcıların yaş ortalaması 39.2 ± 9.83 yıl olup, %65.4'ü evli olduğunu bildirmiştir.

3. Çalışmaya katılan bireylerin %4.5'i lise, %73.1'i lisans, %22.4'ü lisansüstü mezundur.

4. Katılımcıların çoğunluğunun (%83.3) ailesi ile yaşadığı ve katılımcıların %22.1'inin yüksek, %47.1'inin orta, %30.8'inin düşük gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

5. Katılımcıların %25.3'ü kronik bir hastalığı olduğunu, kronik hastalıklar içerisinde de çoğunlukla hipertansiyon varlığını (%6.1) bildirmiştir.

6. Çalışmaya katılan bireylerin %34.9'unun sigara kullandığı saptanmıştır. Sigara kullanım miktarı sigara kullanan katılımcılarda ortalama 12.4 ± 6.98 adet olarak belirlenmiş olup cinsiyetler arası sigara kullanım miktarı açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0.05$). Katılımcıların %9.6'sı alkol kullandığını belirtmiştir. Alkol kullanım miktarı alkol kullanan katılımcılarda ortalama 311.1 ± 598.64 ml/hafta olarak belirlenmiş olup cinsiyetler arası alkol kullanım miktarı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

7. Çalışmaya katılan bireylerin %45.5'i fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. Katılımcılar arasında cinsiyete göre fiziksel aktivite yapma durumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Katılımcılar fiziksel aktivite olarak çoğunlukla (%36.9) yürüyüş yaptığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite yapan katılımcıların ortalama fiziksel aktivite süreleri kadınlar için 50.6 ± 85.54 dk/hafta, erkekler için 71.2 ± 129.50 dk/hafta olarak tespit edilmiş ve bu iki değer arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

8. Katılımcıların diyet uygulama durumlarına bakıldığında kadınların %22'sinin, erkeklerin %8.1'inin diyet uyguladığı saptanmıştır. Cinsiyetler arası diyet uygulama durumları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Diyet uygulayan katılımcılar yüksek oranda (%10.9) vücut ağırlığı kaybı diyeti uyguladıklarını belirtmiştir.

9. Çalışmaya katılan bireylerin %61.5'i sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşündüğünü bildirmiştir. Cinsiyet ile sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünme

durumu incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen katılımcılar sağlıklı beslenme bilgisini çoğunlukla internet aracılığıyla (%45.8) edindiklerini belirtmiştir.

10. Çalışmaya katılan bireylerin %58'inin öğün atladığı belirlenmiştir. Kadınların %67.7'si öğün atlarken erkeklerin %51.4'ü öğün atladığını bildirmiştir. Yapılan analiz sonucunda cinsiyet ile öğün atlama durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Öğün atlayan katılımcılar, ana öğünler arasında en fazla kahvaltı (%36.2) öğününü atladıklarını ve ana öğün atlama gerekçeleri içerisinde en sık acıkmama (%25) sebebi ile öğün atladıklarını bildirmişlerdir. Ara öğünler açısından bir değerlendirme yapıldığında ise öğün atlayan katılımcılar, ara öğünler arasında en fazla kuşluk (%28.5) öğününü atladıklarını ve ara öğün atlama gerekçeleri içerisinde en sık acıkmama (%20.8) sebebi ile öğün atladıklarını bildirmişlerdir.

11. Katılımcıların %59.6'sının normal hızda, %29.8'inin hızlı yemek yediği belirlenmiştir. Kadınların %15'inin uzun süre çiğneyerek, %62.2'sinin normal hızda, %22.8'inin hızlı yemek yediği; erkeklerin %7.6'sının uzun süre çiğneyerek, %57.8'inin normal hızda, %34.6'sının hızlı yemek yediği saptanmıştır. Yeme hızı ile cinsiyet arasındaki ilişki analiz edildiğinde, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

12. BKİ sınıflamasına göre çalışmaya katılan bireylerin %49.4'ü normal, %41.7'si hafif şişmandır. Kadınların %73.2'si normal, %22'si hafif şişman; erkeklerin %33'ü normal, %55.1'i hafif şişmandır. Kadın ve erkeklerin BKİ değerleri ortalaması sırasıyla 23.8 ± 3.91 kg/m² ve 26.2 ± 3.32 kg/m²'dir.

13. 18-29 yaş aralığında olan katılımcıların BKİ değeri ortalamasının diğer yaş grubundaki katılımcıların BKİ değerleri ortalamasından istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evli katılımcıların BKİ değeri ortalaması (26.0 ± 3.79 kg/m²), bekar katılımcılara göre (24.5 ± 3.73 kg/m²) daha yüksek olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

14. Kronik hastalığı olmayan katılımcıların (26.5 ± 4.31 kg/m²) olanlara göre (25.1 ± 3.58 kg/m²), diyet uygulayan katılımcıların (26.4 ± 3.41 kg/m²) uygulamayanlara göre (25.3 ± 3.88 kg/m²), öğün atlamayan katılımcıların (25.9 ± 3.62 kg/m²) atlayanlara göre (25.1 ± 3.95 kg/m²), hızlı yemek yiyen katılımcıların (26.0 ± 3.31 kg/m²) uzun süre çiğneyerek yiyenlere göre (24.0 ± 4.52 kg/m²) BKİ değeri ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

15. YFÖ-30 alt faktörlerinden duygusal yeme ve enterferans puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre, yeme kontrolü ve farkındalık puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

16. YFÖ-30 alt faktörleri ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, YFÖ-30 alt faktörlerinden disinhibisyon puanı ortalaması ≥ 50 yaş grubundaki katılımcılarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Enterferans puan ortalaması ise ≥ 50 yaş grubundaki katılımcılarda 18-29 yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

17. YFÖ-30 alt faktörleri ile ikamet etme yeri değerlendirildiğinde ise, odaklanma ve yeme disiplini puan ortalamalarının arkadaş ile evde yaşayan katılımcılarda yalnız veya ailesi ile evde yaşayan katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

18. Katılımcıların bazı alışkanlıkları ile YFÖ-30 alt faktörleri arasındaki ilişki incelendiğinde, kronik hastalığı olanların odaklanma ve enterferans puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara kullanan katılımcıların duygusal yeme puan ortalaması kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

19. Fiziksel aktivite yapan, bir diyet programı uygulayan, sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen katılımcıların yeme disiplini puan ortalamaları; fiziksel aktivite yapmayan, bir diyet programı uygulamayan, sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünmeyen katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünen katılımcıların disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans puan ortalamalarının sağlıklı beslenme bilgisine sahip olmadığını düşünenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öğün atlamayan katılımcılarınsa öğün atlayanlara göre yeme disiplini ve farkındalık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

