

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

**OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN YEME FARKINDALIĞI
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN

YAHYA FARUK KARATAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2020

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

**OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN YEME FARKINDALIĞI
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN

YAHYA FARUK KARATAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi SELEN MÜFTÜOĞLU

ANKARA - 2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

Tez Savunma Tarihi: 07 / 08 / 2020

Tez Adı: Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi

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

İmza

Dr. Öğr. Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi

ONAY

Prof. Dr.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Tarih: 10 / 08 / 2020

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 22 / 07 / 2020

Öğrencinin Adı, Soyadı: Yahya Faruk KARATAŞ

Öğrencinin Numarası: 21710524

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik

Programı: Tezli Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi

Tez Başlığı: Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 58 sayfalık kısmına ilişkin, 22 / 07 / 2020 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: 22 / 07 / 2020

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Dr. Öğr. Üyesi

TEŞEKKÜR

Çalışmamın tamamlanabilmesi adına verdiği çok kıymetli katkılarından, özverili desteğinden ve zor zamanlarımdaki sabır ve anlayışından dolayı çok değerli danışmanım Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Öğretim Üyesi Sayın Selen MÜFTÜOĞLU'na,

Araştırma verilerimi toplamamı sağlayan Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hocalarına ve öğrencilerimize,

Akademik hayatımın ve tez yazım sürecimin çeşitli aşamalarında verdikleri çok değerli katkılardan dolayı saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Sayın Muhittin TAYFUR ve Doç. Dr. Sayın Aydan ERCAN'a,

Eğitim hayatımın ve tez çalışmamın zorlu süreçlerinde benden desteklerini esirgemeyen çok değerli diyetisyen arkadaşlarım Büşra ASLAN, İrem YAKIŞIKLI, Büşra Bilgehan CANKAR ve Mustafa GÖNÜL'e

Hayatımın her döneminde yanımda olan, maddi ve manevi hiçbir desteğini esirgemeyen sevgili annem Habibe KARATAŞ, babam Menderes KARATAŞ ve kardeşim Fulya Kevser KARATAŞ' a

En içten duygularımla, sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Karataş YF, Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020.

Bu çalışma; Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılı'nda öğrenimine devam eden öğrencilerden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 219'u kadın, 57'si erkek olmak üzere 276 öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Bireylerin demografik özelliklerini, sağlık durumlarını, genel alışkanlıklarını ve beslenme bilgilerini sorgulamak amacıyla 30 soruluk bir anket formu ile öğrencilerin yeme farkındalığı durumlarını tespit etmek için Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30), bireylerin günlük yaşamda yeme farkındalığı düzeyini ölçen bir ankettir. Ölçek puanı arttıkça bireylerin yeme farkındalığı düzeylerinin de artış göstermesi beklenmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.32 ± 2.22 yıl olup; %62'si hemşirelik, %38.0'ı ise beslenme ve diyetetik bölümü öğrencisidir. Öğrencilerin Yeme Farkındalığı Ölçeği puan ortalamalarının beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinde 100.42 ± 12.00 puan, hemşirelik bölümü öğrencilerinde ise 95.39 ± 11.82 puan olduğu saptanmış ve aradaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrencilerin %23.9'u annesinin, %16.6'sı babasının, %7.6'sı kardeşinin ve %45.6'sı ikinci dereceden akrabalarından birinin obez olduğunu belirtirken, yalnızca babası obez olan katılımcıların yeme farkındalığının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Öğrencilerin %16.7'si kronik bir hastalığa sahiptir ve kronik hastalığı olanların Yeme Farkındalığı Ölçeği'nden aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Öğrencilerin besin seçimleri ile Yeme Farkındalığı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p < 0.05$), özellikle vegan olan ve kırmızı et tüketmediğini söyleyenlerin farkındalık puanlarının diğer kategorilere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Öğrencilerin %79.7'sinin öğün atladığı ve en sık kahvaltı (%19.7) ana öğününü atladıkları belirlenmiştir. Çalışmada öğün atlamayanların Yeme Farkındalığı Ölçeği puan ortalamalarının, atlayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Öğrencilerin %23.2'sinin hızlı, %53.3'ünün ise normal hızda yemek yediği belirlenmiş; yeme hızı ile Yeme Farkındalığı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamalı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yavaş yeme hızına sahip olanların Yeme Farkındalığı Ölçeği puan ortalamasının diğer kategorilere göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Duygusal yeme durumlarına göre üzüntülü/yorgun hisseden öğrencilerin %47.1'inin daha az yediği, %24.6'sının ise daha çok ve sık yediği belirlenirken, cinsiyet ile duygu durumuna göre yeme davranışları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamalı bulunmuştur ($p<0.05$). Üzüntülü/Yorgun ruh halinde yeme davranışı ile Yeme Farkındalığı Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamalı bir fark tespit edilmiş ($p<0.05$), en düşük puan ortalamasının üzüntülü/yorgunken her zamankinden çok ve sık yiyenlerde olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak bu çalışma, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumlarının saptanması amacıyla yapılmış olup, bu popölasyon için geliştirilecek sağlıklı beslenme stratejilerine katkı sağlayacaktır. Elde edilen veriler yeni çalışmalar ile desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, obezite, yeme bozuklukları, duygusal yeme, yeme farkındalığı

ABSTRACT

Karataş YF, Assessment of Mindful Eating Status of School of Health Students. Baskent University, Institute of Health Sciences, Department of Nutrition and Dietetics. Master Thesis, Ankara, 2020.

This study was conducted on 276 students, 219 of whom were women and 57 were men, who volunteered to participate in the study at the 2018-2019 Academic Year at Osmaniye Korkut Ata University School of Health. The questionnaire with 30 questions was applied in order to question the demographic characteristics, health information, habits and nutritional information and Mindful Eating Questionnaire (YFÖ-30) was used to determine the mindful eating status of the students by the researcher. Mindful Eating Questionnaire (YFÖ-30) is a scale that measures the eating awareness level of individuals in daily life. As the questionnaire score increases, it is expected that the mindful eating levels of the individuals will increase. The mean age of the students is 20.32 ± 2.22 years and 62% of individuals are nursing students, 38.0% are nutrition and dietetics students. The mean mindful eating questionnaire score of the students participating in the study is 97.30 ± 12.07 . It was determined that the mean scores of mindful eating questionnaire were 100.42 ± 12.00 in the nutrition and dietetics students, and 95.39 ± 11.82 in the nursing students, and this difference was found statistically significant ($p < 0.05$). While 23.9% of the students stated that their mother, 16.6% of their father, 7.6% of their siblings and 45.6% of their second degree relatives were obese, only the students whose fathers were obese had lower mindful eating status ($p < 0.05$). 16.7% of the students have a chronic disease and those who have chronic disease were found to have higher scores on the mindful eating questionnaire ($p < 0.05$). While there was a statistically significant difference between the food choices of students and the mean scores of the mindful eating questionnaire ($p < 0.05$), it was observed that especially mindful eating questionnaire scores of those who are vegan and say that they do not consume red meat are lower than other categories. It was determined that 79.7% of students skip meals and they skip breakfast (19.7%) among main meals most frequently. In the study, the mean scores of the mindful eating questionnaire for those who don't skip meals were higher than those who skip ($p < 0.05$). It was found that 23.2% of the students eat fast and 53.3% eat at normal speed, and there was

a statistically significant difference between the eating speed and the mean scores of the mindful eating questionnaire ($p < 0.05$). It was observed that students with a slow eating rate had a higher mean score of the mindful eating questionnaire than the other categories, and the lowest mean score of the mindful eating questionnaire was among those who eat fast. Whereas it was determined that 47.1% of students eat less and 24.6% eat more and more frequently when they feel sad/tired, it was found that the differences between gender and eating behaviors were statistically significant ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found between the sad/tired mood eating behavior and the mean scores of the mindful eating questionnaire ($p < 0.05$), and the lowest mean score of the mindful eating questionnaire was observed among those who eat more and more frequently when they feel sad/tired according to emotional eating situations. In conclusion, this study was planned to determine the mindful eating status of Osmaniye Korkut Ata University School of Health students and will contribute to develop healthy nutrition strategies for this population. The data obtained should be supported by new studies.

Key words: Nutrition, obesity, eating disorders, emotional eating, mindful eating

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık ve Beslenme	4
2.2. Obezite.....	4
2.3. Yeme Bozuklukları.....	5
2.3.1. DSM 5'te tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları	8
2.3.1.1. Pika.....	8
2.3.1.2. Geviş getirme/geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu..	8
2.3.1.3. Kaçınan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu.....	9
2.3.1.4. Anoreksiya nervosa.....	10
2.3.1.5. Bulimiya nervoza.....	12
2.3.1.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu.....	13
2.3.2. Tanımlanmış diğer beslenme veya yeme bozuklukları.....	15
2.3.2.1. Atipik anoreksiya nervoza.....	15
2.3.2.2. Bulimiya nervoza (düşük frekanslı ve/veya sınırlı sürelili).....	16
2.3.2.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük frekanslı ve/veya sınırlı sürelili).....	16
2.3.2.4. Arınma davranış bozukluğu.....	16
2.3.2.5. Gece yeme sendromu.....	16
2.3.3. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları.....	17
2.3.4. Çalışmalarda tanımlanmış diğer yeme bozuklukları.....	17
2.3.4.1. Kas Dismorfisi	17
2.3.4.2. Ortoreksiya nervoza.....	18
2.3.4.3. Drunkoreksiya.....	18

2.3.4.4. Pregoreksiya nervoza	18
2.3.4.5. Diyablumiya.....	19
2.4. Duygusal Yeme.....	19
2.5. Yeme Farkındalığı	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	24
3.2. Araştırmanın Genel Planı	24
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	25
3.3.1. Kişisel özellikler.....	25
3.3.2. Yeme farkındalığı ölçeği.....	25
3.3.3. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi.....	26
4. BULGULAR	27
4.1. Bireylerin Genel Özellikleri.....	27
4.2. Bireylerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi	29
4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	31
4.4. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)'ne İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
4.5. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre YFÖ-30 Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	35
4.6. Bireylerin Sağlık Durumları ve Alışkanlıklarına Göre YFÖ-30 Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	39
4.7. Bireylerin Beslenme Bilgilerine Göre YFÖ-30 Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi.....	40
5. TARTIŞMA	42
5.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Genel Özellikleri ile Yeme Farkındalığı İlişkisi.....	43
5.2. Bireylerin Ağırlık ve BKİ Değerleri ile Yeme Farkındalığı İlişkisi	45
5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	46
5.4. Bireylerin Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları ile Yeme Farkındalığı İlişkisi.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. Sonuçlar.....	52
6.2. Öneriler.....	57

KAYNAKLAR.....	59
-----------------------	-----------

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK 3: ANKET FORMU

EK 4: YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

EK 5: ANKET UYGULAMA İZNİ



TABLÖLER LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. DSÖ kategorilerinden türetilmiş yetişkinlerde zayıflık sınıflandırması	12
Tablo 3.2.1. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre BKİ sınıflandırması.....	25
Tablo 4.1.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	27
Tablo 4.1.2. Bireylerin cinsiyelerine göre BKİ değerlendirmesi	28
Tablo 4.1.3. Bireylerin bölümlerine göre BKİ verilerinin değerlendirmesi.....	29
Tablo 4.2.1. Bireylerin kronik hastalık durumlarının değerlendirilmesi	29
Tablo 4.2.2. Bireylerin ilaç kullanımlarının değerlendirilmesi	30
Tablo 4.2.3. Bireylerin sigara kullanımı durumlarının değerlendirilmesi	30
Tablo 4.2.4. Bireylerin uyku durumlarına ilişkin verilerin değerlendirilmesi.....	31
Tablo 4.3.1. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi	32
Tablo 4.3.2. Bireylerin duygu durumlarına göre beslenme davranışlarının değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.4.1. YFÖ-30 ölçeğinin alt faktörlerinin iç tutarlılık değerlendirmesi	35
Tablo 4.5.1. Bireylerin genel özelliklerine göre YFÖ-30 puan ortalamalarının değerlendirilmesi	36
Tablo 4.5.2. Bireylerin vücut ağırlığı ve BKİ değerleri ile YFÖ-30 puanı ve alt faktörleri ilişkisinin değerlendirilmesi	38
Tablo 4.5.3. YFÖ-30 puanı bağımlı değişkeni altında regresyon model sonuçlarının değerlendirilmesi.....	38
Tablo 4.5.4. YFÖ-30 ölçeği için adımsal model seçme yöntemi ile regresyon modellemesi.....	39
Tablo 4.6.1. Bireylerin bazı sağlık bilgileri ve alışkanlıkları ile YFÖ-30 puanı ilişkisinin değerlendirilmesi	40
Tablo 4.7.1. Bireylerin bazı beslenme bilgileri ile YFÖ-30 puanı ilişkisinin değerlendirilmesi.....	41

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AHA	Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
AN	anoreksiya nervoza
APA	Amerikan Psikoloji Derneği (American Psychological Association)
ARFİD	kaçıngan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu
BED	tıkınırcasına yeme bozukluğu (binge eating disorder)
BKİ	beden kütle indeksi
BN	bulimiya nervoza
DSM 5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
MEQ	yeme farkındalığı ölçeği (mindful eating questionnaire)
NES	gece yeme sendromu (night eating syndrome)
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organization for Economic Co-operation and Development)
ON	ortoreksiya nervoza
OSFED	tanımlanmış diğer beslenme veya yeme bozuklukları
PRISMA	moniterizasyon ve analiz için önleme ve tedavi bilgi sistemi (prevention and recovery information system for monitoring and analysis)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UFED	tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları (unspecified feeding or eating disorder)
YFÖ-30	yeme farkındalığı ölçeği 30
YTT	yeme tutum testi

1. GİRİŞ

Obezite, son yıllarda görülme sıklığı giderek artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (1-3). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre dünya çapında obezite 1975'ten bu yana neredeyse üç kat artış göstermiş ve 2016 yılı itibarıyla 18 yaş ve üstü bireylerin %39'unun fazla kilolu ve %13'ünün obez olduğu tespit edilmiştir (1). OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) 2019 raporuna göre ise 23 OECD ülkesinde, yetişkinlerin ortalama %58'inin fazla kilolu veya obez olduğu saptanmıştır. Türkiye özelinde ise bu ortalamanın % 64.4 olduğu belirtilmektedir (4). Özellikle erken yaşlarda yüksek oranda görülen obezite prevalansı, sağlık otoritelerini endişelendirmektedir. OECD ülkelerinde 5-9 yaş arası çocukların yaklaşık üçte birinin (%31) fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Son 30 yılda, 35 OECD ülkesinde fazla kilolu çocukların oranının % 20.5'ten % 31.4'e yükseldiği tespit edilmiştir. Artış oranının en yüksek olduğu (%100'den fazla) ülkelerin ise Macaristan, Polonya, Slovenya, Slovakya ve Türkiye olduğu belirlenmiştir. Bu oranın ülkemiz özelinde %32.7 olduğu tespit edilmiştir (5).

Beslenme ve yeme bozuklukları ise çoğunlukla adolesan ve yetişkin dönemde görülebilen bir yeme patolojisi kümesini içerir. Beslenme ve yeme bozuklukları, Amerikan Psikoloji Derneği'nin (APA) yayınladığı DSM 5'te (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5) pika, geviş getirme/geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu (ARFİD), anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (BED) ve diğer tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları (OSFED) şeklinde kategorize edilmiştir (6). Bu yeme patolojilerinin toplumda görülme sıklıkları ise göz ardı edilemeyecek bir seviyedir (7-10). Bu konuda yapılmış çalışmaları değerlendiren bir sistematik derlemede, yeme bozukluğu tanısı alan bireyler üzerinde yapılan 94 çalışma analiz edilmiş ve buna göre yaşam boyu yeme bozukluğu prevalansları kadınlarda % 8.4 (% 3.3-18.6) ve erkeklerde % 2.2 (% 0.8-6.5) olarak saptanmıştır. Ayrıca, yeme bozukluğu prevalansının 2000-2006 dönemindeki çalışmalarda ortalama % 3,5 iken 2013-2018 dönemindeki çalışmalarda %7,8'e yükseldiği tespit edilmiştir. Bu durumun, halk sağlığı ve sağlık hizmeti sağlayanlar açısından dikkate değer olduğu düşünülmektedir(11).

Bu patolojik yeme davranışlarının yanı sıra beslenme davranışına etki eden bir diğer faktör ise duygusal yeme durumudur. Stres, depresyon ve üzüntü gibi durumların, artmış

besin tüketimi ve sağlıksız besinlere yönelim gibi olumsuz yeme davranışlarını ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir (12-15). Son yıllarda tüm bu patolojik yeme davranışlarını önlemek ve tedavi etmek amacıyla standart uygulanan tedavi yöntemlerinin yanı sıra yeme farkındalığı konusu gündeme gelmiştir (16,17).

Farkındalık durumu, mevcut algılara ve deneyimlere anlık olarak, yargılayıcı ve reaktif olmayan bir şekilde, tam anlamıyla dikkat çekmeyi sağlayan kararlı psikolojik ve bilişsel beceriler olarak tanımlanabilir (18). Yeme farkındalığı ise bu pratiğin beslenme davranışına uyarlanmış halidir. Yeme farkındalığını oluşturan birçok ilke olup bunların başlıcalarından bazıları; yeme hızının azaltılması, açlık ve tokluk ipuçlarının değerlendirilmesi, porsiyon boyutlarının azaltılması, yemek yerken dikkat dağınıkların azaltılması ve yemeğin keyfini çıkararak yeme olarak sayılabilir (19).

Bireyde yeme farkındalığının gelişmemesi, modern beslenme davranışıyla ilişkili birçok çevresel ve sosyal sorunun bileşimi nedeniyle olmaktadır. Yeme farkındalığı öncelikle, dışsal işaretler yerine içsel açlık ve tokluk ipuçlarıyla yeniden bağlantı kurulmasını sağlar. Dahası, bilinçsiz yeme alışkanlıklarına karşı kasıtlı-farkında seçimler yapmayı destekler. Bu nedenle, yeme farkındalığı müdahalelerinin sağlıksız ve farkındalısız yeme alışkanlıklarını değiştirmenin etkili bir yolu olabileceği düşünülmektedir (20). Yapılan bir çalışmada yeme farkındalığının dört ilkesi (farkındalık, tepkisizlik, yargılamama ve tanımlama), anksiyete ve depresyon semptomlarının üstünde ve ötesinde yeme patolojisi ile ilişkili bulunmuştur (21).

Öte yandan yeme farkındalığının ağırlık kontrolünü ve obezite tedavisinin etkinliğini artırdığına dair yapılan çalışmalar olumlu veriler sunmaktadır (22,23). Bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, yeme alışkanlıkları hakkında daha az farkındalığa sahip olan kişilerin genellikle fazla kilolu, endişeli ve yeme alışkanlıkları üzerinde daha az kontrol sahibi oldukları saptanmıştır (22). Bir başka çalışma, yeme farkındalığı eğitiminin duyuşsal deneyimlerle ilişkili psikolojik ve davranışsal sonuçları olumlu yönde etkileyebileceğini gösteren deneysel veriler sunmaktadır. Özellikle, kısa farkındalık uygulamalarının enerji alımını azaltırken, yeme keyfini artırdığını ve sağlıklı yeme davranışını desteklediği belirlenmiştir (23). Ayrıca literatürde yeme farkındalığı ile duygu durumu ve yeme davranışı kontrolü arasındaki ilişkileri gösteren çalışmalar mevcuttur (24,25).

Bu veriler ışığında bu çalışma, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumlarının değerlendirilerek, yeme farkındalığı durumlarına etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Sağlık ve Beslenme

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir (26). DSÖ verilerine göre en fazla ölüme yol açan on dokuz risk faktörü arasında başta yüksek kan basıncı olmak üzere; yüksek kan şekeri, obezite, yüksek kolesterol, çocukluk çağı zayıflığı, düşük meyve-sebze tüketimi, A vitamini, çinko ve demir yetersizlikleri gibi doğrudan veya dolaylı olarak beslenme ile ilgisi olabilecek birçok faktör sayılmaktadır (27). Bu veriler açıkça göstermektedir ki sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde beslenme büyük önem arz etmektedir.

2.2. Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi, sağlığın bozulmasıyla sonuçlanabilen adipoz dokudaki anormal veya aşırı yağ birikimi durumu olarak tanımlamaktadır (28). Popülasyon düzeyinde ise obezite, kullanışlı olması açısından genellikle beden kütle indeksi (BKİ) üzerinden tanımlanarak sınıflandırılmaktadır. Beden kütle indeksi, yetişkinlerde fazla kilo ve obeziteyi sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan basit bir boy-ağırlık endeksidir. Bir kişinin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine (kg / m^2) bölünmesiyle hesaplanmaktadır. DSÖ yetişkinler için, fazla kiloyu 25 veya daha yüksek bir BKİ; ve obeziteyi, 30'a eşit veya daha yüksek bir BKİ olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, farklı kişilerde aynı derecede şişmanlığa karşılık gelmeyebileceği için yeterli bir değerlendirme değildir (29).

