



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN
YEME FARKINDALIĞININ
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Uzm.Dyt.Gizem KÖSE

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2017



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN
YEME FARKINDALIĞININ
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

DOKTORA TEZİ

Uzm.Dyt.Gizem KÖSE

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr.Muhittin TAYFUR

ANKARA, 2017

ONAY SAYFASI

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Doktora Programı çerçevesinde Gizem Köse tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06/04/2017

Tez Konusu: "Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma"

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Muhittin Tayfur

Doç. Dr. Aydan Ercan

Yrd. Doç. Dr. Perim Fatma Türker

Doç. Dr. Aylin Ayaz

Doç. Dr. Eda Köksal

Başkent Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Hacettepe Üniversitesi

Gazi Üniversitesi

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 06 / 04 / 2017 tarih ve ..050.. Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 27.03.2017

Öğrencinin Adı, Soyadı : GİZEM KÖSE

Öğrencinin Numarası : 21310033

Anabilim Dalı : BESLENME VE DİBETİK

Programı : BESLENME VE DİBETİK DOKTORA PROGRAMI

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : PROF.DR. MUHİTTİN TAYFUR

Tez Başlığı : ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YEME PAVRANLARININ ÜZERİNE
BİR ARAŞTIRMA

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam ...102 sayfalık kısmına ilişkin, 27.03. / 2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafındanTAYFUR..... adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % ...12...'dır.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden 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: ...GİZEM KÖSE

Onay

27.03.2017

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,

Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

TEŞEKKÜR

Araştırmamın başından sonuna kadar katkılarından ve desteğinden dolayı çok değerli ve sabırlı tez danışmanım Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Muhittin Tayfur'a ve diğer hocalarıma,

Araştırmayı yapmamı sağlayan Üsküdar Üniversitesi hocalarına ve öğrencilerine,

Araştırmanın bütün süreçlerinde verdiği bilimsel katkıların yanında tezi yazma aşamasına gelip, bitirmemi sağlayan aynı zamanda çok sevgili arkadaşım, akıl hocam Prof. Dr. Aslıhan Dönmez'e,

Araştırmanın süreçlerinde bana yönlendirmelerde bulunan, tezimin ana fikrini bulmama yardımcı olan ve istatistik süreçlerini sabırla destekleyen İnci Birincioğlu'na,

Araştırmanın ilk gününden bu sayfayı yazana kadar manevi desteğini hiç esirgemeyen, motivasyon ve enerji kaynağı olan sevgili arkadaşlarım Hande Sinirlioğlu, Aslı Zeynep Başabak Bhais, Özge Özkan, Deniz Hatıloğlu, Suzan Uğur Girginer'e ve ayrıca doktor olmaya yaklaştığım bu dönemde hayatımda büyük yer edinen Candemir Türker'e,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, maddi ve manevi hiçbir desteğini esirgemeyen önce sevgili anneme ve anneanneme sonra da bütün aile üyelerime,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Köse, G., Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Doktora Tezi, Ankara, 2017.

Bu araştırmada öğrencilerde yeme tutumu ve yeme farkındalığının ölçülmesi ile beslenme dersi ile bilgilenmenin yanında öğrencilerin yeme farkındalığının değişiminin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma, Eylül 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında Üsküdar Üniversitesi'nde okuyan öğrenciler arasından rastgele seçilen, yaşları 18-45 arasında olan 318 sağlıklı öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Öğrenciler, beslenme dersi alan ve almayan olarak ikiye ayrılmıştır. Öğrencilere kişisel ve sağlık bilgilerini içeren bir anket formunun yanında Savaşır ve Erol tarafından geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılan Yeme Tutumu Testi (YTT-40) ile Köse ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanan Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) uygulanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.56 ± 3.82 yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların YTT-40 ortalama puanı 24.22 ± 13.98 ve YFÖ-30 ortalama puanı 98.11 ± 13.81 olarak bulunmuştur. Katılımcıların YFÖ-30 puanı arttıkça YTT-40 puanı azalmaktadır ancak bu ilişki önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Kesme noktası olan YTT-40 puanlamalarında öğrencilerin %28.9'unun YTT-40 puanı 30 puandan yüksek bulunmuş olup, yeme bozukluğu riski taşımaktadır. Cinsiyete göre YTT-40 puan ortalamalarına bakıldığında ise erkekler (23.33 ± 15.60) ile kadınlar (24.48 ± 13.50) arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Beden kütle indeksi hafif şişman-şişman sınıftaki öğrencilerin YTT-40 puan ortalamaları diğer BKİ sınıflarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrencilerin vücut ağırlığı ve BKİ değeri yükselirken yeme bozukluğu riski artmakta olup ($r = 0.112$, $p < 0.05$ ve $r = 0.139$, $p < 0.05$), yeme farkındalığı düşmektedir ($p > 0.05$). Vücut ağırlığı ve BKİ ile YFÖ-30 alt faktörlerinden sadece yeme kontrolü arasında önemli bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.252$, $p < 0.01$ ve $r = -0.208$, $p < 0.01$). Öğrencilerden vegan olanların %33.3'ü, besin seçimi olmayanların %26.4'ü ve kırmızı et tüketmeyenlerin %24.1'i yeme bozukluğu riski taşımaktadır ($p < 0.05$). Uyku süreleri ve defekasyon sorunları arasındaki ilişki önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Kadınların

defekasyon sorunları erkeklerden daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Katılımcıların yürüyüş durumuna göre dağılan YTT-40 puan gruplarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yürüyüş durumları ile YFÖ-30 alt faktörlerinden sadece duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.159$, $p<0.01$). Defekasyon sorunu ile ölçekler arasındaki ilişkilerde YFÖ-30 puanı ($r=0.173$, $p<0.01$) ile pozitif, YTT-40 puanı ($r=-0.136$, $p<0.05$) ile negatif ilişki saptanmıştır. Defekasyon sorunu ile disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans faktörleri arasında negatif ilişki saptanmış ($p<0.05$), YFÖ-30 puan ortalamasının anlamlılığı daha yüksek bulunmuştur ($p=0.002$). Bu araştırmaya katılan öğrencilerin %31.1'i beslenme dersi almıştır. Beslenme dersi alan öğrencilerde YTT-40 puanı azalmakta, YFÖ-30 puanı ise artmaktadır ancak istatistiksel açıdan bu ilişki önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Beslenme dersi alma durumu ile YFÖ-30 alt faktörleri arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Sonuç olarak; beslenme dersleri öğrencilerin yeme tutumlarını ve farkındalıklarını olumlu yönde etkilemektedir. Bunun yanında yeme farkındalığının kazandırılması vücut ağırlığı yönetimine yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, duygusal yeme, tıknırcasına yeme, obezite, farkındalık

Bu araştırma projesi Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan onay almıştır.

ABSTRACT

Kose, G., A Research on Mindful Eating of University Students. Baskent University Institute of Medical Sciences Department of Nutrition and Dietetics Programme, Post-graduate Thesis, Ankara, 2017.

Present study, it was aimed to examine the eating attitude and mindful eating of the students and to examine the change of mindful eating of the students besides informing with nutrition lesson. The study was executed by 318 healthy students aged 18-45 years, randomly selected among students studying at Uskudar University between September 2015 and May 2016. In addition to a survey form containing personal and health information of the students, the Eating Attitudes Test (EAT-40) was conducted by Savasir and Erol, and the Mindful Eating Questionnaire-30 (MEQ-30) scale adapted Turkish Kose et al. The mean age of the participants' was 21.56 ± 3.82 year. The mean score of the participants' EAT-40 score was found to be 24.22 ± 13.98 and the mean score of the MEQ-30 was 98.11 ± 13.81 . As the EAT-40 scores decreased, MEQ-30 scores increased, but this relationship was not statistically significant ($p > 0.05$) Eating disorder risk can be determined by 30 cut-off point in the EAT-40. It has been shown that 28.9% of students have an eating disorder risk. There was no statistically significant difference between men's (23.33 ± 15.60) and women's (24.48 ± 13.50) mean EAT-40 scores ($p > 0.05$). Overweight-obese group was found to be having higher YTT-40 scores than the other BMI classes ($p < 0.05$). While the students' body weight and BMI increased, the risk of eating disorder increased ($r = 0.112$, $p < 0.05$ and $r = 0.139$, $p < 0.05$), and mindful eating decreased ($p > 0.05$). A significant relationship was found between weight, BMI and MEQ-30 subscales ($r = -0.252$, $p < 0.01$ and $r = -0.208$, $p < 0.01$). As food choices evaluated, 33.3% of students that is vegan, 26.4% of the students that have no food choice and 24.1% of the students that don't eat red meat were at risk of eating disorder ($p < 0.05$). The relationship between sleep duration and defecation problems were found to be significant ($p < 0.05$). Females' defecation problems were found to be higher than males ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between the EAT-40 score groups according to walking status of the participants ($p > 0.05$). There

was a statistically significant relationship between walking status and emotional eating that is one of MEQ-30 subscales ($r = -0.159$, $p < 0.01$). Defecation problems and MEQ-30 score have positive correlation ($r = 0.173$, $p < 0.01$) and negative correlation with EAT-40 score ($r = -0.136$, $p < 0.05$). There was a negative correlation between compliance with defecation problems and disinhibition, emotional eating and interference sub-scales ($p < 0.05$), while the mean of MEQ-30 score's significance was higher than EAT-40 scores ($p = 0.002$). In this study, 31.1% of students who participated in this study took nutrition course. As having nutrition course, EAT-40 score decreased and the score of MEQ-30 increased ($p > 0.05$). There was no statistically significant relationship between the level of taking the course and EAT-40, MEQ-30 or the sub-scales of MEQ ($p > 0.05$). As a result of this study, nutrition lessons influence students' eating attitudes and mindful eating positively. In addition, gaining mindfulness of eating will be helping manage to weight status.

Key words: Nutrition, emotional eating, binge eating, obesity, mindfulness

This research project has been approved by Uskudar University Ethics Committee of Non-Interventional Studies Council.

İÇİNDEKİLER

	<i>Sayfa</i>
Onay sayfası.....	<i>iii</i>
Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu	<i>iv</i>
Teşekkür.....	<i>v</i>
Özet.....	<i>vi</i>
İngilizce özet.....	<i>viii</i>
İçindekiler dizini	<i>x</i>
Kısaltmalar ve simgeler dizini	<i>xii</i>
Tablolar dizini	<i>xiii</i>
1. Giriş.....	1
2. Genel Bilgiler	4
2.1.Obezite	4
2.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	5
2.2.1.DSM V’te Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozuklukları	6
2.2.2.Araştırmalarda Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	16
2.3. Açlık Türleri.....	17
2.3.1.Hücresele Açlık.....	17
2.3.2.Duyusal Açlık.....	18
2.3.3.Duygusal Açlık.....	21
2.4. Yeme Farkındalığı.....	23
2.5. İrritabl Bağırsak Sendromu	29
3. Gereç ve Yöntem	35
3.1.Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	35
3.2.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	35
3.2.1.Demografik Özellikler ve Sağlık Bilgileri	36
3.2.2.Ölçekler	36
3.2.2.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)	36
3.2.2.2. Yeme Tutumu Testi (YTT-40)	42
3.2.3.Beslenme Dersi	42

3.3.Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	43
4. Bulgular.....	45
5. Tartışma	72
6. Sonuç ve Öneriler.....	83
7. Kaynaklar	93
8. Ekler	105

EK 1: Etik Kurul Onayı

EK 2: Anket Formu

EK 3: Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

EK 4: Yeme Tutumu Testi (YTT-40)



KISALTMALAR VE SİMGELER

ANOVA	Varyans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BED	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
DSM V	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V
GR	Glukokortikoid Reseptörleri
İBS	İrritabl Bağırsak Sendromu
İBS-C	Kabızlık Baskın İrritabl Bağırsak Sendromu
İBS-D	Diyare Baskın İrritabl Bağırsak Sendromu
İBS-M	Karışık Tip İrritabl Bağırsak Sendromu
İBS-U	Sınıflandırılmayan İrritabl Bağırsak Sendromu
KMO-Barlett	Kaiser-Mayer-Olkin-Barlett
MEQ	Mindful Eating Questionnaire
MMTM	The Multitrait-Multimethod Matrix
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TURDEP-I	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması I
TURDEP-II	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması II
YFÖ-30	Yeme Farkındalığı Ölçeği
YTT-40	Yeme Tutumu Testi

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
2.1. BKİ (Beden Kütle İndeksi) değerlerinin zayıflık için sınıflandırılması	10
2.2. Uygunsuz telafi edici davranışların derecelendirilmesi	12
2.3. Tıkınırcasına yeme epizodlarının sıklığının derecelendirilmesi	14
2.4. Roma III Kriterleri (2006)	30
3.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Faktör Analizi	39
3.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Faktörlerinin Korelasyonları	39
3.3. Yeme Tutumu Testi (YTT-40) grubu, YTT-40 puan grubu ve Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) puanlarının ilişkisi	40
3.4. Yeme Tutumu Testi (YTT-40) ve Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) puanlarının YFÖ-30 faktör puanları ile ilişkisi	41
3.5. BKİ (Beden Kütle İndeksi) değerlerinin sınıflandırılması	44
4.1. Öğrencilerin demografik verilerine göre dağılımları	45
4.2. Öğrencilerin antropometrik verilerine göre dağılımları	46
4.3. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ ortalama ve standart sapmaları ile BKİ sınıflamasının dağılımları	46
4.4. Öğrencilerin yaş gruplamalarına göre BKİ sınıflamasının ve ortalamalarının karşılaştırılması	47
4.5. Öğrencilerin okudukları bölümlerin ve beslenme dersi alıp almama durumlarının dağılımı	48
4.6. Öğrencilerin bölümlerine göre BKİ sınıflamasının dağılımı	48
4.7. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumuna göre BKİ sınıflamasının karşılaştırması	49
4.8. Öğrencilerin sağlık bilgileri	50
4.9. Öğrencilerin aile bireylerinin eğitim durumu	50
4.10. Öğrencilerin ailesinde şişman birey olma durumu ve BKİ ortalamalarının karşılaştırılması	51

4.11. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre besin seçimlerinin dağılımı	52
4.12. Öğrencilerin besin seçimlerine göre BKİ sınıflamasının karşılaştırılması	52
4.13. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT-40 ölçeğine göre aritmetik ortalama, standart sapma ve önemlilik testi ile YTT-40 puan gruplarının dağılımı	53
4.14. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT-40 puan gruplarının ve ortalamalarının karşılaştırılması	54
4.15. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YFÖ-30 ölçeğine göre aritmetik ortalama, standart sapma ve önemlilik testi	54
4.16. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre YTT-40 ve YFÖ-30 ölçeklerinin aritmetik ortalama, standart sapma ve önemlilik testi	55
4.17. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması	55
4.18. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumuna göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması	56
4.19. Öğrencilerin besin seçimine göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması	56
4.20. Öğrencilerin kırmızı et tüketimine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması	57
4.21. Öğrencilerin genel alışkanlıklarının dağılımı	58
4.22. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması	59
4.23. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre haftalık yürüyüş durumlarının karşılaştırılması	59
4.24. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumuna göre defekasyon sorunlarının karşılaştırılması	60
4.25. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumuna göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması	61
4.26. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumuna göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması	61
4.27. Öğrencilerin uyku durumuna göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması	62
4.28. Öğrencilerin defekasyon alışkanlıklarına göre defekasyon sorunlarının dağılımı	62

4.29. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre defekasyon durumlarının dağılımı	63
4.30. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre defekasyon durumlarının dağılımı	64
4.31. Öğrencilerin uyku durumlarına göre defekasyon sorunlarının dağılımı	64
4.32. Öğrencilerin defekasyon sorunlarına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması	65
4.33. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumu ile YTT-40 ve YFÖ-30 puanlarının ilişkisi	66
4.34. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumu ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi	66
4.35. Öğrencilerin yaşları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi	67
4.36. Öğrencilerin antropometrik verileri ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi	68
4.37. Öğrencilerin yürüyüş durumları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi	69
4.38. Öğrencilerin uyku süreleri ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi	70
4.39. Öğrencilerin defekasyon durumları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi	71

1.GİRİŞ

Yeme tutumları bir gereksinim olmaktan çok geleneklerle biçimlenerek dengesiz yeme alışkanlığı, bilinçsiz beslenme, yemek sırasında dikkat dağılması, zamansızlığı bahane edip yemek yemenin geçiştirilmesi ve hızlı yemek yeme gibi yeni alışkanlıklara dönüşmektedir. Yeme tutumlarının depresyon riskini arttırdığına (1-4) ve obezite ile anksiyete bozuklukları arasında pozitif ilişki bulunduğu (3, 5) dair güçlü (1-3) kanıtlar mevcuttur. Bireylerin besinlerle olan ilişkileri duygu durumları ile değişebilmektedir. İlk olarak 1950 yılında Bayles ve Ebaugh (6) tarafından Duygusal Yeme kavramı ortaya çıkmıştır. Tanım haline getirildiğinde ise duygusal yeme kavramı, ‘yeme davranışı, anksiyete, depresyon, öfke ve yalnızlık gibi negatif duygulara karşı verilen bir cevaptır’ şeklinde tanımlanmıştır (7). Yiyecek seçiminde ve beslenme alışkanlıklarının oluşumunda duyguların ne kadar güçlü bir etkisi olduğu bilinmektedir (8, 9). Duygu durumunun iyi olması için besin seçimleri şekillenir (10). Duygu durumu sadece obez bireylerin değil, zayıf bireylerin de yeme tutumlarını etkiler (10, 11). Özellikle uzun süreli diyet uygulayanlarda (12, 13), tıknırcasına yeme epizodlarında (14) ve günlük maruz kalınan stresle başa çıkılamadığında (15) yiyecek arama davranışının ortaya çıktığı bilinmektedir.