20. YFÖ-30 alt faktörleri BKİ sınıflamasına göre incelendiğinde; normal BKİ sınıflamasındaki katılımcıların disinhibisyon ve yeme kontrolü puan ortalamalarının hafif şişman katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Normal ve hafif şişman katılımcıların yeme disiplini ve farkındalık puanı ortalamaları ise obez katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

21. Sezgisel yeme ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sezgisel yeme alt faktörlerinden ‘açlık, tokluk sinyallerine göre yeme’ en yüksek puan ortalamasına, ‘duygusal nedenler yerine fiziksel nedenlere bağlı yeme’ en düşük puan ortalamasına sahiptir. Sezgisel yeme ile cinsiyet arasındaki ilişki değerlendirildiğinde kadınların duygusal nedenler yerine

fiziksel nedenlere bağılı yeme puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

22. Sezgisel yeme ölçeği puanları ile katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıkları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; alkol kullanan katılımcıların sezgisel yeme alt faktörlerinden koşulsuz yeme izni puan ortalamasının alkol kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sağlıklı beslenme bilgisine sahip olmadığını düşündüğünü belirtenlerin koşulsuz yeme izni puan ortalamasının sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşündüğünü belirtenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Beden-besin seçimi uygunluğu puan ortalamalarının ise sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşündüğünü belirten katılımcılarda sağlıklı beslenme bilgisine sahip olmadığını düşündüğünü belirtenlere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$).

23. Sezgisel yeme ölçeği, açlık-tokluk sinyallerine göre yeme ve beden-besin seçimi uygunluğu puan ortalamalarının normal kilolu katılımcılarda obez katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

24. KIDMED puanı ortalamaları incelendiğinde; ≥ 50 yaş grubu puan ortalamasının 18-29 yaş grubu puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. İkamet etme durumları karşılaştırıldığında ise yalnız ve ailesi ile yaşayanların puan ortalamasının arkadaşı ile yaşayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$).

25. Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre, sigara kullanmayanların kullananlara göre, fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre, diyet uygulayanların uygulamayanlara göre, sağlıklı beslenme bilgisine sahip olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre, öğün atlamayanların ise atlayanlara göre KIDMED puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

26. KIDMED puanı sınıflamasına göre yeme farkındalığı durumu değerlendirildiğinde; disinhibisyon, yeme kontrolü, yeme disiplini ve farkındalık alt faktörleri puan ortalamalarının Akdeniz diyetine uyumları yüksek olan grupta düşük olan gruba kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

27. KIDMED puanı sınıflamasına göre sezgisel yeme durumu değerlendirildiğinde; açlık-tokluk sinyallerine göre yeme alt faktörü ortalamasının Akdeniz diyetine uyumu yüksek olan grupta Akdeniz diyetine uyumu düşük ve orta olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Akdeniz diyetine uyumu orta ve yüksek olan katılımcıların ise sezgisel yeme ölçeği toplam puan ve beden-besin seçimi uygunluğu puan ortalamalarının Akdeniz diyetine uyumu düşük olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

28. Katılımcıların yaşları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma, yeme disiplini ve enterferans puanlarının; katılımcıların BKİ değerleri düştükçe disinhibisyon, yeme kontrolü ve farkındalık puanlarının artış gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

29. Odaklanma faktörü dışındaki tüm YFÖ alt faktörü puanlarının, açlık tokluk sinyallerine göre yeme ve beden besin seçimi uygunluğu puanı ile arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$).

30. Katılımcıların BKİ değerleri düştükçe sezgisel yeme ölçeği, açlık-tokluk sinyallerine göre yeme, beden-besin seçimi uygunluğu puanlarının arttığı saptanmıştır ($p<0.05$).

31. Katılımcıların Akdeniz diyetine uyumları arttıkça açlık-tokluk sinyallerine göre yeme, beden-besin seçimi uygunluğu ve sezgisel yeme ölçeği puanlarının arttığı, koşulsuz yeme izni puanının ise azaldığı tespit edilmiştir ($p<0.05$).

32. Katılımcıların yaşları arttıkça Akdeniz diyetine uyumlarının arttığı tespit edilmiştir. YFÖ-30 alt faktörlerinden disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans puanları ile Akdeniz diyetine uyum arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Yeme farkındalığı ve sezgisel yeme kavramları bireylerin kendi açlık-tokluk durumlarının farkında olarak ve iradelerini göz önünde bulundurarak oluşturdukları bir beslenme düzenini sağlamaktadır. Bu kavramların beslenme düzenine adapte edilmesi kişilerin fiziksel açlık durumunun duygusal açlık durumundan çok daha farklı sebeplerden ileri geldiğini daha rahat gözlemleyebilmelerine olanak sağlamaktadır. Yeme farkındalığı ve sezgisel yeme kavramları ışığında beslenmek, beden-besin seçimi ilişkisini anlamayı kolaylaştırdığından kişilerin besin seçimlerinin vücut için yeterli düzeyde ve yarar sağlayacak biçimde olmasına yardımcı olabilmektedir.

Artan obezite ve yeme bozukluklarının önüne geçmede tek başına diyet tedavisini denemek çoğu zaman sürdürülebilir olmamakla birlikte bireylerin tedaviye ön yargı ile yaklaşımlarına neden olabilmektedir. Bu süreçte hem yeme farkındalığı hem de sezgisel beslenme hakkında kişileri bilgilendirmek başarılı sonuca ulaşmada etkin olabilmekle birlikte beslenme bilincini arttırmada rol oynamaktadır. Gün içinde bireyler yeme

davranışıyla ilgili çok sayıda çevresel uyarana maruz kalmakta bu da kişinin kendi bedeninin açlık-tokluk sinyallerini daha az görmesine sebebiyet verebilmektedir. Yeme farkındalığı ve sezgisel beslenme hem vücut için doğru besini seçmeye hem de seçilen besin miktarları üzerinde porsiyon kontrolü yapmaya olanak sağlayabilmektedir.