Dünya çapında obezite 1975'ten bu yana neredeyse üç kat artış göstermiştir. DSÖ verilerine göre 2016 yılında, 1.9 milyardan fazla yetişkin fazla kiloludur ve bunların 650 milyondan fazlası obezdir. 18 yaş ve üstü bireylerin % 39'u fazla kilolu ve % 13'ü obezdir. 5 yaşın altındaki 41 milyon çocuk ve 5-19 yaş arası 340 milyondan fazla çocuk ve genç fazla kilolu veya obezdir. Dünya nüfusunun çoğu, fazla kilo ve obezitenin zayıflıktan daha fazla insanın ölümüne yol açtığı ülkelerde yaşamaktadır (1). OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) 2019 raporuna göre ise 23 OECD ülkesinde, yetişkinlerin ortalama

%58'inin fazla kilolu veya obez olduğu saptanırken, Türkiye'de bu ortalamanın % 64.4 olduğu belirlenmiştir (4). Ayrıca OECD ülkelerinde 5-9 yaş arası çocukların yaklaşık üçte birinin (%31) fazla kilolu olduğu ve bu oranın Türkiye için %32.7 olduğu tespit edilmiştir (5).

2018 yılında yapılan bir meta-analiz çalışması, Türkiye'de 1990'dan beri obezite prevalansının hem kız hem de erkeklerde önemli ölçüde arttığını ve bu artışın erkeklerde daha belirgin olduğunu göstermektedir (2). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından yürütölen 1998, 2003, 2008 ve 2013 yıllarında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nı (TNSA) temel alan bir değerlendirmeye göre obezite oranı 1998'de % 21.7 olup ve 2013'te % 26.5'e yükselmiştir (3). 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise üniversite öğrencilerinde fazla kilolu veya obez bireylerin oranı % 25,9 olarak tespit edilmiştir (30).

Obezite tedavisinde genetik-biyolojik faktörler, diyetel faktörler, fiziksel aktivite durumu ve sosyokültürel faktörler gibi birçok faktörün göz önünde bulundurulması gerekmektedir (28). Bununla birlikte son yıllarda yeme davranışı obeziteyi belirleyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda yeme farkındalığı obezite tedavisinin bir bileşeni olmaya başlamıştır. Yeme farkındalığının artırılması iştah, porsiyon büyüklüğü, yeme hızı ve tıkinma epizotları gibi durumlarda bireyin kontrolünü artırarak obezitenin kalıcı şekilde tedavisinde önemli katkı sağlamaktadır (20-23). Çocukluk çağı obezitesinde de yeme hızının ağırlık yönetimi ile güçlü bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Yeme öğrenilmiş bir davranış olduğu için çoğu zaman otomatik yeme ve dürtüsel yeme bireyler için kaçınılmaz olabilmektedir. Bireyler açlıklarının farkında olmaksızın sadece yemek saati geldiği için yemeye yönelebilirler (34). Buna benzer durumlarda yeme farkındalığının kazandırılması obezite tedavisinin başarısını artırabilecektir.

2.3.Yeme Bozuklukları

Genç popölasyonda son yıllarda artış gösteren bir diğel beslenme kaynaklı sorun ise yeme bozuklukları olarak tanımlanan hastalık grubudur (35-37). Yeme bozuklukları, sıklıkla birçok kadını ve genci etkileyen mental sorunlardır ve önemli fiziksel ve psikolojik bozukluklarla ilişkilidirler (38,39). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (DSM 5), Amerikan Psikoloji Derneği (APA) tarafından 2013 yılında bir önceki

versiyonuna (DSM 4) göre güncellenmiştir. DSM 5'te yeme bozukluğu hastalıkları 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' başlığı altında incelenerek bu grup hastalıkların tanı kriterleri belirlenmiştir. Beslenme ve yeme bozuklukları, besinlerin tüketim ve emiliminin değişmesiyle sonuçlanan ve fiziksel sağlığı veya psikososyal işleyişi önemli ölçüde bozan, yeme veya yeme ile ilgili davranışlarda kalıcı bir bozulma ile karakterizedir. Yeme bozukluğu hastalıkları DSM 5'te pika, geviş getirme/geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı besin alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve diğer tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları şeklinde kategorize edilmiştir. Bunların dışında kalan durumlara tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları (UFED) denmiştir. Bu kategori, beslenme ve yeme bozukluğunun karakteristik belirtilerinin bulunduğu ancak herhangi bir bozukluk için tam kriterlere uymayan veya tanı koymak için yeterli bilginin olmadığı durumlar için geçerlidir (6).

Yeme bozukluğu hastalıklarının tanısal kriterleri, birbirini dışlayan bir sınıflandırma şemasına neden olur. Bu yaklaşımın gerekçesi, bir dizi ortak psikolojik ve davranışsal özelliğe rağmen, hastalıkların klinik seyir, sonuç ve tedavi gereksinimlerinde büyük ölçüde farklılık göstermesidir. Bu kategoride açıklanan bozuklukları olan bazı kişiler madde kullanım bozukluğu olan kişilerde tipik olarak görülenlere benzer yoksunluk ve zorlantılı davranış kalıpları gibi yeme ile ilgili semptomlar gösterirler. Bu benzerlik aynı sinir sistemi bozukluklarının katılımını yansıtabilir. Bununla birlikte, yeme ve madde kullanım bozukluklarının gelişiminde ortak ve belirgin faktörlerin göreceli katkıları yeterince anlaşılamamıştır (6).

Obezite DSM-5'te zihinsel bir bozukluk olarak yer almamaktadır. Bireyler arasında çeşitlilik gösteren genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörler obezitenin gelişimine katkıda bulunmaktadır; bu nedenle obezite, zihinsel bir bozukluk olarak kabul edilmez. Bununla birlikte, obezite ve çeşitli zihinsel bozukluklar arasında güçlü ilişkiler vardır (örneğin: tıknırcasına yeme bozukluğu, depresif ve bipolar bozukluklar, şizofreni). Bazı psikotrop ilaçların yan etkileri de obezite gelişimine önemli katkı sağlar ve obezite bazı zihinsel bozuklukların (örneğin, depresif bozukluklar) gelişimi için bir risk faktörü olabilir (7).

Yeme bozukluklarının prevalansını saptamaya yönelik bir çalışmada bulimiya nervozanın (BN) yaşam boyu prevalansı ortalama % 1,0 ve tıknırcasına yeme bozukluğu

prevalansı (BED) % 1,9 olarak belirlenmiştir. Hem yaşam boyu hem de 12 aylık prevalans tahminleri neredeyse tüm ülkelerde BED için BN'den daha yüksek olarak belirlenmiştir (12). Yedi çalışmadan elde edilen 35,247 bireyden oluşan havuzdan örneklem alınan bir sistematik derleme çalışmada ise yaşam boyu ve 12 aylık yeme bozukluğu prevalansları sırasıyla % 1,01 ve % 0,37 olarak tespit edilmiştir. Spesifik yeme bozukluğu tipleri için yaşam boyu prevalans değerleri sırasıyla BED için % 2,22, BN için % 0,81 ve AN için % 0,21 olarak saptanmıştır (8).

Bir sistematik derlemede incelenen çalışmalarda kadınlarda yaşam boyu AN yaygınlık oranlarının % 1.7 ile % 3.6 arasında ve nokta yaygınlık oranının ise %0.67 ile %1.2 arasında değişmekte olduğu tespit edilmiştir. Değerlendirilen çalışmalar arasında sadece bir çalışmada erkeklerde AN prevalansı bildirmiş olup, bu çalışmada hem nokta hem de yaşam boyu prevalansın % 0,1 olduğunu saptanmıştır. Değerlendirilen çalışmalarda kadınlarda BN prevalansı ortalama % 0,6 ile % 2.6 arasında ve BED prevalansı % 0.62 ile % 3.6 arasında değişmektedir (40, 41, 42).

Tanımlanmış diğer beslenme veya yeme bozuklukları (OSFED) için yaşam boyu prevalansların erkeklerde % 0,3 ile % 2,4 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Kadınlarda yaşam boyu ve noktasal tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları (UFED) için prevalans oranları sırasıyla % 0.2 ve % 0.9 olarak tespit edilmiştir (40, 42, 43).

Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu prevalansının % 32.8 (kadınlarda % 37.6 ve erkeklerde % 23.7) olduğu tespit edilmiştir (35). Tıp fakültesi öğrencileri arasında yeme bozukluğu prevalansını araştıran bir başka çalışmada yeme bozukluğu toplam prevalansı ortalama %10.4 olarak tespit edilmiştir. Çalışmalar arasında yaygınlık tahminleri % 2.2 ile % 29.1 arasında değişmektedir (36). Farklı bir meta analiz çalışmasında ise üniversite öğrencilerinin yeme bozukluğu prevalansı % 14.9 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada beslenme branşlarında görülen yeme bozukluğu prevalansının, diğer tüm branşlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, beslenme öğrencilerinin daha yüksek yeme bozukluğu riski altında olduğu düşünülebilir (37). Türkiye'de Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören 384 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada ise YTT (Yeme Tutum Testi) kesim puanına (≥ 30) göre olası yeme bozukluğu sıklığı % 4,2 olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda araştırmaya göre kadın olmak, benlik saygısının düşük olması ve diyet yapıyor olmak olası yeme bozukluğu riskini arttırmaktadır (9).

2.3.1.DSM 5’te tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları

2.3.1.1.Pika

Pika; taş, tuğla, tebeşir, sabun, kâğıt, toprak vb. gibi besin dışı maddeleri yeme alışkanlığıdır (44). Yaş aralığı 7-14 arası olan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 12.3’ünün hayatlarında en az bir kez pika davranışları sergilediği ve katılımcıların % 4.9’unda bu davranışların tekrarlayan şekilde görülmeye devam ettiği tespit edilmiştir (45).

DSM 5’e göre Pika’nın tanı kriterleri aşağıdaki gibi olmalıdır:

- A. En az 1 aylık süre boyunca besleyici olmayan, besin olmayan maddelerin sürekli olarak tüketilmesi.
- B. Besleyici olmayan, besin olmayan maddeleri tüketmek, bireyin gelişimsel düzeyi ile ilgili değildir.
- C. Yeme davranışı kültürel olarak desteklenen veya sosyal olarak normatif bir uygulamanın parçası değildir.
- D. Yeme davranışı başka bir zihinsel bozukluk (örneğin; zihinsel engel (bilişsel gelişim bozukluğu), otizm spektrum bozukluğu, şizofreni) veya tıbbi durum (hamilelik dâhil) bağlamında meydana gelirse ek klinik dikkat gerektirmektedir (6).

2.3.1.2. Geviş getirme/geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu

Ruminasyon bozukluğu, bebeklik döneminde veya erken çocuklukta görülebileceği gibi diğer yaş gruplarında da görülebilmektedir. Bu bozukluğu olan insanlar yutulmuş veya kısmen sindirilmiş besinleri tekraren çiğneyip geri yutabilir ve çıkarabilirler (46). Ruminasyon bozukluğu olanlar, kasıtlı bir eylem olmak yerine, yemekten sonra istemsizce besini regürjite ederler (47). 7-14 yaş arası bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların % 11.4’ünün hayatlarında en az bir kez ruminasyon bozukluğu davranışları sergilediği ve katılımcıların % 1.4’ünde bu davranışların tekrarlayan şekilde görülmeye devam ettiği tespit edilmiştir (45).

DSM 5'e göre ruminasyon bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibi olmalıdır:

- A. En az 1 aylık süre boyunca besinlerin tekrarlayan regürjitasyonu. Regürjite edilen besinler çiğnenebilir, yeniden yutulabilir veya çıkarılabilir.
- B. Tekrarlanan regürjitasyon, gastrointestinal veya başka bir tıbbi duruma (örneğin; gastroözofageal reflü, pilorik stenoz) atfedilemez.
- C. Bozukluk yalnızca anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu veya kaçınan/kısıtlayıcı yeme bozukluğu seyri sırasında meydana gelmez.
- D. Semptomlar başka bir zihinsel bozukluk (örneğin, zihinsel engel [bilişsel gelişim bozukluğu] veya başka bir nörogelişimsel bozukluk) bağlamında ortaya çıkarsa ek klinik dikkat gerektirmektedir (6).

2.3.1.3. Kaçınan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu (ARFİD)

Kaçınan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu (ARFİD), hastaların önemli derecede ağırlık kaybı, büyüme geriliği, günlük enerji gereksinimlerini karşılamak için besin takviyelerine ihtiyaç duyma, besin yetersizliği (demir eksikliği anemisi gibi) ve psikososyal işleyişte belirgin aksamalara sebep olacak derecede kısıtlayıcı veya kaçınan yeme davranışları gösterdiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Kaçınan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu hastaları ağırlık kazanımından korkmazlar; vücut ağırlıklarından, şekillerinden veya boyutlarından rahatsız olmazlar ve tipik olarak anoreksiya nervoza ile ilişkilendirilen bilişsel durumlardan yoksundurlar. Bu bozukluk her yaş grubunda besin tüketimiyle beraber ağrıyla seyredebilir ve bu durum akalazya ile karıştırılmasına yol açabilmektedir (48). Yapılan bir çalışmada ilköğretim öğrencileri arasında yaşam boyu ARFİD prevalansı %0.5 olarak tespit edilmiştir (49).

DSM 5'e göre kaçınan/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibi olmalıdır:

- A. Bir yeme bozukluğu (örneğin; yeme veya besine olan ilginin azalması, besinin duyuşal özelliklerine dayanarak kaçınma, besinin tüketilmesinin olumsuz sonuçları ile ilgili endişe) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) ile ilişkili uygun besin ögesi ve/veya enerji gereksinimlerini karşılama konusunda süregelen bir başarısızlıkla ortaya konan:

1. Önemli derecede ağırlık kaybı (ya da çocuklarda beklenen ağırlık kazanımına ulaşamama veya istikrarsız büyüme)

2. Önemli düzeyde besin yetersizliği

3. Enteral beslenmeye ya da oral besin takviyelerine bağlı olma

4. Psikososyal işleyişte belirgin engellenme gibi durumlarla ilişkilidir.

B. Rahatsızlık, besine ulaşamama veya bununla ilişkili kültürel olarak onaylanmışlık ile daha iyi açıklanamaz.

C. Yeme bozukluğu, sadece anoreksiya nervoza veya bulimiya nervoza seyri sırasında oluşmaz ve vücut ağırlığı ya da şeklinden herhangi bir rahatsızlık duyulduğuna dair bir kanıt yoktur.

D. Yeme bozukluğu, eşzamanlı bir tıbbi duruma atfedilemez veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu bozukluk, başka bir durum veya bozukluk bağlamında meydana geldiğinde ek klinik dikkat gerektirmektedir (6).

2.3.1.4. Anoreksiya nervosa (AN)

Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bir bozukluk olan anoreksiya nervoza (AN) kısıtlı besin tüketimi ve anormal derecede zayıf olma arayışı ile karakterizedir. AN muhtemelen tüm psikiyatrik bozuklukların en homojen olanıdır. Dar bir başlangıç yaşı (erken ergenlik), semptomların ve seyrin basmakalıp bir görünümü ve göreceli cinsiyet özgüllüğü vardır. AN'li bireyler yemeye karşı egosal bir dirence ve güçlü bir ağırlık kaybetme arayışına sahiptirler; yine de paradoksal olarak takıntı noktasında besinlerle ve yeme ritüelleri ile meşguldürler. Bireyler çarpık bir beden imajına sahiptirler ve zayıfladıklarında bile kendilerini “şişman” olarak görmeye meyillidirler. Sıklıkla ağır egzersiz yaparlar ve zayıf olduklarını inkâr ederler. Genellikle tedaviye dirençlidirler ve hastalığın tıbbi sonuçlarının ciddiyeti ile ilgili içgörü eksikliği yaşarlar (50).

Bir sistematik derlemede incelenen çalışmalarda, kadınlarda yaşam boyu AN prevalansı % 1.7 ila % 3.6 arasında değişmekte olup, nokta yaygınlığı ise %0.67 ila %1.2

arasında değişmektedir. Erkeklerde ise hem nokta hem de yaşam boyu prevalansın % 0,1 olduğu saptanmıştır (40, 41, 42).

DSM 5'e göre Anoreksiya Nervoza'nın tanı kriterleri aşağıdaki gibi olmalıdır:

A. Yaş, cinsiyet, gelişim eğrisi ve fiziksel sağlık bağlamında önemli derecede düşük vücut ağırlığına yol açan, gereksinime göre enerji alımının kısıtlanması vardır. Belirgin derecede düşük ağırlık; asgari-normalden düşük veya çocuklar ve ergenler için, minimal düzeyde beklenenden daha düşük bir ağırlık olarak tanımlanır.

B. Ağırlık kazanma ve şişman olma korkusu veya önemli ölçüde düşük bir ağırlıkta olsa bile, ağırlık artışı engelleyen sürekli davranışlar gözlemlenir.

C. Kişinin vücut ağırlığını veya şeklini algılamasında bozukluk vardır. Vücut ağırlığının ya da şeklinin öz değerlendirme üzerindeki aşırı etkisi veya mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetini kabul etmeme durumu söz konusudur.

Sınırlayıcı tip: Son 3 ay boyunca, birey tekrarlayan aşırı yeme veya arınma davranışı sergilememiştir (örneğin; bireyin kendi çabasıyla kusması veya müshillerin, diüretiklerin veya lavmanların kötüye kullanılması).

Bu alt tip, ağırlık kaybetmenin öncelikle diyet, açlık ve/veya aşırı egzersiz yoluyla gerçekleştirildiği durumları açıklar.

Aşırı yeme / arınma tipi: Son 3 ay boyunca, birey tekrarlayan aşırı yeme veya arınma davranışları sergilemektedir (örneğin bireyin kendi çabasıyla kusması veya müshillerin, diüretiklerin veya lavmanların kötüye kullanılması).

Mevcut şiddeti belirlemek için:

Asgari şiddet seviyesi yetişkinler için, mevcut beden kütle indeksine (BKİ) veya çocuklar ve ergenler için BKİ yüzdelik dilimine bağlıdır.

Aşağıdaki aralıklar yetişkinlerde zayıflık için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kategorilerinden türetilmiştir (Tablo 2.1); çocuklar ve gençler için ilgili BKİ yüzdeliklerinin kullanılması gerekir. Şiddet seviyesi; klinik semptomları, fonksiyonel kayıp derecesini ve denetim ihtiyacını yansıtacak şekilde arttırılabilir (6).

Tablo 2.1. DSÖ kategorilerinden türetilmiş yetişkinlerde zayıflık sınıflandırması (6)

Seviye	BKİ
Hafif	$>17\text{kg/m}^2$
Orta	$16\text{-}16.99\text{ kg/m}^2$
Şiddetli	$15\text{-}15.99\text{ kg/m}^2$
Aşırı	$< 15\text{ kg/m}^2$

2.3.1.5. Bulimiya nervoza (BN)

Bulimiya nervoza (BN) tıkınma epizotları (2 saatlik bir süre içinde çok fazla miktarda besin tüketimi), bu tıkınırcasına yemeyi telafi etmeye çalışma (arınma davranışları, aşırı egzersiz, aç kalma veya tip I diyabetlilerde düşük doz insülin kullanımı), ağırlık ve/veya beden şeklinin aşırı önemsenmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur (31). “Bulimiya” terimi, bu hastalıktaki merkezi klinik özellik olan aşırı yemek yemeyi ifade etmektedir. Kendi kendine kusma ve arınma, tanımlanan hastalığın ikincil özellikleri olmasına rağmen, kökleşmiş alışkanlıklar haline gelir ve tehlikeli komplikasyonlarla sonuçlanabilir. Hastalar, tekrarlanan uygulamalarla, kusma eyleminin zahmetsiz hale geldiğini ve bu nedenle üst beslenme yolunun uyarlanabilir değişikliklere uğradığını açıklamaktadır (32). Hem kusma hem de arınma davranışları, hipokaleminin en sık görülen sebeplerindendir ve su ile elektrolit kaybına neden olur. Bu iki alışkanlıktan kusma, bu açıdan daha zararlıdır. Kusmanın birden fazla elektrolit kaybı yoluyla; aldosteronun salgılanma hızının artmasına ve potasyum yetersizliğinin kötüleşmesine neden olduğu uzun zamandır bilinmektedir (33,51) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bu k'nudaki en geniş yetişkin çalışmasında, bulimiya nervoza'nın yaşam boyu prevalansı erkeklerde %0.5 kadınlarda %1.5 olmak üzere ortalama %1 olarak saptanmıştır (39).

DSM 5'e göre Bulimiya Nervoza'nın tanı kriterleri aşağıdaki gibi olmalıdır (6):

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme epizotları. Tıknırcasına yeme epizotları aşağıdakilerin her ikisi ile karakterizedir:

1. Belirli bir zaman diliminde (örneğin, herhangi bir 2 saatlik süre içinde), benzer şartlar altında genellikle çoğu kişinin tüketebileceğinden daha fazla miktarda besin tüketmek.

2. Epizotlar sırasında yeme konusunda kontrol eksikliği hissi (örneğin, yemek yemeyi durduramayacağı veya ne yiyeceğini kontrol edemediği hissi).

B. Kendine kendine kusma gibi ağırlık kazanımını önlemek için tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar; laksatiflerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların kötüye kullanılması, aç kalma veya aşırı egzersiz.

C. Aşırı yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama olarak en az 3 ay boyunca haftada bir kez gerçekleşir.