Günümüze kadar kaygı, üzüntü ve öfke gibi negatif duyguların (15, 16) azaltılmasında ve pozitif duyguların ortaya çıkarılmasını sağlayan rahatlama yolunun yiyeceklerden geçtiği düşünülmekteydi (17). Birçok araştırmada yeme davranışı, duygular ve artmış enerji alımı arasındaki ilişki desteklenmiştir (16, 18, 19). Vücut ağırlığı kaybını hedefleyen programlarda etkinliği arttırmak için duygu durumlarıyla başa çıkılabilmesi gerekmektedir (20, 21). Son yıllarda yapılan araştırmalara bakıldığında bu ilişkinin ölçülebilir olması gittikçe önem kazanmaktadır (18, 20). Hangi duyguların yeme davranışını etkilediği, duygusal yeme kavramının en önemli sorusunu oluşturmaktadır (13, 22-24). Obez bireylerdeki yeme davranışının çok daha duygusal temelli olduğu birçok araştırma ile desteklenmiştir (23, 25-28). Aynı zamanda sadece duyguların etkisinden değil bu duygu durumlarıyla nasıl başa çıkıldığı da aşırı yemeden etkilenebilmektedir (29, 30). Bireylerin yeme farkındalığı

arttırıldığında duygu durumlarının farkına varmasının yanında bu duygu durumlarıyla başa çıkabilme potansiyellerinin arttığı görülmektedir.

Farkındalık kavramı, yeme davranışlarını tanımlamak ve değiştirmek için adapte edilerek yeme farkındalığı kavramı oluşturulmuştur (31). Yeme farkındalığının öneminin anlaşılmasıyla beraber ölçülebilir bir araç geliştirilmiştir (32). Literatürde yeme davranışı ve farkındalığı ile ilgili geliştirilen ölçeklerde disinhibisyon sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (32, 33). Yeme farkındalığını tanımlamada medikal sözlüklerde bahsi geçen ancak Türkçe olmayan disinhibisyon ve enterferans kelimeleri anlam bütünlüğünün bozulmaması için literatüre geçmiştir (34). Disinhibisyonun kelime anlamına bakıldığında psikolojide dürtüsellik ve risk değerlendirmesini yapamamayı içeren bilişsel kısıtlamanın eksikliğidir. Yapılan bir tanıma göre de disinhibisyon, hiperfajiyi (aşırı yemek yeme) durduracak mekanizmanın bilişsel olarak kısıtlanmasıdır (35). Enterferans ise iletişimde kullanılan bir kelime olup, yararlı bir veriye istenmeyen dış etkenlerin eklenmesini ve verinin etkinliğin bozulmasını ifade etmektedir (36). Disinhibisyon besin tüketimi sırasında kendini tutabilme ile miktar ve zaman kontrolüne işaret ederken, enterferans ise duyuşsal açlığı arttırmaya yönelik çeldiricilerle baş edebilmeyi belirtmektedir (34). Zengin bir kavram olan yeme farkındalığı içeriğinde disinhibisyon, duyuşsal yeme, kısıtlayıcı yeme, enterferans, farkına vararak yeme, dürtüsel yeme, dışsal yeme, otomatik yeme, suçluluk gibi alt faktörler bulundurmaktadır (32, 37, 38). Bu alt faktörlerin belirlenmesi ile o faktöre müdahale edilerek yeme davranışının düzenlenmesi ve yeme farkındalığının arttırılması sağlanabilmektedir.

Yeme farkındalığının amacı tüketilen besinin her bir tüketim anında (her lokmada) 'ilk ısırık' tadını yeniden yaratmaktır. Böylece bireyin vücut ağırlığından ya da beslenme durumundan etkilenmeksizin tüketilen besinin farkında olarak daha sağlıklı ve doyurucu seçimler yapması sağlanabilmektedir. Bütün duyuların kullanılması gereken süreçte hem bireyi tatmin ederek hem de bireyin bedenini doyurarak doyunluk sürecini tamamlamak yeme farkındalığının önemli bir parçasıdır. Birey aynı zamanda hangi tür açlığının olduğunu farkına varmalı ve buna göre ne zaman yemeye başlayıp ne zaman duracağını önceden belirlemeli ve

kendisini yönlendirmelidir (32, 39). Bu çalışmanın amacı beslenme dersi alan ve almayan üniversite öğrencilerin yeme tutumları ve yeme farkındalıklarının ölçülerek değerlendirilmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Obezite

Obezite, enerji yoğunluğu fazla olan yiyeceklerin tüketimi ve azalmış fiziksel aktivitenin sonucu olarak aşırı ve anormal yağ birikimi ile karakterize karmaşık bir tıbbi hastalıktır (40). Obezitenin artmasındaki sebeplere bakıldığında genetik aktarımlar ve enerji yoğunluğu fazla olan yiyeceklerin ulaşılabilir hale gelmesi ile sedanter yaşam tarzını kapsayan çevresel faktörler sayılabilir.

Obezitenin tanısında sıklıkla beden kütle indeksi (BKİ) değerlerinin sınıflandırılması kullanılmaktadır. BKİ, kilogram (kg) cinsinden vücut ağırlığının, metre (m) cinsinden boyun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. BKİ sınıflamasında, BKİ'nin 18.5 kg/m²'den düşük olması zayıf, 18.5-24.9 kg/m² arasında olması normal, 25-29.9 kg/m² hafif şişman, 30 kg/m² ve daha yüksek değerlerde olması ise şişman sınıfını tariflemektedir. Obezite derecelendirmesinde ise evre I (BKİ 30-34.9 kg/m²), evre II (BKİ 35-39.9 kg/m²) ve evre III (BKİ ≥40 kg/m²) olarak alt sınıflara ayrılmaktadır (41).

Amerika'da yapılan araştırmalarda 2009-2010 yıllarında obezite prevalansları incelendiğinde erkeklerde %36, kadınlarda %36 ve çocuk-ergen grubunda ise %17 olarak bulunmuştur (40). Araştırma sonuçlarına göre 2050 yılında obezite prevalansının erkeklerde %60, kadınlarda %40 ve çocuk-ergen grubunda %25 oranında olacağı tahmin edilmektedir (42). Ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-I ve TURDEP-II) çalışmalarına göre 1997-1998 yılları arasında obezite prevalansı kadınlarda %32.9, erkeklerde %13.2 iken 2010 yılında prevalans artmış ve kadınlarda %44.2, erkeklerde %27.3 olarak bulunmuş olup, Türkiye'de toplam obezite sıklığı ise %32 olarak belirtilmiştir (43, 44).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (45) göre obezite, son 35 yılda (özellikle genç ve ergenlerde) iki katına çıkmış olan bir sağlık sorunudur ve birçok kronik hastalığa davetiye çıkarmaktadır. Obezite genetik faktörlerin yanında yaşam tarzı değişikliklerine göre şekillenmektedir (46). Yeme davranışının vücut ağırlığı ve beden kütle indeksi (BKİ) dolayısıyla obezite ile olan derin ilişkisi yıllardır

bilinmektedir. Obezitenin tedavisinde kullanılan en yaygın yöntem olan enerji kısıtlaması uzun süreli uygulamalarda başarılı olmamaktadır (47). Diyet tedavisinin yanında davranış değişikliğinin de eklenmesi ile vücut ağırlığının yönetimi ve buna bağlı yaşam boyu yüksek hayat kalitesi sağlanabilmektedir. Yeme oranının ve hızının azaltılması ile enerji alımının da azaltılacağı yaklaşımları önem kazanmaktadır (32, 39, 48). Yeme hızının azaltılmasına bağlı olarak yapılan müdahalelerde açlık durumundan bağımsız olarak yeme oranının azaltılmasını sağlamaktadır (49).

Çocukluk çağı obezitesinde de yeme hızına odaklanılarak yapılan müdahalelerde vücut ağırlığındaki denetimin daha etkin olabileceği bu sebeple yeme hızının vücut ağırlığı yönetimi ile güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmektedir (50). Otomatik yeme kaçınılmaz olabilmektedir çünkü yemek yeme öğrenilmiş bir davranıştır (örn. günde 3 öğün yemek gibi). Bireyler açlıklarının farkında olmadan sadece yemek saati geldiği için besin tüketimine yönelebilmektedir (51). Bireylere yeme davranışını tekrar öğrenmelerine yönelik yeme hızını yavaşlatma eğitimleri verilerek yeme oranı azaltılmaktadır. Bu yöntemde alışlagelmiş beslenme alışkanlıklarının değişme süreci dikkate alınarak yeme oranını sözlü ya da görsel yönlendirmelerle daha sürdürülebilir hale getirilmektedir (39, 52). Yeme farkındalığının kazandırılması ile sağlıklı ve kalıcı bir beslenme tedavisi uygulanması sağlanabilmektedir.

2.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V (DSM V) yeme bozukluklarını 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' adı altında toplamıştır. Beslenme ve Yeme Bozuklukları'nın tanı kriterleri tanımlanmıştır (53). Beslenme ve yeme bozuklukları olarak kriterlere göre adlandırılan bozukluklar: pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı besin alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları şeklindedir. DSM V el kitabında tanıya uymayan beslenme ve yeme bozukluklarına ise tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozuklukları adı verilmiştir. Ayrıca DSM V el kitabında yer almamasına rağmen araştırmalarda tanımlanan beslenme ve yeme bozuklukları ise ayrı başlıkta sunulmuştur.

2.2.1.DSM V’te Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Pika

Pika, taş, tuğla, tebeşir, sabun, kağıt, toprak vb besin olmayan maddeleri yeme davranışı ve alışkanlığına sahip olma durumuyla karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (54). Pikanın tam olarak nedenleri ve kökeni bilinmemektedir (55). Çocukluk çağında görülebildiği gibi (56), literatürdeki derlemeler incelendiğinde genellikle gebelik sürecinde demir eksikliği anemisi ile ilişkilendirilmektedir (57). Ancak 2015 yılında yapılan bir derlemede bariatrik cerrahi hastalarında pagofaji (buz yeme) davranışının ortaya çıkmasıyla sadece gebelikte değil bariatrik cerrahi hastalarında da gözlenmeye başlandığı gösterilmiştir (55). Pika, psikiyatrik başka bir bozuklukla komorbid olarak ortaya çıkmaktadır. Pika bozukluğunun hem somatik hem de psikolojik tehlikeli sonuçlar doğurabileceği gösterilmiştir (54, 58). Pikanın DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri (53) ise şunlardır:

- A. En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- B. Besleyici değeri olmayan besin olmayan maddeleri yeme tutumu, bireyin gelişimsel düzeyi ile alakalı olmamalıdır.
- C. Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama olmamalıdır.
- D. Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal gelişimsel bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), sadece beslenme ve yeme bozukluğu olarak değerlendirilmemeli, ayrıca klinik bir değerlendirmeye alınmalıdır.

Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, yemek tüketimi sonrasında yemeği çiğneme işlemi sonrasında tekrar tekrar çiğneyerek, yutup çıkararak, yutup yeniden çiğneyerek ya da ağızdan dışarı çıkarma ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur (59). Bu bozukluk, her yaş döneminde görülebilmektedir (58).

Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğunun DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri (53) ise şunlardır:

- A. En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma.
- B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlı gelişmemelidir.
- C. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğunun varlığında ortaya çıkmamalıdır.
- D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal gelişimsel bozukluk ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) sadece beslenme ve yeme bozukluğu olarak değerlendirilmemeli, ayrıca klinik bir değerlendirmeye alınmalıdır.

Kaçınan/Kısıtlı Besin Alımı Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı besin alımı bozukluğu, vücut ağırlığı kaybı, büyüme geriliği, günlük enerji alımının desteklenmesine sebep olacak derecede beslenme yetersizliğine sebep olan kaçınan ya da kısıtlı yeme davranışlarıyla karakterizedir (60). Yutma sırasında ortaya çıkan ağrıdan kaçınma davranışı ile akalazyaya benzer bir özellik göstermektedir. Bu yüzden tanı kriterlerinde ayırıcı tanı olarak işaret edilmektedir (61). Bu bozukluk, bebeklik ve çocukluk döneminde sıklıkla görülmektedir (56, 58). Kaçınan/kısıtlı besin alımı bozukluğunun DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri (53) ise şunlardır:

- A. Aşağıdakilerden birinin (ya da çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve/ya da enerji gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeye ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşsal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma). Ayırıcı kriterleri:
 1. Belirgin bir vücut ağırlığı kaybı (ya da çocuklarda beklenen vücut ağırlığı kazanımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).

2. Belirgin bir beslenme eksikliği.
 3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.
 4. Ruhsal- toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi şeklindedir.
- B. Bu bozukluk, ulaşılabilir besin olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir beslenme alışkanlığı durumunu kapsamamalıdır.
- C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın varlığında ortaya çıkmamalıdır ve bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt olmamalıdır.
- D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanmamalı ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamamalıdır. Başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa, söz konusu durum ya da bozukluk ayrıca klinik bir değerlendirmeye alınmalıdır.

Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya nervoza, beden algısının bozulması ile sağlıksız bir zayıflığı hedef olarak belirgin derecede düşük bir vücut ağırlığı kaybına sebep olma, ağırlık kazanımından aşırı derecede korkma ve bunlara bağlı bozulmuş yeme davranışı ile karakterizedir (62, 63). Anoreksiya nervozanın etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Bununla beraber ölümle sonuçlanan (intihar hariç) tek psikiyatrik bozukluktur (64).