Çalışmanın yalnızca kamu kurumu personelleriyle yürütülmesi, veri sayısı ve katılımcıların beslenme durumları ile ilgili elde edilen kısıtlı bilgi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Bu çalışmanın örnekleminin kamu kurumu personelleri olarak seçilmesinin toplumun yetişkin ve iş gücüne sahip kesimi hakkında yeme davranışıyla ilgili birçok fikir elde edilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmanın örneklemine göre de artmış yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışının diyet kalitesi üzerinde pozitif etkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçlardan hareketle yeme davranışı ile ilgili kullanılan tedavi yöntemlerine yeme farkındalığı ve sezgisel yeme eğitiminin eklenmesinin diyet kalitesini arttırmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu konuda daha geniş bilgi yelpazesine erişebilmek için yeme farkındalığı, sezgisel yeme ve diyet kalitesi ile ilgili yapılması planlanan çalışmalarda bu başlıklara etki edebilecek diğer faktörlerin göz önünde bulundurulması ve farklı örneklemelerin değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Deniz G, Saleki N. The Mediterranean diet's role and sustainability in healthy nutrition. *Artuklu International Journal of Health Sciences*. 2022; 2(2): 18-22.
2. Hidalgo-Mora JJ, Garcia-Vigara A, Sanchez-Sanchez ML, Garcia-Perez MA, Tarin J, Cano A. The Mediterranean diet: A historical perspective on food for health. *Maturitas*. 2020; 132: 65-9.
3. Özer ER, Tekinşen KK. Akdeniz diyeti ve sağlık. *Akademik Et ve Süt Kurumu Dergisi* 2021; 2: 13-23.
4. Çolak H, Aktaç Ş. Ağırlık yönetimine yeni bir yaklaşım: Yeme farkındalığı. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2019; 3(3): 212-22.
5. Özkan N, Bilici S. Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: Sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 3(2): 16-24.
6. Kerin JL, Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ. Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*. 2019; 132: 139-46.
7. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, eating behaviours, and obesity: A review and reflection on current findings. *Curr Obes Rep*. 2015; 4: 141-46.
8. Bennett BL, Latner JD. Mindful eating, intuitive eating, and the loss of control over eating. *Eating Behaviors*. 2022; 47(101680): 1-6.
9. Tapper K. Can mindfulness influence weight management related eating behaviors? If so, how? *Clinical Psychology Review*. 2017; 53: 122-34.
10. World Health Organization (WHO). Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July, 1946.
11. Baysal A, Aksoy M, Besler T, Bozkurt N, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM, Merdol TK, Pekcan G, Yıldız E. *Diyet El Kitabı*. 10th ed, Ankara: Hatiboğlu Yayınları. 2018.
12. Tüfekçi Alphan E. *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*. 4th ed, Ankara: Hatiboğlu Yayınları. 2018.

13. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019; 393: 1958-72.
14. Livingstone KM, Ramos-Lopez O, Perusse L, Kato H, Ordovas JM, Martinez JA. Reprint of: Precision nutrition: A review of current approaches and future endeavors. *Trends in Food Science & Technology*. 2022; 130: 51-62.
15. Sözen S, Bilir N, Yıldız AN, Yıldız E, Sözen T. Metal sektöründe bir işyerinde çalışanların beslenme alışkanlıkları ve ilişkili antropometrik ölçümleri. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2009; 28(3) :7-14.
16. Sevim Y, Kurtuluş A. Beyaz yakalı çalışanların beslenme alışkanlıkları. *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*. 2022; 6(1): 48-54.
17. Visioli F, Strata A. Milk, dairy products, and their functional effects in humans: A narrative review of recent evidence. *American Society for Nutrition*. 2014; 5: 131-43.
18. Lawrence GD. Dietary fats and health: Dietary recommendations in the context of scientific evidence. *American Society for Nutrition*. 2013; 4: 294-302.
19. Rabiei S, Zahedi M, Abtahi M, Doustmohammadian A, Dadkhah M, Zoghi T, Shariat zadeh N, khosroushahi I, Hajigholam-saryazdi M. Consumption of milk and dairy products in Iranian population; barriers and facilitators. *Clinical Nutrition Open Science*. 2021; 38: 1-23.
20. Pereira PMCC, Vicente AFRB. Meat nutritional composition and nutritive role in the human diet. *Meat Science*. 2013; 93: 586-92.
21. İskender H, Kanbay Y. Üniversite öğrencilerinin yumurta tüketim alışkanlıklarının belirlenmesi. *YYU Veteriner Fakültesi Dergisi*. 2014; 25(3): 57-62.
22. Çelik N, Akbulut G. Diabetes Mellitus'un tıbbi beslenme tedavisinde yağlı tohumların kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1(1): 73-82.
23. Karadağ G, Karaman AD, Öğüt S. Meyve ve sebzelerde bulunan biyoaktif bileşenlerin sağlık üzerine etkileri. *Journal of Food Nutrition and Gastronomy-JFNG*. 2022; 1(1): 77-90.

24. Harasym J, Oledzki R. Effect of fruit and vegetable antioxidants on total antioxidant capacity of blood plasma. *Nutrition*. 2014; 30: 511-17.
25. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER, 2019.
26. Uysal Yeler G, Göktaş Z. Beslenme eğitiminin besin seçimi, kolesterol alım düzeyi ve vücut kompozisyonuna etkisi. *Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi*. 2023; 3(1): 1-9.
27. Qi X, Tester RF. Fructose, galactose and glucose - in health and disease. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2019; 33: 18-28.
28. Hu FB, Willett WC. Optimal diets for prevention of coronary heart disease. *JAMA*. 2002; 288(20): 2569-78.
29. Hlebowicz J, Drake I, Gullberg B, Sonestedt E, Wallstrom P, Persson M, Nilsson J, Hedblad B, Wirfalt E. A high diet quality is associated with lower incidence of cardiovascular events in the Malmö diet and cancer cohort. *Diet Quality and Risk of Cardiovascular Events*. 2013; 8(8), e71095.
30. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Djordjevic BS, Dontas AS, Fidanza F, Keys MH, Kromhout D, Nedeljkovic S, Punsar S, Seccareccia F, Toshima H. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*. 1986; 124(6): 903-15.
31. Dominguez LJ, Veronese N, Di Bella G, Cusumano C, Parisi A, Tagliaferri F, Ciriminna S, Barbagallo M. Mediterranean diet in the management and prevention of obesity. *Experimental Gerontology*. 2023; 174, 112121.
32. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, Medina FX, Battino M, Belahsen R, Miranda G, Serra-Majem L. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*. 2011; 14(12A): 2274-84.
33. Lorgieril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelie N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. *Circulation*. 1999; 99(6): 779-85.
34. Mayr HL, Tierney AC, Thomas CJ, Ruiz-Canela M, Radcliffe J, Itsiopoulos C. Mediterranean-type diets and inflammatory markers in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Nutrition Research*. 2018; 50: 10-24.