D. Öz değerlendirme, vücut şeklinden ve ağırlığından aşırı derecede etkilenir.

E. Rahatsızlık, sadece anoreksiya nervoza dönemlerinde oluşmaz.

Asgari ciddiyet seviyesi uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına dayanmaktadır. Diğer semptomları ve fonksiyonel yeti yitimi derecesini yansıtmak için şiddet seviyesi artırılabilir (6).

Hafif: Haftada ortalama 1-3 telafi edici davranış epizotu

Orta: Haftada ortalama 4-7 uygunsuz telafi edici davranış epizotu

Şiddetli: Haftada ortalama 8-13 uygunsuz telafi edici davranış epizotu

Aşırı: Haftada ortalama 14 veya daha fazla uygunsuz telafi edici davranış epizotu

2.3.1.6. Tıknırcasına yeme bozukluğu (BED)

Obezite bağlamında spesifik bir aşırı yeme sendromu ilk kez 1959'da “gece yeme sendromu” terimini kullanan Albert Stunkard tarafından tanımlanmıştır (52). Ardından tıknırcasına yemenin gündüz de olabileceğini savunan Timothy ve Brewerton (53)

tarafından gündüz saatlerinde gerçekleşen aşırı yeme davranışı, ‘Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (BED)’ olarak adlandırılmış ve tanı kriterleri tanımlanmıştır.

BED, gece yeme sendromuna benzer, ancak tanısı bir gereklilik olarak gece bileşenine sahip değildir. Ayrıca gece yeme sendromunda, aşırı yeme epizotları mutlaka tıkinma şeklinde değildir; ataklar sadece geceleri meydana gelir ve sonraki dönemde anoreksi ve besin kısıtlamaları sabahları meydana gelir. Gün boyunca kısıtlanmış yeme alışkanlığının, gece yeme sendromu ve BED için geceleri tıkinma veya arınma döngüsüne katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Yıllar boyunca şiddetli, tekrarlayan aşırı yeme veya tıkinarak yeme fenomenini tanımlamak için başka terimler ortaya çıkmıştır, bunlardan bazıları “obez tıkınırcasına yiyen bireyler”, “zorlantılı tıkınırcasına yiyen bireyler” ve “tıkinma sendromu” şeklindedir (54,55).

BED’in yaşam boyu prevalansı ABD’de ve Avrupa’da büyük popülasyon örneklerinde değerlendirilmiştir. Altı Avrupa ülkesinde BED prevalansı kadınlar için % 1.9, erkekler için % 0.3 olarak tespit edilmiştir. ABD’de ise yaşam boyu prevalansların yetişkinler arasında kadınlarda % 3.5, erkeklerde % 2.0 ve 13-18 yaş arası ergenler arasında kızlarda % 2.3, erkeklerde % 0.8 şeklinde saptanmıştır (39,56,57).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (BED), Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı’nın beşinci revizyonunda (DSM-5) teşhis durumuna ulaşmıştır (6).

DSM 5’e göre tıkınırcasına yeme sendromunun tanı kriterleri aşağıdaki gibi olmalıdır:

A. Tekrarlayan tıkınırcasına yeme epizotları. Tıkınırcasına yeme epizotları aşağıdakilerin her ikisi ile karakterizedir:

1. Belirli bir zaman diliminde (örneğin; herhangi bir 2 saatlik süre içinde), benzer koşullar altında ve benzer bir zaman diliminde çoğu insanın tüketebileceğinden kesinlikle daha büyük bir miktarda besin tüketmek

2. Epizotlar sırasında yeme konusunda kontrol eksikliği hissi (örneğin, yemek yemeyi durduramayacağı veya ne yiyeceğini kontrol edemediği hissi)

B. Tıkınırcasına yeme epizotları aşağıdakilerden üçü (veya daha fazlası) ile ilişkilidir:

1. Normalden çok daha hızlı yemek

2. Rahatsızlık verici şekilde dolu hissedene kadar yemek

3. Fiziksel olarak aç hissetmediği halde çok miktarda besin tüketmek

4. Tükettiği besin miktarından utanma duygusu yüzünden yalnız yemek

5. Yedikten sonra kendini depresif ya da çok suçlu hissetmek

C. Tıkınırcasına yeme konusunda bireyler belirgin bir şekilde şikâyetçidirler

D. Tıkınırcasına yeme ortalama olarak en az 3 ay süreyle haftada bir kez gerçekleşir

E. Tıkınırcasına yeme, bulimiya nervozadaki gibi uygunsuz telafi edici davranışların tekrarlayan şekilde yapılmasıyla ilişkili değildir ve yalnızca bulimiya nervoza veya anoreksiya nervoza seyri sırasında oluşmaz.

Mevcut şiddeti belirlemek için:

Asgari şiddet seviyesi, tıkınırcasına yeme epizotlarının sıklığına dayanmaktadır. Diğer semptomları ve fonksiyonel kayıp derecesini yansıtmak için şiddet seviyesi artırılabilir.

Hafif: Haftada 1-3 tıkınırcasına yeme epizotu

Orta: Haftada 4-7 tıkınırcasına yeme epizotu

Şiddetli: Haftada 8-13 tıkınırcasına yeme epizotu

Aşırı: Haftada 14 ya da daha fazla tıkınırcasına yeme epizotu (6)

2.3.2.Tanımlanmış diğer beslenme veya yeme bozuklukları (OSFED)

Bu kategori sosyal, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında klinik olarak önemli bir sıkıntı veya bozulmaya neden olan ancak beslenme ve yeme bozuklukları tanı sınıfındaki bozuklukların hiçbirini için tam kriterleri karşılamayan bir beslenme ve yeme bozukluğunun karakteristik belirtilerinin baskın olduğu durumlar için geçerlidir. Bu kategori, klinisyenin, hastanın durumunun herhangi bir mevcut beslenme ve yeme bozukluğu için kriterleri karşılamadığına dair belirli bir neden göstermesi durumunda kullanılır (6,10). Bu kategorideki yeme bozukluklarının yaşam boyu prevalansı yapılan bir çalışmada %7.64 olarak bildirilmiştir (10).

Bu kategoride belirtilebilecek durum örnekleri şunlardır:

2.3.2.1. Atipik anoreksiya nervoza: Diğer Anoreksiya Nervoza kriterlerinin tümü karşılanmış olsa da; önemli ağırlık kaybına rağmen bireyin ağırlığı normal sınırlar içinde veya üzerindedir (14). Bu kategorideki yeme bozuklukların yaşam boyu prevalansı yapılan bir çalışmada % 1.70 olarak saptanmıştır (10).

2.3.2.2. Bulimiya nervoza (düşük frekanslı ve/veya sınırlı süreli): Bulimiya nervoza kriterlerinin tümü karşılanmıştır ancak tıkinırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışlar ortalama olarak haftada bir kezden az ve/veya 3 aydan az bir süre için meydana gelir (14). Bu kategorideki yeme bozuklukların yaşam boyu prevalansı yapılan bir çalışmada % 1.42 olarak saptanmıştır (10).

2.3.2.3. Tıkinırcasına yeme bozukluğu (düşük frekanslı ve/veya sınırlı süreli): Tıkinırcasına Yeme Bozukluğu'nun tüm kriterleri karşılanırsa da, tıkinırcasına yeme durumu ortalama olarak haftada bir kezden az ve/veya 3 aydan az bir süre için meydana gelir (6). Bu kategorideki yeme bozuklukların yaşam boyu prevalansı yapılan bir çalışmada % 0.90 olarak bildirilmiştir (10).

2.3.2.4. Arınma davranış bozukluğu: Tıkinırcasına yeme olmamasına rağmen ağırlığı veya beden şeklini etkilemek için tekrarlayan arınma davranışı (örneğin, kendi kendine kusma; laksatiflerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların kötüye kullanılması) durumudur (6). Bu kategorideki yeme bozuklukların yaşam boyu prevalansı % 1.28 olarak saptanmıştır (10).

2.3.2.5. Gece yeme sendromu: Uykudan uyanarak veya akşam yemeğinden sonra aşırı besin tüketimi ile kendini gösteren, tekrarlayan gece yeme epizotlarıdır. Kişi yediğinin farkındadır ve hatırlamaktadır (6).

Gece yeme davranışı, bireyin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler veya yerel sosyal normlar gibi dış etkilere daha iyi açıklanamaz. Gece yeme, bireyin fonksiyonel

durumunda ciddi sıkıntı ve/veya bozulmaya neden olur. Bu bozulmuş yeme davranışı, tıknırcasına yeme bozukluğu veya başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve madde kullanımı dâhil başka bir tıbbi rahatsızlığa veya ilacın etkisine atfedilemez (6).

Gece yeme sendromu prevalansı yapılan bir çalışmada % 1,5 olarak tespit edilmiştir (58) fakat spesifik bir grup olarak 2. ve 3. derecede obez bireylerde görülme sıklığı % 10.1 olarak saptanmıştır (59).

2.3.3. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları (UFED)

Bu kategori sosyal, mesleki veya diğer önemli fonksiyon alanlarında klinik olarak önemli bir sıkıntı veya bozulmaya neden olan bir beslenme ve yeme bozukluğunun karakteristik belirtilerinin baskın olduğu durumlar için geçerlidir ancak belirtiler beslenme ve yeme bozuklukları tanı sınıfındaki bozuklukların hiçbirini için tam kriterleri karşılamaz. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, klinisyenin belirli bir beslenme ve yeme bozukluğu için kriterlerin karşılanmamasının nedenini belirtmemeyi seçtiği ve daha spesifik bir tanı koymak için yeterli bilginin olmadığı durumlarda (örneğin acil durum ortamlarında) kullanılır (6).

2.3.4. Çalışmalarda tanımlanmış diğer yeme bozuklukları

2.3.4.1. Kas dismorfisi

Kas dismorfisi, vücudunun yetersiz derecede “yağsız” veya kaslı olduğu fikriyle meşgul olan, görece az araştırma yapılmış erkek popülasyonda yeni bir beden imgesi bozukluğu olarak görünmektedir (60). Kas dismorfisi olan erkekler, gerçekte normal göründüklerinde veya sıra dışı kaslı olduklarında bile “cılız” veya “küçük” göründüklerine inanırlar. Sonuç olarak, algılanan görünüm kusurları nedeniyle utançlarından veya titiz bir diyet ve zaman harcayan egzersiz programına katılmaları nedeniyle önemli sosyal veya mesleki faaliyetleri ihmal edebilirler (61).

Vücut geliştirme dünyasındaki erkeklerce uzun zamandır bu sendrom bilinmektedir ve hatta birçok yönden anoreksiya nervoza’nın “ters şekli” olduğunu düşünerek bu

sendromu tanımlamak için “bigorexia” kelimesini kullanılmıştır (62). Aslında, sendromun ilk bilimsel raporu, bilindiği kadarıyla “ters anoreksiya nervoza” olarak adlandırılmış (63), daha sonra Pope ve ark. (1997) ek vakaları tanımlamış ve sendromu “kas dismorfisi” olarak isimlendirmeyi önermişlerdir (64).

2.3.4.2. Ortoreksiya nervoza

Bazı insanlar için sağlıklı beslenmeyle meşgul olmak, sosyal ve fiziksel olarak olumsuz etki yapmaktadır. Ortoreksiya Nervosa (ON), ilk olarak doktor Steven Bratman (1997) tarafından açıklanan bir durumdur ve sağlıklı ya da “temiz” yeme konusunda patolojik bir saplantı ile karakterize edilir (65).

Vücut ağırlığını çok düşük tutmak için enerji alımını kısıtlayan anoreksiya nervozalı bireylerin aksine, ON’da bireyin besin ile sıkıntısı kalori miktarında değil, yenen besinin kalitesinde ve hazırlığındadır. ON’da ağırlık kaybı, sadece sağlıklı besinler tüketme konusundaki yoğun endişe ile seyreden son derece kısıtlayıcı bir diyetin sonucudur ancak diyetin amacı değildir, amaç bir saflık veya sağlık hissi elde etmektir (66).

2.3.4.3. Drunkoreksiya

Aşırı alkol tüketimi, erkeklerde beş veya daha fazla ve kadınlarda dört veya daha fazla kadeh alkolün tek bir zaman diliminde son 2 hafta içinde en az bir kez tüketimi olarak tanımlanır (67). Özellikle, genç erişkinlerin, planlanan aşırı içmeyi telafi etmenin bir yolu olarak aşırı ağırlık kontrolü formlarını kullanma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Bu davranış bazen alkolün kötüye kullanımıyla bağlantılı bir yeme bozukluğunu karakterize etmek için tanımlanmış bir terim olan "Drunkoreksiya" olarak adlandırılır (bk. "sarhoş" ve "anoreksiya") (68), ve bu tanımlama son zamanlarda alkol tüketimi kaynaklı ağırlık artışı önlemek için uygunsuz telafi edici yeme davranışını ifade etmek için kullanılmaktadır (69).

2.3.4.4. Pregoreksiya nervoza

Pregoreksiya, yeme bozukluklarının tarihçesi ve sınıflandırılmasında nispeten yeni bir kavram olup bir dergide ilk defa 2009 yılında yayınlanmıştır. Son derece düşük kalorili diyetler ve egzersizler kullanarak hamilelik döneminde ağırlık kontrolüne odaklanan bazı hamile kadınların tipik bir davranışıdır (70).

2.3.4.5. Diyablumiya

Tip 1 diyabeti olan ve kasıtlı olarak ağırlık kaybı amacıyla daha az insülin enjekte eden hastaların durumu “Diyabulimiya” olarak adlandırılmaktadır. Diyabulimiya kelimesi resmi bir teşhis değil, popüler basının ürettiği bir terminolojidir (71).

2.4. Duygusal Yeme

Besin seçimini etkileyen ve yemeye yönlendiren faktörler çok geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Bunlar arasında çeşitli diyet bileşenleri (ör. lezzetli besinler, alkol vb.), çeşitli kültürel ve sosyal normlar, bazı bilişsel-duygusal faktörler (algılanan stres, sağlık tutumu, anksiyete ve depresyon gibi), kişilik özellikleri; ailesel, genetik, epigenetik faktörler ile gastrointestinal sistemden ve yağ dokusundan salgılanarak beyne sinyaller gönderen bir dizi fizyolojik mekanizma sayılabilir (72). Fizyolojik olarak açlık durumu söz konusu olmasa bile görsel besin uyaranlarına maruz kalmak obezite ve yeme bozukluklarında yeme kontrolünün sağlanmasını zorlaştırabilmektedir. Günümüzde özellikle dijital mecralar aracılığıyla arzu edilen gıdaların görüntülerine maruz kalmanın bir tür “görsel açlık” oluşturarak, fiziksel olarak aç olunmasa bile bireyleri lezzetli ve enerji yoğunluğu yüksek besinlerin tüketimine teşvik edebileceği düşünülmektedir (73). Bu durumlarda yeme kontrolünün sağlanabilmesi için uyaran maruziyetinin azaltılarak yeme farkındalığının artırılması beslenme tedavisine katkı sağlamaktadır (74).

Yeme davranışını etkileyen önemli faktörlerden biri duygulardır. Duygular ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir sistematik derlemede stres, depresyon ve üzüntü durumunun; artmış besin tüketimi ve sağlıksız besinlere yönelim gibi olumsuz yeme davranışlarını ortaya çıkardığı saptanmıştır (12). Yeme davranışları ve besin örüntüsü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda duygusal yemenin sırasıyla, daha yüksek protein ve yağ alımıyla (75) ve daha fazla yüksek şekerli besin ile atıştırmalık/fastfood tüketimiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (76). Bir başka çalışmada duygusal yeme, besin tüketimi artışı

ile önemli ölçüde ilişkili bulunurken, bu ilişkiye enerji yoğunluğu yüksek besin tüketiminin aracılık ettiği saptanmıştır (77).

Duygusal yeme durumunun bireyleri besin tüketimine teşvik ederek ağırlık artışına sebep olduğu düşünülmektedir. Amerikan Diyetetik Derneği dergisinde yayınlanan ve erişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, duygusal ve stres ilişkili yeme için en yüksek çeyrekte puan alan bireylerin, en düşük çeyrekte puan alan bireylere kıyasla fazla kilolu veya obez olma olasılığının 13.38 kat fazla olduğu saptanmıştır (78). Güncel bir çalışmada ise obez kadınlarda duygusal ve dışsal yemenin, enerji alımı ve BKİ artışıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (79). Bir başka çalışmada, depresyon ve duygusal beslenme pozitif olarak ilişkili bulunurken, her ikisinin de BKİ ve bel çevresinde artışlara sebep olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca depresyonun BKİ ve bel çevresi üzerindeki etkilerinin özellikle genç katılımcılarda duygusal yeme yoluyla gerçekleştiği saptanmıştır (80). Ayrıca duygusal yeme ve ağırlık arasındaki pozitif ilişkinin yanı sıra, ortanca duygusal yeme skorlarının kadınlarda erkeklerden ve geçmişte veya mevcut diyet öyküsü olanlarda, hiç diyet öyküsü olmayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (81).

Duygusal yeme durumunun, doğrudan veya dolaylı olarak farklı yeme bozukluklarıyla olan ilişkileri de çeşitli çalışmalara araştırma konusu olmuştur. Fransız adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada depresyon şiddeti, tıknırcasına yeme sendromu varlığı ile ilişkili bulunmuştur (82). Kadın üniversite öğrencilerinde fazla kiloya bağlı utanç, suçluluk ve yeme davranışı arasındaki ilişkilerin incelendiği bir çalışmada, bu duyguların tıknırcasına yeme davranışı ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir (83). AN ve BN hasta gruplarında duygusal yeme durumunun araştırıldığı bir başka çalışmada, bu hastaların kontrol grubuna göre daha fazla işlevsiz duygu düzenleme stratejileri kullanımı sergiledikleri tespit edilmiştir. BN grubunun, olumsuz duygulara tepki olarak normalden daha fazla, olumlu duygulara tepki olarak ise normalden daha az yemeye yöneldikleri saptanmıştır. Buna karşılık, AN grubunun olumlu duygulara tepki olarak normalden daha fazla ve olumsuz duygulara tepki olarak normalden daha az yemeye yöneldikleri tespit edilmiştir (84).

Ülkemizde obezite, üniversite öğrencileri arasında da ciddi bir yaygınlıkta görülmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinin yaklaşık dörtte birinin fazla kilolu veya obez olduğu tespit edilmiştir (85). Üniversite öğrencileri üzerinde

yapılan bir çalışmada, depresif belirtiler hem kadınlarda hem de erkeklerde duygusal yeme ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmada duygusal yemenin, kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de BKİ ile ilişkili olduğu ve depresyon ile BKİ artışı arasında aracı rol üstlendiği tespit edilmiştir (86).

Üniversite hayatına geçiş dönemi hem erkekler hem de kadınlar için stresli bir dönemdir. Öğrenciler sağlıklı beslenme hakkında bilgi sahibi olsalar dahi, duygusal beslenme, yüksek kalori yoğunluğuna sahip sağlıksız besinlerin tüketilmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle, duygusal yemeye eğilimli olan üniversite öğrencilerinde ağırlık denetimi tedavisi için, duygu ve stres yönetimi becerilerine odaklanan multidisipliner bir yaklaşım geliştirilmelidir (87).

2.5. Yeme Farkındalığı

Farkındalık, zihnin “şu an” üzerinde yoğunlaşmasını sağlayan bir uygulamadır. Brown ve Ryan (2003) farkındalığı, bir olayın yargılamadan uzak bir şekilde o anda farkına varılması olarak tanımlamaktadır. Konseptin kökleri, Budizm, varoluşçuluk, hümanizm ve Amerikan aşkınsalcılığı gibi farklı felsefi ve psikolojik eğilimlere dayanmaktadır (88). Farkındalık; “farkındalık durumu” ve “farkındalık özelliği” olmak üzere iki etapta değerlendirilmektedir. Farkındalık müdahaleleriyle tekrarlanan meditatif uygulamaların zaman içinde daha fazla farkındalık durumu geliştirdiği ve bunun farkındalık özelliği gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (89). Farkındalık uygulamalarında amaç, dikkati büyük ölçüde kontrol altına alarak, olayları meydana geldiklerinde daha iyi algılamak için zihni kontrollü bir şekilde düzenlemektir (90). Özellikle bireylerin farkındalığının artırılmasının çeşitli alanlarda sağlığı geliştirebileceği düşünülmektedir (89,91).

Yeme farkındalığı; “Ne yenildiğinden çok, nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden, besin seçimlerini yargılamadan, burada ve şu anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme” olarak tanımlanmıştır (92). Yeme farkındalığı tüketilen besin hakkında ilk düşünceyle başlayıp, son lokma yutulana ve yeme işlemi sonuçlanana kadar devam etmektedir. Yeme farkındalığı ve farkında yaşam ile ilgili; yargılamayan, sabırlı, sıfırlanmış bir zihinle, güvenli, gayretsiz ve kabullenici bir tutum sergilenmesi önerilmektedir (93). Yeme

farkındalığı müdahalelerinde kullanılan stratejiler içerisinde; her ısırığın iyice çiğnenmesi, yeme hızının azaltılması, lokmalar arasında çatalın masaya bırakılması, besinin kokusunun, tadının ve dokusunun hissedilerek keyfinin çıkarılması için zaman ayrılması, yemeğin bir şeyler okumadan veya elektronik alet kullanmadan bir masa üzerinde yenmesi, besine ulaşılabilirdiği için şükredilmesi ve odaklanmaya yardımcı olması için yenilen besinlerin lezzetlerinin adlandırılması yer almaktadır (94). Yemeye otomatik olarak başlamadan önce, bireyin ne hissettiğini ve hangi duyguları doyurmak için yemeye yöneldiğini farketmesi için durup bir dakika zaman ayırması önerilmektedir. Eğer yeme arzusu fiziksel açlıkla ilgili değilse, bunun yerine daha uygun bir aktivite yapılması uygun olacaktır (93).