Anoreksiya nervoza, ilk olarak 1873 yılında Silverman ve Gull (65) tarafından özellikle kadınlarda görülen kendini aç bırakma ve buna bağlı ruhsal, fizyolojik değişimlerle ilişkilendirilerek adı tanımlanmıştır. Ardından 1911 yılında Carr (66) tarafından ailesi tarafından terk edilmiş çocuklarda yapılan araştırmalarda çocuklarda anoreksiya nervoza tanısı görülmeye başlanmıştır. Yapılan bir ikiz araştırmasında erkeklerde de anoreksiya nervoza tanısının sıklığının son yıllarda arttığı gösterilmiştir (67). Anoreksiya nervozanın prevalansına bakıldığında 11-65 yaş arası kadınlarda %0-2.2 arasında değişirken, erkeklerde bu oran %0.3 şeklindedir

(62). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, yaşam boyu anoreksiya nervoza ile karşılaşma oranını kadınlarda %0.9, erkeklerde ise %0.3 ve ortalama %0.6 olarak belirlemiştir. Ayrıca anoreksiya nervozanın ortalama başlangıç yaşı olarak 19 yaş belirlenmiştir (63). Çok yakın bir zamanda yılında yapılan bir derleme, yaşam boyu karşılaşma yüzdesini %3.64 olarak belirlemiş olup, kısıtlayıcı tip anoreksiya nervoza için %2.05, çıkarıcı tip için ise %1.68 olarak sınıflamıştır (68). Genel popülasyonda anoreksiya nervozanın klinik süreçlerine bakıldığında tedavi görüp iyileşenler %47, iyileşmiş klinik tablo %34, kronik yeme bozukluğuna sahip olma %21 ve ölüm %5 olarak bulunmuştur (62). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü ise tedavi görüp iyileşme oranını %33.8 olarak kaydetmiştir (63). Anoreksiya nervozanın DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri ise (53) ise şunlardır:

- A. Gereksinimlerine göre enerji alımını kısıtlama tutumu, bireyin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve vücut sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açmalıdır. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşükün altında olarak tanımlanır (Bkz. Tablo 2.1).
- B. Vücut ağırlığı kazanımından ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın vücut ağırlığındaki yükselişi güçleştiren kısıtlama/çıkarma davranışlarında bulunma.
- C. Bireyin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, birey kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

1. Kısıtlayıcı Tip: Bireyin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, diüretikler ya da lavmanın kötüye kullanılması) dönemleri olmamalıdır. Bu alt tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemek yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak vücut ağırlığının kaybedildiği görünümünü tanımlamalıdır.

- 2. Tıkınırcasına Yiyen/Çıkaran Tip:** Bireyin son üç ay içinde yineleyen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, diüretikler ya da lavmanın kötüye kullanılması) dönemleri olmalıdır.

Vücut ağırlığının derecelendirilmesinde yetişkinler için BKİ değerinin kullanılması önerilmektedir (45). Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırdığı BKİ değerlerinin zayıflık sınıflamasına göre yeme bozukluğunun derecesi hakkında bilgi edinilmektedir.

Tablo 2.1. BKİ (Beden Kütle İndeksi) değerlerinin zayıflık için sınıflandırılması (41)

Derece	BKİ (kg/m ²)
Ağır olmayan	≥17 kg/m ²
Orta derecede	16-16.9 kg/m ²
Ağır	15-15.9 kg/m ²
Aşırı düzeyde	<15 kg/m ²

Bulimiya Nervoza

Bulimia nervoza, aşırı miktarda yiyecek yiyen, yineleyen ve sık tekrarlayan ve yeme kontrolünden yoksun hissetme durumuyla karakterizedir. Bu aşırı yemek yeme sonrasında çıkarma (örn. kusma, müşil veya diüretik kullanımı), aç kalma ve / veya aşırı egzersiz gibi aşırılıkları dengeleyen bir davranış türü izlemektedir (63). Anoreksiya nervoza'nın aksine bulimiya nervozalı bireylerin BKİ değerleri normal ya da hafif şişman sınıflandırması içinde olabilir.

Bulimiya, 1980 yılı öncesindeki kayıtlarda aşırı yeme ile ortaya çıkan bir semptom olarak belirtilirken, ilk olarak 1979 yılında Russell (69) tarafından tanımlanmıştır. Tanımın yapılmasının hemen ardından 1980 yılında düzenlenen DSM III el kitabına anoreksiya nervozanın dışında yeni bir yeme bozukluğu olarak eklenmiştir (70). Bulimiya nervozanın prevalansına bakıldığında Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, yaşam boyu karşılaşma oranını kadınlarda %0.5, erkeklerde ise %0.1 ve ortalama %0.6 olarak belirlemiştir (63). Ancak 2017 yılında yapılan bir derlemede

bu yüzdeyi %2.15 olarak belirlendiğini ve bu oranların bilinenden çok daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (68). Genel popülasyonda bulimiya nervoza tedavisini görüp iyileşenler %43.2 olarak belirtilmektedir. Bulimiya nervozanın ortalama başlangıç yaşı olarak 20 yaş belirlenmiştir. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü ise tedavi görüp iyileşme oranını %33.8 olarak kaydetmiştir (63). Bulimiya nervozanın DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri ise (53) ise şunlardır:

- A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri olmalıdır. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisini de kapsamalıdır:
1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin bir şekilde çok daha fazla yiyeceği, ayrı bir zaman birimde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
 2. Bu epizod sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olmasının varlığı (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).
- B. Vücut ağırlığı kazanımından sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ya da diğer ilaçları kötüye kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunmalıdır.
- C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmalıdır.
- D. Benlik değerlendirmesi, vücut biçimden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenmelidir.
- E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamalıdır.

Uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına göre bulimiya nervozanın şiddeti belirlenebilmektedir (Bkz. Tablo 2.2)

Tablo 2.2. Uygunsuz telafi edici davranışların derecelendirilmesi (53)

Derece	Uygunsuz telafi edici davranış sıklığı
Ağır olmayan	Ortalama haftada bir-üç kez
Orta derecede	Ortalama haftada dört-yedi kez
Ağır	Ortalama haftada sekiz-on üç kez
Aşırı düzeyde	Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu bireyin yeme kontrolünü kaybederek tekrarlayan aşırı yemek yeme (epizod) bölümleriyle karakterizedir. Bulimiya nervozanın aksine, aşırı yiyen birey herhangi bir telafi davranışında (aşırı egzersiz, aç kalma vb) bulunmaz. Buna bağlı olarak, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler genelde hafif şişman ya da şişmandır. Ayrıca bireyler tıkinma epizodlarından sonra utanmakta, suçluluk ve sıkıntı duymaktadır (63).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk kez 1959 yılında Albert Stunkard (71) tarafından gece yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Ardından tıkınırcasına yemenin gündüz de olabileceğini savunan Timothy ve Brewerton (72) tarafından gündüz saatlerinde gerçekleşen aşırı yeme davranışı, ‘Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu’ olarak adlandırılmış ve tanı kriterleri tanımlanmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun prevalansına bakıldığında 2012 yılında yapılan bir derleme yaşam boyu karşılaşma sıklığını değerlendirmiş; yetişkin kadınlarda %3.5, yetişkin erkeklerde %2.0 iken, 13-18 yaş aralığındaki kız çocuklarında %2.3 ve erkek çocuklarında %0.8 olarak belirtmiştir (73). Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, yaşam boyu karşılaşma oranını kadınlarda %3.5, erkeklerde ise %2.0 ve ortalama %2.8 olarak belirlemiştir (63). Ancak 2017 yılında yapılan bir derlemede bu yüzde %1.96 olarak bildirilmiştir (68). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafında 25 yaş olarak belirlemiş olup, tedavi görüp iyileşme

oranını %43.6 olarak kaydetmiştir (63). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri ise (53) ise şunlardır:

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme epizodları olmaktadır. Bir tıkınırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu bireyin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu epizod sırasında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. bireyin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Tıkınırcasına yeme epizodlarına aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da daha büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmalıdır.

E. Tıkınırcasına yeme epizodlarına, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmemeli ve tıkınırcasına yeme, bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervoza sırasında ortaya çıkmamalıdır.

Tıkınırcasına yemenin sıklığına göre tıkınırcasına yeme bozukluğunun şiddeti belirlenebilmektedir (Bkz. Tablo 2.3).

Tablo 2.3. Tıkınırcasına yeme epizodlarının sıklığının derecelendirilmesi (53)

Derece	Tıkınırcasına yemenin sıklığı
Ağır olmayan	Ortalama haftada bir-üç kez
Orta derecede	Ortalama haftada dört-yedi kez
Ağır	Ortalama haftada sekiz-on üç kez
Aşırı düzeyde	Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez

Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları, klinik açıdan belirgin bir soruna, toplumsal ve sosyal alanlarda ya da işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, tanı kriterleri açıkça belirlenmiş beslenme ve yeme bozukluklarının özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılayamadığı durumlarda bu kategori kullanılmaktadır (53). Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinde tanı ölçütlerinin karşılanmamasının özel nedeni olarak klinisyenlerce tartışılması ve tedavi programlarının esnek olarak düzenlenmesi olarak belirtilmektedir (58). Yapılan bir derlemede 2017 yılına kadar tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları ile hayat boyu karşılaşma yüzdesi %7.64 olarak bildirilmiştir (68). Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozukluklarına ait DSM V el kitabında yayınlanan tanı kriterleri ise (53) ise şunlardır:

1. Değişiktür (atipik) anoreksiya nervoza: Belirgin vücut ağırlığı kaybına karşın bireyin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında anoreksiya nervoza için bütün tanı ölçütleri karşılanmalıdır. Son yapılan bir derlemede hayat boyu karşılaşma yüzdesi %1.70 olarak bildirilmiştir (68).

2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Son yapılan bir derlemede hayat boyu karşılaşma yüzdesi %1.42 olarak bildirilen bu bozuklukta (68), tıknırcasına yemenin ve uygunsuz telafi edici davranışların, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında bulimiya nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmalıdır.
3. Tıknırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/ya da sınırlı süreli): Tıknırcasına yeme epizodlarının, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıknırcasına yeme bozukluğunu bütün tanı ölçütleri karşılanmalıdır. Hayat boyu karşılaşma yüzdesi %0.90 olarak belirlenmiştir (68).
4. Çıkarma bozukluğu: Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıknırcasına yeme epizodları olmadan, yineleyen çıkarma davranışları ölçütü karşılanmalıdır. Hayat boyu karşılaşma yüzdesi %1.28 olarak belirlenmiştir (68).
5. Gece yeme bozukluğu: Uykudan uyanarak yeme ya da akşam yemeğinden sonra yeme epizodu ile tanımlanan, yineleyen gece yeme epizodları ile karakterizedir. Birey yediğinin farkındadır ve yediğini anımsar. Gece yeme epizodları, belirgin bir sıkıntıya ve/ya da işlevsellikte düşmeye neden olmaktadır. Düzensiz yeme örüntüsü, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanmamalı ve başka bir sağlık durumuna ya da bir ilacın etkisine bağlanmamalıdır.

Tanımlanmamış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozuklukları, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır.

2.2.2.Araştırmalarda Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Yapılan araştırmalarda DSM V el kitabında yer alan tanımlanmış ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğunun dışında sıklıkla karşılaşılan birkaç beslenme ve yeme bozukluğunun daha kriterlere eklenmesi gerektiği savunulmuştur. Araştırmalarda tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları aşağıdaki gibidir:

1. Beden dismorfik bozukluğu, bireyin gerçekte olmayan ama var olduğunu sandığı bir beden kusuru ile aşırı uğraşması ya da bir beden kusuru varsa bile bunu aşırı abartması durumu sonucu işlevselliğin bozulması ile karakterizedir (74). Beden dismorfik bozukluklarından biri olan Bigoreksiya (diğer adıyla ters anoreksiya) bozukluğunun beslenme ve yeme bozukluklarına eklenmesi gerektiği belirtilmektedir (75). Bigoreksiya, erkeklerde görülen kas geliştirmeye ilgili takıntılı olma durumu olarak tanımlanmıştır (76).
2. Steven Bratman tarafından 1997 yılında tanımlanan Ortoreksiya Nervosa, takıntılı bir şekilde sağlıklı beslenme davranışıdır. Ortoreksiya nervozalı hastaların takıntılı bir şekilde hayatını olumsuz yönde etkileyerek tamamen 'saf' beslenmesi ile karakterizedir (50).
3. Barry ve Piazza-Gardner'ın (51) tanımladığı drankoreksiya, besinlerden alınan enerjiyi kısıtlayarak yerine aşırı alkol tüketimi ile bu enerjiyi karşılama ile karakterizedir. Ayrıca drankoreksiyalı bireylerde tüketilen alkolün enerjisini harcamak için aşırı egzersiz ya da tükettikleri besini kusmak için aşırı alkol alımı görülmektedir.
4. Pregoreksiya ise gebelik döneminde aşırı egzersiz ve diyet uygulaması ile vücut ağırlığı kazanımından kaçınma ile karakterizedir (52).
5. Diyabulimiya, Tip 1 diyabetli hastalarda ortaya çıkan vücut ağırlığı kaybına yönelik insülin kullanımı ile karakterizedir (48).

6. Koruyucu bakım hizmetlerinde olan çocuklarda tıknıma benzeri anormal yeme davranışları tanımlanmıştır (49).

2.3. Açlık Türleri

Açlık olgusu, göz, burun, ağız, mide, hücresel, zihinsel ve kalp açlığı olarak yedi farklı tür olarak tanımlanmıştır (53). Bu tanımdan yola çıkılarak açlık türleri hücresel açlık, duyuşsal açlık ve duyuşsal açlık olarak ayrılmış ve literatürdeki yeme davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. Bu türleri bilerek, hangi tür açlığın olduğunu fark ederek neler yapılabileceğine dair egzersizler de önerilmektedir.

2.3.1.Hücresel Açlık

İnsan vücudu ideal düzeyde fonksiyonlarını gerçekleştirmek için besinlere ihtiyaç duymaktadır. Enerji ihtiyacına bağılı olan yeme durumu olan homeostatik yeme hücresel açlığı tam olarak özetlemektedir. Homeostatik yeme hipotalamus ve periferel organlardan gelen bildirimlere göre besin tüketiminin gerçekleşmesidir (47). ‘Açlık acısı’ (*hunger pangs*) diye tabir edilen açlık durumuna bağılı olarak vücudumuzda gerçekleşen biyolojik semptomların varlığı sadece enerji ihtiyacında ortaya çıkmayabilir (77). Homeostatik yeme sonucunda çeşitli besin öğelerinin kan dolaşımında ve organlardaki depo formlarında yeterli orana ulaşması ile sonlanmaktadır (78). Bu açlık türündeki besin alımı, besin tüketimiyle oluşan termogenez, vücut ısısı ve doygunluk gibi fizyolojik parametrelere bağımlıdır.

Hücresel açlık durumunu fark edebilme yeteneğı içsel ve dışsal süreçlere bağılı olarak kaybolabilmektedir. Besin tüketimi öncesinde vücudun enerji harcaması için gerekli olan hangi besin öğelerinin tüketilmesi gerektiğı fark edilmediğinde besin tercihleri değışmektedir (77). Örneğın, vücudun sıvı ihtiyacı durumunda basitçe hücrelerin sadece suya ihtiyacı olduğunu fark etmeyip, bunun yerine yüksek enerjili içecekler tüketebilmektedir. Hücresel açlık fizyolojik olarak aç olma durumudur. Hücresel açlığın fark edilmesi ile enerji alımı azalmaktadır. Bu fark edilme ise yeme farkındalığı ile bireye kazandırılmakta olup, vücut ağırlığının denetiminde etkin olmaktadır (32).