35. Serra-Majem L, Roman B, Estruch R. Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: A systematic review. *Nutrition Reviews*. 2006; 64(2): S27-47.
36. Sotos-Prieto M, Carrasco P, Sorli JV, Guillen M, Guillem-Saiz P, Quiles L, Corella D. Coffee and tea consumption in a high cardiovascular risk Mediterranean population. *Nutr Hosp*. 2010; 25: 388–93.
37. Panagiotakos DB, Lionis C, Zeimbekis A, Makri K, Bountziouka V, Economou M, Vlachou I, Micheli M, Tsakountakis N, Metallinos G, Polychronopoulos E. Long-term, moderate coffee consumption is associated with lower prevalence of diabetes mellitus among elderly nontea drinkers from the Mediterranean Islands (MEDIS Study). *Rev Diabet Stud*. 2007; 4: 105–11.
38. Grosso G, Marventano S, Giorgianni G, Raciti T, Galvano F, Mistretta A. Mediterranean diet adherence rates in Sicily, southern Italy. *Public Health Nutrition*. 2013; 17(9): 2001-9.
39. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Educational Program Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *JAMA*. 2001; 285: 2486-97.
40. Ganji V, Kafai MR. Third National Health and Nutrition Examination Survey. Demographic, health, lifestyle, and blood vitamin determinants of serum total homocysteine concentrations in the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77: 826-33.
41. Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci EL, Colditz GA, Rosner B, Willett WC, Sacks F, Stampfer MJ. A prospective study of nutritional factors and hypertension among US men. *Circulation*. 1992; 86: 475-84.
42. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM, Lin PH, Karanja N. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med*. 1997; 336: 1117-24.
43. Price JF, Fowkes FGR. Antioxidant vitamins in the prevention of cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 1997; 18: 719-27.

44. Schröder H, Marrugat J, Vila J, Covas MI, Elosua R. Adherence to the traditional Mediterranean diet is inversely associated with body mass index and obesity in a Spanish population. *J Nutr.* 2004; 134: 3355-61.
45. Chrysoshoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Das UN, Stefanadis C. Adherence to the Mediterranean diet attenuates inflammation and coagulation process in healthy adults: the ATTICA study. *J Am Coll Cardiol.* 2004; 44: 152-8.
46. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases.* 2006; 16: 559-68.
47. Beunza JJ, Toledo E, Hu FB, Bes-Rastrollo M, Serrano-Martinez M, Sanchez-Villegas A, Martinez JA, Martinez-Gonzalez MA. Adherence to the Mediterranean diet, long-term weight change, and incident overweight or obesity: the Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) cohort. *Am J Clin Nutr.* 2010; 92: 1484-93.
48. Bakre AT, Chen R, Khutan R, Wei L, Smith T, Qin G, Danat IM, Zhou W, Schofield P, Clifford A, Wang J, Verma A, Zhang C, Ni J. Association between fish consumption and risk of dementia: a new study from China and a systematic literature review and meta-analysis. *Public Health Nutrition.* 2018; 21(10): 1921-32.
49. Siervo M, Shannon OM, Llewellyn DJ, Cm Stephan B, Fontana L. Mediterranean diet and cognitive function: From methodology to mechanisms of action. *Free Radical Biology and Medicine.* 2021; 176: 105-17.
50. Dixon LB, Subar AF, Peters U, Weissfeld JL, Bresalier RS, Risch A, Schatzkin A, Hayes RB. Adherence to the USDA food guide, DASH eating plan, and Mediterranean dietary pattern reduces risk of colorectal adenoma. *The Journal of Nutrition.* 2007; 137: 2443-50.
51. Fung TT, Hu FB, Wu K, Chiuve SE, Fuchs CS, Giovannucci E. The Mediterranean and Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diets and colorectal cancer. *Am J Clin Nutr.* 2010; 92: 1429-35.
52. Randi G, Edefonti V, Ferraroni M, La Vecchia C, Decarli A. Dietary patterns and the risk of colorectal cancer and adenomas. *Nutrition Reviews.* 2010; 68(7): 389-408.

53. Agnoli C, Grioni S, Sieri S, Palli D, Masala G, Sacerdote C, Vineis P, Tumino R, Giurdanella MC, Pala V, Berrino F, Mattiello A, Panico S, Krogh V. Italian Mediterranean Index and risk of colorectal cancer in the Italian section of the EPIC cohort. *Int. J. Cancer*. 2013; 132: 1404-11.
54. Farinetti A, Zurlo V, Manenti A, Coppi F, Mattioli AV. Mediterranean diet and colorectal cancer: A systematic review. *Nutrition*. 2017; 43-44: 83-8.
55. Alliot X, Miragall M, Perdices I, Banos RM, Urdaneta E, Cebolla A. Effects of a brief mindful eating induction on food choices and energy intake: External eating and mindfulness state as moderators. *Mindfulness*. 2018; 9: 750-60.
56. Elfhag K, Morey LC. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eating Behaviors*. 2008; 9: 285-93.
57. Donofry SD, Erickson KI, Levine MD, Gianaros PJ, Muldoon MF, Manuck SB. Relationship between dispositional mindfulness, psychological health, and diet quality among healthy midlife adults. *Nutrients*. 2020; 12, 3414.
58. Jordan CH, Wang W, Donatoni L, Meier BP. Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual Differences*. 2014; 68: 107-11.
59. Gorgulu Dogan B, Tengilimoglu Metin MM. Does mindful eating affect the diet quality of adults? *Nutrition*. 2023; 110, 112010.
60. van Son J, Nyklicek I, Pop VJ, Blonk MC, Erdsieck RJ, Spooren PF, Toorians AW, Pouwer F. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA_{1c} in outpatients with diabetes (DiaMind). *Diabetes Care*. 2013; 36: 823-30.
61. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*. 2017; 30: 272–83.
62. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev*. 2014; 15: 453-61.

63. Winkens LHH, Elstgeest LEM, van Strien T, Penninx BWJH, Visser M, Brouwer IA. Does food intake mediate the association between mindful eating and change in depressive symptoms? *Public Health Nutrition* 2020; 23(9): 1532-42.
64. Hutchinson AD, Charters M, Prichard I, Fletcher C, Wilson C. Understanding maternal dietary choices during pregnancy: the role of social norms and mindful eating. *Appetite*. 2017; 112: 227–34.
65. Lopez-Cepero A, Frisard CF, Lemon SC, Rosal MC. Association of dysfunctional eating patterns and metabolic risk factors for cardiovascular disease among Latinos. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2018; 118(5): 849-56.
66. Lopez-Cepero A, Frisard CF, Lemon SC, Rosal MC. Association between emotional eating, energy-dense foods and overeating in Latinos. *Eating Behaviors*. 2019; 33: 40-3.
67. Jacobs J, Cardaciotto L, Block-Lerner J, McMahon C. A pilot study of a single session training to promote mindful eating. *Advances in Mind-Body Medicine* 2013; 27(2): 18-23.
68. Kristeller JL, Epel E. Mindful eating and mindless eating: the science and the practice. 1st ed. *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness* 2014.
69. Ozier AD, Kendrick OW, Leeper JD, Knol LL, Perko M, Burnham J. Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008; 108(1): 49-56.
70. van Strien T, Konttinen H, Ouwens MA, van de Laar FA, Winkens LHH. Mediation of emotional and external eating between dieting and food intake or BMI gain in women. *Appetite*. 2020; 145, 104493.
71. Lofgren IE. Mindful eating: An emerging approach for healthy weight management. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2015; 9(3): 212-6.
72. Mathieu J. What should you know about mindful and intuitive eating? *Journal of the American Dietetic Association*. 2009; 109: 1982-7.
73. Kuseyri G. Üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışının beslenme durumu üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, 2020.