Günümüzde nispeten az sayıda çalışma, yeme davranışı alanındaki farkındalığın etkinliğini ele almıştır. Şimdiye kadar elde edilen bulgular ümit vericidir ve farkındalık ile olumsuz yeme davranışları arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada, yeme farkındalığı konusunda daha yüksek puan alanların, tutarlı bir şekilde daha düşük depresif belirtilerle ve daha düşük depresyon olasılığı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (82). Bir randomize kontrollü çalışmada müdahale grubu, geliştirilen “Calm” adındaki akıllı telefon uygulaması aracılığıyla yeme farkındalığı eğitimine alınmıştır. Çalışma sonunda müdahale grubunda algılanan stres için anlamlı gelişmeler tespit edilirken, kontrol grubunda herhangi bir farklılık tespit edilememiştir (95). Bir başka çalışmada yeme farkındalığının toplam enerji alımını azaltarak depresif semptomlarda iyileşmelere yol açtığı saptanmıştır (96).

Yapılan çalışmalarda yeme farkındalığının fazla kilolu ve obez yetişkinlerde iştahı ve tıknırcasına yemeyi azalttığı tespit edilmiştir (77, 97). 2020 yılında yapılan bir çalışmada yeme farkındalığının artırılmasının iştah azalması, sezgisel yeme, duygusal dürtü regülasyonu, inhibitör kontrolü ve stresle başa çıkma yeteneği ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler, ağırlık kontrolü tedavisinde farkındalık eğitimine dayalı müdahalelerin, ağırlık kaybını destekleyen psikolojik faktörleri olumlu yönde değiştirebileceğini düşündürmektedir (98). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda daha düşük farkındalığa sahip grubun, farkındalığı daha yüksek olan gruba göre daha yüksek bel çevresine sahip olduğu ve bu grupta lezzetli ve enerji yoğunluğu yüksek besin tüketim motivasyonları ile yeme farkındalığı arasında anlamlı negatif korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir (92,99). Yeme farkındalığı ve ağırlık arasındaki ilişkiyi inceleyen kimi çalışmalarda ise, yapılan müdahaleler sonucunda yeme farkındalığının yükseltilmesiyle birlikte stres düzeyi ve duygusal yemede önemli

gelişmeler sağlansa da, uzun vadede müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir ağırlık kaybı farklılığı bulunamamıştır (100-104). Yine bir başka çalışmada yeme farkındalığının sürdürülebilir beslenme davranışları üzerindeki etkilerin sınırlı olduğu ve yalnızca nitel verilerden olan tutum ve niyet gibi davranış öncesi tüketim aşamalarında değişikliklere sebep olduğu saptanmıştır (20).

Farkındalık temelli yaklaşımlar, yeme bozukluklarına yönelik müdahaleler olarak da popülerliğini artırmaktadır. Yeme farkındalığının geliştirilmesi; yeme bozukluğu hastalıklarında görülen semptomlarda tekrarlayan olumsuz düşüncelerin azaltılması, öz-şefkat duygusunun artırılması, dikkatin yeme üzerinden uzaklaştırılması, psikolojik esnekliğin artırılması, duygusal düzenleme ile açlık ve tokluk ipuçlarının daha iyi ayırt edilebilmesi mekanizmalarıyla iyileşme sağlayabilmektedir (105). Yeme farkındalığı eğitiminin, yeme bozukluğu hastalarında etkili başa çıkma stratejileri oluşturmaya katkıda bulunabileceğini öne sürülmektedir (106). Adolesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, yeme farkındalığının artırılmasının; ağırlık ve beden algısı endişelerinde, BKİ’de, kısıtlayıcı diyet uygulamalarında, acıkmadan yemek yeme durumunda, tıknırcasına yeme davranışlarında ve yeme bozukluğu psikopatolojisinde azalmalarla sonuçlandığı saptanmıştır (107). Yeme bozukluklarının tedavisinde yoganın etkinliğini araştıran bir çalışmada ise, yoga yapan grubun kontrol grubuna kıyasla; tıknırcasına yeme sıklığı, duygusal düzenlemede zorlanma ve özeleştirme şiddeti durumlarında iyileşme yaşadıkları ve öz-şefkat duygularının yükseldiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar yoganın yeme bozukluklarının tedavisinde önemli bir rolü olabileceğini düşündürse de, etkilerinin geçici olabileceği dikkate alınmalıdır (108).

Sonuç olarak, yeme farkındalığı araştırmaları henüz başlangıç aşamasındadır. Ön sonuçlar farkındalık temelli müdahalelerin ağırlığı, duygusal/otomatik yemeyi, iştahı ve yeme bozukluğu semptomlarını azaltabileceğini göstermektedir. Ayrıca sorunlara rağmen, davranışa özgü farkındalık müdahaleleri ağırlık yönetiminde etkili görünmektedir (109).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Tanımlayıcı türde olan bu çalışma, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda 2018-2019 Eğitim Öğretim Yılı'nda öğrenimine devam eden öğrencilerden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 276 öğrenci üzerinde yürütülmüştür.

Çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından 20.03.2019 tarihli KA19/107 sayılı etik kurul onayı ile gerçekleştirilmiştir (Ek-1) ve çalışmaya katılan her bireyden araştırma başlangıcında gönüllü olduklarına dair yazılı 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' alınmıştır (EK-2). Ayrıca veri toplama işlemleri Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınarak yapılmıştır (Ek-5)

3.2.Araştırmanın Genel Planı

Çalışmaya katılan öğrencilere öncelikle çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Her öğrenciye 30 soruluk anket formu uygulanmıştır (EK-3). Anket formu öğrencilerle “yüz yüze görüşme yöntemi” kullanılarak doldurulmuştur. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu verileri, bireylerin beyanı esas alınarak toplanmıştır. Beden Kütle İndeksi (kg/m^2) değeri, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı değerleri ile $\text{BKİ} = [\text{Vücut Ağırlığı (kg)} / \text{Boy Uzunluğunun Karesi (m}^2\text{)}]$ denklemi kullanılarak hesaplanmıştır. Bireylerin BKİ sonuçları Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre Tablo 3.2.1'deki gibi değerlendirilmiştir (29).

Tablo 3.2.1. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre BKİ sınıflandırması (29)

BKİ (kg/m ²)	Sınıflandırma
< 18.50	Zayıf
18.50 – 24.99	Normal
25.00 – 29.99	Fazla Kilolu
30.00 – 34.99	I. Derece Obez
35.00 – 39.99	II. Derece Obez
> 40	III. Derece Obez

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Kişisel özellikler

Anket formunda bireylerin kişisel özelliklerini saptamaya yönelik 30 soru yer almaktadır. Bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu vb.), sağlık ve beslenme bilgileri (kronik hastalık durumları, sürekli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, uyku durumu, yürüyüş yapma durumu, besin seçimi ve öğün atlama durumları, yeme hızları, duyu durumlarına göre yeme davranışları vb.) sorgulanmıştır. Öğrencilerin yeme farkındalığı durumları Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) kullanılarak tespit edilmiştir (EK 4).

3.3.2. Yeme farkındalığı ölçeği (YFÖ-30)

YFÖ-30 (Yeme Farkındalığı Ölçeği), yeme farkındalığı düzeyini ölçen bir ankettir (EK-3). Bu ölçek ilk olarak Framson ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen MEQ ölçeği adı altında literatüre kazandırılmış olup (110), Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2016 yılında Köse ve ark. (92) tarafından yapılmıştır.

Ölçekte günlük yaşamdaki yeme farkındalığı düzeyini belirlemeye yönelik 30 adet soru bulunmaktadır. Her soru 1-5 arasında puanlandırılır. Puanlamada hiç seçeneği 1 puan,

nadiren seçeneği 2 puan, bazen seçeneği 3 puan ve sık sık seçeneği 4 puan ve her zaman seçeneği 5 puan olarak kabul edilir. Ölçekte 20 adet ters madde bulunurken sadece 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27. sorular düz puanlandırılmaktadır.

Ölçeğin alt faktörleri Disinhibisyon, Duygusal Yeme, Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık ve Enterferans şeklinde 7 başlıkta toplanmıştır. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca ölçekten toplam yeme farkındalığı puanı hesaplanmaktadır. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın ortalaması alınmaktadır. YFÖ-30 ölçeğinin yeme farkındalığını değerlendirmede Türkiye örneklemini için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir (92).

3.3.3. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için R programlama dili kullanılmıştır. Verilerin normallik durumu Shapiro Wilk Testi ile ölçülmüştür. Normallik varsayımının sağlandığı durumlarda parametrik testler (T-Test, Anova), sağlanmadığı durumlarda ise parametrik olmayan testler tercih edilmiştir (Kruskal Wallis, Wilcoxon Signed Test).

Çalışma değerlendirilirken, tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) ve iki nicel grubu değerlendirmede T-Test kullanılmıştır. İki gruba fazla nicel grubun olduğu durumlarda Tek Yönlü Varyans Analizi (Anova) kullanılmıştır. Ayrıca iki grubun birbiri ile olan ilişkisinin tespitinde Pearson Korelasyon Analizi de uygulanmıştır. İki grubun birbiri ile ilişkisini karşılaştırırken Ki-Kare Testi ve Likelihood Ratio Test (olabilirlik oran testi) istatistikleri tercih edilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin tespitinde Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı kullanılmıştır. Ayrıca ölçek puanına diğer değişkenlerin etkisini ölçmek için Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır. Çalışmada anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 4.1.1’de gösterilmiştir. Buna göre çalışmaya 18-35 yaş arası, %79.3’ü (n=219) kadın, %20.7’si (n=57) erkek olmak üzere toplam 276 öğrenci katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 20.32 ± 2.22 yıl olup, %97.5’i bekâr, %62.0’ı hemşirelik, %38.0’ı ise beslenme ve diyetetik bölümü öğrencisidir. Öğrencilerin %39.8’ini 1. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.

Çalışma genelinde katılımcıların %70.6’sının gelirinin giderine eşit olduğu; %58.7’sinin ise öğrenci yurdunda yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %56.1’inin annesi; %47.8’inin ise babası ilköğretim mezunudur. Ayrıca katılımcıların %23.9’u annesinin, %16.6’sı babasının, %7.6’sı kardeşinin ve %45.6’sı ikinci dereceden akrabalarından birinin obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	Kadın (n=219)		Erkek (n=57)		Toplam (n=276)	
	S	%	S	%	S	%
Cinsiyet	219	79.3	57	20.7	276	100
Yaş						
≤ 21	193	69.9	43	15.6	236	85.5
>21	26	9.4	14	5.1	40	14.5
Yaş, $\bar{x} \pm SS$	20.23±2.23		20.61±2.21		20.32±2.22	
Medeni Durum						
Evli	7	2.5	-	-	7	2.5
Bekâr	212	76.8	57	20.7	269	97.5
Bölüm						
Beslenme ve Diyetetik	95	34.4	10	3.6	105	38.0
Hemşirelik	124	45.0	47	17.0	171	62.0
Sınıf						
1	92	33.3	18	6.5	110	39.8
2	86	31.2	17	6.2	103	37.4
3	41	14.8	22	8.0	63	22.8

Tablo 4.1.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (devamı)

	Kadın		Erkek		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Ailenin Gelir Durumu						
Gelirimiz giderimizden az	29	10.5	7	2.6	36	13.1
Gelirimiz giderimize eşit	156	56.5	39	14.1	195	70.6
Gelirimiz giderimizden fazla	34	12.3	11	4.0	45	16.3
İkamet Durumu						
Ailemle.	30	10.9	9	3.3	39	14.2
Ailemden ayrı	60	21.7	15	5.4	75	27.1
Yurtta	129	46.7	33	12.0	162	58.7
Annenin Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Değil	31	11.2	14	5.1	45	16.3
İlköğretim	124	44.9	31	11.2	155	56.1
Ortaöğretim	51	18.5	8	2.9	59	21.4
Ön lisans/lisans	12	4.3	4	1.5	16	5.8
Yüksek Lisans/ Doktora	1	0.4	-	-	1	0.4
Babanın Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Değil	6	2.2	-	-	6	2.2
İlköğretim	98	35.5	34	12.3	132	47.8
Ortaöğretim	80	29.0	19	6.9	99	35.9
Ön lisans/lisans	33	12.0	4	1.4	37	13.4
Yüksek Lisans/ Doktora	2	0.7	-	-	2	0.7
Ailede Obezite Varlığı*						
Anne	55	19.9	11	4.0	66	23.9
Baba	36	13.0	10	3.6	46	16.6
Kardeş	17	6.2	4	1.4	21	7.6
İkinci derece akrabalar (teyze, amca vs.)	103	37.3	23	8.3	126	45.6

*Birden fazla cevap üzerinde değerlendirme yapılmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre beden kütle indeksi (BKİ) değerleri Tablo 4.1.2’de gösterilmiştir. Katılımcıların %54 kadınlar, %13.8 erkekler olmak üzere toplamda %67.8’inin beden kütle indeksi normal aralıktadır.

Tablo 4.1.2. Bireylerin cinsiyete göre BKİ verilerinin değerlendirilmesi

	Kadın			Erkek			Toplam		
	S	$\bar{x} \pm SS$	%	S	$\bar{x} \pm SS$	%	S	$\bar{x} \pm SS$	%
BKİ									
Zayıf	46	17.75 $\pm$ 0.64	16.6	5	17.33 $\pm$ 0.89	1.8	51	17.71 $\pm$ 0.64	18.4
Normal	149	21.44 $\pm$ 1.74	54.0	38	21.59 $\pm$ 1.58	13.8	187	21.97 $\pm$ 3.64	67.8
Fazla kilolu	24	28.53 $\pm$ 2.54	8.7	14	28.07 $\pm$ 4.00	5.1	38	28.36 $\pm$ 3.11	13.8

Katılımcıların bölümlerine göre BKİ değerlendirmesi Tablo 4.1.3'te gösterilmiştir. Yapılan analizde beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha düşük BKİ ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.1.3. Bireylerin bölümlerine göre BKİ verilerinin değerlendirilmesi

	Beslenme ve Diyetetik (n=105)		Hemşirelik (n=171)		p
	S	%	S	%	
BKİ					
Zayıf	27	9.7	24	8.7	0.048^{1*}
Normal	66	23.9	121	43.8	
Fazla kilolu	12	4.4	26	9.5	

¹Ki-kare testi, * $p<0.05$

4.2. Bireylerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin kronik hastalık durumlarına ilişkin veriler Tablo 4.2.1'de gösterilmektedir. Buna göre, bireylerin %16.7'sinin doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Katılımcılar arasında en sık gözlemlenen hastalıklar; vitamin ve mineral yetersizlikleri (%32.0), solunum sistemi hastalıkları (%22.0), endokrin hastalıklar (%12.0) ve sindirim sistemi hastalıkları (%10.0)'dır.

Tablo 4.2.1. Bireylerin kronik hastalık durumlarının değerlendirilmesi

	Toplam (n=276)	
	S	%
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	46	16.7
Hayır	230	83.3
Hastalık Türü*		
Kalp-Damar Hastalıkları	4	8
Dişabet (Şeker Hastalığı)	4	8
Hipertansiyon	1	2
Sindirim Sistemi Hastalıkları	5	10
Solunum Sistemi Hastalıkları	11	22
Kas İskelet Sistemi Problemleri	3	6
Endokrin (Hormonal) Hastalıklar	6	12
Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri	16	32
Yeme Bozuklukları	-	-
Diğer	-	-

* Birden fazla cevap üzerinde değerlendirme yapılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre ilaç kullanımlarının değerlendirilmesi Tablo 4.2.2’de gösterilmiştir. Buna göre, bireylerin %9.4’ü kadınlar, %0.7’si erkekler olmak üzere toplamda %10.1’inin sürekli kullandığı bir ilaç bulunmaktadır. Yapılan analize göre cinsiyet, ilaç kullanmaya etki eden bir değişkendir ve kadınlar erkeklere göre daha yüksek oranda ilaç kullanmaktadırlar ($p<0.05$).

Tablo 4.2.2. Bireylerin cinsiyetlerine göre ilaç kullanımlarının değerlendirilmesi

	Kadın (n=219)		Erkek (n=57)		Toplam(n=276)		p
	S	%	S	%	S	%	
Sürekli İlaç Kullanımı Durumu							
Evet	26	9.4	2	0.7	28	10.1	0.00^{1*}
Hayır	193	69.9	55	20.0	248	89.9	

¹Ki-kare testi, * $p<0.05$

Katılımcıların sigara kullanımlarına ilişkin veriler Tablo 4.2.3’te gösterilmiştir. Buna göre, bireylerin %9.4’ünün sigara kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca sigara kullanımı ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde, erkeklerde sigara kullanım oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sigara kullanan katılımcıların %41.9’u 3-5 yıldır kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca erkeklerin kadınlara göre daha uzun süredir sigara kullandıkları belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.2.3. Bireylerin sigara kullanım durumlarının değerlendirilmesi

	Kadın (n=219)		Erkek (n=57)		Toplam(n=276)		p
	S	%	S	%	S	%	
Sigara Kullanımı Durumu							
Evet	13	4.7	13	4.7	26	9.4	0.00^{1*}
Hayır	206	74.6	39	14.1	245	88.7	
Bıraktım	-	-	5	1.9	5	1.9	
Sigara Kullanım Süresi**							
1-2 yıl	7	22.6	3	9.7	9	32.3	0.04^{2*}
3-5 yıl	5	16.1	8	25.8	13	41.9	
>5 yıl	1	3.2	7	22.6	8	25.8	

¹Ki-kare testi, ²Olabilirlik oran testi, * $p<0.05$ **Sigarayı bırakan birey sayıları da dahil edilmiştir.

Katılımcıların uyku düzenlerine ilişkin veriler Tablo 4.2.4'te gösterilmiştir. Buna göre; bireylerin %50.3'ünün düzenli uyuduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra cinsiyet ile düzenli uyku arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların erkeklere oranla daha düzenli uyudukları tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ayrıca katılımcıların %49.3'ünün günde 6-7 saat arasında uyudukları tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.4. Bireylerin uyku durumlarına ilişkin verilerin değerlendirilmesi

	Kadın (n=219)		Erkek (n=57)		Toplam(n=276)		p
	S	%	S	%	S	%	
Düzenli Uyuma Durumu							
Evet	118	42.7	21	7.6	139	50.3	0.00^{1*}
Hayır	82	29.7	33	12.0	115	41.7	
Sadece hafta içi	19	6.9	3	1.1	22	8.0	
Günlük Uyku Süresi							
<6 saat	55	19.9	24	8.7	79	28.6	0.07 ²
6≤ süre <7 saat	115	41.7	21	7.6	136	49.3	
7≤ süre ≤8 saat	42	15.2	11	4.0	53	19.2	
>9 saat	7	2.5	1	0.4	8	2.9	

¹Ki-kare testi, ²Olabilirlik oran testi, * $p<0.05$

4.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların beslenme alışkanlıklarına ilişkin veriler Tablo 4.3.1'de gösterilmiştir. Buna göre; bireylerin %79.7'sinin öğün atladığı, öğün atlayan katılımcıların en fazla kahvaltı (%19.7) ve ikindi (%23.0) öğünlerini atladıkları ve en sık canları istemediği (%37.3) için öğün atladıkları belirlenmiştir.

Katılımcıların sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye en sık internetten (%20.8), kitap ve broşürlerden (%17.8) ve takip ettikleri diyetisyenlerden (%13.0) ulaştıkları belirlenmiştir. Kadınların erkeklere göre kitap ve broşürler ile diyetisyenlere daha sık başvurdukları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1).

Çalışma genelinde katılımcıların %41.3'ünün haftada 2-3 kez dışarıda yemek yedikleri belirlenmiş ve dışarıda yeme sıklığı ile cinsiyet arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Dışarıda yemek yiyenler en sık fastfood işletmeleri (%40.6) ve kebabçıları (%37.7) tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar en sık öğle yemeğini (%61.8) dışarda yemekteler. Ayrıca katılımcıların %23.2'sinin hızlı, %53.3'ünün ise normal hızda yemek yediği belirlenmiştir.