2.3.2.Duyusal Açlık

Duyu, dış dünyanın uyarılarını görme, işitme, koklama, dokunma ve tatma organlarıyla algılama yeteneğidir. Diğer bir deyişle bireyin duyu organları sayesinde elde ettiği izlenimdir (79). Duyu organlarımız olan görme organı (göz), işitme organı (kulak), dokunma organı (deri), koku alma organı (burun) ve tat alma organı (dil) ile algıladığımız her şey duyuşsal olarak tabir edilmektedir (80). Besini görme, duyma ya da dokunma gibi duyuşlarla ve hedonik öğelerle besin alımı artabilmektedir (81). Duyuşsal açlık kavramı duyuşlarla fark edilen besinin tüketim durumunu inceler. Modern besin düzenine bakıldığında işlenmiş, hiper lezzetli besinler ile bağımlılık yapıcı ilaçların özelliklerine benzer bulunmakta hatta son 5 yıldır yeme bağımlılığı adını alan bir nörobiyolojik yapı hedef gösterilmektedir (82). Obez bireylerin beyin bölgelerindeki içsel motivasyon, ödül sistemi, hafıza, öğrenme, dürtü kontrolü, stres cevabı gibi değişiklikler ilaç bağımlılığına benzer olarak gözlenmektedir. Mezokortikolimbik dopamin, ödül ve haz bölgesindeki süreçleri işlemektedir. Endojen opioidler ve dopamin bu bölgede iletişimin sağlanmasında anahtar bir rol oynar. Özellikle yüksek yağ ve şeker içerikli lezzetli (palatable) besinler, beyinde opioidlerin ve dopaminin salınımını artırarak bağımlılık yapıcı özelliğini ortaya çıkarmaktadır (83). Enerji ihtiyacına bağlı olan yeme durumu olan hücreşel açlık yani homeostatik yemeden farklı olarak yemenin duyuşsal, bilişsel ve davranışsal süreçlerin keyif verme, ödüllendirme ya da rahatlatma gibi yönlerini ortaya çıkaran hedonik yeme hem obez olan hem de normal vücut ağırlığına sahip bireylerde varlığını göstermektedir.

Duyuşsal açlık türleri homeostatik yeme tamamlanmış olmasına rağmen, besin tüketimine sebep olmaktadır. Lezzet tanımına bakıldığında, koku, tat ve tekstür kombinasyonu ile ortaya çıkan bir olgu olarak bireyden bireye göre değişebilmektedir. Uyarıların arasında en çok görsel uyarılar etkili olmaktadır (84). Göz açılığının tokluk sinyallerinden daha ağır bastığına ve çok güçlü bir açlık türü olduğuna dair elde edilen veriler, yapılan araştırmalarla desteklenmektedir (81, 83, 84). Göz açılığında en önemli faktörlerden biri olan renk faktörü ile ilgili yapılan çalışmaların derlemesinde de belirtildiği gibi olduğundan farklı bir renkte ya da renksiz olan uyarılar benzer renkte uyarılarına göre fark edilmemektedir. Örneğin,

kırmızı renkteki içecekler karpuz, çilek, kiraz gibi besinleri hatırlatırken, saydam ya da sarı içecekler greyfurt, portakal, muz, ananas gibi besinleri hatırlatmaktadır (84). Uyarının etki derecesi her ne kadar öğrenilen bir lezzet-renk ilişkisinin gücüne bağlı olarak değiştiği bilirse de bu ilişkilere daha yakından bakıldığında rengin etkisinin çok daha güçlü olduğu belirtilmektedir. Algılanan lezzet yoğunluğu renk seviyesinin artışına paralel olarak artmaktadır (81, 84). Bu süreç dikkate alındığında toz ya da yoğunlaştırılmış olan içeceklerin tüketimine olan yatkınlığın sebebi renk yoğunluğunun artışına bağlı olarak artan yoğunlaşmış renk-lezzet birleşiminin bir sonucu olarak lezzetin fazla algılanması olabilmektedir (84). Bireylere yüksek ve düşük enerjili besinlerin resimleri gösterildiğinde dile uygulanan küçük bir akımın ürettiği elektrikli tadın hedonik değerlendirmeyi arttırdığı gözlemlenmiştir. Davranışsal sürece bakıldığında ise yüksek enerjili besinlerin resimleri gösterildiğinde düşük enerjili besinlerin resimlerine göre verilen elektrikli tadın daha hoş olduğunu belirtmişlerdir. Beyin bölgesindeki süreçlerde ise yüksek enerjili besinlerin görüntülenmesi ile tat uyarıcı sinir aktivasyonu daha erken başlamıştır (85). Bu araştırmada görme duyusu ile besin tercihinin ne kadar farklı olabileceği gösterilmektedir. Televizyon, internet ortamında ve kâğıt üzerinde basılı olan besin içerikli görsel uyarılar her daim karşımıza çıkmaktadır. Sürekli maruz kalınan bu görsel uyarılar beyin ödül bölgesini tetiklemekte ve aşırı besin alımına yönelimde önemli bir rol oynamaktadır. Aşırı besin alımının kaçınılmaz sonucu olan obezitenin gelişmesine de katkı sağlamaktadır.

Yeme bozukluğu olan bireylere besinlerin görüntülerinin uyarıcı olarak kullanıldığı bir araştırmada sağlıklı bireylere göre besinlerle ilgili görsellerde yüksek negatif önyargı puanı göstermişlerdir. Bu yüzden yeme bozukluğu olan bireyler dikkatlerini görsellerden uzaklaştırmışlardır. Yeme bozukluğu olan bireylerin besin görsellerine karşı gösterdikleri tepki bir kaçınma davranışı olarak saptanmıştır (86). Aşırı yemeye eğilimli bireylerin bu tür görsel uyarıların baskısı altında kalması ile kısır döngüye girmeleri kaçınılmazdır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve bulimiya nervozalı bireylerde haz verici besinlerin görülmesi ile uyarılan ödül sistemi, beyin aktivasyonu ve sonuçtaki uyarı cevabı normal bireylere göre çok daha fazla çalışmaktadır. Bunun yanında obez bireylerde besin tüketimine bağlı olan ödülle ilişkili beyin bölgeleri sağlıklı vücut ağırlığında olan bireylere göre önemli

derecede az aktifleşmektedir. Ancak besin alımına cevap olarak tat alma bölgesinde ve somatosensöriyel bölgelerde sağlıklı vücut ağırlığına sahip olan bireylere göre daha fazla aktifleşme görülmektedir. Bu örneklerdeki sonuçlara bakıldığında yüksek vücut ağırlığı olan bireylerde besin tüketimi sonucunda ödül sistemi daha az çalışmakta ve duyuşal hazzı daha az olmaktadır (87).

Duyusal açlık türlerinden en güçlüsü görsellik olarak gösterilmektedir (77). Buradan yola çıkarak yapılan araştırmalarda katı, sıvı, renkli, saydam, parlak, soluk v.b. besinlerin görselliği ile besin tüketimi arasındaki ilişkiler ölçülmüştür (84, 88, 89). Sıvı besinlerin buldukları kaptaki duruşu, yüzey alanı ve başka bir kaba dökülmeleri sırasındaki hareketleri ile algılanan yoğunluğu ile görsel tekstür ortaya çıkmaktadır. Her ne kadar renklerin belirli duyuşlara etkisi ile ilgili yapılan araştırmalar her ne kadar kısıtlı olsa da besine ait renk gibi özellikler aynı zamanda hissedilen oral tekstürü de etkileyebilmektedir. Benzer bir şekilde kokuların ve tatların birleşimi olan lezzetlerin, algılanan yağlılık ve kremsilik duyuşlarını etkilediği gösterilmiştir (89). Dolayısıyla görsel tekstür, renk ve koku gibi aldatıcı besin özellikleri, gerçek anlamda besinin tüketilmesinden önce hatta sonra bile bireyi etkileyebilmektedir. Besini tüketmeden önce bütün duyuşların serbest bırakılarak odaklanması bu yüzden doyma durumu ile yakından ilişkilidir.

Kokular ve aromalar da (sinemaya gidildiğinde patlamış mısır kokusu gibi) besin tüketimi için baştan çıkarıcı olmaktadır (48, 77). Özellikle retronazal (ağzın arka bölgesinden yapılan koklama işlevi) bölgedeki salınımlarla ilgili birçok araştırma mevcuttur. Araştırmalarda retronazal aroma salınıminin içeriğindeki öğelerin farklılıklarının duyuşal doyumun ve besin tüketme davranışı ile bağlantılı olduğu öne sürülmektedir (90-93). Besin tüketimi sırasında retronazal aroma salınıminin derecesi hem besinin ağızda parçalanması ve oral işlenmesine hem de bireylerarası farklılıklara göre değişmektedir (94). Besinin algılanmasında retronazal süreçlerle işlenen beyin yanıtı yani sinirsel aktivasyonlar ile doyma durumunun ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.

Retronazal aroma uyarımının yutma ile ilişkisi esas olarak besin yutulduktan hemen sonra 'yutkunma nefesi' olarak adlandırılan nefesle dışarı verilen küçük bir hava hacminden ileri gelmektedir (95). Öğün tüketimi sırasında aroma molekülleri

retronazal koku alma epiteline ulaşmaktadır. Retronazal olarak algılanan besinin kokusuna cevap olarak ortaya çıkan beyin yanıtı (sinirsel beyin aktivasyonu) besinin algılanmasına işaret eder ve doygunlukla ilişkilidir (94, 95). Ağız, ‘duyu bağımlı’ bir bölgedir ve sürekli yeni aromaları, tekstürleri denemeye açıktır. Besin tüketimi sırasında ağız bölgesinde neler olduğuna dikkat verilmediğinde ağız açlığı tatmin olmamaktadır (77). Retronazal aroma salınımı daha az duyuusal uyarımla sonuçlanmakta ve bu durum doygunluk duygusunun azalmasına ve besin alımının artmasına sebep olabilmektedir. Katı ve yumuşak aroma profilindeki besinlerin daha fazla doyurucu etkisi olduğu öne sürülmektedir. Bu etki genellikle daha yüksek enerji alımına sebep olan koku alma sürecinde kokudan geriye kalan izin daha uzun sürmesi ile açıklanmaktadır (90). Aroma uyarımı ile doyumunu sağlamak için öğün tüketimi sırasında in-vivo retronazal aroma verilen bir araştırmada sınırsız-istediği kadar (*ad libitum*) besin tüketiminin azaldığı görülmüştür. Sonuçlara bakıldığında retronazal süreçlerin doyma ile olan güçlü ilişkisi kaçınılmazdır (96). Duyusal doygunluğun gelişiminin bir sonucu olarak aroma uyarımının *ad libitum* besin tüketimini azaltması böylece de ağırlık denetimine etki edebileceği beklenmektedir.

Duyusal ya da hedonik yemenin ulaşılabilir ve kolay bir biyolojik göstergesi bulunmamaktadır. Vücut ağırlığı kaybına yönelik müdahalelerde besin içeriği ya da enerji kısıtlaması yerine farkındalık ve hedonik yemenin düzenlenmesine odaklanıldığında obez bireylerde nörobiyolojik değişiklere yol açan hedonik yeme daha etkili bir çözüme ulaşmayı sağlamaktadır (82).

2.3.3. Duyusal Açlık

Duygu, belirli nesne, olay veya bireylerin insanların iç dünyasında uyandırdığı izlenimdir (97). Duygu, duyuularla algılamayı içeren biyokimyasal ve çevresel faktörlerin etkileşmesiyle ortaya çıkan psikofizyolojik bir durumdur. Duyusal açlık ise duyuularla algılanan açlık sonrasında fizyolojik doygunluk sağlandıktan sonra bile duyuuların etkisinde kalarak açlık döngüsüne girilmesidir (98). Duyusal yeme durumu genelde yüksek enerji ve karbonhidrat içeren ‘rahatlatıcı besinler’in (99) tüketimini kapsamaktadır. Duyusal açlık kavramının içinde olan zihinsel açlık durumu ise düşüncelerin tetiklemeyle ortaya çıkmaktadır (100). ‘Daha az yağlı şeyler tüketmeliyim’, ‘Öğlen yemeğini daha fazla yemeliyim

çünkü akşama yemek hazırlayacak vaktim olmayacak', 'Bir külah dondurma yemeyi hak ettim' gibi düşünceler tam olarak zihinsel açlık durumunu açıklayan örneklerdir (48, 77).

Obezitenin risk faktörlerinden olarak da görülen stres duygusal yemenin ana sebeplerindedir (100). Özellikle stres durumuyla başa çıkabilmek için besin tüketimine olan yönelim duygusal açlıkla açıklanabilir. Akut ve kronik strese bağlı olarak gelişen yeme davranışı araştırmalarda birçok yönden incelenmiştir (100, 101).

Kronik stresin fizyolojik olan direk etkisinin yanında yarattığı psikolojik sonuçları da yüksek yağ ve şeker içerikli besinlerin tüketimine yol açabilmektedir (100, 101). Olumsuz duyguların ve strese sebep olan faktörlerin yol açtığı yeme epizodlarında aynı anda hem duygusal yeme hem de tıknırcasına yeme gerçekleşebilmektedir. Tıknırcasına yemenin bireylerin çevrelerindeki ilk şeye (besine) odaklanarak kendi ve kendi bilincinden kaçma arzusundan kaynaklandığını söylenmiştir (102). Stres durumu Hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) ekseninin tekrarlayan aktivasyonu ile kortizolün artışına sebep olmakta ve bu yolla abdominal obeziteye yol açmaktadır. Kortizol, dolaşımdaki trigliseritlerin adipozitlerde serbest yağ asitlerine dönüşmesine neden olan lipoprotein lipaz enziminin aktifleşmesini sağlayan glukokortikoid reseptörlerine (GR) bağlanmaktadır. Periferale göre viseral yağ hücrelerinde GR yoğunluğunun artması ile oluşan kortizol yüksekliğinde neden abdominal yağlanmanın arttığı da böylece açıklanabilmektedir (101). Strese bağlı yeme ile de yağ artışı ile vücut ağırlığı kazanımı kaçınılmaz olmaktadır. Strese bağlı yeme durumunu duygusal yeme olarak adlandıran araştırmalarda vücut ağırlığında kayıp gerçekleşse de sonrasında geri kazanım görülmektedir (28, 101, 102)

Son yapılan araştırmalarda çıkan sonuçlara ya da farklı yaşam tarzlarına yönelik maruz kalınan beslenme önerilerine göre zihinsel olarak verilen cevap önem kazanmıştır. Zihindeki düşüncelere göre yemenin kaçınılmaz sonucu kaygıdır. Kaygılı yeme ile beraber yoğun düşüncelerle zihinsel açlık oluşmaktadır. Strese bağlı ortaya çıkan fizyolojik tepkiler, bireyi savaş-ya da-kaç tepkisine hazırlamaktadır (101). Bu akut tepkide gastrik motilite engellenir ve kan dolaşımına glikoz salınımı ile açlık duygusu bastırılır. Akut dönemde bireyin tepkisinin besin alımını azaltması normaldir. Normal olmayan durum ise duygusal yemenin ortaya çıktığı besin

alımının artması durumudur (16, 101). Kaygı duygu durumu da midede açlık varmış gibi hissettirebilmektedir (48). Bu durumu çözmek için duyuların, duyguların ve düşüncelerin farkına varmak birinci adımdır. Açlık duygusunun besin tüketimiyle geçip geçmediği, her gün aynı saatte midede aynı hislerin varlığı gibi homeostatik bileşenler ya da bir şeyi yetiştirmeye çalışırken, duygusal bir durumla baş etme anlarında ortaya çıkan yemenin farkına vararak mide açlığı ayrıştırılabilmektedir.