74. Cummings DE, Overduin J. Gastrointestinal regulation of food intake. *The Journal of Clinical Investigation*. 2007; 117(1): 13-23.
75. Plata-Salaman CR. Regulation of hunger and satiety in man. *Dig Dis*. 1991; 9(5): 253-68.
76. Andrade AM, Greene GW, Melanson KJ. Eating slowly led to decreases in energy intake within meals in healthy women. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008; 108(7): 1186-91.
77. Sasaki S, Katagiri A, Tsuji T, Shimoda T, Amano K. Self-reported rate of eating correlates with body mass index in 18-y-old Japanese women. *International Journal of Obesity*. 2003; 27: 1405-10.
78. Otsuka R, Tamakoshi K, Yatsuya H, Murata C, Sekiya A, Wada K, Zhang HM, Matsushita K, Sugiura K, Takefuji S, OuYang P, Nagasawa N, Kondo T, Sasaki S, Toyoshima H. Eating fast leads to obesity: Findings based on self-administered questionnaires among middle-aged Japanese men and women. *Journal of Epidemiology*. 2006; 16(3): 117-24.
79. Robinson E, Almiron-Roig E, Rutters F, de Graaf C, Forde CG, Smith CT, Nolan SJ, Jebb SA. A systematic review and meta-analysis examining the effect of eating rate on energy intake and hunger. *Am J Clin Nutr*. 2014; 100: 123-51.
80. Forde CG, van Kuijk N, Thaler T, de Graaf C, Martin N. Texture and savoury taste influences on food intake in a realistic hot lunch time meal. *Appetite*. 2013; 60: 180-6.
81. Heisler LK, Lam DD. An appetite for life: brain regulation of hunger and satiety. *Current Opinion in Pharmacology*. 2017; 37: 100-6.
82. Özyalçın B, Yılmaz S. Yemekte küçük bir gurme olun: Çocuklarda ve adölesanlarda yeme farkındalığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 11(1): 355-62.
83. Fung TT, Long MW, Hung P, Cheung LWY. An expanded model for mindful eating for health promotion and sustainability: Issues and challenges for dietetics practice. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2016; 116(7): 1081-6.
84. Derbyshire Healthy Futures Service. The Hunger Scale. Erişim Tarihi: 5/5/2023.

85. Clauson A. Shares of food spending for eating reaches 47 percent. *FoodReview*. 1999; 22: 20-2.
86. Young LR, Nestle M. Expanding portion sizes in the US marketplace: Implications for nutrition counseling. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003; 103(2): 231-40.
87. Wansink B, Painter JE, North J. Bottomless bowls: Why visual cues of portion size may influence intake. *Obesity Research*. 2005; 13(1): 93-100.
88. Kumar S, Croghan IT, Biggs BK, Croghan K, Prissel R, Fuehrer D, Donelan-Dunlap B, Sood A. Family-based mindful eating intervention in adolescents with obesity: A pilot randomized clinical trial. *Children*. 2018; 5(7): 93.
89. La Marra M, Caviglia G, Perrella R. Using smartphones when eating increases caloric intake in young people: An overview of the literature. *Frontiers in Psychology*. 2020; 11, 587886.
90. Hetherington MM, Anderson AS, Norton GNM, Newson L. Situational effects on meal intake: A comparison of eating alone and eating with others. *Physiology & Behavior*. 2006; 88: 498-505.
91. Monroe JT. Mindful eating: Principles and practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2015; 9(3): 217–20.
92. García-Segovia P, Harrington RJ, Seo HS. Influences of table setting and eating location on food acceptance and intake. *Food Quality and Preference*. 2015; 39: 1-7.
93. Piqueras-Fiszman B, Alcaide J, Roura E, Spence C. Is it the plate or is it the food? Assessing the influence of the color (black or white) and shape of the plate on the perception of the food placed on it. *Food Quality and Preference*. 2012; 24: 205-8.
94. Wansink B, Kim J. Bad popcorn in big buckets: Portion size can influence intake as much as taste. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2005; 37(5): 242-5.
95. Meiselman HL, Johnson JL, Reeve W, Crouch JE. Demonstrations of the influence of the eating environment on food acceptance. *Appetite*. 2000; 35: 231-7.

96. King SC, Weber AJ, Meiselman HL, Lv N. The effect of meal situation, social interaction, physical environment and choice on food acceptability. *Food Quality and Preference*. 2004; 15: 645-53.
97. Tribole E, Resch E. *Intuitive Eating: A Revolutionary Program that Works*. 1st ed, New York: St. Martin's Griffin. 2003.
98. Cadena-Schlam L, López-Guimer G. Intuitive eating: An emerging approach to eating behavior. *Nutr Hosp*. 2015; 31(3): 995-1002.
99. Hawks S, Merrill RM, Madanat HN. The Intuitive Eating Scale: Development and preliminary validation. *American Journal of Health Education*. 2004; 35(2): 90-9.
100. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53(2): 226-40.
101. Dyke Van N, Drinkwater EJ. Relationships between intuitive eating and health indicators: Literature review. *Public Health Nutrition*. 2013; 17(8): 1757-66.
102. Carbonneau E, Begin C, Lemieux S, Mongeau L, Paquette MC, Turcotte M, Labonte ME, Provencher V. Health at every size intervention improves intuitive eating and diet quality in Canadian women. *Clinical Nutrition*. 2017; 36(3): 747-54.
103. Madden CEL, Leong SL, Gray A, Horwath CC. Eating in response to hunger and satiety signals is related to BMI in a nationwide sample of 1601 mid-age New Zealand women. *Public Health Nutrition*. 2012; 15(12): 2272-9.
104. Smith T, Hawks SR. Intuitive eating, diet composition, and the meaning of food in healthy weight promotion. *American Journal of Health Education*. 2006; 37(3): 130-6.
105. Clifford D, Ozier A, Bundros J, Moore J, Kreiser A, Morris MN. Impact of non-diet approaches on attitudes, behaviors, and health outcomes: A systematic review. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2015; 47(2): 143-55.
106. Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc*. 2005; 105: 929-36.
107. Hawley G, Horwath C, Gray A, Bradshaw A, Katzer L, Joyce J, O'Brien S. Sustainability of health and lifestyle improvements following a non-dieting randomised trial in overweight women. *Prev Med*. 2008; 47: 593-9.