Tablo 4.3.1. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi

	Kadın (n=219)		Erkek (n=57)		Toplam (n=276)		p
	S	%	S	%	S	%	
Öğün Atlama Durumu							
Evet	174	63.0	46	16.7	220	79.7	0.98 ¹
Hayır	45	16,3	11	4.0	56	20.3	
Atlanılan Öğün**							
Kahvaltı	73	15.0	22	4.7	95	19.7	
Kuşluk ara öğünü	83	17.3	18	3.8	101	21.1	
Öğle yemeği	72	15.0	21	4.4	93	19.4	
İkindi ara öğünün	89	18.6	21	4.4	110	23.0	
Akşam yemeği	12	2.6	1	0.2	13	2.8	
Gece ara öğünü	57	11.9	10	2.1	67	14.0	
Öğün Atlama Nedeni							
Canım istemiyor	87	31.5	16	5.8	103	37.3	0.03 ^{1*}
Zayıflamak için	17	6.2	1	0.4	18	6.6	
Vaktim yok	48	17.4	22	8.0	70	25.4	
Unutuyorum	21	7.6	5	1.8	26	9.4	

¹Ki-kare testi, *p<0.05 ** Birden fazla cevap üzerinde değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 4.3.1. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi (devamı)

	Kadın (n=219)		Erkek (n=57)		Toplam (n=276)		p
	S	%	S	%	S	%	
Beslenme Bilgi Kaynakları**							
Radyo/TV	76	8.6	16	1.8	92	10.4	0.00^{1*}
Yazılı basın	79	8.8	18	2.0	97	10.8	
Aile büyükleri	69	7.8	12	1.3	81	9.1	
Arkadaş/Yakın çevre	63	7.1	20	2.3	83	9.4	
Kitaplar/Broşürler	134	15.1	24	2.7	156	17.8	
Zayıflama merkezleri /spor salonu	13	1.5	7	0.8	20	2.3	
Diyetisyenler	101	11.4	15	1.6	116	13.0	
Sağlık personeli	49	5.5	8	0.9	57	6.4	
İnternet	144	16.2	42	4.6	186	20.8	
Dışarıda Yeme Sıklığı							
Her gün	14	5.1	4	1,5	18	6.6	0.00^{2*}
Haftada 2-3 kez	78	28.2	36	13.1	114	41.3	
Haftada 1 kez	55	20.0	7	2.5	62	22.5	
Ayda 2-3 kez	42	15.3	7	2.5	49	17.8	
Ayda 1 kez	26	9.4	1	0.3	27	9.7	
Hiç yemem	4	1.5	2	0.6	6	2.1	
Mekân Tercihi							
Fast-food	92	33.3	20	7.3	112	40.6	0.07¹
Ev yemeği yapan lokantalar	22	7.9	11	4.0	33	11.9	
Kebapçılar	80	29.0	24	8.7	104	37.7	
Kafe-pastaneler	25	9.1	2	0.7	27	9.8	
Dışarıda Yenilen Öğün							
Kahvaltı	4	1.4	3	1.2	7	2.6	0.12¹
Öğle yemeği	140	50.5	31	11.3	171	61.8	
Akşam	75	27.1	23	8.5	98	35.6	
Yeme Hızı							
Hızlı	48	17.4	16	5.8	64	23.2	0.24¹
Normal	114	41.3	33	12.0	147	53.3	
Yavaş	53	19.2	8	2.9	61	22.1	
Çok yavaş	4	1.4	-	-	4	1.4	

¹Ki-kare testi, ²Olabilirlik oran testi, *p<0.05 **Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların duygu durumlarına göre beslenme davranışlarına ilişkin veriler Tablo 4.3.2’de gösterilmiştir. Buna göre üzüntülü/yorgun hissettiklerinde bireylerin %47.1’inin daha az yediği, %24.6’sının ise daha çok ve sık yediği belirlenmiş ve cinsiyete göre aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Buna göre kadınlar erkeklere göre üzüntülü/yorgun hissettiklerinde her zamankinden daha çok ve sık yeme davranışına yönelmektedir (Tablo 4.3.2).

Çalışmaya katılan bireylerin %28.6'sı sevinçli/heyecanlı hissettiklerinde her zamankinden çok ve sık yediğini, %45.2'si ise bir değişiklik olmadığını ifade etmiş ve cinsiyete göre bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre kadınlar erkeklere göre sevinçli/heyecanlı hissettiklerinde her zamankinden daha çok ve sık yeme davranışına yönelmektedirler (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.2. Bireylerin duygu durumlarına göre beslenme davranışlarının değerlendirilmesi

	Kadın (n=219)		Erkek (n=57)		Toplam(n=276)		
	S	%	S	%	S	%	p
Üzüntülü/yorgun hissedildiğinde							
Hiç yemem	22	8.0	11	4.0	33	12.0	0.00 ^{1*}
Daha az yerim	110	39.9	20	7.2	130	47.1	
Daha çok ve sık yerim	62	22.4	6	2.2	68	24.6	
Değişiklik olmaz	25	9.1	20	7.2	45	16.3	
Sevinçli/heyecanlı hissedildiğinde							
Hiç yemem	13	4.7	1	0.4	14	5.1	0.01 ^{1*}
Daha az yerim	45	16.4	13	4.7	58	21.1	
Daha çok ve sık yerim	71	25.7	8	2.9	79	28.6	
Değişiklik olmaz	90	32.6	35	12.6	125	45.2	

¹Ki-kare testi, * $p<0.05$

4.4. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)'ne İlişkin Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada öncelikle YFÖ-30 ölçeğinin örnekleme geçerliliğini doğrulamak amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Buna göre ölçeğin uygunluğunun test edilebilmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri uygulanmış ve yapılan analizler sonucunda KMO değeri 0.78 olarak tespit edilmiş ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için iyi bir uygunluğa sahip olduğu belirlenmiştir ($0.80 \geq \text{KMO Değeri} > 0.70$). Ayrıca Bartlett testi sonuçları faktör analizinin yapılabilir olduğunu göstermiştir ($p<0.05$)

Ayrıca YFÖ-30 ölçeğinin alt faktörlerinin iç tutarlılığı Tablo 4.4.1'de gösterilmiş, YFÖ-30 alt faktörlerinin minimum ve maksimum değerleri, ortalamaları ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları belirlenmiştir. Buna göre; YFÖ-30 ölçeğinin alt faktörlerinin Cronbach Alpha değerleri 0.45-0.63 arasında değişkenlik göstermektedir. Elde edilen katsayının 1'e yakın olması ölçeğin güvenilir olduğunu gösterirken 0.4'ün altında olması

ölçeğin güvenilir olmadığını göstermektedir. Buna göre bu çalışmanın örnekleme için YFÖ-30 ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı kabul edilebilir sınırlar içerisinde.

Tablo 4.4.1. Yeme farkındalığı ölçeğinin alt faktörlerinin iç tutarlılığının değerlendirilmesi

	$\bar{x} \pm ss$	Min-Max	Cronbach Alpha
YFÖ-30 Alt Faktörleri			
Düşünmeden Yeme	15.61±4.02	5-24	0.45
Duygusal Yeme	16.06±4.61	5-25	0.53
Yeme Kontrolü	15.15 ± 3.39	4-20	0.52
Farkındalık	15.69 ± 1.91	10 -21	0.63
Yeme Disiplini	11.95 ± 2.97	4 -20	0.61
Bilinçli Beslenme	15.49 ± 2.69	9 -23	0.58
Enterferans	7.35 ± 1.72	2 -10	0.55

4.5. Bireylerin Genel Özelliklerine Göre YFÖ-30 Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin genel özelliklerine göre YFÖ-30 puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 4.5.1’de gösterilmiştir. Bu çalışmaya katılan bireylerin YFÖ-30 ölçeği puan ortalaması 97.30 ± 12.07 puandır. Cinsiyet, medeni durum, BKİ, sınıf, gelir durumu, anne ve babanın eğitim durumu ve yaşanan yer ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin YFÖ-30 ortalamalarının, hemşirelik bölümü öğrencilerine göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ailede obez birey varlığı sorgulandığında yalnızca babası obez olan katılımcıların yeme farkındalığının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.5.1).

Tablo 4.5.1. Bireylerin genel özelliklerine göre YFÖ-30 puan ortalamalarının değerlendirilmesi

	YFÖ-30	
	$\bar{x} \pm ss$	p
Cinsiyet		
Kadın	97.15±12.71	0.653 ¹
Erkek	97.89±9.59	
Medeni Hâl		
Evli	109.14±14.62	0.070 ¹
Bekâr	96.99±11.90	
BKİ		
Zayıf	97.17±11.56	0.190 ²
Normal	97.59±11.75	
Şişman	96.03±14.65	
Sınıf		
1	96.56±13.21	0.934 ²
2	99.00±12.15	
3	95.80±9.64	
Bölüm		
Beslenme ve Diyetetik	100.42±12.00	0.000^{1*}
Hemşirelik	95.39±11.82	
Ailenin Toplam Gelir Durumu		
Gelirimiz giderimizden az	94.61±10.88	0.090 ²
Gelirimiz giderimize eşit	97.37±11.90	
Gelirimiz giderimizden fazla	99.13±13.77	
Annenin Eğitim Durumu		
Okur-Yazar değil	97.20±11.87	0.090 ²
İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu	97.78±11.86	
Ortaöğretim (lise) mezunu	95.08±12.69	
Ön lisans/lisans mezunu	96.78±11.90	
Yüksek Lisans/ Doktora mezunu	99.00±7.07	

¹T testi, ²Anova testi, *p<0.05

Tablo 4.5.1. Bireylerin genel özelliklerine göre YFÖ-30 puan ortalamalarının değerlendirilmesi (devamı)

	YFÖ-30	
	$\bar{x} \pm ss$	p
Babanın Eğitim Durumu		
Okur-Yazar değil	90.67±6.71	
İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu	97.73±11.68	0.700 ¹
Ortaöğretim (lise) mezunu	96.78±11.90	
Ön lisans/lisans mezunu	98.13±14.89	
Yüksek Lisans/ Doktora mezunu	99.00±7.07	
Yaşanılan yer		
Ailemle	97.90±14.18	0.549 ¹
Ailemden ayrı	95.51±11.97	
Yurtta	97.99±11.64	
Annenin Obezite Durumu		
Yok	97.72±12.20	0.300 ²
Var	95.97±11.83	
Babanın Obezite Durumu		
Yok	98.30±11.41	0.009 ^{2*}
Var	93.30±14.28	
Kardeşlerde Obezite Durumu		
Yok	97.55±11.86	0.347 ²
Var	94.33±14.95	
İkinci Dereceden Yakınlarda Obezite Durumu		
Yok	96.80±12.60	0.451 ²
Var	97.90±11.53	

¹Anova testi, ²T testi, *p<0.05

Katılımcıların vücut ağırlığı ve BKİ değerleri ile YFÖ-30 puanı ve alt faktörlerinin korelasyonları Tablo 4.5.2’de gösterilmiştir. Buna göre, YFÖ-30 puanı ile vücut ağırlığı ve BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte YFÖ-30 alt faktörlerinden yeme kontrolü ile vücut ağırlığı ($r=-0.218$, $p=0.00$) ve BKİ ($r=-0.137$, $p=0.02$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Alt faktörlerden bilinçli beslenme ile vücut ağırlığı ($r=-0.129$, $p=0.03$) arada da negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.5.2. Bireylerin vücut ağırlığı ve BKİ değerleri ile YFÖ-30 ve alt faktörleri ilişkisinin değerlendirilmesi

	Vücut Ağırlığı		BKİ	
	r	p	r	p
YFÖ-30, ortalama±ss	-0.093	0.121	-0.079	0.189
YFÖ-30 Alt Faktörleri				
Düşünmeden Yeme	-0.016	0.793	0.005	0.925
Duygusal yeme	-0.011	0.856	-0.99	0.099
Yeme Kontrolü	-0.218	0.000*	-0.137	0.023*
Farkındalık	0.036	0.549	0.027	0.658
Yeme disiplini	-0.036	0.547	0.003	0.949
Bilinçli beslenme	-0.129	0.031*	-0.079	0.187
Enterferans	0.063	0.296	0.053	0.378

Pearson korelasyon testi, * p<0.05

YFÖ-30 puanını etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla çok değişkenli doğrusal regresyon modellemesi yapılmıştır. Bu modelde bağımlı değişken YFÖ-30 puanı seçilirken, bağımsız değişkenler anketin ilk bölümündeki genel özellikler olarak seçilmiştir. Bu doğrultuda çıkan sonuçlar Tablo 4.5.3'te gösterilmiştir. Buna göre, model, istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05) ancak modelin açıklanabilirliği düşüktür (R-kare %13). Modele göre hemşirelik bölümünde okumak, ailede obez birey bulunması ve bekâr olmak, istatistiksel olarak anlamlı şekilde YFÖ-30 puanına negatif yönde etki etmektedir.

Tablo 4.5.3. YFÖ-30 puanı bağımlı değişkeni altında regresyon model sonuçlarının değerlendirilmesi

Katsayı	Parametre	P değeri
Intercept	114.29	0.00 **
Bölüm Faktör 2 (Hemşirelik)	-5.99	0.00**
Yaş	-0.18	0.73
Ailede Obezite Durumu	-1.99	0.02*
Sınıf Faktör 2 (2. Sınıf)	3.15	0.07
Sınıf Faktör 3 (3. Sınıf)	3.55	0.14
Cinsiyet Faktör 2 (Erkek)	1.82	0.33
İkamet Durumu Faktör 2 (Aileden ayrı bir ev)	-1.09	0.68
İkamet Durumu Faktör 3 (Öğrenci yurdu)	1.07	0.65
BKİ	-0.17	0.43
Medeni Durum Faktör 2 (Bekâr)	-14.06	0.05*
Ailenin Toplam Gelir Durumu Faktör 2 (Gelir gidere eşit)	0.63	0.77
Ailenin Toplam Gelir Durumu Faktör 3 (gelir giderden fazla)	1.83	0.51
Annenin Eğitim Durumu Faktör2 (İlköğretim)	0.27	0.89
Annenin Eğitim Durumu Faktör 3 (Lise)	-2.04	0.43
Annenin Eğitim Durumu Faktör 4 (Ön Lisans/Lisans)	2.99	0.44
Annenin Eğitim Durumu Faktör 5 (Lisansüstü)	-13.72	0.27
Babanın Eğitim Durumu Faktör 2 (İlköğretim)	6.95	0.17
Babanın Eğitim Durumu Faktör 3 (Lise)	5.85	0.26
Babanın Eğitim Durumu Faktör 4 (Ön Lisans/Lisans)	7.61	0.17
Babanın Eğitim Durumu Faktör 5 (Lisansüstü)	7.47	0.44

Çoklu doğrusal regresyon testi, R-kare=%13 **p<0.001, *p<0.05

Tablo 4.5.4'te YFÖ-30 ölçeği için adımsal model seçme yöntemi ile regresyon modellemesi sonuçları gösterilmiştir. Burada anketin ilk bölümündeki tüm bağımsız değişkenler modele stepwise tekniğinde konulmuş ve sistemden YFÖ-30 puanını açıklayacak en iyi modeli oluşturması istenmiştir. Buna göre, bağımlı değişken olan YFÖ-30 puanını açıklamak için oluşturulabilecek en iyi model; bölüm, ailedeki obez birey sayısı ve medeni durum bağımsız değişkenleri ile olacaktır.

Tablo 4.5.4. YFÖ-30 ölçeği için adımsal model seçme yöntemi ile regresyon modellemesi

Katsayı	Parametre	P değeri
Intercept	114.0447	0.00**
Bölüm Faktör 2 (Hemşirelik)	-5.5045	0.00**
Ailede Obezite Durumu	-1.9777	0.01*
Medeni Durum Faktör 2 (Bekâr)	-11.7764	0.009*

Adımsal model seçme yöntemi ile regresyon modellemesi, R-kare: %8, **p<0.001, *p<0.05

4.6. Bireylerin Sağlık Durumları ve Alışkanlıklarına Göre YFÖ-30 Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumları ve alışkanlıkları ile YFÖ-30 puanı arasındaki ilişkiler Tablo 4.6.1'de gösterilmiştir. Buna göre kronik hastalık varlığı ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olan bireylerin YFÖ-30 puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin sürekli ilaç kullanma durumları, uyku süreleri ve uyku düzenleri ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki farklar ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6.1. Bireylerin bazı sağlık bilgileri ve alışkanlıkları ile YFÖ-30 puanı ilişkisinin değerlendirilmesi

	YFÖ-30 Puanı	
	$\bar{x} \pm ss$	p
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	100.91 $\pm$ 12.66	0.036^{1*}
Hayır	96.58 $\pm$ 11.90	
Sürekli İlaç Kullanım Durumu		
Evet	95.25 $\pm$ 15.68	0.461 ¹
Hayır	97.53 $\pm$ 11.67	
Uyku Süresi		
Günde 6 saatten daha az	95.32 $\pm$ 13.00	0.475 ²
Günde 7 saat	98.57 $\pm$ 11.56	
Günde 8 saat	97.59 $\pm$ 11.71	
Günde 9 saatten fazla	93.50 $\pm$ 13.97	
Uyku Düzeni Durumu		
Evet	99.22 $\pm$ 11.72	0.185 ²
Hayır	94.15 $\pm$ 11.92	
Hafta içi	101.68 $\pm$ 12.26	

¹T testi, ²Anova testi, *p<0.05

4.7. Bireylerin Beslenme Bilgilerine Göre YFÖ-30 Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme bilgileri ile YFÖ-30 puan ortalamalarına ilişkin veriler Tablo 4.7.1’de gösterilmiştir. Buna göre bireylerin besin seçimleri ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05). Vegan olan ve kırmızı et tüketmediğini söyleyen bireylerin YFÖ-30 puan ortalamalarının diğer kategorilere göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmada öğün atlamayanların YFÖ-30 puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Yeme hızı ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p<0.05). Yavaş yeme hızına sahip olan katılımcıların YFÖ-30 puan ortalamalarının diğer kategorilere göre daha yüksek olduğu ve en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının hızlı yemek yiyenlerde olduğu görülmektedir (Tablo 4.7.1).

Üzüntülü/yorgun ruh hali ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının, üzüntülü/yorgunken her zamankinden çok ve sık yiyenlerde olduğu görülmektedir (Tablo 4.7.1).

Tablo 4.7.1. Bireylerin bazı beslenme bilgileri ile YFÖ-30 puanı ilişkisinin değerlendirilmesi

	YFÖ-30 Puanı	
	$\bar{x}\pm ss$	p
Besin Seçimi Durumu		
Kırmızı et tüketmiyorum	88.80 $\pm$ 14.95	0.047^{1*}
Sadece süt ve süt ürünlerini tüketirim	97.11 $\pm$ 12.18	
Sadece yumurta tüketirim	98.00 $\pm$ 18.68	
Veganım	71.00 $\pm$ NA	
Hiçbiri	97.74 $\pm$ 11.79	
Öğün Atlama Durumu		
Evet	96.29 $\pm$ 12.15	0.004^{2*}
Hayır	101.29 $\pm$ 11.21	
Yeme Hızı		
Hızlı	90.11 $\pm$ 10.80	0.000^{1*}
Normal hızda	98.24 $\pm$ 11.88	
Yavaş	102.57 $\pm$ 10.98	
Çok yavaş	97.50 $\pm$ 4.43	
Üzüntülü / Yorgun Hissetme		
Hiç yemek yemem	101.63 $\pm$ 10.74	0.013^{1*}
Her zamankinden az yerim	98.97 $\pm$ 10.73	
Her zamankinden çok ve sık yerim	91.22 $\pm$ 13.58	
Bir değişiklik olmaz	98.46 $\pm$ 11.56	
Sevinçli / Heyecanlı Hissetme		
Hiç yemek yemem	94.92 $\pm$ 14.09	0.063 ¹
Her zamankinden az yerim	97.17 $\pm$ 11.54	
Her zamankinden çok ve sık yerim	94.39 $\pm$ 12.83	
Bir değişiklik olmaz	99.46 $\pm$ 11.36	

¹Anova testi, ²T testi, * $p<0.05$

5. TARTIŞMA

Besin seçimini etkileyen faktörler arasında çeşitli diyet bileşenleri, sosyokültürel normlar, bilişsel-duygusal faktörler, kişilik özellikleri, ailesel, genetik, ve epigenetik faktörler ile bazı fizyolojik mekanizmalar sayılmaktadır (72). Bunların yanı sıra bireyler fizyolojik olarak aç olmasalar dahi, çeşitli besin uyaranlarına maruz kaldıklarında yeme kontrolünü kaybedebilmekte ve bu durum özellikle obezite ve yeme bozukluklarında tedaviyi zorlaştırabilmektedir. Günümüzde hızla gelişmekte olan dijital ortamlar da bu türden uyaranların geniş kitlelere taşınmasına aracılık ederek, bireyleri enerji yoğunluğu yüksek besinlerin tüketimine yönlendirebilmektedir (73). Yeme kontrolünün sağlanabilmesi için yeme farkındalığının artırılması, bu gibi durumlarda beslenme tedavisine katkı sağlayabilmektedir (74).

Yeme farkındalığı; “Ne yenildiğinden çok, nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden, besin seçimlerini yargılamadan, burada ve şu anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme” olarak tanımlanmıştır (92). Şimdiye kadar yeme davranışı alanındaki farkındalığın etkinliğini ele alan çalışma sonuçları ümit vericidir ve yeme farkındalığı ile olumsuz yeme davranışları arasında negatif bir ilişki olabileceğini göstermektedir (81, 95, 96). Yeme farkındalığının artırılması iştah, porsiyon büyüklüğü, yeme hızı ve tıkinma epizotları gibi durumlarda bireyin kontrolünü artırarak obezite ve yeme bozukluklarının kalıcı şekilde tedavisinde önemli katkı sağlayabilmektedir (77-80,82).

Bu çalışma yeme farkındalığı konusunda yapılmış olan araştırmalara katkı sağlamak amacıyla planlanmış ve çalışmada üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığı durumları ve buna etki eden faktörler incelenmiştir.