Duygusal yemede birey açlık ya da tokluk durumunu birbirinden ayırmakta zorlanmaktadır (48). Olumsuz duyguların varlığında baş etme mekanizması olarak besinlerin kullanılması ile duygusal yeme durumu ortaya çıkmaktadır. Eğer duygulardan kaçmak için kısa süreli yöntem olan yemeyi tercih ederlerse bu durum alışkanlık haline gelmekte ve otomatikleşmektedir (51). Bireyler olumlu duyguları ortaya çıkaracak bir yiyecek arayışındadır (6). Besinle kurulan dengesiz ilişkilerin ana sebebi duygusal yemenin farkında olmamaktan kaynaklanmaktadır. Bu açlık türünde besinler açlığı doyumamaktadır (48, 51, 103). Duyguların farkında olarak besin tüketmek bu açlık türünü anlamayı sağlamaktadır. Bu aleksimitik durum büyük ihtimalle erken yaşta öğrenilmiş, ailede kazanılmış bir davranıştır. Ailesel davranışlar duygusal yemenin ortaya çıkmasında büyük bir etkendir. Aile çocuğa yeme konusunda baskıcı davrandığında ya da ödül olarak besini kullandığında çocuğun hayatında besinlerin kontrolü artmaktadır. Çocuğun yeme kontrolünün ailede olması çocukta içsel farkındalığın oluşmasını azaltmakta, duygusal durumlarla açlık ile tokluk durumunu ayırt edememekte böylece stresle baş etmede duygusal yeme kalıbına başvurmasına neden olmaktadır (2, 101). Otomatik yeme aynı zamanda duygusal yemenin bir formu olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Olumsuz duyguları bastırmak ya da onlardan kaçmak yerine duyguların farkında olmak, dikkatini sürdürmek ve bu duruma özel bir davranış sergilemek; olumsuz duygularla başa çıkmada besinin kullanılmasını durdurmaktadır. Yapılan araştırmalarda duygusal yeme ile vücut ağırlığı yönetiminin negatif ilişkili olduğu görülmüştür (51, 100).

2.4.Yeme Farkındalığı

Yeme farkındalığı, basit bir tanımlama yapılırsa tüketilen besine ya da içeceğe odaklanarak yeme olarak özetlenebilir. Yeme farkındalığının detaylı tanımlamasından önce farkındalık kavramına değinilmelidir. '*Mindfulness*'

sözcüğünün tam karşılığı olan ‘Bilinçli Farkındalık’ kavramı ‘şu ana kayıtsız şartsız bilinçli olarak dikkatini vermeyi içeren bir farkındalık’ olarak ifade edilmiştir (104). Yine benzer bir araştırmada ‘Bilinçli Farkındalık’ kavramını ‘var olan deneyimlerin özensiz farkındalığını anlamak için dikkatin bilinçli olarak düzenlenmesi’ olarak tanımlanmıştır (105). Farkındalık birçok sağlık durumları ile ilişkilendirilmiş olsa da (39) yeme farkındalığı kapsamında özellikle porsiyon kontrolünü sağlama (105, 106), duygusal yemeyi engelleme (39, 104, 106), aşırı yemeyi durdurabilme (101, 102) gibi içsel ve dışsal faktörler ile vücut ağırlığı yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Yapılan bir araştırmada farkındalık stres eğitimi ile yeme davranışını değiştirme amaçlanmış ve farkındalık eğitimleri sonrasında ölçeklerin alt faktörlerinden duygusal yeme ve kontrolsüz yeme durumlarında anlamlı azalma tespit edilmiştir (107). Önceki araştırmalarda da obez bireylerde dışsal faktörlere ve duygusal yemeye bağlı olan disinbisyonun ilişkisinin güçlü bulunduğu vurgulanmıştır (20, 108, 109).

Yapılan bir araştırmada farkındalık ve kendini sevme durumu yüksek olarak belirlenen bireylerde vücut ağırlığındaki azalışın daha fazla olduğu ayrıca negatif otomatik düşüncelerle vücut ağırlığı kazanımı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir (107). Ardından aynı araştırmanın devamı olan farkındalık ve vücut ağırlığı yönetimi ile ilgili araştırmada vücut ağırlığı kaybına yardımcı olması için farkındalığın ve kendini sevme durumunun geliştirilmesinin yararlı olacağı savunulmuştur (110). Farkındalığın vücut ağırlığı kaybını bağımsız olarak etkilediğini, vücut ağırlığındaki kayıp ile farkındalık ve kendini sevme durumunun pozitif yönde ilişkili olduğu tespit etmişlerdir. Araştırmanın devamında negatif otomatik düşüncelerle vücut ağırlığı kaybı arasında negatif yönde güçlü ilişki saptamışlardır. Araştırmanın müdahale bölümünde ise farkındalık ve kendini sevme durumu ile ilgili eğitimler verilmiş ve araştırma sonunda yeme farkındalıklarının arttığı gözlemlenmiştir (107). Devamında benzer bir araştırmada farkındalık eğitimlerinin kaçınma, dürtüsellik ve vücut ağırlığı yönetimi üzerinde etkisini gözlemlenmiştir. Verilen eğitimlerde öncesi ve sonrası değerlendirmelerine bakıldığında vücut ağırlığı ve BKİ değerlerinin düştüğü gösterilmiştir (111). Yapılan randomize kontrollü diğer bir araştırmada farkındalık eğitimi sonrasında katılımcıların vücut ağırlığı ve farkındalık durumları ilişkilendirilmiştir. Eğitimlerin

sonunda müdahale grubunda BKİ değeri azaldığı ve fiziksel aktivite durumlarının arttığı gözlemlenmiştir. Ayrıca uygulanan ölçeklerin alt faktörleri incelenmiş ve dışsal yeme ile duygusal yeme durumları ve tıknircasına yeme semptomları azalmıştır (112).

Bilinçli farkındalık kavramı, yeme davranışlarına yansıtıldığında yeme farkındalığı olarak tabir edilebilmektedir. Farkındalık hem içsel süreçleri hem de dıştan gelen çevresel faktörleri beraberinde barındıran mental, duygusal ve fiziksel olarak tam olarak o anda olduğunun farkında olmayı içeren bir süreçtir (39, 104). Yeme farkındalığı, açlığın hissedilmesiyle beraber o an durmak, düşünmek ve sonrasında harekete geçmek ile yediklerinin farkında olarak bilinçli tüketmek anlamına gelmektedir yani bir refleks olarak yemek yemek ya da yediğini fark etmek anlamına gelmemektedir (48). Yeme farkındalığı, Türkiye’de yapılan bir çalışmada ilk defa Türkçe olarak ‘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 o anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme’ olarak tanımlanmıştır (34).

Yeme davranışına verilen dikkatin arttırılması, tüketilen besinin içselleştirilmesi ile besin tüketimi sırasında düşünce ve duygulara olan hassasiyetin azaltılması ile daha sağlıklı besin seçimleri yapılabilmektedir (106, 113). Yeme farkındalığı otomatik ve dikkatin verilmediği tepkileri azaltma potansiyeline sahiptir. Farkına varma ile duygusal tetikleyicilerle oluşan duygusal yeme durumu etkisini kaybedecek ve ihtiyaç olmayan besinlerin tüketimi azalacaktır (39, 77, 104). Otomatik yeme bu gibi durumlarda kaçınılmaz olabilmektedir. Yeme farkındalığını deneyimleyenlerde ise otomatik yeme düzeninin etkinliği bozulmakta (*deautomize*) ve aşermelere karşı verilen tepkileri düzelmekte böylece de vücut ağırlığı yönetimi sağlanabilmektedir (48).

Yapılan bir araştırmada kadınlarda vücut ağırlığı yönetimi olarak dışarıda besin tüketimi ile ilgili yeme farkındalığı eğitimi verilmiştir (112). Eğitim içeriğine bakıldığında dışarıda besin tüketimi sırasında vücut ağırlığı yönetimine ilişkin besin içerikleri, dışarıdayken besin alımını azaltacak bireyselleştirilmiş stratejiler ve yeme

farkındalığı pratikleri şeklinde geniş bir yeme farkındalığı çerçevesinde eğitim verilmiştir. Egzersizlere detaylı bakıldığında ilk egzersizlerde besinin boyutu, kokusu ve tekstürüne dikkat çekerek yeme deneyimi eğlenceli hale getirmeye çalışılmış, diğer egzersizlerde de açık, tat, mide tokluğu ve yemeyi tetikleyen duygu ve düşüncelere odaklanılarak rahatlama egzersizleri uygulanmıştır. Sonuç olarak müdahale grubunda vücut ağırlığı ile enerji ve yağ alımı önceki tüketimlerine göre anlamlı derecede azalmıştır. Ayrıca dışarıda besin tüketirken vücut ağırlığı yönetimini de önemli bulmuştur (112). Yapılan bir randomize kontrollü araştırmada tip 2 diyabetli yeme farkındalığı eğitimlerinin etkisi gözlemlenmiştir. Yeme farkındalığı eğitimi verilen grupta vücut ağırlığı yönetiminde fark görülmemişken, enerji alımının ve şeker tüketiminin diğer gruba göre anlamlı şekilde azaldığı bulunmuştur (114). Diğer bir randomize kontrollü araştırmada hafif enerji kısıtlaması içeren diyet ve günlük fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik olan egzersiz yönlendirmeleri yaparak bir gruba yeme davranışlarını değiştirme üzerine odaklanan farkındalık eğitimi vermiş diğer gruba ise bilişsel davranışçı teknikler ile stres yönetimine yönelik eğitim vermiştir. Araştırmanın sonuçları incelendiğinde farkındalık eğitimi alan grubun duygusal yeme durumları istatistiksel diğer gruba göre anlamlı bir şekilde azalmıştır (115).

Aşırı yeme kavramı, duygusal aşırı yeme (anksiyete gibi) ve dışsal aşırı yeme (besinin görüntüsü/kokusu) olarak ikiye ayrılmıştır. Disinhibisyon ile aşırı yeme ve hafif şişman olma arasındaki ilişkiyi duygusal ve dışsal aşırı yeme çerçevesinde değerlendirmişlerdir (99). Duygusal ve dışsal yeme davranışlarının ikisinde de deneyimsel kaçınma mevcuttur. Yeme farkındalığı besin aşermelerini azaltmakta (108), vücut ağırlığı denetiminin sağlanmasında etkin rol oynamaktadır (116). Önceden de bahsedilen bir araştırmada strese bağlı yemenin abdominal yağlanmaya olan etkisini azaltmak için randomize kontrollü farkındalık müdahalesi uygulanmıştır. Farkındalık eğitimleriyle gelişen farkına vararak tüketilen öğünlerle vücut ağırlığı kaybının ilişkisi gözlemlenmiştir (117).

Yapılan bir araştırmada obezite ile duygusal yemenin ilişkisi değerlendirilmiştir. Duygusal yeme, aşırı yeme ve kısıtlayıcı faktörle hafif şişman grubu arasındaki ilişki güçlü bulunmuştur. Yine duygusal yemenin aşırı yeme ve

hafif şişman olma durumu arasındaki ilişkide etkili olduğu görülmüştür (101). Otomatik yemenin benzeri olan dürtüsel yeme de hızlı besin tüketimine yol açmakta ve vücut ağırlığı yönetimini zorlaştırabilmektedir. Vücut ağırlığı kaybı sonrasında geri kazanım süreci ve dürtüsel yeme ile disinhibisyon arasındaki ilişki de buna bağlı olarak yine güçlü bulunmuştur (116, 118). Dürtüsel bir birey dikkatini toplamada zorlanabilmekte bu yüzden de tatmini ertelemeyi başaramamaktadır (51). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda da yeme farkındalığı müdahaleleri sıklıkla kullanılmakta ve duygusal yeme ile otomatik yeme davranışlarının azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Bilişsel çarpıtmaların tıkınırcasına yeme semptomlarını ve dolayısıyla BKİ değerini dolaylı yoldan etkilediği bu yüzden de düzeltilmesi gereken asıl sürecin bilişsel çarpıtmalar olduğunu iddia etmiştir. Yapılan bir diyet programı bırakıldığında suçluluk gibi duyguların fark edilmesini sağlayıp, yeme epizodlarının önlenmesi böylece diyetler arasındaki yeme epizodlarını da azalttığı gösterilmiştir (111).

Yapılan randomize kontrollü bir araştırmada içinde tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hafif şişman, obez gruplar arasında grup eğitimleri (özdenetime giriş, yeme farkındalığı egzersizleri, tıknama tetikleyicileri, açlık türleri, tat alma ve doyma ipuçları, doyunluk, affetme, iç ses/bilgelik, değerlendirme) ve takip (pratikler, gözlemler, vücut ağırlığı yönetimi) uygulanmıştır (119). Eğitimlerin sonrasında yapılan değerlendirmelerde hafif şişman ve obez gruplarda tıkınırcasına yemesi olan bireylerin %95'inin artık tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanı kriterlerine uymadığı belirtilmiştir. Yeme farkındalığı eğitimlerinin tıknama epizodlarına ve vücut ağırlığı kaybına yüksek oranda etkisinin olduğu bulunmuştur (119).

Enerji değeri düşürülmüş diyet programının hazırlandığı, beslenme eğitimlerinin de desteklendiği geleneksel diyet tedavileri yerine yeme farkındalığı kazandırılmasının sonuçlarının daha etkin olduğu görüşü hâkimiyet kazanmaktadır (109). Diyet tedavisinin tek başına yeterli olmadığı yanında davranış değişikliğinin de eklenmesi gerektiği araştırmalarda gösterilmiştir (108, 110). Diyet odaklı müdahalelerin vücut ağırlığı kaybında kalıcı bir çözüm olmadığını, davranışsal müdahalelerin yeme ve doyma ile ilgili farkındalık kazandırarak sağlıklı yeme alışkanlıklarına yönlendirme ile daha kalıcı çözümlere ulaşılabileceği

düşünülmektedir (51). Bu durum göz önüne alındığında obezitenin risk faktörlerinden biri olan enerji alımının artmış olması durumu yeme farkındalığı ile ilişkilendirilebilmektedir.

Hedonik yemeyi hedef alan farkındalık eğitimlerinin obez bireylerde uygulanması ile enerji kısıtlamasından daha etkin olacağı ispatlanmıştır (115). Araştırmalardan elde edilen ön sonuçlar göz önüne alındığında yeme farkındalığı müdahalelerinin ağırlığın, duygusal ve otomatik yemenin azaltılmasında güçlü bir araç olduğu gösterilmiştir. Kısa dönemli yapılan araştırmalarda farkındalık üzerinden verilen eğitimlerin vücut ağırlığı yönetiminde etkili olduğu ve bu araştırmaların uzun dönemli hale getirilmesiyle vücut ağırlığı yönetiminin kalıcı olarak sağlanabileceğini belirtmişlerdir (51, 101, 117). Diğer bir yandan yapılan bir araştırmada da farkındalık eğitiminin sağlıklı besin seçimleri yapmada etkili olduğunu ancak porsiyon kontrolünü etkilemediğini göstermiştir (120). Yeme farkındalığı eğitimlerinin günlük enerji alımı, kalıcı vücut ağırlığı kaybı ve glisemik kontrol üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonunda farkındalıkla ilgili yapılan pratiklerin enerji alımını azaltmaya yönelik güvenilir bir sonuç sunmamış olsa da aşırı yemenin önlenmesinde dolayısıyla da vücut ağırlığı kazanımını önlemede güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir. Araştırmanın kısıtlaması olarak uzun vadedeki sonuçların değerlendirilmemesi gösterilmiştir (114). Obez kadınlarda yapılan farkındalık araştırmalarında yeme davranışının dolaylı olarak yağlanmayı azaltması ile Metabolik Sendrom'u azaltmaya yardımcı olabileceği tahmin edilmektedir (101).