- 108.Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complement Ther Med*. 2010; 18: 260–4.
- 109.Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53(2): 226-40.
- 110.Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing. A causal analysis. *American Psychologist*. 1985; 40(2): 193–201.
- 111.Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent– child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research*. 2004; 12: 1711–22.
- 112.Herman CP. Anxiety, hunger, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*. 1987; 96: 264–9.
- 113.Ogden J, Pavlova E, Fouracre H, Lammyman F. The impact of intuitive eating v. pinned eating on behavioural markers: A preliminary investigation. *J Nutr Sci*. 2020; 9: 1–6.
- 114.Ogden J, Wood C, Payne E, Fouracre H, Lammyman F. ‘Snack’ versus ‘meal’: The impact of label and presentation on food intake. *Appetite*. 2018; 120: 666–72.
- 115.Wansink B. Environmental factors that increase the food intake and consumption volume of unknowing consumers. *Annu Rev Nutr*. 2004; 24: 455–79.
- 116.Bruce LJ, Ricciardelli LA. A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*. 2016; 96: 454–72.
- 117.Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. The variability of young children's energy intake. *New English J Med*. 1991; 324(4): 232–5.
- 118.Carper JL, Fisher JO, Birch LL. Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*. 2000; 35(2): 121-9.
- 119.Hawks S, Madanat H, Hawks J, Harris A. The relationship between intuitive eating and health indicators among college women. *American Journal of Health Education*. 2005; 36(6): 331-6.

- 120.Ma Y, Bertone ER, Stanek EJ, Reed GW, Hebert JR, Cohen NL, Merriam PA, Ockene IS. Association between eating patterns and obesity in a free-living US adult population. *American Journal of Epidemiology*. 2003; 158(1): 85-92.
- 121.Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. (2006). Using selfreport assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006; 13(1): 27-45.
- 122.Köse G, Tayfur M, Birincioğlu İ, Dönmez A. Yeme Farkındalığı Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2016; 3: 125-34.
- 123.Mason AE, Epel ES, Kristeller J, Moran PJ, Dallman M, Lustig RH, Acree M, Bacchetti P, Laraia BA, Hecht FM, Daubenmier J. Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *J Behav Med* 2016; 39: 201-13.
- 124.Karataş YF. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, 2020.
- 125.Bas M, Karaca KE, Sağlam D, Arıtıcı G, Cengiz E, Köksal S, Hasbay Buyukkaragoz A. Turkish version of the Intuitive Eating Scale-2: Validity and reliability among university students. *Appetite* 2017; 114: 391-397.
- 126.Bakıner E. Turkish adaptation of the Intuitive Eating Scale-2. Yüksek lisans tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi, 2017.
- 127.Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, Garcia A, Perez-Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*. 2004; 7(7): 931-5.
- 128.Kabaran S, Gezer C. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki çocuk ve adolesanlarda Akdeniz diyetine uyum ile obezitenin belirlenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2013; 1: 11-20.
- 129.Karımova G. Wilson hastalarında beslenme özelliklerinin KIDMED indeksi (Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi) ile değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2020.

130. Giannopoulou I, Kotopoulea-Nikolaïdi M, Daskou S, Martyn K, Patel A. Mindfulness in eating is inversely related to binge eating and mood disturbances in university students in health-related disciplines. *Nutrients*. 2020; 12, 396.
131. Özkan N, Bilici S. Are anthropometric measurements an indicator of intuitive and mindful eating? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021; 26: 639-48.
132. Kaya Cebioğlu İ, Dumlu Bilgin G, Kavsara HK, Koyuncu AG, Sarioğlu A, Aydın S, Keküllüoğlu M. Food addiction among university students: The effect of mindful eating. *Appetite*. 2022; 177, 106133.
133. Durukan A, Gül A. Mindful eating: Differences of generations and relationship of mindful eating with BMI. *International Journal of Gastronomy and Food Science*. 2019; 18, 100172.
134. Moor KR, Scott AJ, McIntosh WD. Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*. 2013; 4: 269-74.
135. Dinçer MG, Toktaş N, Bayhan B, Balcı C. The effect of physical activity level on intuitive eating and mindful eating. *Journal of Sport Sciences Research*. 2023; 8(2): 339-53.
136. Tözün M, Sözmen MK, Babaoğlu AB. Türkiye'nin batısında bir üniversitenin sağlık ile ilişkili okullarında beslenme alışkanlıkları ve bunun obezite, fizik aktivite ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2017; 2(1): 1-16.
137. Niemeier HM, Raynor HA, Lloyd-Richardson EE, Rogers ML, Wing RR. Fast food consumption and breakfast skipping: Predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 39(6): 842-9.
138. Jackson A, Sano Y, Parker L, Cox AE, Lanigan J. Intuitive eating and dietary intake. *Eating Behaviors*. 2022; 45, 101606.
139. Gast J, Madanat H, Nielson AC. Are men more intuitive when it comes to eating and physical activity? *American Journal of Men's Health*. 2012; 6(2): 164-71.

- 140.Gödde JU, Yuan TY, Kakinami L, Cohen TR. Intuitive eating and its association with psychosocial health in adults: A cross-sectional study in a representative Canadian sample. *Appetite*. 2022; 168, 105782.
- 141.Moy J, Petrie TA, Dockendorff S, Greenleaf C, Martin S. Dieting, exercise, and intuitive eating among early adolescents. *Eating Behaviors*. 2013; 14: 529-32.
- 142.Shouse SH, Nilsson J. Self-silencing, emotional awareness, and eating behaviors in college women. *Psychology of Women Quarterly*. 2011; 35(3).
- 143.Martinez-Gonzalez MA, Garcia-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales P, Corella D, Covas MI, Schröder H, Aros F, Gomez-Gracia E, Fiol M, Ruiz-Gutierrez V, Lapetra J, Lamuela-Raventos RM, Serra-Majem L, Pinto X, Munoz MA, Warnberg J, Ros E, Estruch R. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED Trial. *Brief Diet Questionnaire and Adiposity*. 2012; 7(8), e43134.
- 144.Caparello G, Galluccio A, Giordano C, Lofaro D, Barone I, Morelli C, Sisci D, Catalano S, Ando S, Bonofiglio D. Adherence to the Mediterranean diet pattern among university staff: across-sectional web-based epidemiological study in Southern Italy. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 2020; 71(5): 581-92.
- 145.Godos J, Grosso G, Ferri R, Caraci F, Lanza G, Al-Qahtani WH, Caruso G, Castellano S. Mediterranean diet, mental health, cognitive status, quality of life, and successful aging in southern Italian older adults. *Experimental Gerontology*. 2023; 175, 112143.
- 146.Çatak Ş, Şahin N, Akbulut G. Evaluation of the effects of adherence to the Mediterranean diet in adults on the mental well-being during the COVID-19 pandemic: A pilot study. *Sağlık Bilimlerinde Değer*. 2023; 13(3): 318-24.
- 147.Uzdil Z, Koç E. Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları, Akdeniz diyetine uyum ve sınav kaygılarının değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2023; 11(1): 1192-203.
- 148.Kırşan M, Ateş Özcan B. Adölesanlarda sağlık okuryazarlığı ve beslenme okuryazarlığının diyet kalitesine etkisi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*. 2021; 27: 532-8.