5.1. Bireylerin Sosyodemografik ve Genel Özellikleri ile Yeme Farkındalığı İlişkisi

Bu çalışmaya katılan bireylerin YFÖ-30 skoru ortalaması 97.30 ± 12.07 olarak saptanmıştır. Ayrıca cinsiyet ile yeme farkındalığı durumu ilişkili bulunmamıştır. Köse'nin Üsküdar Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında katılımcıların ortalama YFÖ-30 puanı 98.11 ± 13.81 bulunurken (111); Barışkan'ın Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri örnekleminde yaptığı çalışmasında 97.63 ± 13.26 olarak saptanmıştır (112). Çalışmalardaki ortalama YFÖ skorlarının birbirleriyle oldukça paralel seyrettiği görülmektedir ancak daha sağlıklı bir kıyaslama yapılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca bu iki çalışmada cinsiyet ile yeme farkındalığı düzeyi ilişkili bulunmamıştır (111, 112).

Köse ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada (113) ve Özmumcu'nun (114) hastane personeli örnekleminde yaptığı çalışmasında cinsiyet ile yeme farkındalığının ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Buna karşın Giannopoulou ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların yeme farkındalığı ölçeği skorunda ve duygusal yeme alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerinde erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir (115). Bir başka güncel çalışmada ise, lise öğrencilerinde cinsiyet ve YFÖ-30 puanı ilişkili bulunmuştur (116). Çalışmalarda görülen bu farklı sonuçların, araştırmanın örnekleminin büyüklüğü, özellikleri ve yaş aralığı ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin %61.9'u hemşirelik, %38.0'ı beslenme ve diyetetik bölümü öğrencisidir. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin YFÖ-30 ortalamalarının, hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Çakıroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise BESYO okuyan ve okumayan öğrencilerin YFÖ skorları incelenmiş ve BESYO öğrencilerinin yeme farkındalığı skorunun daha yüksek olduğu olduğu saptanmıştır (117). Bu iki örnekte de daha yüksek puan alan öğrencilerin bölümleri sağlıklı beslenme ve ağırlığın korunması ile ilişkilendirilebileceği için, kıyaslanan diğer bölümlere göre yeme farkındalığı düzeylerinin görece daha yüksek olması beklenebilir.

Obezitenin çok çeşitli çevresel faktörlerin yanısıra genetik ve epigenetik altyapısının da olduğu bilinmektedir (118). Bu nedenle ailesel faktörler bireylerin obezite riski açısından son derece önemli hale gelmektedir (119). Bu çalışmada katılımcıların %23.9'unun annesinin, %16.6'sının babasının, %7.6'sının kardeşinin ve %45.6'sının ikinci dereceden akrabalarından birinin obez olduğu belirlenmiştir. Ailede obez birey varlığı ile YFÖ-30 puanı ilişkisine bakıldığında yalnızca babası obez olan katılımcıların yeme farkındalığının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Barışkan'ın çalışmasında YFÖ toplam skoru ile ailede obez varlığı arasında bir ilişki saptanmazken, ailesinde obez birey bulunmayanların “düşünmeden yeme” alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (112). Köse'nin çalışmasında ise ailesinde obez birey olanların BKİ ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilirken bu durumun yeme farkındalığı ile ilişkisi araştırılmamıştır (111).

Bu çalışmada YFÖ-30 puanını etkileyen değişkenlerin (genel özelliklerin) tespit edilmesi amacıyla yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon modellemesine göre; hemşirelik bölümünde okumak, ailede obez birey bulunması ve bekâr olmak istatistiksel olarak anlamlı şekilde YFÖ-30 puanına negatif yönde etki etmektedir. Bununla birlikte modelin açıklanabilirliği oldukça düşük düzeylerde kalmıştır (R-kare %13). Bu durumun nedeni modele sadece anketin ilk bölümünde yer alan, bireylerin genel özelliklerine dair değişkenlerin eklenmesi olabilir. Sonuç itibarıyla değerlendirmeye alınan değişkenler YFÖ skorunu açıklamakta yetersiz kalmıştır, modellemeye potansiyel diğer faktörler dahil edilerek modelin açıklanabilirliğinin artırılmasına ihtiyaç vardır.

YFÖ-30 ölçeği için adımsal model seçme yöntemi ile regresyon modellemesi yapılarak sistemden YFÖ-30 puanını açıklayacak en iyi modeli oluşturması istendiğinde, oluşturulabilecek en iyi modelin; bölüm, ailedeki obez birey sayısı ve medeni durum bağımsız değişkenleri ile olacağı sonucuna varılmıştır.

Barışkan'ın çalışmasında yapılan regresyon analizi sonucunda, YFÖ skoru ile yaş, fiziksel aktivite yapma ve ağırlığından memnun olmama arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre yaş ve fiziksel aktivite arttıkça YFÖ puanı artarken, ağırlığından memnun olmama durumu YFÖ-30 puanını azaltmaktadır (112). Özmumcu'nun çalışmasında ise YFÖ ile yaş, BKİ ve görev durumu (sağlık personeli olma-olmama)

arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre yaş ve BKİ değeri arttıkça YFÖ puanı azalırken, sağlık çalışanı olmak YFÖ-30 puanını artırmaktadır (114).

5.2. Bireylerin Ağırlık ve BKİ Değerleri ile Yeme Farkındalığı İlişkisi

Keyte ve arkadaşlarının 2020 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, yeme farkındalığı ve enerji yoğunluğu yüksek besin tüketimi arasında anlamlı negatif korelasyonlar tespit edilmiştir (99). Literatürdeki çeşitli çalışmalar yeme farkındalığının artırılmasının, BKİ’de azalmayla sonuçlanabileceğini göstermektedir (86,107,117,118). Bununla birlikte 2020 yılında yapılan bir başka çalışmada, bir modelleme geliştirilerek yeme farkındalığı müdahalesinin gelecek 10 yıl boyunca devam etmesi durumunda; yeme farkındalığındaki % 40 artışa rağmen, bu durumun bireylerde doğrudan ağırlık kaybıyla sonuçlanmayacağı saptanmıştır (119). Mantzios’un çalışmasında da benzer şekilde farkındalık, BKİ ile ilişkili bulunmamıştır (120). Öte yandan diğer bir çalışmada, yeme farkındalığı müdahalesinin farkındalık üzerinde güçlü gelişmeler sağlamasına rağmen, sürdürülebilir beslenme davranışları üzerindeki etkilerin sınırlı olduğu ve yalnızca nitel verilerden olan tutum ve niyet gibi davranış öncesi aşamalarda değişikliklere sebep olduğu saptanmıştır (20).

Bu çalışmaya katılan bireylerin %67.8’inin normal BKİ’de olduğu ve beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha düşük BKİ ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin ortalama YFÖ-30 puanının daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir ancak bireylerin BKİ değerleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Köse’nin (111) ve Barışkan’ın (112) çalışmalarında BKİ ve YFÖ-30 puanı ilişkili bulunmazken, ülkemizde yapılan çeşitli güncel çalışmalarda BKİ ile YFÖ-30 puanının negatif ilişkili olduğu belirlenmiş (114,121-123); Üstündağ’ın çalışmasında (124) ise bu ilişki sadece spor yapan bireylerde gözlenmiştir. Köse ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, obez grubun diğer BKİ sınıflarına göre daha düşük YFÖ skoruna sahip olduğu ve normal BKİ grubundaki katılımcıların en yüksek YFÖ skoruna sahip olduğu saptanmıştır (113). Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında Framson’un çalışmasında MEQ skoru ile BKİ negatif ilişkili bulunmuştur (110). Moor ve arkadaşlarının yaptığı bir

çalışmada, üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığının düşük BKİ ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (125). Grinnell ve arkadaşlarının çalışmasında, üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı düşük olan öğrencilerin bel çevresi ve ağırlıkları daha yüksek bulunurken (126), Mantzios ve arkadaşlarının çalışmasında da yeme farkındalığı mevcut ağırlık ile negatif ilişkili bulunmuştur (127).

YFÖ-30 ölçeği 7 farklı alt faktöre ayrılmaktadır. Bunlardan disinhibisyon kendini tutma, miktar ve zaman kontrolünü; duygusal yeme duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme durumunu ve yeme kontrolü ise yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma becerisini içermektedir. Bir başka alt faktör olan odaklanma yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme halini; yeme disiplini planlama, hazırlanma, saat gibi faktörleri; farkındalık fiziksel açlık-tokluk farkındalığı ile sağlıklı beslenme bilgisi gibi becerileri ve son olarak enterferans ise koku, görüntü, ses gibi sensoriyel etmenlerle ve davet, besin çeşitliliği ya da reklam gibi çeldiricilerle başedebilme becerisini içerisinde barındırmaktadır (111).

Bu çalışmada YFÖ-30 alt faktörlerinden yeme kontrolü ile vücut ağırlığı ($r=-0.218$, $p=0.00$) ve BKİ ($r=-0.137$, $p=0.02$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca alt faktörlerden bilinçli beslenme ile vücut ağırlığı ($r=-0.129$, $p=0.03$) arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında, Köse'nin çalışmasında, ağırlık ve BKİ ile YFÖ-30 alt faktörlerinden biri olan yeme kontrolü arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir (111). Köse ve arkadaşlarının bir çalışmasında obez katılımcıların daha az disinhibisyon, yeme disiplini, duygusal yeme ve bilinçli beslenme skorlarına sahip olduğu saptanmıştır (113). Üstündağ'ın çalışmasında düşünmeden yeme, duygusal yeme, disinhibisyon ve yeme disiplini BKİ ile ilişkili bulunurken (124), Özkan'ın çalışmasında ise YFÖ alt faktörlerinden disinhibisyon ve yeme kontrolü ne kadar yüksek olursa; vücut ağırlığı, bel çevresi, bel-boy oranı ve BKİ'nin o kadar düşük olduğu saptanmıştır (122).

5.3. Bireylerin Sağlık Durumları ve Alışkanlıkları ile Yeme Farkındalığı İlişkisi

Bu çalışmada bireylerin %16.7'sinin doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığı bulunmaktadır ve kronik hastalığı olan bireylerin YFÖ-30 puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durumun nedeni, kronik hastalığı olan

bireylerin hastalıklarından dolayı takip etmeleri gereken bir beslenme planları olması veya hastalıkları nedeniyle beslenmelerine daha fazla özen göstermeleri olabilir. Barışkan'ın (112) ve Öz mumcu'nun (114) çalışmalarında ise kronik hastalık varlığı ile YFÖ-30 puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Kısa ve uzun uyku süresi, kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olarak görülmektedir (128). Yapılan bir meta analiz çalışmasına göre uyku süresi ve kalitesi tip 2 diyabet gelişme riskiyle ilişkilendirilirken, kısa uyku süresinin (5-6 saat / gece) hastalık riskini 1.3 kat, uzun uyku süresinin ise (8-9 saat / gece) 1.5 kat artırdığı tespit edilmiştir (129). Bir başka çalışmada yaş, kilo ve BKİ ile uyku süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte uyku kalitesi düşük olan öğrencilerin toplam enerji alımlarının ve yağdan alınan enerji oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kötü uyku kalitesi ile duygusal yeme arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (130). Uyku süresinin yanısıra uyku düzeni de sadece diyabet ve kardiyovasküler hastalıklarla değil aynı zamanda genel mortalite ile de ilişkilendirilmekte ve bireylerin sağlığı üzerinde önemli rol oynayabilmektedir (131).

Enerji metabolizmasının düzenlenmesinde uykunun önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Uyku yetersizliği metabolik düzensizliklere, iştah ve beslenmede değişikliklere neden olarak fazla enerji alımına yol açabilmektedir (132). Ayrıca sebze, süt ve kahvaltı tüketimi gibi sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi, yeterli uyku alma olasılığını artırabilir (133).

Bu çalışmada bireylerin %50.3'ünün düzenli uyuduğu ve katılımcıların %49.3'ünün günde 6-7 saat arasında uyudukları belirlenmiştir. Uyku süresi ve uyku düzeni ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında bu değerler arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Uyku durumu ile yeme farkındalığı arasında beklenen ilişkinin bulunamaması, bireylerin uyku durumlarına dair verilerin anket sorularıyla edinilmesi olabilir. Bireylerin uyku durumlarının daha sağlıklı ve detaylı saptanabilmesi için bu amaçla geliştirilen ölçeklerin kullanılması daha uygun olacaktır.

Köse'nin (111) çalışmasında da uyku süresi ve düzeni ile yeme farkındalığı düzeyinin ilişkili olmadığı tespit edilirken, Barışkan'ın (112) çalışmasında uyku süresi ile YFÖ-30 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5.4. Bireylerin Beslenme Bilgileri ile Yeme Farkındalığı İlişkisi

Bu çalışmada bireylerin besin tercihleri ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Vegan olan ve kırmızı et tüketmediğini belirten bireylerin YFÖ-30 puanlarının diğer kategorilere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum vejeteryen bireylerin kendi beslenme düzenlerini sağlıklı olarak nitelendirerek, yedikleri konusunda daha az endişeye sahip olmaları olabilir. Köse'nin çalışmasında ise kırmızı et tüketenler ile tüketmeyenlerin YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (111).

Öğün atlama alışkanlığı, bireyleri sağlıklı yeme davranışlarına yönlendirerek sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir. Yapılan güncel meta analiz çalışmalarında kahvaltının atlanması kalp hastalığı (134) ve tip 2 diyabet (135) riskinde artış ile ilişkili bulunmuştur. Bir sistematik derleme çalışmasında ise kahvaltıyı atlamanın daha kötü lipid profili, kan basıncı seviyeleri, insülin direnci, metabolik sendrom ve obezite ile ilişkili olduğu saptanmıştır (136). Amerikan Kalp Derneği (AHA) de epidemiyolojik ve klinik müdahale verilerine dayanarak, yetişkinlerde günlük kahvaltı yapma alışkanlığının, glikoz ve insülin metabolizması bozukluklarını önleyebileceğini ve gün boyunca sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesinde yardımcı olabileceğini bildirmektedir (137).

Bu çalışmaya katılan bireylerin %79.7'sinin öğün atladığı; öğün atlayan katılımcıların en fazla kahvaltı (%19.7) ve ikindi (%23.0) öğünlerini atladıkları ve en sık canları istemediği (%37.3) için öğün atladıkları belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada öğün atlamayanların YFÖ-30 puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Öğün atlama durumunun bireylerin iştah kontrollerini zorlaştırabileceği düşünüldüğünde, öğün atlamayanların yeme farkındalığı puanlarının daha yüksek olması beklentilerle uygunluk göstermektedir.

Literatüre bakıldığında 2020 yılında Mardin'de yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %73'ünün öğün atladığı, en çok atlanan öğünün (% 47.9) kahvaltı olduğu ve en yaygın öğün atlama sebebinin zaman yetersizliği (% 37.0) olduğu belirlenmiştir (138). Arpa ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %96'sının ana öğün atladığı, %67'sinin en çok öğle öğününü atladığı ve %65.7'sinin kuşluk ara öğününü hiç tüketmediği saptanmıştır (139). Genel olarak bahsedilen çalışmalarda bireylerin oldukça

yüksek oranlarda öğün atladıkları görülmektedir. Yeme farkındalığının artırılması bu bireylerde daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasına katkı sağlayabilir.

Yeme hızının, yüksek kardiyovasküler risk altında olan bireylerde metabolik sendromun hipertrigliseridemi bileşeninin prevalansı ile pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir (140). Bir başka çalışmada ise yavaş yeme hızının artmış yeme keyfi ve daha az BKİ artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (141).

Bu çalışmada bireylerin %23.1'inin hızlı, %53.2'sinin normal, %22.1'inin yavaş ve %1.4'ünün çok yavaş yediği tespit edilmiştir. Yeme hızı ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yavaş yeme hızına sahip olan katılımcıların YFÖ-30 puan ortalamasının diğer kategorilere göre daha yüksek olduğu ve en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının hızlı yemek yiyenlerde olduğu görülmüştür. Yeme farkındalığının artırılması için kullanılan stratejiler içerisinde; yeme hızının azaltılması, her lokmanın iyice çiğnenmesi, lokmalar arasında çatalın masaya bırakılması, besinin kokusunun, tadının ve dokusunun hissedilerek keyfinin çıkarılması için zaman ayırılması yer almaktadır (93). Bu nedenle bu çalışmada yeme hızı ve yeme farkındalığının ilişkili bulunması, beklentilerle uygunluk göstermektedir.

Algılanan stres ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, algılanan stresi yüksek düzeyde olan bireyler; yağ, yüksek yağlı atıştırmalıklar ve fast-food besinlerden daha fazla enerji alımı ile ilişkilendirilmiştir (142). Obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada, ABD'deki yetişkinlerden seçilen örneklem 18 yıl boyunca takibe alınarak üç zaman noktasında değerlendirilmiştir. Çalışmada, depresyonun obezitede artışlara sebep olduğu, obezitenin ise yalnız kadınlar için depresyonda artışlara sebep olduğu saptanmıştır (97). Bir sistematik derleme çalışmasında ise olumsuz duyguların fazla kilolu ve obez kadınlarda enerji alımını artırdığı tespit edilmiş, ayrıca stres ve depresyon ile duygusal yeme arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır (143). 2020 yılında yapılan bir çalışmada çocukların olumlu duygulara, genç yetişkinlerin ise olumsuz duygulara yanıt olarak daha fazla atıştırmalık tüketmek istediklerini belirlenmiştir (144). Ayrıca olumsuz duygulara/durumlara yanıt olarak daha fazla yiyen katılımcıların daha kilolu ve dürtüsel olma eğiliminde oldukları saptanmıştır (145).

Bu çalışmada katılımcıların duygu durumlarına göre beslenme davranışları incelendiğinde, üzüntülü/yorgun hissettiklerinde bireylerin %47.1'inin daha az yediği, %24.6'sının ise daha çok ve sık yediği belirlenmiş ve cinsiyete göre aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca üzüntülü/yorgun ruh halinde yeme davranışı ile yeme farkındalığı ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının, üzüntülü/yorgunken her zamankinden çok ve sık yiyenlerde olduğu görülmüştür.

van Strien ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcılar duygusal yeme ölçeğinde yüksek veya düşük puan alanlar olarak iki gruba ayrılmıştır. Bir denek tasarımı kullanılarak, neşe veya hüznün indüksiyonunu takiben besin tüketimindeki fark deneysel olarak test edilmiştir. Buna göre, düşük duygusal yiyicilerin üzüntü ve neşe koşulundan sonra benzer miktarlarda besin tüketirken; yüksek duygusal yiyicilerin, üzüntülü hali durumundan sonra önemli ölçüde daha fazla besin tüketimi gösterdikleri saptanmıştır. Bu veriler, olumsuz ve olumlu duygulara cevaben besin tüketiminin iki farklı yapıya sahip olabileceğini düşündürmektedir (146).

Laboratuvar tabanlı çalışmaların değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında, genel olarak olumlu duyguların besin alımı artışına neden olduğu ve olumsuz duyguların ise sadece kısıtlayıcı yeme tutumu sergileyen bireylerde besin alımı artışına yol açtığı belirlenmiştir (147). Ayrıca duygusal yeme ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada dışa dönüklük ve vicdanlılık, sırasıyla olumlu duygudurum iştahı ve disforik duygudurum iştahı ile ilişkili bulunmuştur (148).

Bu çalışmaya katılan bireylerin %28.6'sı sevinçli/heyecanlı hissettiklerinde her zamankinden çok ve sık yediğini, %45.2'si ise bir değişiklik olmadığını ifade etmiş ve cinsiyete göre bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sevinçli/heyecanlı hissedildiğinde yeme davranışı ile YFÖ-30 puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da, en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının her zamankinden çok ve sık yiyenlerde görüldüğü söylenebilir.

Üzüntülü/yorgun ve sevinçli/heyecanlı hissedildiğinde yeme davranışı ile yeme farkındalığı arasındaki ilişki farklılığı olumsuz ve olumlu duygulara cevaben besin tüketiminin iki farklı yapıya sahip olabileceği fikrini desteklemektedir. Ayrıca bu çalışmanın örneklemini genç yetişkinler oluşturduğu için, bu farklılığın sebebi Moss ve arkadaşlarının çalışmasında (144) belirtildiği gibi örneklemin yaş aralığı da olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Çalışmaya 18-35 yaş arası, %79.3'ü (n=219) kadın, %20.7'si (n=57) erkek olmak üzere toplam 276 öğrenci katılmıştır.
2. Katılımcıların yaş ortalaması 20.32 ± 2.22 yıl olup, %97.5'i bekâr, %62'si hemşirelik, %38.0'ı ise beslenme ve diyetetik bölümü öğrencisidir. Öğrencilerin %39.8'ini 1. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır.
3. Çalışma genelinde katılımcıların %70.6'sının gelirinin giderine eşit olduğu; %58.7'sinin ise öğrenci yurdunda yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %56.1'inin annesi; %47.8'inin ise babası ilkokul veya ortaokul mezunudur.
4. Katılımcıların %23.9'u annesinin, %16.6'sı babasının, %7.6'sı kardeşinin ve %45.6'sı ikinci dereceden akrabalarından birinin obez olduğu belirlenmiştir.
5. Katılımcıların %54.0 kadınlar, %13.8 erkekler olmak üzere toplamda %67.8'sinin BKİ'si normal aralıktadır. Ayrıca beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha düşük BKİ ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).
6. Bireylerin %16.7'sinde doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalık vardır. Katılımcıların arasında en sık gözlemlenen hastalıklar; vitamin ve mineral yetersizlikleri (%32.0), solunum sistemi hastalıkları (%22.0), endokrin hastalıklar (%12.0) ve sindirim sistemi hastalıkları (%10.0)'dır. Katılımcıların %9.4'ü kadınlar, %0.7'si erkekler olmak üzere toplamda %10.1'inin sürekli kullandığı bir ilaç bulunmaktadır. Yapılan analize göre cinsiyet, ilaç kullanmaya etki eden bir değişkendir ve kadınlar erkeklere göre daha yüksek oranda ilaç kullanmaktadırlar ($p < 0.05$).
7. Bireylerin %9.4'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca sigara kullanımı ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde, erkeklerde sigara kullanımı oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Sigara kullananlara kaç yıldır sigara kullandıkları sorulduğunda, katılımcıların %41.9'u 3-5 yıldır kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kullanım süresi ile cinsiyet arasındaki ilişki incelenmiş ve erkeklerin kadınlara göre daha uzun süredir sigara kullandıkları belirlenmiştir ($p < 0.05$).