Bireylerin yeme davranışlarını ve beslenme alışkanlıklarını belirlemenin nasıl bir müdahalede bulunulacağı ile ilgili yol gösterici olduğunu söylemişlerdir. Yeme davranışlarında tıknırcasına yeme, duygusal yeme, disinhibisyon gibi etkenlerin farklarının belirlenmesi ile buna yönelik eğitimlerin verilmesi ile vücut ağırlığı yönetiminin sağlanabileceğini iletmişlerdir (121). Bir pilot çalışmada ise grup eğitimlerinin ardından izlemelerle vücut ağırlığı kaybında davranışsal müdahalenin etkisini gözlemlenmiştir. Eğitimlerin bileşenlerinde: 1. Katılımcıların yeme davranışlarını ve nasıl yediklerini tanımlamalarına yardımcı olma; 2.Olumsuz duygu ve düşüncelerle ilişkili algılarını fark etmelerini ve kabullenmelerini sağlama; 3.Duygu ve düşüncelerin zihnin bir ürünü olduğunu fark etmelerini sağlama ve

Bilişsel Çarpıtma tekniklerini anlatma ve 4.Taahhütlü Eylem stratejileri kapsamında katılımcının stres anında kendi benzersiz değerlerine odaklanmasına teşvik etme bulunmaktadır (122). Farkındalık eğitiminin vücut ağırlığı kaybına olan etkisi çok güçlü olarak bulunmuş ve izlemde de vücut ağırlığı yönetiminin başarılı bir şekilde devam ettiği görülmüştür.

2.5.İrritabl Bağırsak Sendromu

İrritabl bağırsak sendromu, diğer bağırsak hastalıklarından ayrı olarak kolondaki otonom sinir sisteminin aşırı uyarımı sonrasında artmış peristaltik aktivite ve spazmlarla beraber sonuçlanan ishal baskın tipi 1961 yılında tanımlanmıştır (123). İBS ve diğer fonksiyonel bağırsak hastalıkları tanımlanırken önde gelen hipotez visceral (iç organlarla ilgili) aşırı duyarlılıktır. Ritchie (124), 1973 yılında ilk defa İBS’li hastaların kolondaki balon şişliğine karşı normal deneklere göre daha hassas olduğunu raporlamıştır. İrritabl bağırsak sendromu, fonksiyonel gastrointestinal hastalıkları ailesinin en önemli üyesidir (125).

Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği’nin İBS tanımlamasına bakıldığında ‘fonksiyonel bir bağırsak hastalığı olup, karın ağrısı, karında şişkinlik, defekasyon sıklığında ve feçes kıvamında değişikliklerle seyreden kronik bir hastalık’ şeklindedir (126). Bağırsaklarla ilgili yakınmalar diğer birçok bağırsak hastalığında bulunurken, irritabl bağırsak sendromunda defekasyon ile hafifleyen karın ağrısı görülmekte olup defekasyon sorunu olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bir derlemede daha önce de bahsedildiği gibi İBS’li olan bireylerde kalın bağırsak hareketlerinde anormallik ve bağırsak duvarındaki kaslar ile sinirler arasındaki iletimde bozukluk olduğu tespit edilmiştir (127).

Fonksiyonel bağırsak hastalıkları dünyada çok yaygın olarak görülmektedir ve bunlardan %50’si gastroenteroloji bölümünden tıbbi tedavi almaktadır (128). İBS tanımlamasının daha kolay olması için İBS tanı kriterleri geliştirilmiştir. İlk olarak Manning (129) ve Heaton’ın (130) geliştirdiği Roma I ve Roma II kriterleri uygulanmıştır. Bulgular çok net olmadığından tartışmalarla beraber farklı tanımlamalar getirilmiştir. Ancak son olarak fonksiyonel bağırsak hastalıklarının çoğunu tanımlamada kullanılan Drossman (131) tarafından güncellenen Roma III

kriterleri uygulanmaktadır (Bkz. Tablo 2.4). İrritabl bağırsak sendromuna sınıflamalar getirilmiş ve İBS-C (kabızlık baskın İBS), İBS-D (diyare baskın İBS), İBS-M (karışık tip İBS), İBS-U (sınıflandırılmayan İBS) şeklinde 4'e ayırmıştır. Literatürden edinilen bilgiler göz önüne alındığında, irritable bağırsak sendromu kriterlerine uygunluk durumu, defekasyon sorunlarının varlığını belirtmektedir.

Tablo 2.4. Roma III Kriterleri (2006) (131)

Tanıdan en az 6 ay önce başlayan ve son 3 ay içinde her ay en az 3 gün sürekli abdominal ağrı veya rahatsızlık hissi ile birlikte aşağıdakilerden en az 2'sinin varlığı

1. Defekasyonla düzelme
 2. Defekasyon sıklığında değişiklikler
 3. Feçesin şeklinde değişiklikler
-

Tanıyı destekleyen bulgular

1. Defekasyonla düzelme
 2. Defekasyon sıklığında değişiklikler
 3. Feçesin şeklinde değişiklikler
 4. Rektumdan mukus çıkışı
 5. Abdominal şişkinlik hissi
-

İrritabl bağırsak sendromunun kriterleri belirlenmiş olsa da hala eksiklikler olduğu görülmektedir (131, 132). İBS'nin nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Bozulmuş bağırsak mikrobiyal fonksiyonu, immunolojik disfonksiyon, besin alerjisi ve intoleransı, azalmış bağırsak hareketi, psikolojik/stres faktörler, genetik yatkınlık gibi sebeplerin yanında İBS'li bireylerin 2/3'ünün semptomları beslenmeye bağlıdır. İrritabl bağırsak sendromunun prevalansı Batı diyetinin (Western Diet) baskın olduğu ülkelerde son 50 yılda artmıştır (132, 133). Bu diyet şekli, daha düşük posa ile kompleks karbonhidrat ve daha yüksek rafine şeker ile kimyasal katkı maddeleri içermektedir. Kimyasal katkı maddeleri olmak üzere bazı besinlere karşı besin alerjileri geliştiği gösterilmektedir (134). Besinlerin içeriklerinin yanında öğünlerin düzensiz ve hızlı yenilmesi de sıklaşmaktadır. Bunların yanında özellikle antibiyotik

kullanımı, psikolojik ve fizyolojik stres ve belirli diyet bileşenleri faktörleri İBS sebebi olarak gösterilmektedir (135).

Yapılan bir araştırmada mevcut ya da önceden var olan yeme bozukluğu hastalarında İBS prevalansı saptanmıştır (136). Aynı araştırmada İBS semptomlarının yeme bozukluğu semptomları ile ortaya çıkıp çıkmadığı (ya da tam tersi) ve yeme bozukluğu hastalarında İBS semptomlarını tanımlaması belirlenmiştir. İBS etiyojisi ile ilgili herhangi bir görüş birliği ortaya çıkmasa da (136), sendromun gelişmesinde ve devamlılığında psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı kabul görmüştür (137). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada diyet yapma davranışı ile karın ağrısı, şişkinlik, ishal ve kabızlık sıklığı pozitif ilişkili olarak bulunmuştur (136). Ayrıca yoğun diyet kısıtlaması yapan kadın öğrencilerde bu tür semptomlar daha sık görülmüştür. Bir araştırmada obez ve obez olmayan bireyler ile tıknircasına yiyen ve tıknırmadan yiyen bireyler arasında İBS semptomlarını değerlendirmiş ve tıknircasına yeme ile İBS semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır (137). Mevcut ya da önceden yeme bozukluğu tanısı almış hastaların üçte ikisi İBS kriterlerine uymaktadır (137, 138). Genel toplum örneklerinden elde edilen İBS verileriyle karşılaştırıldığında her yeme bozukluğu (özellikle bulimiya nervoza ve tıknircasına yeme bozukluğu) olan bireyde İBS görülme sıklığının bu kadar yüksek oranda olması, İBS ve yeme bozukluklarının ortak noktasının sadece besinlerin içeriklerinden değil aynı zamanda besinlerin tüketim alışkanlıklarından da geçtiğini göstermektedir (138). Kısıtlamalı yeme ve tıknircasına yeme gibi anormal yeme davranışları İBS semptomlarıyla ilişkili olup, defekasyon sorunlarına yol açmaktadır.

Etkisizlik (bir işe yaramama) hissinin prevalansı İBS ve yeme bozukluklarında yaygındır. Özellikle kadınlarda fiziksel ve cinsel taciz öyküsü de yine İBS ve yeme bozukluklarının ortak öykülerindedir. Hem İBS hem de yeme bozukluğu olan hastalarda hem klinik profiller hem de psikososyal özelliklerin önemli ölçüde örtüştüğü gözlenmektedir. İBS görülen kadınlarda, erkeklere göre beden algısı bozukluğu ve memnuniyetsizlik daha sık görülmektedir (139). İBS ilişkilerini iki aşamada değerlendiren bir araştırmada ilk olarak önceki vaka kontrol araştırmalarından elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Bu vaka kontrol

araştırmalarından karşılaştırılan hastalıklara bakıldığında yeme bozuklukları, ürolojik hastalıklar ve kendini iyi hissetme durumları ilişkilendirilmiştir. İkinci aşamada ise İBS araştırmalarında yeni bir gelişme olan ikiz araştırmalarında aynı deneklerin genetik, ailesel ve çevresel faktörler çerçevesinde değerlendirilmesi yapılmıştır (140). Gastrointestinal semptomların yeme bozukluğu olan hastalarda yaygın görölen bir durum olduğu ve tedavi sonrasında bile devam edebildiği görölmüştür (141). İBS ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkisi incelendiğinde ikiz araştırmalarında genetik, ailesel ve çevresel faktörlerinde etkili olabileceği gösterilmektedir.

Yeme bozukluklarının semptomlarından olan vücut ağırlığı ve beden algısının bozulması durumu İBS semptomlarının tetiklenmesinin altında yatan faktörler olabilmektedir (142). Özellikle bulimiya nervozayı içeren yeme bozuklukları ve İBS arasındaki bağlantıya dikkat çeken bir araştırmada aradaki ilişki çok güçlü bulunmamış olsa da İBS ve yeme bozuklukları arasında yüksek oranda komorbid olacağı görüşü savunulmuştur (143).Yapılan bir araştırmada bulimiya nervoza ve tanımlanamayan yeme bozukluklarından bulimiya nervoza kriterlerine uygunluğu olan hastalarda Manning kriterlerine uygunluk durumu yüksek oranda saptanmıştır (144). Benzer bir şekilde yapılan bir araştırmada yeme bozukluğu olan hastaların %98'inde en az bir fonksiyonel bağırsak hastalığı tespit edilmiştir. En çok teşhis edilen fonksiyonel hastalık olarak İBS (%52) ortaya çıkmıştır. Somatizasyon ve anksiyete durumlarının İBS değerlendirmesinde etkisinin yüksek olduğu belirtilmiştir (145). Yapılan bir araştırmada İBS olguları ve kontrol grubu karşılaştırıldığında psikiyatrik semptomların ve hastalıkların daha sık göröldüğu belirtilmiştir (146). Özetle, yeme bozuklukları İBS semptomlarının gelişmesine ve kalıcı bir İBS sürecine neden olabilmektedir. Yeme bozukluklarının tedavisinde yeme farkındalığı kazandırmak İBS gelişimini engellenmesine yardımcı olabilmektedir. Yeme bozukluğu olan bireylerde defekasyon sorunları azaltılarak hayat kalitesinin arttırılmasında büyük bir etken olacağı savunulmaktadır.

İrritabl bağırsak sendromu olan hastalarda besinlerin cevabı multifaktöriyeldir (147). Bu cevaplar besin alerjisi, besin intoleransı ve bağırsak fonksiyonlarındaki bakteriyel floradaki değişiklikleri içermektedir. Bu cevapların ayarlanmasının altında, somatizasyon ve çoklu kimyasal duyarlılık ile karakterize psikiyatrik

iskeletin yatıyor olabileceği savunulmaktadır. Bu nedenle beslenme düzenine yapılacak müdahalelerin İBS'li hastalarda tutarlı bir şekilde semptomları iyileştirmesinin zor olduğu belirtilmektedir (148). Literatüre bakıldığında İBS hastalarının üçte ikisi diyetlerinde kısıtlamaya gitmektedir. Özellikle yağ tüketimi, İBS hastalarında artmış gastrokolonik cevap ile ve aşırı kolonik motor cevabı ile ilişkilidir. Yapılan bir araştırmada yağ ile İBS semptomları arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (149). İBS tanılı hastaların üçte ikisinin diyet sebepli semptomları olduğu ve bu yüzden besin alımlarını semptomlarını azaltıcı besinleri tüketerek ya da semptomlarını arttıran besinleri elimine ederek bireysel olarak beslenme alışkanlığı edinmeleri gerektiğini bildirmişlerdir (150). İBS tedavisinde kullanılan diyet bileşenleri bireye özgü olmalıdır ancak genel bir diyet bileşeni ortaya konulmak istenirse karbonhidratlardan zengin proteinden fakir beslenme; semptomları tetikleyen süt, buğday ve yumurta; yağlı ve kızartılmış yiyecekler; fruktoz ve fruktoz benzeri şekerlerini tüketimi olarak sıralanmıştır. Araştırmada özellikle paketli yiyeceklerde kullanılan katkı maddelerinin ve tatlandırıcıların özellikle İBS semptomlarını kötüleştirdiğini belirtmişlerdir (151). Öğünün nasıl tüketildiği de İBS semptomlarını ve gelişimini etkileyebilmektedir. Öğün tüketimi sonrasında viseral hipersensiviteyi ölçerek yapılan bir araştırmada hızlı besin tüketiminde İBS semptomlarının arttığı görülmüştür (152). Araştırmaların sonuçları incelendiğinde besin tüketiminin farkındalığı, metabolizmada yarattığı değişikliklerin farkında olmak ve bu duruma uygun besinlerin tercihini yapmak hayat kalitesini yükseltmede önem kazanmaktadır.

Son yıllarda yapılan bir derlemede endokannabinoid sistemin İBS'de etkili olabileceği düşünülmektedir (153). Birçok hayvan ve insan araştırmasında endokannabinoid sistemlerin hafıza, ruh hali, beyin ödül sistemleri, ilaç bağımlılığı ve lipoliz, lipogenez, glikoz metabolizması, enerji dengesi gibi birçok metabolik olayda (154, 155) anahtar rol oynadığı desteklenmiştir. İBS ile ilişkilenen depresyon, kaygı bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluklar, İBS için bilişsel davranışçı terapinin kullanılmasını sağlamış ve etkin bir verim sağlamıştır. Yeme farkındalığı kavramının içinde yer alan yeme hızının yavaşlatılması, besinlerin içindekilere odaklanması, öğünlerin düzenli tüketilmesi gibi alışkanlıkların kazandırılmasının

defekasyon alışkanlıklarına etki edebileceği ve bu sayede defekasyon sorunlarının giderilmesini destekleyebileceği ileri sürülmektedir (143, 152).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Sağlık Meslek Hizmetleri Yüksekokulu Müdürlüğü'nden alınan izin doğrultusunda ders esnasında gözetmenlerle beraber onam formu alınarak anketi doldurmayı kabul edenler araştırmaya dâhil edilmiştir. Bu araştırma, Eylül 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında Üsküdar Üniversitesi'nde okuyan öğrenciler arasından rastgele seçilen, yaşları 18-45 arasında olan 318 sağlıklı öğrenci üzerinde yürütülmüştür.