- 149.Aşıit M. Yetişkin bireylerde Akdeniz diyet skoru ile beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi, 2018.
- 150.Torpil H, Tokatlı Demirok N. Assessment of the correlation between anthropometric measurements, Mediterranean diet and nutritional habits of students. *Igusabder*. 2022; 17: 485-96.
- 151.Tarıkahya Ciğerli GT. Mudanya’da yaşayan yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları, Akdeniz diyet skoru ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, 2023.
- 152.Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JFJ. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*. 2009; 53: 245-8.
- 153.van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986; 5(2): 295-315.
- 154.van Strien T, Oosterveld P. The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7-to 12-year-old children. *International Journal of Eating Disorders*. 2008; 41(1): 72-81.
- 155.Grider HS, Douglas SM, Raynor HA. The influence of mindful eating and/or intuitive eating approaches on dietary intake: A systematic review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2021; 121(4): 709-27.
- 156.Yıldırım H, Kaya Cebioğlu İ. The relationship between Mediterranean diet adherence and mindful eating among individuals with high education level. *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.* 2021; 12(4): 737-42.

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.05.2023-228325



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı :E-94603339-604.01.02-228325
Konu :Proje Onayı

03.05.2023

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı /Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Rumeysa Serin tarafından yürütülecek olan KA23/113 nolu "Bir kamu kurumunda çalışan personelde yeme farkındalığı, sezgisel yeme davranışı ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) arasındaki ilişkinin belirlenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26/04/2023 tarih ve 23/78 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildirisi ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSDB7AHH74

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/baskent-universitesi-ebys>

EK 2: GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Bir Kamu Kurumunda Çalışan Personellerde Yeme Farkındalığı, Sezgisel Yeme Davranışı ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 300'dür.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörölen süre 20 dk'dır.

4. ARAşTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, bir kamu kurumunda çalışan personellerin yeme farkındalığı düzeyinin ve sezgisel yeme davranışının Akdeniz diyeti kalite indeksi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

5. ARAşTIRMAYA KATILMA KOşULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. 18-65 yaş arasında olmanız.
2. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeniz.
3. Kurum alışanı olmanız.

6. ARAşTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmada, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere çoktan seçmeli ve kısa cevaplı soruların bulunduğu bir anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

1. Araştırma planına ve araştırıcının önerilerine uymalısınız.
2. Araştırma sırasında sizi rahatsız eden herhangi bir tıbbi durumu sorumlu araştırıcıya bildirmelisiniz.
3. Anket formunda yer alan sorulara doğru ve güvenilir yanıtlar vermelisiniz.
4. Anlaşılmayan soruları araştırmacıya sormalısınız.
5. Anket formunu doldururken yanıltıcı ve eksik cevaplar vermediğinize dikkat etmelisiniz.

8. ARAşTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Yeme farkındalığı ve sezgisel beslenme, beslenme davranışının psikolojik boyutunun gıda seçimindeki etkisini saptayabilmek açısından önemlidir. Katılımcıların yeme farkındalığı ve sezgisel beslenme durumlarının Akdeniz diyeti kalite indekslerine etkisinin saptanması bireylerin yeme farkındalığını artırmanın diyet kaliteleri üzerinde yararlı etki gösterebileceği sonucunu doğurabilmektedir. Araştırmamız yalnızca bilimsel amaçlı olup sizin doğrudan yarar görmeyiz beklenmemektedir. Ancak bu araştırmadan elde edilen sonuçlar diyet kalitesi, yeme farkındalığı ve sezgisel beslenme alanındaki çalışmalara katkı sağlayacaktır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmadan kaynaklanacak herhangi bir risk bulunmamaktadır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma kaynaklı herhangi bir zarar durumu bulunmamaktadır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için, anket soruları ile ilgili verilen yanıtlarda düzeltme yapmak istediğinizde aşağıda belirtilen ilgili araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacının Adres ve Telefonları:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada kullanılacak anket formlarının çoğaltılması vb. masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

18-65 yaş aralığı dışında ve çalışmaya katılım için gönüllü olmayan bireyler araştırma kapsamı dışındadır. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırma kapsamında uygulanacak herhangi bir tedavi yoktur.

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Dyt. Rumeysa Serin tarafından Bir Kamu Kurumunda Çalışan Personellerde Yeme Farkındalığı, Sezgisel Yeme Davranışı ve Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi araştırmasının yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam diyetisyen ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

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

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VASİ (Varsa)		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
<i>İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

EK 3: ANKET FORMU

BİR KAMU KURUMUNDA ÇALIŞAN PERSONELLERDE YEME FARKINDALIĞI, SEZGİSEL YEME DAVRANIŞI VE AKDENİZ DİYETİ KALİTE İNDEKSİ (KIDMED) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü tezli yüksek lisans programı öğrencisi Rumeysa Serin'in yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Ankette yer alan soruları doldurmanızı rica ediyoruz. Elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Anketin Yapıldığı Tarih:

GENEL BİLGİLER

1) Ad-Soyad:

2) Cinsiyet

- a. Kadın
- b. Erkek

3) Yaş (yıl) :

4) Boy uzunluğu (cm):

5) Vücut ağırlığı (kg):

6) Eğitim durumunuz nedir?

- a. İlkokul mezunu
- b. Ortaokul mezunu

- c. Lise mezunu
- d. Lisans (üniversite) mezunu
- e. Lisansüstü mezunu

7) Medeni durumunuz nedir?

- a. Evli
- b. Bekar

8) Ne şekilde ikamet ediyorsunuz?

- a. Tek başıma
- b. Ailem ile evde
- c. Arkadaşlarım ile evde
- d. Diğer (belirtiniz):

9) Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Gelirim giderimden fazla
- b. Gelirim giderime eşit
- c. Gelirim giderimden az

10) Tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? (Cevabınız hayır ise 12.soruya geçiniz.)

- a. Evet
- b. Hayır

11) Cevabınız evet ise tanısı konulmuş hastalıklarınız nelerdir?

- a. Kalp-damar hastalıkları
- b. Diyabet (şeker hastalığı)
- c. Hipertansiyon

- d. Sindirim sistemi hastalıkları
- e. Diğer (belirtiniz):

12) Sigara içiyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 14.soruya geçiniz.)

- a. Evet
- b. Hayır

13) Cevabınız evet ise tüketim miktarınız nedir? (belirtiniz): Gün / hafta / ayadet

14) Alkollü içecek tüketiyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 16.soruya geçiniz.)

- a. Evet
- b. Hayır

15) Cevabınız evet ise tüketim miktarınız nedir? (belirtiniz): Gün/hafta/ayml

16) Şu anda herhangi bir diyet uyguluyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 18.soruya geçiniz.)

- a. Evet
- b. Hayır

17) Ne tür bir diyet uyguluyorsunuz?