8. Bireylerin %50.3'ünün her gün düzenli uyuduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra cinsiyet ile düzenli uyku arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların erkeklere oranla daha düzenli uyudukları tespit edilmiştir ($p<0.05$). Katılımcıların günlük uyku sürelerine bakıldığında bireylerin %49.3'ünün günde 6-7 saat arasında uyudukları belirlenmiştir. Cinsiyet ile uyku süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
9. Bireylerin %79.7'sinin öğün atladığı; öğün atlayan katılımcıların en fazla kahvaltı (%19.7) ve ikindi (%23.0) öğünlerini atladıkları ve en sık canları istemediği (%37.3) için öğün atladıkları belirlenmiştir. Öğün atlama durumunun cinsiyetle ilişkisi incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.5$).
10. Katılımcıların sağlıklı beslenme ile ilgili bilgiye en sık internetten (%20.8), kitap ve broşürlerden (%17.8) ve takip ettikleri diyetisyenlerden (%13.0) ulaştıkları belirlenmiştir. Kadınların erkeklere göre kitap ve broşürler ile diyetisyenlere daha sık başvurdukları belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1).
11. Çalışma genelinde katılımcıların %41.3'ünün haftada 2-3 kez dışarıda yemek yedikleri belirlenmiş ve dışarıda yeme sıklığı ile cinsiyet arasındaki ilişkiye istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Dışarıda yemek yiyenler en sık fast-food işletmeleri (%40.6) ve kebabçıları (%37.7) tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bireyler en sık öğle yemeğini (%61.8) dışarıda yemektirler.
12. Katılımcıların %23.2'sinin hızlı, %53.3'ünün ise normal hızda yemek yediği belirlenmiştir. Yeme hızı ile cinsiyet arasındaki ilişki analiz edildiğinde ise, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
13. Üzüntülü/yorgun hissettiklerinde bireylerin %47.1'inin daha az yediği, %24.6'sının ise daha çok ve sık yediği belirlenmiş ve cinsiyete göre aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre kadınlar erkeklere göre üzüntülü/yorgun hissettiklerinde her zamankinden daha çok ve sık yeme davranışına yönelmektedirler (Tablo 4.3.2).

14. Çalışmaya katılan bireylerin %28.6'sı sevinçli/heyecanlı hissettiklerinde her zamankinden çok ve sık yediğini, %45.2'si ise bir değişiklik olmadığını ifade etmiş ve cinsiyete göre bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre kadınlar erkeklere göre sevinçli/heyecanlı hissettiklerinde her zamankinden daha çok ve sık yeme davranışına yönelmektedirler (Tablo 4.3.2).
15. Çalışmada YFÖ-30 ölçeğinin örnekleme geçerliliğini doğrulamak amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Buna göre ölçeğin uygunluğunun test edilebilmesi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri uygulanmış ve yapılan analizler sonucunda KMO değeri 0.78 olarak tespit edilmiştir. Buna göre örneklem büyüklüğünün faktör analizi için iyi bir uygunluğa sahip olduğu belirlenmiştir ($0.80 \geq \text{KMO Değeri} > 0.70$). Ayrıca Bartlett testi sonuçları faktör analizinin yapılabilir olduğunu göstermiştir ($p<0.05$).
16. YFÖ-30 ölçeğinin alt faktörlerinin Cronbach Alpha değerleri 0.45-0.63 arasında değişkenlik göstermektedir. Elde edilen katsayının 1'e yakın olması ölçeğin güvenilir olduğunu gösterirken 0.4'ün altında olması ölçeğin güvenilir olmadığını göstermektedir. Buna göre bu çalışmanın örnekleme için YFÖ-30 ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı kabul edilebilir sınırlar içerisinde.
17. Bu çalışmaya katılan bireylerin YFÖ-30 skoru ortalaması 97.30 ± 12.07 olarak saptanmıştır.
18. Kadınlar ve erkeklerde YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).
19. Bireylerin medeni durumları ve YFÖ-30 puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, evli ve bekâr katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
20. Bireylerin BKİ değerleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
21. Sınıflar ve yeme farkındalığı puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.5).
22. Bölümler ile YFÖ-30 puanı arasındaki ilişki analiz edildiğinde beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin yeme farkındalığı ortalamasının, hemşirelik bölümü öğrencilerinin yeme farkındalığı ortalamasından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

23. Ailenin toplam gelir durumu ile YFÖ-30 puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4.5).
24. Çalışmaya katılan bireylerin ebeveynlerinin eğitim durumları ve YFÖ-30 puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).
25. Öğrencilerin ikamet durumu ile YFÖ-30 puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4.5).
26. Ailede obez birey varlığı sorgulandığında yalnızca babası obez olan katılımcıların yeme farkındalığının daha düşük olduğu saptanmıştır.
27. YFÖ-30 puanını etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla çok değişkenli doğrusal regresyon modellemesi yapılmıştır. Bu modelde bağımlı değişken YFÖ-30 puanı seçilirken, bağımsız değişkenler anketin ilk bölümündeki genel özellikler olarak seçilmiştir. Buna göre, model, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$) ancak modelin açıklanabilirliği düşüktür (R-kare %13). Modele göre hemşirelik bölümünde okumak, ailede obez birey bulunması ve bekâr olmak, istatistiksel olarak anlamlı şekilde YFÖ-30 puanını negatif yönde etki etmektedir (Tablo 4.5.3).
28. YFÖ-30 ölçeği için adımsal model seçme yöntemi ile regresyon modellemesi yapıldığında anketin ilk bölümündeki tüm bağımsız değişkenler modele stepwise tekniğinde konulmuş ve sistemden YFÖ-30 puanını açıklayacak en iyi modeli oluşturması istenmiştir. Buna göre, bağımlı değişken olan YFÖ-30 puanını açıklamak için oluşturulabilecek en iyi model; bölüm, ailedeki obez birey sayısı ve medeni durum bağımsız değişkenleri ile olacaktır (Tablo 4.5.4).
29. YFÖ-30 puanı ile vücut ağırlığı ve BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ($p > 0.05$). Bununla birlikte YFÖ-30 alt faktörlerinden yeme kontrolü ile vücut ağırlığı ($r = -0.218$, $p = 0.00$) ve BKİ ($r = -0.137$, $p = 0.02$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Alt faktörlerden bilinçli beslenme ile vücut ağırlığı ($r = -0.129$, $p = 0.03$) arasında da negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5.2).

30. Kronik hastalık varlığı ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olan bireylerin YFÖ-30 puan ortalamalarının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin sürekli ilaç kullanma durumları ile YFÖ-30 puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).
31. Uyku süresi ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise bu değerler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4.9). Düzenli uyku uyuma durumu ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4.9).
32. Bireylerin besin seçimleri ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Vegan olan ve kırmızı et tüketmediğini söyleyen bireylerin YFÖ-30 puanlarının diğer kategorilere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Öğün atlama durumu ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise, öğün atlamayanların YFÖ-30 puan ortalamalarının, atlayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).
33. Yeme hızı ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yavaş yeme hızına sahip olan katılımcıların YFÖ-30 puan ortalamasının diğer kategorilere göre daha yüksek olduğu ve en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının hızlı yemek yiyenlerde olduğu görülmektedir (Tablo 4.7.1).
34. Üzüntülü/Yorgun ruh halinde yeme davranışı ile YFÖ-30 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Buna göre en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının, üzüntülü/yorgunken her zamankinden çok ve sık yiyenlerde olduğu görülmektedir (Tablo 4.7.1).
35. Sevinçli/heyecanlı hissedildiğinde yeme davranışı ile YFÖ-30 puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Buna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da, en düşük YFÖ-30 puan ortalamasının her zamankinden çok ve sık yiyenlerde görüldüğü söylenebilir. (Tablo 4.7.1).

6.2. Öneriler

Yeme farkındalığı, son yıllarda ağırlık kontrolü, duygusal yeme ve çeşitli yeme bozukluklarının önlenmesi ve tedavi edilmesi gibi durumlarda standart tedavi yöntemlerinin yansıya yeni bir seçenek olarak gündeme gelmiştir.

Yeme davranışı genetik, ailesel, psikolojik ve çevresel birçok faktörden etkilenen karmaşık bir mekanizmaya sahiptir. Modern yaşam tarzının beraberinde getirdiği stresle başa çıkmak günümüzde ciddi bir sorun haline gelmiştir. Stres ile sağlıklı ve etkili bir şekilde başa çıkılamadığında, etkilenen konulardan biri de bireylerin yeme davranışı olmaktadır. Bireyler sağlıklı bir şekilde yönetemedikleri streslerini hoş giden; enerji yoğunluğu, şeker ve yağ oranı yüksek besinleri tüketerek telafi etmeye yönelebilmektedirler. Ayrıca bireyler, sosyal medyanın ve gelişen dijital platformların etkisiyle bu tür besinlerin görsel ve işitsel uyaranlarına maruz kalarak yeme davranışları üzerinde kontrol kaybı yaşayabilmektedirler. Bununla birlikte yemeğin TV ya da film seyrederken yenmesi veya bu sırada atıştırma tüketimi, dikkati yenilen besinden uzaklaştırarak kontrolsüz enerji alımına yol açabilmektedir.

Tüm bu veriler ışığında yenilen her lokmanın farkına vararak, dışardan gelen etkileri devre dışı bırakıp bireyin kendi duygularının ve içsel açlık-tokluk hislerinin farkında bir şekilde yemesini hedefleyen yeme farkındalığı uygulamaları, sağlıklı yeme davranışı kazandırılmasında etkili görünmektedir.

Bireylerin yeme farkındalığı durumlarının geliştirilerek sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, kuşkusuz doğru ve kapsamlı bir beslenme eğitimi yoluyla olacaktır. Bu konuda gerekli beslenme eğitimi verilerek bireylerde sürdürülebilir davranış değişiklikleri oluşturulması konusunda diyetisyenlere büyük sorumluluk düşmektedir. Beslenme ile ilgili konularda geleneksel ve dijital basında ehil olmayan kişilerce oluşturulan bilgi kirliliğinden ve bunun sonucunda karşılaşılan yanlış uygulamalardan ancak mesleki yeterliliğe ve etik bilince sahip olan diyetisyenler aracılığıyla kurtulmak mümkün olacaktır.

Bu çalışmada Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumları tespit edilmiş ve YFÖ-30 puanı ile bölüm, medeni durum, ailedeki obez birey varlığı, kronik hastalık varlığı, bireylerin besin tercihi, öğün atlama durumu, yeme hızı ve üzüntülü/yorgun ruh halinde yeme davranışı istatistiksel olarak ilişkili bulunmuştur.

Bundan sonra yapılacak olan çalışmalar, farklı popölasyonlarda yeme farkındalığı durumunun tespit edilmesi, farklı değişkenlerin YFÖ-30 puanına etkilerinin belirlenmesi, çeşitli yeme farkındalığı müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi veya yeni müdahaleler geliştirilmesi konularına odaklanabilirler.



KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight fact sheet. Erişim: (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>) Erişim tarihi: 04/03/2019.
2. Alper Z. Obesity trends in turkish school age children. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*;10(1), 59-67, 2018.
3. Santas F, Santas G. Obesity among women in Turkey. *Iran J Public Health*, 47(5), 682-688, May 2018
4. OECD. “Overweight and obesity among adults”, in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, 2019.
5. OECD. “Overweight and obesity among children”, in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, 2019.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
7. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Benjet C. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914, 2013.
8. Qian J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, Yu D. Prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212, 2013.
9. Ulas Kadioglu B & Uncu F & Uner S. Sağlık yüksekokulu ğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler (Prevalence and affecting factors of potential eating disorders among students of health higher education). *İnn Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2;15-22, 2013.
10. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, Treasure J. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, 15;1–10, 2017.

11. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Pierre Tivolacci M. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413, May 2019.
12. Devonport TJ, Nicholls W, Fullerton CA. Systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*, 1359105317697813, 2017.
13. Corsica J, Hood MM, Katterman S, Kleinman B, Ivan I. Development of a novel mindfulness and cognitive behavioral intervention for stress-eating: A comparative pilot study. *Eating Behaviors*, 15(4), 694–699, 2014.
14. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(2), 197–204, 2014.
15. 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. *Complementary Therapies In Medicine*, 18(6), 260–264, 2010.
16. Beccia AL, Dunlap C, Hanes DA, Courneene BJ, Zwickey HL. Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 9, 1–12, 2018.
17. Mantzios M, Wilson JC. Making concrete construals mindful: A novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & Health*, 29(4), 422–441, 2014.
18. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology Science Practice*, 10(2): 144-56, 2003.
19. Monroe JT. Mindful eating: Principles and practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 217, 2015.
20. Stanszus LS, Frank P, Geiger SM. Healthy eating and sustainable nutrition through mindfulness? Mixed method results of a controlled intervention study. *Appetite*, 141, 104325, 2019.
21. Lavender J, Gratz K, Tull M. Exploring the Relationship between Facets of Mindfulness and Eating Pathology in Women. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(3), 174–182, 2011.

22. Pintado-Cucarella S, Rodríguez-Salgado P. Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 8(2), 19–24, 2016.
23. Arch JJ, Brown KW, Goodman RJ, Della Porta MD, Kiken LG, Tillman S. Enjoying food without caloric cost: The impact of brief mindfulness on laboratory eating outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 79, 23–34, 2016.
24. Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 23(4), 281–300, 2005.
25. Levoy E, Lazaridou A, Brewer J, Fulwiler C. An exploratory study of Mindfulness Based Stress Reduction for emotional eating. *Appetite*, 109, 124–130, 2017.
26. World Health Organization (WHO). Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July, 1946.
27. World Health Organization (WHO). Global Health Risk. Deaths attributed to 19 leading risk factors, by country income level. Erişim tarihi: 05.06.2020 Erişim: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/
28. World Health Organization (WHO). WHO Consultation on Obesity. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland, 1999.
29. World Health Organization (WHO). BMI classification. Erişim: (http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html). Erişim tarihi: 04/03/2019
30. Çam H, Karasu F. A study of the frequency of overweight, obesity and metabolic syndrome among university students. *Turkish Journal of Public Health*, 17 (3) , 294-303, 2019.
31. Mitchell JE, Selders A. Recent treatment research in bulimia nervosa. *Eating Disorders Review*, 16(1), 1–4, 2005.
32. Smith, B. Effect of irritant purgatives on the myenteric plexus in man and the mouse. *Gut* 9, 139-143, 1968.
33. Wigley RD. Potassium deficiency in anorexia nervosa, with reference to renal tubular vacuolation. *British Medical Journal* ii, 110-113, 1960.

34. Ford AL, Bergh C, Sodersten P, Sabin MA, Hollinghurst S, Hunt LP. Treatment of childhood obesity by retraining eating behaviour: randomised controlled trial. *Bmj* 340: 5388, 2009.
35. Azzouzi N, Ahid S, Bragazzi NL, Berhili N, Aarab C, Aalouane R, Boujraf S, Rammouz I. Eating disorders among Moroccan medical students: cognition and behavior. *Psychol Res Behav Manag.*,12,129-135, 2019.
36. Jahrami H, Sater M, Abdulla A. Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* 24, 397–410, 2019.
37. Trindade AP, Appolinario JC, Mattos P, Treasure J, Nazar BP. Eating disorder symptoms in Brazilian university students: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry.* 41,179-187, 2019.
38. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: Definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 31–47, 2009.
39. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358, 2007.
40. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord* 5, 56, 2017.
41. Machado PP, Gonçalves S, Hoek HW. DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: evidence from community samples. *Int J Eat Disord.* 46(1), 60-65, 2013.
42. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord.* 47(6):610-619, 2014.
43. Solmi F, Hotopf M, Hatch SL, Treasure J, Micali N. Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 51(3):369-381, 2016.
44. Advani S, Kochhar G, Chachra S, Dhawan P. Eating everything except food (PICA): A rare case report and review. *Journal Of International Society Of Preventive & Community Dentistry*, 4(1), 1–4, 2014.

45. Hartmann AS, Poulain T, Vogel M. Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 27, 1499–1508 2018.
46. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *The International Journal Of Eating Disorders*, 43(2), 98–111, 2010.
47. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood* 101(12), 1168-1175, 2016.
48. Norris ML, Spettigue WJ, Katzman DK. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 12, 213-218, 2016.
49. Chen YL, Chen WJ, Lin KC, Shen LJ, Gau SS. Prevalence of DSM-5 mental disorders in a nationally representative sample of children in Taiwan: methodology and main findings. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 29, e15, 2019.
50. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nat. Rev. Neurosci.* 10, 573–584, 2009.
51. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9(3), 429-448, 1979.
52. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly* 33, 284-295, 1959.
53. Timothy D. Brewerton M. Binge eating disorder: recognition, diagnosis, and treatment. *Medscape Mental Health Journal* 2(3), 1997.
54. Loro AD Jr, Orleans CS. Binge eating in obesity: preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment. *Addict Behav* 6, 155-66, 1981.
55. Kornhaber A. The stuffing syndrome. *Psychosomatics*, 11 (6), 580-4, 1970.
56. Preti A. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res*, 43(14), 1125–32, 2009.
57. Swanson SA. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (7), 714–23, 2011.
58. O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night eating syndrome: Diagnosis, epidemiology and management, *CNS Drugs*; 19(12), 997-1008, 2005.
59. Calugi S, Grave RD, Marchesini G. Night eating syndrome in class II-III obesity: metabolic and psychopatological features. *Int. J. Obes*; 33(8), 899–904, 2009.

60. Pope HG Jr, Phillips KA, Olivardia R. The adonis complex: The secret crisis of male body obsession. New York, NY: Free Press, 2000.
61. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2(4), 395–400, 2005.
62. Quinion M. World wide words. Erişim tarihi:11.02.2020. Erişim: www.worldwidewords.org/articles/wordsof97.htm.
63. Pope HG Jr, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 406–409, 1993.
64. Pope HG Jr, Gruber AJ, Choi PY, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548–557, 1997.
65. Bratman S. The health food eating disorder. *Yoga Journal*, 45–50, 1997.
66. Brytek-Matera A. Orthorexia nervosa an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 55–60, 2012.
67. Wechsler H, Nelson TF Binge drinking and the American college student: what’s five drinks? *Psychol Addict Behav* 15(4), 287–291, 2001.
68. Chambers RA. Drunkorexia. *J Dual Diagn* 4(4), 414–416, 2008.
69. Hunt TK, Forbush KT. Is “drunkorexia” an eating disorder, substance use disorder, or both? *Eat Behav*, 22, 40–45, 2016.
70. Mathieu J (n.d.). What Is Pregorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(6), 976–979, 2016.
71. Mathieu, J. (n.d.). What Is Diabulimia? *Journal of the American Dietetic Association*, 108(5), 769–770, 2008.
72. Leng G, Adan R, Belot M, Brunstrom, J, Graaf K, Dickson, S, Hare T, Maier S, Menzies J, Preissl H. Reisch L, Rogers P, Smeets P. The determinants of food choice. *Proceedings of the Nutrition Society*, 76, 1-12, 2016.
73. Spence, C., Okajima, K., Cheok, A. D., Petit, O., & Michel, C. (2016). Eating with our eyes: From visual hunger to digital satiation. *Brain and cognition*, 110, 53–63.
74. Sanger J (n.d.). Can’t take my eyes off you – How task irrelevant pictures of food influence attentional selection. *Appetite*, 133, 313–323, 2018.