Araştırma genel planı olarak Eylül 2015 tarihinde beslenme dersinin başlangıcında öğrencilere derse katılımlarının önemi belirtilerek bütün derslere katılımlarının sağlanması, beslenme dersi alan ve almayan öğrencilerde ölçek uygulamasında fark yaratılması amaçlanmıştır.

Örnekleme seçiminde, evrenin en uygun kesimini gözlem konusu yapmayı içeren rastgele örnekleme seçilmiş olup, beslenme dersi alan ve almayan öğrenciler araştırmaya dâhil edilmiştir. Örnekleme hataları için farklı evren büyüklüklerinden çekilmesi gereken örneklem büyüklüklerinin hesaplandığı tablodan (156) evrenin 5000 birey olduğu bölgeden $\alpha= 0.05$ için örneklem sayısı 360 birey olarak belirlenmiştir. Bu araştırma için Üsküdar Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06/2016/48 sayılı 30/03/2015 tarihli "Etik Kurul Onayı" (Bkz. EK 1) alınmıştır.

3.2.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada öğrencilerin demografik özellikleri ile sağlık bilgilerini içeren anket formu (Bkz. EK 2), Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) (Bkz. EK 3) ve Yeme Tutumu Testi (YTT-40) (Bkz. EK 4) uygulanmıştır.

İlk anket uygulaması Nisan ayı boyunca devam etmiş, 249 öğrenciye ulaşılmıştır. Anket uygulaması Mayıs ayında 111 öğrenci eklenerek toplam 360 öğrenci ile tamamlanmıştır. Ancak araştırmaya katılan 360 öğrenciden 318'i anket sorularını tamamen cevaplamıştır.

3.2.1. Demografik özellikler ve sağlık bilgileri

Araştırmada öğrencilere beslenme dersi alıp almadıklarına ilişkin 1 soru, demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı, medeni durum, anne-babanın eğitim durumu v.b.) içeren 9 soru ve sağlık bilgilerini (kronik hastalık, besin seçimleri, defekasyon durumu v.b.) içeren 14 soru olmak üzere toplam 24 sorudan oluşan bir anket formu (Bkz. EK 2) uygulanmıştır. Sağlık bilgilerini içeren bölümde defekasyon sorunlarını belirlemek için Drossman (131) tarafından irritable bağırsak sendromu (İBS) için belirlenen Roma III kriterleri kullanılmıştır. Kriterler ise: 1. Son 3 ay içinde her ay en az 3 gün sürekli karın bölgesinde rahatsızlık hissiniz oldu mu? Cevabınız evet ise diğer soruya geçiniz. (evet, hayır); 2. Karın bölgesindeki rahatsızlık hissi ile birlikte aşağıdakilerden hangisi size uyuyor? (defekasyonla rahatsızlıkta düzelmeye, defekasyon sıklığında değişiklikler, feçesinin şeklinde değişiklikler) ve destekleyici bulgular olarak; 3. Aşağıdakilerden size uyanları işaretleyiniz (defekasyon sıklığında anormallik, feçesinin şeklinde anormallikler, defekasyon sırasında zorlanma, rektumdan mukus çıkışı, karın bölgesinde şişkinlik hissi) şeklindedir. Anket formu öğrencilere dağıtılmış ve geri toplanmıştır.

3.2.2. Ölçekler

Öğrencilerin yeme tutumlarının ölçülmesi için Yeme Tutumu Testi (YTT-40) (Bkz. EK 4) ile yeme farkındalıklarının ölçülmesi için Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) (Bkz. EK 3) kullanılmıştır.

3.2.2.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Framson ve arkadaşları (32) tarafından 2009 yılında geliştirilen özgün adı *Mindful Eating Questionnaire (MEQ)* olan ölçek ile yeme davranışı, farkındalığı ve duygusal durum arasında ilişkilendirmeler dikkatlice sorgulanabilmektedir. Ölçeğin orijinalinde yer alan maddeler 4'lü likert skalası ile değerlendirilmektedir (1:hiç/nadiren, 2:bazen, 3: sık sık, 4: genellikle/her zaman) ve 28 soruluk likert'in etki faktörleri: disinhibisyon, farkındalık, dış etkenler, duygusal cevap ve dikkat dağılması şeklindedir.

Pilot Çalışma

Ön hazırlık olarak 28 soruluk ölçek iki safhada değerlendirilmiştir. Uyarlama konusunda 2002 ve 2003 yıllarında Gözüm ve Aksayan (157, 158) tarafından yayınlanan rehberler kullanılmıştır. Yapılan çalışmada çeviri metodolojisine uygun dil uyarlaması için ilk uygulanan 28 soruluk Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-28), hem İngilizceyi hem de Türkçe'yi iyi derecede bilen uzmanlar tarafından orijinali İngilizce olan ölçek Türkçeye çevrilmiş ardından tekrar İngilizce diline çevrilmiştir. Son halinde anlam farklılıkları bulunması üzerine tekrar Türkçeye çeviri yapılarak toplam dört çeviri ile psikolingistik özellikleri incelenmiş ve ölçek uygulanmaya hazır hale gelmiştir. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-28) olarak Türkçe'ye çevrilen ölçek, 2016 Mart Ayı'nda NP Hastanesi'nde çalışan 230 kişiden rastgele 50 kişi (25 kadın, 25 erkek) örneklem alınarak pilot çalışma yapılmış ve cronbach alfa değeri, madde toplam puan analizi ile faktör analizleri için KMO-Barlett testi olmak üzere istatistiksel analizleri değerlendirilmiştir.

Tutum ölçümlerinde güvenilirlikte kabul edilebilir düzey 0.70 ($0.60 \leq \alpha < 0.80$) olarak belirlenmiştir (158). Çalışmada kullanılan YFÖ-28 ölçeğinde elde edilen cronbach alfa değeri 0,422 çıkmıştır. YFÖ-28 maddeleri incelendiğinde cronbach alfa değerini en çok düşüren maddeler (3,4,8,14,23 ve 24. maddeler) detaylı bir şekilde incelenmiştir. Maddeler: '3. Bir organizasyonda çok fazla iyi yiyecek varsa, yemem gerekenden daha fazla yemek istediğimi fark ederim. '; '4. Gıda reklamlarının bende yeme isteği oluşturduğunu fark ederim. '; '8. Sinemaya gittiğimde hemen şeker ya da mısır yeme isteği oluştuğunu fark ederim. '; '14. Ağır bir yemek yerken, yemeğin beni ağırlaştırdığını ya da halsizleştirdiğini fark ederim. '; '23. Aç olmamama rağmen yediğimde bu durumu fark ederim. '; '24. Sadece bulunduğum yerde olduğu için bir kâse şekerden yediğimi fark ederim.' şeklindedir. Maddelerin ortak özelliği incelendiğinde 'fark ederim' ifadesinin İngilizce'deki '*recognize*' ve '*notice*' kelime anlamlarını tam karşılamadığı düşünülmüştür. Bu hipotez üzerine örnekleme oluşturan 50 kişinin cronbach alfa değerini düşürdüğü tespit edilen soruları algılayış biçimleri sorgulanmıştır. Geri bildirimlerde ifadelerin kişi için anlamının 'o olgu deneyimlense de deneyimlenmese de kişinin bunun farkına varması' mı yoksa 'o olgunun kişi tarafından deneyimlenip deneyimlenmediği' mi

olduğu sorulmuştur. Yapılan görüşmeler sonucunda ‘fark etme’ ifadesinin ‘ifadeyi deneyimleme’ ile aynı algılandığı (örneğin; 8. Maddenin kendisinde şeker ya da mısır yeme isteği oluşturup oluşturmadığının değerlendirilmesi gibi) belirlenmiştir. Dilsel yapılanma açısından ‘mindfulness’ ifadesinin ‘fark ederim’ yüklemiyle ortaya çıkarılamayacağı sonucuna varılmıştır. Diğer çalışmalar incelendiğinde Stites ve arkadaşlarının (159) yaptıkları müdahale çalışmasında da ölçeğin maddelerinden 10 madde çıkartarak kısaltılmış formu kullanılmıştır. Çalışmayan maddeler hakkında özellikle bir maddenin (*I notice when just going into a movie theater makes me want to eat candy or popcorn*) güvenilirliği düşürdüğü belirtilmiştir. Apolzan ve arkadaşlarının (38) yaptıkları çalışmada ölçeğin ikinci maddesi (*When I eat at “all you can eat” buffets, I tend to overeat.*) cronbach alfa değerini 0.74’ten 0.63’e düşürmüştür. Bizim de pilot çalışmamızda sorun yaşadığımız ‘notice’ ve ‘recognize’ yüklemelerinin İngilizce anlamlarının da birbiriyle karıştırılabildiği ve bu nedenle ‘notice’ yüklemine içeren maddelerin cevaplarının gebe kadınlarda da doğru olmayabileceği gösterilmiştir.

Faktör analizinde Amerika kültüründe 5 faktör üzerinden dağılan maddeler, Türk kültüründe 10 faktöre dağılmıştır. Her ne kadar test sonuçları ve güvenilirlik yükselmiş olsa da dil yapılanmasının geçerlilik açısından uygun olmayacağına karar verilmiş ve test uyarlamasına gidilmiştir. Kapsam geçerliği için uygulama sonrasında diyetisyen, psikolog, psikiyatrist, hemşire, sağlık alanında ders veren öğretim görevlileri olmak üzere alanında uzman 30 kişi belirlenerek görüşlerine başvurulmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğin işlemeyen maddeleri çıkartılmış, geçerli maddelerine ek olarak yeni maddeler eklenmiş ve Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) olarak yeni bir ölçek uyarlanmış ve 360 üniversite öğrencisine uygulanmıştır.

Güvenilirliğe İlişkin İstatistiksel Bulgular

Araştırmada güvenilirlik ölçümleri için; iç tutarlılık, madde analizi, faktör analizi, madde toplam puan analizi ve paralel form korelasyonları incelenmiştir. İç tutarlılık kavramına bakıldığında amaç ölçeğin tüm maddelerin aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanmasına dayanmaktadır (158). Güvenilirlikte kullanılan cronbach alfa değeri YFÖ-30 ölçeğinde 0.733 olarak bulunmuştur.

Faktör analizinde KMO ve Barlett testi ile örneklemin büyüklüğünün yeterli olup olmadığına bakılmıştır. Anlamlılığı için 0.6 ve üzeri olması gereken test faktörü, YFÖ-30 ölçeğinde 0,813 olarak bulunmuştur. Madde analizlerine bakıldığında ise madde toplam puan korelasyonunun son hali incelenmiştir. Maddeler toplam 7 faktör altında toplanmış (Bkz. Tablo 3.1) ve bu faktörlerin birbiri arasındaki korelasyonları da incelenmiştir (Bkz. Tablo 3.2).

Tablo 3.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Faktör Analizi

YFÖ-30	1	2	3	4	5	6	7
	DİSİNHİBİSYON	DUYGUSAL YEME	YEME KONTROLÜ	ODAKLANMA	YEME DİSİPLİNİ	FARKINDALIK	ENTERFERANS
Madde 1					0.520		
Madde 2						-0.598	
Madde 3			0.670				
Madde 4	0.683						
Madde 5							0.562
Madde 6			0.791				
Madde 7						0.543	
Madde 8				0.558			
Madde 9				0.588			
Madde 10							0.553
Madde 11						-0.557	
Madde 12				0.530			
Madde 13				0.715			
Madde 14	0.624						
Madde 15				0.621			
Madde 16						0.588	
Madde 17	0.628						
Madde 18					0.656		
Madde 19						0.553	
Madde 20	0.674						
Madde 21		0.552					
Madde 22		0.672					
Madde 23		0.672					
Madde 24					0.739		
Madde 25					0.628		
Madde 26	0.626						
Madde 27			-0.650				
Madde 28		0.783					
Madde 29			0.631				
Madde 30		0.59					

Tablo 3.2. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) Alt Faktörlerinin Korelasyonları

YFÖ-30	1	2	3	4	5	6	7
	DİSİNHİBİSYON	DUYGUSAL YEME	YEME KONTROLÜ	ODAKLANMA	YEME DİSİPLİNİ	FARKINDALIK	ENTERFERANS
1	1						
2	0.548**	1					
3	0.347**	0.200**	1				
4	-0.217**	-0.180**	-0.010	1			
5	0.082	0.095	0.196**	0.142*	1		
6	0.285**	0.149**	0.246**	-0.060	0.226**	1	
7	0.383**	0.341**	0.176**	-0.040	0.113*	0.180**	1

*p<0.05, **p<0.001

Geçerliliğe İlişkin İstatistiksel Bulgular

Yeme Tutumu Testi (YTT-40), YTT-40 puan grupları ve Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) puanlarının ilişkisi incelenmiştir (Bkz. Tablo 3.3). YFÖ-30 puanı arttıkça YTT-40 puanı ve YTT-40 puan grubu azalmaktadır ancak bu ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Puan korelasyonları incelendiğinde ise YFÖ-30 puanı arttıkça, YFÖ-30 faktör puanlarının hepsi artmaktadır. Sırasıyla disinhibisyon ($r=0.739$), duygusal yeme ($r=0.700$), yeme kontrolü ($r=0.594$), yeme disiplini ($r=0.449$), farkındalık ($r=0.523$), enterferans ($r=0.502$) faktörlerinin YFÖ-30 ile ilişkisi istatistiksel olarak önemli ($p<0.001$) bulunmuş olup sadece odaklanma faktörünün YFÖ-30 puanı ile ilişkisi istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). YTT-40 puanı arttıkça yeme disiplini dışındaki YFÖ-30 faktör puanlarının hepsi azalmaktadır. YFÖ-30 faktörlerinden ise sadece disinhibisyon ($r=-0.205$, $p<0.001$) puanının YTT-40 puanı ile ilişkisi istatistiksel olarak önemli bulunmuş olup diğer faktör puanlarının ilişkisi istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 3.4).

Yapı geçerliliği kavramına baktığımızda kavramsal yapının tamamının ölçülmesi söz konusudur. Faktör analizi kapsamında maddelerin faktörler altında toplanma durumuna bakılmaktadır. Ölçek uyarlamalarında ölçekteki maddelerin yapısını sınarken doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır. YFÖ-30 ölçekteki maddeler, ana yapının %51.38'ini açıklamaktadır.

Tablo 3.3. Yeme Tutumu Testi (YTT-40) grubu, YTT-40 puan grubu ve Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) puanlarının ilişkisi

	YTT-40 puanı		YTT-40 puan grupları	
	r	p	r	p
YFÖ-30 puanı	-0.073	0.192	-0.090	0.109

Tablo 3.4. Yeme Tutumu Testi (YTT-40) ve Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) puanlarının YFÖ-30 faktör puanları ile ilişkisi

	YFÖ-30 puanı		YTT-40 puanı	
	r	p	r	p
YFÖ-30 Faktörleri				
Disinhibisyon	0.739	0.000**	-0.205	0.000**
Duygusal Yeme	0.700	0.000**	-0.035	0.535
Yeme Kontrolü	0.594	0.000**	-0.022	0.700
Odaklanma	0.081	0.152	-0.011	0.850
Yeme Disiplini	0.449	0.000**	0.094	0.095
Farkındalık	0.523	0.000**	-0.007	0.900
Enterferans	0.502	0.000**	-0.018	0.751

**p<0.01

Framson ve arkadaşları (32) tarafından 2009 yılında geliştirilen ölçek, Köse ve arkadaşları (34) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Yeme Farkındalığı Ölçeği olarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yeme Farkındalığı Ölçeği'ndeki (YFÖ-30) (Bkz. EK 3) 5 madde orjinalinden alınmış olup, geri kalan maddeler ise yine aynı ölçekten esinlenerek uyarlanmış ve toplam 30 soru olarak yeni ölçek oluşturulmuştur. Ölçeğin puanlandırmasında düz ve ters puanlandırmalar şu şekildedir: 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27.maddeler düz puanlandırılmakta olup, geriye kalan sorular ters puanlandırılmaktadır (Ters Puanlama: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Ölçeğin puanı yükseldikçe yeme farkındalığı da yükselmektedir.