- a. Zayıflama diyeti
- b. Diyabetik (şeker hastalığı) diyet
- c. Hipertansiyon (tuzsuz) diyeti
- d. Kolesterolten fakir diyet
- e. Diğer (belirtiniz):

18) Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 21.soruya geçiniz.)

- a. Evet
- b. Hayır

19) Evet ise hangi tür fiziksel aktiviteleri yapıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Yürüyüş
- b. Koşu
- c. Pilates
- d. Yoga/meditasyon
- e. Fitness
- f. Yüzme
- g. Diğer (belirtiniz):

20) Fiziksel aktivite yapma sıklığınız;

- a. Her gün dk
- b. Haftada 5-6 kez dk
- c. Haftada 3-4 kez dk
- d. Haftada 1-2 kez dk

21) Sağlıklı beslenme hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
(Cevabınız hayır ise 23.soruya geçiniz.)

- a. Evet
- b. Hayır

22) Cevabınız evet ise sağlıklı beslenmeyle ilgili bilgileri hangi kaynaklardan edirsiniz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a. Radyo / televizyon
- b. İnternet

- c. Gazete, dergi, broşür vb.
- d. Diyetisyenler
- e. Diğer sağlık personelleri
- f. Aile
- g. Arkadaş, yakın çevre vb.

23) Öğün atlıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 27.soruya geçiniz.)

- a. Evet
- b. Hayır

24) Evet ise hangi öğünü veya öğünleri atlıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Kahvaltı
- b. Kuşluk ara öğünü
- c. Öğle yemeği
- d. İkinci ara öğünü
- e. Akşam yemeği
- f. Gece ara öğünü (Akşam yemeğinden sonra tüketilenler)

25) Ana öğün/öğünleri atlıyorsanız öğün atlama nedeniniz?

- a. Acıkmıyorum
- b. Unutuyorum
- c. Vakit bulamıyorum
- d. Zayıflamak amacıyla tüketmiyorum
- e. Diğer (belirtiniz):

26) Ara öğün/öğünleri atlıyorsanız öğün atlama nedeniniz?

- a. Acıkmıyorum

- b. Unutuyorum
- c. Vakit bulamıyorum
- d. Zayıflamak amacıyla tüketmiyorum
- e. Diğer (belirtiniz):

27) Yiyecekleri hangi hızda tüketirsiniz?

- a. Uzun sürede çiğneyerek
- b. Normal hızda
- c. Hızlı hızlı



EK 4: YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

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

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedten yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doduğumu fark edemem.					
5.	Fast-food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemekten tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					

14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

EK5: SEZGİSEL YEME ÖLÇEĞİ (IES-2)

SEZGİSEL YEME ÖLÇEĞİ

Bu anket yeme davranışınızın sezgisel yönünü ölçmeye ilişkin sorular içermektedir. Her madde için tutum veya davranışınıza en uygun olan kutunun içine X işareti koyunuz.

1. Yüksek yağ, karbonhidrat veya kalori içeren yiyeceklerden kaçınmaya çalışırım.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
2. Kendime yeme izni vermediğim yasaklı yiyecekler vardır.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
3. Sağlıksız bir şey yediğimde kendime çok kızarım.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
4. Bir yiyeceği çok istiyorsam, kendime onu yeme izni veririm.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
5. Herhangi bir anda, arzuladığım bir yiyeceği kendime yeme izni veririm.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
6. Neyi, ne zaman ve/veya ne kadar yiyeceğimi belirleyen yeme kurallarını veya diyet planlarını takip etmem.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
7. Duygusal hissettiğimde (ör. kaygılı, depresif, üzgün), fiziksel olarak aç olmasam	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐

bile kendimi yemek yerken bulurum.					
8. Yalnız hissederken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
9. Yiyecekleri olumsuz duygularımı yatıştırmak için kullanırım.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
10. Stresliyken, fiziksel olarak aç olmasam bile kendimi yemek yerken bulurum.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
11. Beni rahatlatması için yiyeceklerle başvurmama gerek kalmadan olumsuz duygularımla (ör. endişe, üzgünlük) baş edebilirim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
12. Sıkılmışken, sırf yapacak bir şey olsun diye yemek YEMEM.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
13. Yalnız hissederken, beni rahatlatması için yemek yemeye BAŞVURMAM.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
14. Stres ve kaygıyla baş etmede, yemek yemekten başka yollar bulurum.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
15. Ne zaman yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
16. Ne gerektiğini söylemesi konusunda	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐

vücuduma güvenirim.					
17. Ne kadar yemek yemem gerektiğini söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
18. Ne zaman yemek yiyeceğimi söylemesi konusunda açlık sinyallerime güvenirim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
19. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda tokluk sinyallerime güvenirim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
20. Ne zaman yemeyi bırakmamı söylemesi konusunda vücuduma güvenirim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
21. Çoğu zaman besleyici yiyecekler yemeyi arzularım.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
22. Çoğu zaman vücudumun verimli (iyi) bir işlemlerini sağlayacak yiyecekler yerim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐
23. Çoğu zaman bana enerji ve dayanıklılık veren yiyecekler yerim.	Kesinlikle katılmıyorum ☐	Katılmıyorum ☐	Kararsızım ☐	Katılıyorum ☐	Kesinlikle katılıyorum ☐

EK6: AKDENİZ DİYETİ KALİTE İNDEKSİ (KIDMED)

AKDENİZ DİYETİ KALİTE İNDEKSİ (KIDMED)

Bu anket, diyet kalitenizi ölçmeye ilişkin sorular içermektedir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

	Evet	Hayır
Her gün bir meyve yer ya da taze sıkılmış meyve suyu tüketirim.		
Her gün ikinci bir meyve daha tüketirim.		
Düzenli olarak her gün bir kere taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
Düzenli olarak her gün bir kereden fazla taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
Düzenli olarak haftada en az 2-3 kere balık tüketirim.		
Haftada bir kereden fazla fast-food (hamburger vb. gıdalar) restoranlarına giderim.		
Kuru baklagilleri (nohut, mercimek vb.) sever ve haftada bir kereden fazla tüketirim.		
Haftada 5 kereden fazla pilav veya makarna tüketirim.		
Kahvaltıda tahıl (ekmek) veya tahıl ürünleri (tahıl gevreği vb.) tüketirim.		
Haftada en az 2-3 kez yağlı tohum (fındık, badem, ceviz vb.) tüketirim.		
Zeytinyağı tüketirim.		
Kahvaltı yapmam.		
Kahvaltıda süt ve süt ürünleri (süt, yoğurt vb.) tüketirim.		
Kahvaltıda hazır hamur işleri (poğaça vb.) tüketirim.		
Günde 2 bardak süt/yoğurt ve/veya 1 büyük dilim (40 g) peynir tüketirim.		
Tatlı, şeker ve şekerlemeleri günde birkaç kez tüketirim.		