75. Farhangi, M.A. Night eating syndrome and its relationship with emotional eating, sleep quality and nutritional status among adolescents' boys. *Community Ment Health J*, 55, 1411–1418, 2019.
76. Paans NPG, Gibson-Smith D, Bot M, van Strien T, Brouwer IA, Visser M, Penninx B. WJH. Depression and eating styles are independently associated with dietary intake. *Appetite*, 134, 103–110, 2019.
77. Lopez-Cepero A, Frisard CF, Lemon SC, Rosal MC. Association between emotional eating, energy-dense foods and overeating in Latinos. *Eating Behaviors*, 33, 40–43, 2019.
78. 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*, 108(1), 49–56, 2008.
79. Van Strien T, Konttinen HM, 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*, 145, 104493, 2020.
80. Konttinen H, van Strien T, Männistö S, Jousilahti P, Haukkala A. Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 2019.
81. Winkens LHH, van Strien T, Brouwer IA, Penninx BWJH, Visser M, Lähtenmäki L. Associations of mindful eating domains with depressive symptoms and depression in three European countries. *Journal of Affective Disorders*, 228, 26–32, 2018.
82. Carriere C, Michel G, Féart C, Pelay H, Onorato O, Barat P, Thibault H. Relationships between emotional disorders, personality dimensions, and binge eating disorder in French obese adolescents. *Archives de Pédiatrie*, 26, 138–144, 2019.
83. Craven MP, Fekete EM, Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 33, 44–48, 2019.
84. Meule A, Richard A, Schnepfer R, Reichenberger J, Georgii C, Naab S, Voderholzer U, Blechert J. Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Eating Disorders*, 1–17, 2019.

85. Çam H, Karasu, F. A study of the frequency of overweight, obesity and metabolic syndrome among university students. *Turkish Journal of Public Health*, 17(3), 294-303, 2019.
86. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velázquez-Alva M del C, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*, 107, 639–644, 2016.
87. Bennett J, Greene G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students, *Appetite*, 60, 187-192, 2013.
88. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 84(4), 822-848, 2003.
89. Kiken LG, Garland EL, Bluth K, Palsson OS, Gaylord SA. From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality & Individual Differences*, 81, 41–46, 2015.
90. Wallace BA, Shapiro SL. Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *Am Psychol*; 61: 690-701, 2006.
91. Lin J, Chadi N, Shrier L. Mindfulness-based interventions for adolescent health. *Current Opinion in Pediatrics*, 31(4), 469–475, 2019.
92. Köse G, Tayfur M, Birincioğlu İ, Dönmez A. Adaptation study of the mindful eating questionnaire (MEQ) into Turkish, *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 5(3): 125-134, 2016.
93. Nelson JB. Mindful Eating: The art of presence while you eat. *Diabetes spectrum: A Publication Of The American Diabetes Association*, 30(3), 171–174, 2017.
94. Buckworth J. Be Here Now: Mindful Eating and Exercise. *ACSM's Health and Fitness Journal*, 23(4), 38–39, 2019.
95. Huberty J, Green J, Glissmann C, Larkey L, Puzia M, Lee C. Efficacy of the mindfulness meditation mobile app “Calm” to reduce stress among college students: Randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(6), e14273, 2019.
96. Winkens L, Elstgeest L, Van Strien T, Penninx B, Visser M, Brouwer I. Does food intake mediate the association between mindful eating and change in depressive symptoms? *Public Health Nutrition*, 23(9), 1532-1542, 2020.
97. Vittengl JR. (n.d.). Mediation of the bidirectional relations between obesity and depression among women. *Psychiatry Research*, 264, 254–259, 2018.
98. Lattimore, P. Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating. *Eating and Weight Disorders*, 25, 649–657, 2020.

99. Keyte R, Egan H, Mantzios M. How does mindful eating without non-judgement, mindfulness and self-compassion relate to motivations to eat palatable foods in a student population? *Nutrition and Health*, 26(1), 27–34, 2020.
100. Carpenter KM, Vickerman KA, Salmon EE, Javitz HS, Epel ES, Lovejoy JC. A Randomized Pilot Study of a Phone-Based Mindfulness and Weight Loss Program, *Behavioral Medicine*, 45(4), 271-281, 2019.
101. Lyzwinski LN, Caffery L, Bambling M, Edirippulige S. The mindfulness app trial for weight, weight-related behaviors, and stress in university students: Randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(4), e12210, 2019.
102. Artiles R, Staub K, Aldakak L, Eppenberger P, Ruhli F, Bender N. Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 2019.
103. Masih T, Dimmock J, Epel E, Guelfi K. An 8-week relaxation program consisting of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation to reduce stress and attenuate stress-driven eating. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12 (1), 188–211, 2019.
104. Shomaker LB, Berman Z, Burke M, Annameier SK, Pivarunas B, Sanchez N, Lucas-Thompson R. Mindfulness-based group intervention in adolescents at-risk for excess weight gain: A randomized controlled pilot study, *Appetite*, 140, 213-222, 2019.
105. Vanzhula IA, Levinson CA. Mindfulness in the treatment of eating disorders: Theoretical rationale and hypothesized mechanisms of action. *Mindfulness* 11, 1090–1104, 2020.
106. Hernando A, Palla's R, Cebolla A, Garcí'a- Campayo J, Hoogendoorn CJ, Roy JF. Mindfulness, rumination, and coping skills in young women with Eating Disorders: A comparative study with healthy controls. *PLoS ONE*, 14(3), e0213985, 2019.
107. Omiwole R, Candice R, Huniewicz P, Dettmer E, Paslakis G. Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*, 11, 2917, 2019.
108. Brennan MA, Whelton WJ, Sharpe D. Benefits of yoga in the treatment of eating disorders: Results of a randomized controlled trial, *Eating Disorders*, 1-20, 2020.
109. Mantzios M, Wilson JC. Making concrete construals mindful: A novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology & Health*, 29(4), 422–441, 2014.

110. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of American Dietetic Association*, 109(8):1439-1444, 2009.
111. Köse G. Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığının üzerine bir araştırma. Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara, 2017.
112. Barışkan H. Sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2019.
113. Köse G, Çıplak M.E. Köse G, Çıplak M.E. Mindful eating questionnaire: eating control, emotional eating and conscious nutrition trio. *Progress in Nutrition*. 22(2), 528-535, 2020. *Progress in Nutrition*. 22(2), 528-535, 2020.
114. Özmumcu SB. Isparta ili bir üniversite hastanesi idari personeli yeme farkındalığı ve fiziksel aktivitelerinin yaşam kalitesine etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta, 2019.
115. Giannopoulou I, Kotopoulela-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*, 12, 396, 2020.
116. Orbatu DS. İzmir ili lise çağı çocuklarında yeme farkındalığının değerlendirilmesi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 30(1), 19-27, 2020.
117. Çakıroğlu D, Ömer EH, Arslan C. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, yeme farkındalığı ve sosyal görünüş kaygısının değerlendirilmesi (Siirt ili örneği). *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 14(1), 1-12, 2020.
118. Diels S, Vanden Berghe W, Van Hul W. Insights into the multifactorial causation of obesity by integrated genetic and epigenetic analysis. *Obes Rev*, 21(7):e13019, 2020.
119. Noh HM, Park J, Sung EJ. Family factors and obesity in relation to mental health among Korean children and adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 29(5):1284, 2020.
120. Mantzios M, Egan H, Hussain M, Keyte R, Bahia H. Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: an exploratory investigation. *Eating And Weight Disorders: EWD*, 23(6), 833–840, 2018.

121. Kitiş Ç. Hastanelerin diyet polikliniklerine başvuran hastaların yeme tutumları ve yeme farkındalıklarının belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Konya, 2019.
122. Özkan N, Bilici S. Are anthropometric measurements an indicator of intuitive and mindful eating? *Eat Weight Disord*, 2020.
123. Durukan A, Gül A. Mindful eating: Differences of generations and relationship of mindful eating with BMI, *International Journal of Gastronomy and Food Science*, Volume 18, 2019.
124. Üstündağ EG. Spor salonunda spor yapan bireylerde yeme farkındalığı ile ortoreksiya nervoza belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin, 2020.
125. Moor KR, Scott AJ, McIntosh WD. Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness* 4: 264-274, 2013.
126. Grinnell S, Greene G, Melanson K, Blissmer B, Lofgren IE. Anthropometric and behavioral measures related to mindfulness in college students. *Journal of American College Health* 59(6): 539-545, 2011.
127. Mantzios M, Egan H, Bahia H, Hussain M, Keyte R. How does grazing relate to body mass index, self-compassion, mindfulness and mindful eating in a student population? *Health Psychology Open*, 5(1), 2018.
128. Cappuccio FP, Cooper D, D'elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur Heart J*. 32:1484–1492, 2011.
129. Cappuccio FP, D'elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*. 33:414–420, 2010.
130. Saleh-Ghadimi S, Dehghan P, Abbasalizad Farhangi M, Asghari-Jafarabadi M, Jafari-Vayghan H. Could emotional eating act as a mediator between sleep quality and food intake in female students? *BioPsychoSocial Medicine*, 13(1), 2019.
131. Grosso G, Marventano S, D'Urso M, Mistretta A, Galvano F. The Mediterranean healthy eating, ageing, and lifestyle (MEAL) study: rationale and study design. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 5:1-10, 2016.

132. Arora T, Choudhury S, Taheri S. The relationships among sleep, nutrition, and obesity. *Current Sleep Medicine Reports*, 1(4), 218, 2015.
133. Bhurosy T, Thiagarajah K. Are Eating Habits Associated with Adequate Sleep among High School Students? *Journal of School Health*, 90(2), 81-87, 2020.
134. Takagi H, Hari Y, Nakashima K, Kuno T, Ando T. (2019). Meta-Analysis of relation of skipping breakfast with heart disease. *The American Journal of Cardiology*, 124(6), 978–986, 2019.
135. Ballon A, Neuenschwander M, Schlesinger S. (2019). Breakfast skipping is associated with increased risk of type 2 diabetes among adults: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *The Journal of nutrition*, 149(1), 106–113, 2019.
136. Monzani A, Ricotti R, Caputo M, Solito A, Archero F, Bellone S, Prodam, F. A systematic review of the association of skipping breakfast with weight and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. What should we better investigate in the future? *Nutrients*, 11(2), 387, 2019.
137. St-Onge MP, Ard J, Baskin ML, et al. Meal timing and frequency: Implications for cardiovascular disease prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 135(9):e96-e121, 2017.
138. Cetik Yıldız S. Üniversite öğrencilerinde kahvaltı yapma alışkanlığının saptanması ve çözüm önerileri. *Journal of the Institute of Science & Technology / Fen Bilimleri Estitüsü Dergisi*, 10(2), 819–827, 2020.
139. Arpa T, Erem S, Uludağ E, Uzun S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi, *Food and Health*, 5(3), 185-196, 2019.
140. Paz-Graniel I, Babio N, Mendez I, Salas-Salvadó J. Association between eating speed and classical cardiovascular risk factors: A cross-sectional study. *Nutrients*, 11(1), 83, 2019.
141. Faith MS, Diwald LK, Crabbe S, Burgess B, Berkowitz RI. Reduced Eating Pace (RePace) Behavioral intervention for children prone to or with obesity: Does the turtle win the race? *Obesity*, 27(1), 121–129, 2018.
142. Wendy E, Barrington Shirley AA, Beresford Bonnie A, McGregor EW. Perceived stress and eating behaviors by sex, obesity status, and stress vulnerability: Findings from the Vitamins and Lifestyle (VITAL) Study, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(11), 1791-1799, 2014.

143. Pickett S, Burchenal CA, Haber L, Batten K, Phillips E. Understanding and effectively addressing disparities in obesity: A systematic review of the psychological determinants of emotional eating behaviours among Black women. *Obesity Reviews*, 21(6), 1-13. 2020.
144. Moss RH, Conner M, O'Connor DB. Exploring the effects of positive and negative emotions on eating behaviours in children and young adults, *Psychology, Health & Medicine*, 2020.
145. Bourdier L, Morvan Y, Kotbagi G, Kern L, Romo L, Berthoz S. Examination of emotion-induced changes in eating: A latent profile analysis of the Emotional Appetite Questionnaire. *Appetite*, 123:72-81, 2018.
146. van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Botella C, Baños R. Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20–25, 2013.
147. Evers C, Dingemans A, Junghans AF, Boevé A. Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neurosci Biobehav Rev*, 92, 195-208, 2018.
148. Tınmazoğlu, E, Guvender Doksat, N. Relationship between emotional eating and big five personality characteristics and mood disorder symptoms. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9 (1) , 34-46, 2020.

EK 1: ETİK KURUL ONAYI



Sayı : 94603339-604.01.02/ 11222
Konu : Proje Onayı

20/03/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yahya Faruk Karataş tarafından yürütülecek olan KA19/107 nolu "Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr.
Kurul Başkanı

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

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

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

EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU



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

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Yeme Farkındalığı Durumunun Değerlendirilmesi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda 2018-2019 eğitim-öğretim yılında eğitim öğretime devam eden tüm öğrencilerden gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul edenlerdir.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için size verilen anket formundaki soruları toplamda 20 dakika ayırarak cevaplandırmanız gerekecektir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığının değerlendirilmesidir.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya katılabilmek Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencisi olmak ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmek gerekmektedir

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma kapsamında, yeme farkındalığı durumu ile ilgili genel bilgileri kapsayan anket formlarını doldurmanız istenecektir. Araştırmaya katılımınız için herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırmaya katılan gönüllülerin anket formlarında yöneltilen sorulara dikkatli ve doğru şekilde cevap vermek dışında bir sorumluluğu bulunmamaktadır.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Bu araştırma yalnızca bilimsel amaçlıdır. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumları araştırılacaktır. Çalışmadan elde edilecek sonuçların, öğrencilere doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve öğrencilerin sağlıklarının geliştirilmesine olumlu etkisinin olması beklenmektedir.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmadan kaynaklanabilecek herhangi bir risk bulunmamaktadır.

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

Araştırma nedeniyle ortaya çıkabilecek herhangi bir zarar/risk bulunmamaktadır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışında kalmanızı gerektirecek bir durumla karşılaştığınızda, araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili diyetisyene ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Diyetisyenin Adres ve Telefonları:

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırma için hazırlanacak anket formlarının çoğaltılması vb. gibi 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 bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü 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 bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Araştırma programını aksatmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle diyetisyeniniz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırma kapsamında uygulanacak 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. Yahya Faruk KARATAŞ tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde "Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığının değerlendirilmesi üzerine bir araştırma" çalışması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) 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 hekim 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

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

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

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

EK 3:ANKET FORMU

Anketin Uygulanma Tarihi:/...../2019

Anket No:.....

OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN YEME FARKINDALIĞI DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI ANKET FORMU

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı tarafından yürütülmektedir. Anket formundaki soruları doldurmanızı rica ediyoruz. Veriler yalnızca bilimsel amaçlı olarak değerlendirilecek ve etik kurallara özen gösterilecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Bölümü: 1) Beslenme ve Diyetetik
2) Hemşirelik

Sınıfı: 1) Birinci sınıf
2) İkinci sınıf
3) Üçüncü sınıf

A. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız : yıl

2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3. Boy uzunluğu:cm

4. Vücut Ağırlığı:kg

5. Medeni Durumunuz:

- 1) Evli
- 2) Bekar

6. Ailenizin toplam gelir durumunu:

- 1) Gelirimiz giderimizden az
- 2) Gelirimiz giderimize eşit
- 3) Gelirimiz giderimizden fazla

7. Şu anda ne şekilde ikamet ediyorsunuz?

- 1) Ailemle aynı evde yaşıyorum.
- 2) Ailemden ayrı bir evde yaşıyorum.
- 3) Öğrenci yurdundan yaşıyorum.
- 4) Diğer(belirtiniz).....

8. Aile bireylerinizde obez veya fazla kilolu olan bireyler var ise işaretleyiniz.
(Birden fazla var ise işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Anne
- 2) Baba
- 3) Kardeş
- 4) İkinci derece akrabalar (teyze, amca vs)

9. Annenizin eğitim durumu nedir?

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1) Okur-Yazar Değil | 3) Ortaöğretim (lise) mezunu |
| 2) İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu | 4) Ön lisans/Lisans mezunu |
| | 5)Yüksek Lisans/ Doktora mezunu |

10. Babanızın eğitim durumu nedir?

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1) Okur-Yazar Değil | 3) Ortaöğretim (lise) mezunu |
| 2) İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu | 4) Ön lisans/lisans mezunu |
| | 5)Yüksek Lisans/ Doktora mezunu |

2. SAĞLIK VE BESLENME BİLGİLERİ

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

(Cevabınız hayır ise 3.soruya geçiniz)

- 1) Evet
2) Hayır

2. Teşhis edilen hastalığınızı işaretleyiniz. (Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Kalp-Damar Hastalıkları
2) Diyabet (Şeker Hastalığı)
3) Hipertansiyon
4) Sindirim Sistemi Hastalıkları
5) Solunum Sistemi Hastalıkları
6) Kas İskelet Sistemi Problemleri
7) Endokrin (Hormonal) Hastalıklar
8) Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri
9) Kanser
10) Yeme Bozuklukları
11) Diğer (belirtiniz)

3.Sürekli kullandığınız ilaç var mı? (Cevabınız hayır ise 5.soruya geçiniz)

- 1) Evet
2) Hayır

4. Sürekli kullandığınız ilaç nedir ya da nelerdir?

.....
.....

5. Sigara içiyor musunuz?

(Cevabınız hayır ise 7.soruya geçiniz)

- 1) Evet
2) Hayır
3) Bıraktım

6. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

.....yıl

7. Her gün düzenli uyur musunuz?

- 1) Evet
2) Hayır
3) Sadece hafta içi

8. Geceleri genellikle kaç saat uyursunuz?

- 1) Günde 6 saatten daha az
2) Günde 7 saat
3) Günde 8 saat
4) Günde 9 saatten fazla

9. Haftada kaç dakika yürüyüş yaparsınız?

- 1) 0 dakika
- 2) 1-90 dakika
- 3) 91-200 dakika
- 4) 201 dakikadan fazla

11. Öğün atlar mısınız?

- 1) Evet
- 2) Hayır

13. Öğün atlama nedeniniz nedir?

- 1) Canım istemiyor
- 2) Zayıflamak için
- 3) Vaktim yok
- 4) Unutuyorum
- 5) Diğer
- (Belirtiniz.....)

15. Ne sıklıkla dışarıda yemek yersiniz?

- 1) Her gün
- 2) Haftada 2-3 kez
- 3) Haftada 1 kez
- 4) Ayda 2-3 kez
- 5) Ayda 1 kez
- 6) Hiç yemem

17. Genellikle hangi öğünü dışarıda yersiniz? (Sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.)

- 1) Kahvaltı
- 2) Öğle
- 3) Akşam

19. Üzüntülü/yorgun olduğunuzda;

- 1) Hiç yemek yemem
- 2) Her zamankinden az yerim
- 3) Her zamankinden çok ve sık yerim
- 4) Bir değişiklik olmaz
- 5) Diğer, belirtiniz.....

10. Aşağıdaki besin seçimlerinden hangisi sizi tarifler?

- 1) Kırmızı et tüketmiyorum
- 2) Hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve süt ürünlerini tüketirim.
- 3) Hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurta tüketirim.
- 4) Veganım
- 5) Hiçbiri

12. Cevabınız 'evet' ise (öğün atlıyorsanız) hangi öğünleri atlıyorsunuz? (Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Kahvaltı
- 2) Kuşluk ara öğünü
- 3) Öğle yemeği
- 4) İkinci ara öğünü
- 5) Akşam yemeği
- 6) Gece ara öğünü (Akşam yemeğinden sonra)

14. Sağlıklı beslenme hakkındaki bilgi kaynaklarınızı işaretleyiniz. (Birden fazla şıkki işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Radyo/televizyon
- 2) Yazılı basın (gazete, dergi)
- 3) Aile büyükleri
- 4) Arkadaşlar/yakın çevre
- 5) Kitaplar /broşürler
- 6) Zayıflama merkezleri/ Spor Salonları
- 7) Diyetisyenler
- 8) Diğer sağlık personeli
- 9) İnternet
- 10) Diğer(Belirtiniz.....)

16. Dışarıda yemek yediğinizde genellikle ne tür lokantaları tercih edersiniz? (Sadece 1 seçeneği işaretleyiniz.)

- 1) Fast-food zincirleri
- 2) Ev yemekleri yapan lokantalar
- 3) Kebapçılar
- 4) Kafe veya Pastaneler

18. Aşağıdaki yeme şekillerinden hangisi size uygundur?

- 1) Hızlı
- 2) Normal hızda
- 3) Yavaş
- 4) Çok yavaş

20. Sevinçli/heyecanlı olduğunuzda;

- 1) Hiç yemek yemem
- 2) Her zamankinden az yerim
- 3) Her zamankinden çok ve sık yerim
- 4) Bir değişiklik olmaz
- 5) Diğer, belirtiniz.....

EK 4: Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Değerli katılımcı, 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 çiğnemediğim yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doydüğümü fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					

25	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27	Küçük lokmalarla yerim.					
28	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

Çalışmamıza zaman ayırdığınız ve destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.



EK 5: ANKET UYGULAMA İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/04/2019-E.9039



T.C.
OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü



Sayı : 92508155-302.14.06/
Konu : Tez Çalışması Anket Formu

SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Beslenme ve Diyetetik Bölümü Arş. Gör. Yahya Faruk KARATAŞ'ın, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı dahilinde yürüttüğü "Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yeme farkındalığı durumlarının değerlendirilmesi" başlıklı KA19/107 nolu Yüksek Lisans tezinin verilerini toplamak amacıyla Yüksekokulumuzdaki, Beslenme ve Diyetetik ile Hemşirelik Bölümleri öğrencilerine anket uygulaması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr.
Yüksekokul Müdürü

Ek: Tez Çalışması Anket Formu (6 Sayfa)