Ölçeğin alt faktörlerine bakıldığında disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans şeklinde 7 faktöre dağılmıştır. Ölçeklerin alt faktörleri, araştırma yapılan örneklem hakkında daha detaylı bir bilgi vermektedir. Bu çalışmada kullanılan ölçeğin alt faktörleri ve faktörlerin içerikleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

1. Disinhibisyon: kendini tutma, miktar ve zaman kontrolü.
2. Duygusal yeme: duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme.

3. Yeme kontrolü: yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma.
4. Odaklanma: yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme.
5. Yeme disiplini: planlama, hazırlanma, dengeleme, bulundurma, düzen, saat.
6. Farkındalık: fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı.
7. Enterferans: koku, görüntü, ses gibi sensoriyel etmenlere, davet, besin çeşitliliği ya da reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme şeklindedir.

3.2.2.2.Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

Yeme Tutumu Testi (YTT-40) yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını, normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçmektedir. Toplam puanın düzeyi, psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. YTT-40 klinik düzeyde bozuk yeme davranışı ile ilgili yatkınlığı ve tutumu belirlemektedir. Altı basamaklı likert tipi yanıt formu ile 40 madde içerir. YTT-40 ölçeğindeki 1,18,19,23,27,39 maddeleri ters puanlanmaktadır. Kesme noktası 30 puandır. Garner ve Garfinkel (160) tarafından geliştirilmiş ardından Savaşır ve Erol (161) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Ölçeğin puanlandırmasında düz ve ters puanlandırmalar şu şekildedir: 18, 19, 23, 27 ve 39.maddeler ters puanlandırılmakta (Ters Puanlama: a=0, b=0, c=0, d=1, e=2, f=3) olup, geriye kalan sorular düz puanlandırılmaktadır (Düz Puanlama: a=3, b=2, c=1, d=0, e=0, f=0). Ölçeğin puanı yükseldikçe yeme tutumu bozulmaktadır. Ölçeğin puanı 30 puanın altındaysa normal yeme tutumu, 30 ve üzeri puan ise bozulmuş yeme davranışını göstermektedir (161, 162). Yeme tutumu testinin puanı 30 ve üzeri olanlar yeme bozukluğu riski yüksek olarak saptandığından değerlendirmeler bu sınıflamaya göre yapılmıştır (163).

3.2.3. Beslenme dersi

Üsküdar Üniversitesi bünyesinde bahar dönemlerinde gıda teknolojisi, yaşlı bakım hizmetleri ve çocuk gelişimi bölümlerinde eğitim gören öğrencilere zorunlu

olarak beslenme dersi verilmektedir. Yönetmeliğe uygun olarak belirlenen 14 haftalık ders sürecinin 12 haftasında verilen dersin içerikleri: Beslenmeye giriş, toplumda beslenme sorunları ve nedenleri, besin öğeleri (karbonhidratlar, proteinler, yağlar, vitaminler, mineraller ve su), besin grupları, besinleri pişirme ve saklama yöntemleri, enerji gereksinmesi ve enerji dengesi, özel durumlarda beslenme, hastalıklarda beslenme şeklindedir. Dersin akademik takvime uygun işleyişinin yanında her ders sonunda beslenme ile ilgili güncel konuların paylaşılması ve soru-cevap şeklinde interaktif bir eğitim ortamının oluşturulması ile öğrencilerin farkındalığının artırılması sağlanmaya çalışılmıştır. Beslenme dersi alan ve almayan gruplar arasındaki Yeme Tutumu Testi (YTT-40) ve Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) toplam puanları değerlendirilmiş, bunun yanında vücut ağırlığı, BKİ, besin seçimi, yürüyüş durumları, uyku düzenleri ve defekasyon alışkanlıkları öğrencilerin yeme tutumları ve farkındalıkları ilişkilendirilmiştir.

Araştırma sırasında anket formunun ve ölçeklerin tamamen doldurulmaması sebebiyle öğrencilere tekrar ulaşılması, ulaşılabilen öğrencilerin eksik kalan bilgilerinin kendileri tarafından doldurulması sağlanmıştır. Beslenme derslerine katılım oranının yüksek tutulması için her ders bitiminde soru-cevap süresinin kararlaştırılmaması, bazen de mesai dışına kalması araştırma sırasında yaşanan zorluklardandır.

3.5.Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve tabloların oluşturularak yorumlanması amacıyla SPSS versiyon 15.0 (164) kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında Student t-testi (165), tek yönlü ANOVA (166), ki-kare analizleri, Pearson (167) ve Spearman (168) korelasyon analizleri kullanılmıştır. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) (Bkz. Ek 3) puanları ile Yeme Tutumu Tesi (YTT-40) (Bkz. Ek 4) puanları ve puan grupları ile korelasyonları Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. YTT-40 kesme noktası 30 olarak belirtilmiş olduğundan araştırmada YTT-40 puanları kendi içerisinde 0-30 puan ve ≥ 31 puan şeklinde gruplandırılarak da ek analizler yapılmıştır. Ayrıca Beden Kütle İndeksi (BKİ): vücut tartısı (kg) / boy uzunluğu² (m) formülüyle hesaplanmıştır.

BKİ sınıflandırmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün (41) BKİ sınıflandırması kullanılmış olup, hafif-şışman ve şışman grubu birleştirilerek veriler değerlendirilmiştir.

Tablo 3.5. BKİ (Beden Kütle İndeksi) değerlerinin sınıflandırılması (41)

BKİ sınıflandırması	BKİ (kg/m²)
Zayıf	<18.5 kg/m ²
Normal	18.5-24.9 kg/m ²
Hafif şışman	25-29.9 kg/m ²
Şışman	>30 kg/m ²

4. BULGULAR

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Meslek Hizmetleri Yüksekokulu'nda yapılan araştırmanın bu bölümünde öğrencilerin demografik özellikleri, okudukları bölümler ve beslenme dersi alma durumları, antropometrik bilgileri, aile bireylerine ait özellikleri, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve genel alışkanlıkları ile yeme tutumu ve yeme farkındalığının ölçülmesi için kullanılan YTT-40 ve YFÖ-30 ölçeklerinin sonuçları ve anket verileri karşılaştırmaları yer almaktadır.

4.1. Öğrencilerin genel özellikleri

Öğrencilerin demografik özellikleri Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Öğrencilerin %22.6'sı erkek ve %77.4'ü kadındır. Araştırmaya 18-46 yaş arası toplam 318 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21.56 ± 3.82 yıl olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş verilerinin medyanına göre 21 yaş baz alınarak, 18-21 yaş ile 22 ve üzeri yaş olarak gruplandırma yapılmış olup, %71.1'i 18-21 yaş grubu, %28.9'u 22 yaş ve üstü grubundadır. Öğrencilerin %5.3'ü evli ve %94.7'si bekârdır.

Tablo 4.1. Öğrencilerin demografik verilerine göre dağılımları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Cinsiyet	72	22.6	246	77.4	318	100.0
Yaş (yıl)						
18-21	39	54.2	187	76.0	226	71.1
≥22	33	45.8	59	24.0	92	28.9
$\bar{x} \pm SS = 21.56 \pm 3.82$ yıl						
Medeni Durum						
Evli	3	4.2	14	5.7	17	5.3
Bekâr	69	95.8	232	94.3	301	94.7
Toplam	72	100.0	246	100.0	318	100.0

Öğrencilerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve Beden Kütle İndeksi (BKİ) sonuçları Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Öğrencilerin vücut ağırlığı ortalamaları 60.95 ± 12.70 kg, BKİ ortalamaları 21.87 ± 3.57 kg/m² ve boy uzunluğu ortalamaları 166 ± 8.0 cm şeklindedir. Erkeklerin vücut ağırlığı ve BKİ ortalamaları sırasıyla 74.88 ± 10.98 kg ve 23.76 ± 3.32 kg/m² iken, kadınların vücut ağırlığı ve BKİ ortalamaları sırasıyla 56.87 ± 10.0 kg ve 21.32 ± 3.46 kg/m² olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2. Öğrencilerin antropometrik verilerine göre dağılımları

Antropometrik bilgiler	Erkek (n=72)			Kadın (n=246)			Toplam (n=318)		
	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst	$\bar{x} \pm SS$	Alt	Üst
Vücut ağırlığı (kg)	74.88 ± 10.98	55	125	56.87 ± 10.0	40	101	60.95 ± 12.70	40	125
BKİ (kg/m ²)	23.76 ± 3.32	17.53	37.74	21.32 ± 3.46	15.42	34.95	21.87 ± 3.57	15.42	37.74
Boy uzunluğu (cm)	177.60 ± 7.11	160	191	163.20 ± 6.13	150	183	166 ± 8.0	150	191

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ sınıflamasına göre dağılımı, BKİ ortalama ve standart sapmaları Tablo 4.3’te gösterilmiştir. Cinsiyete göre BKİ sınıflamasında yüksek oranda normal BKİ sınıfına (erkek: %68.1 ve kadın: %73.2) dağılmış olarak görülmektedir. Ayrıca erkek öğrencilerden sadece 1 öğrenci zayıf BKİ sınıfında olup BKİ 17.53 kg/m² olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre BKİ ortalama ve standart sapmaları ile BKİ sınıflamasının dağılımları

BKİ (kg/m ²) sınıflaması	Erkek (n=72)			Kadın (n=246)			Toplam (n=318)		
	$\bar{x} \pm SS$	S	%	$\bar{x} \pm SS$	S	%	$\bar{x} \pm SS$	S	%
Zayıf	17.53	1	1.4	17.08 ± 0.65	36	14.6	17.09 ± 0.64	37	11.6
Normal	22.24 ± 1.85	49	68.1	21.04 ± 1.90	180	73.2	21.29 ± 1.95	229	72.0
Hafif şişman-şişman	27.44 ± 2.81	22	30.6	28.10 ± 2.79	30	12.2	27.82 ± 2.79	52	16.4

Öğrencilerin yaş gruplarına göre BKİ sınıflamasının ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılan BKİ sınıflaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). BKİ değerlerine bakıldığında ise öğrencilerden 18-21 yaş aralığında olanların BKİ ortalaması 21.62 ± 3.77 kg/m² ile 22 yaş ve üzerinde olanların BKİ ortalaması 22.48 ± 2.96 kg/m² arasında saptanan fark ise yine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.4. Öğrencilerin yaş gruplarına göre BKİ sınıflamasının ve ortalamalarının karşılaştırılması

		BKİ (kg/m ²)						
	sınıflaması	S	%	χ^2	p	$\bar{x} \pm SS$	t	p
18-21 yaş (n=226)	Zayıf	34	15.0	8.862	0.012*	21.62 ± 3.77 kg/m ²	-1.941	0.033*
	Normal	157	69.5					
	Hafif şişman-şişman	35	15.5					
	Toplam	226	100.0					
≥22 yaş (n=92)	Zayıf	3	3.3	8.862	0.012*	22.48 ± 2.96 kg/m ²	-1.941	0.033*
	Normal	72	78.3					
	Hafif şişman-şişman	17	18.4					
	Toplam	92	100.0					

* $p<0.05$

Öğrencilerin okudukları bölümler Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Öğrencilerin %21.4'ü gıda teknolojisi, %17.6'sı tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, %17.3'ü çocuk gelişimi, %14.5'i odyometri, %8.5'i iş sağlığı ve güvenliği, %6.6'sı elektronörofizyoloji, %5'i ameliyathane hizmetleri, %4.7'si optisyenlik ve %4.4'ü yaşlı bakım ve hizmetleri bölümünde okumaktadır. Öğrencilerin okudukları bölümlerde beslenme dersi alıp almama durumlarına bakıldığında ise %31.1'i beslenme dersi (dersi alanların %14.1'i yaşlı bakım hizmetleri, %30.3'ü gıda teknolojisi ve %55'i çocuk gelişimi bölümündendir) almıştır.

Tablo 4.5. Öğrencilerin okudukları bölümlerin ve beslenme dersi alıp almama durumlarının dağılımı

Bölümler	Beslenme dersi alan (n=99)		Beslenme dersi almayan (n=219)		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Yaşlı Bakım ve Hizmetleri	14	14.1	-	-	14	4.4
Gıda Teknolojisi	30	30.3	38	17.4	68	21.5
Ameliyathane Hizmetleri	-	-	16	7.3	16	5.0
Odyometri	-	-	30	13.7	30	9.4
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	-	-	72	32.9	72	22.6
İş Sağlığı ve Güvenliği	-	-	27	12.3	27	8.5
Çocuk Gelişimi	55	55.6	-	-	55	17.3
Elektronörofizyoloji	-	-	21	9.6	21	6.6
Optisyonluk	-	-	15	6.8	15	4.7
Toplam	99	100.0	219	100.0	318	100.0

Öğrencilerin okudukları bölümlere göre yapılan BKİ sınıflamasının karşılaştırılması Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Hafif şişman-şişman sınıfında olan öğrenciler en fazla tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümünde (%21.2), en az ise yaşlı bakım hizmetleri bölümünde okumaktadır (%1.9). BKİ sınıflamasına göre zayıf olan öğrencilerin çoğunluğu gıda teknolojisi (%32.5), çocuk gelişimi (%24.3) ile tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik (%21.6) bölümlerinde okumaktadır.

Tablo 4.6. Öğrencilerin bölümlerine göre BKİ sınıflamasının dağılımı

Bölümler	BKİ (kg/m ²) sınıflaması						Toplam	
	Zayıf		Normal		Hafif şişman-şişman		S	%
	S	%	S	%	S	%	S	%
Yaşlı Bakım ve Hizmetleri	-	-	13	5.7	1	1.9	14	4.4
Gıda Teknolojisi	12	32.5	39	17.1	17	32.7	68	21.5
Ameliyathane Hizmetleri	2	5.4	11	4.8	3	5.8	16	5.0
Odyometri	3	8.1	25	10.9	2	3.8	30	9.4
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	8	21.6	53	23.1	11	21.2	72	22.6
İş Sağlığı ve Güvenliği	1	2.7	23	10.0	3	5.8	27	8.5
Çocuk Gelişimi	9	24.3	40	17.5	6	11.5	55	17.3
Elektronörofizyoloji	2	5.4	13	5.7	6	11.5	21	6.6
Optisyonluk	-	-	12	5.2	3	5.8	15	4.7
Toplam	37	100.0	229	100.0	52	100.0	318	100.0

Tablo 4.7’de öğrencilerin beslenme dersi alma durumuna göre BKİ sınıflamasının karşılaştırılması gösterilmiştir. Öğrencilerden beslenme dersi alanlar ve almayanların arasında BKİ sınıflaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumuna göre BKİ sınıflamasının karşılaştırması

	Beslenme dersi				Toplam		χ^2	p
	Alan		Almayan		S	%		
BKİ (kg/m ²) sınıflaması	S	%	S	%	S	%		
Zayıf	13	13.2	24	11.0	37	11.6		
Normal	70	70.6	159	72.6	229	72.0	0.314	0.855
Hafif şişman-şişman	16	16.2	36	16.4	52	16.4		
Toplam	99	100.0	219	100.0	318	100.0		

Öğrencilerin kronik hastalık durumu, varsa teşhis edilen hastalığının adı, ilaç kullanma durumu ve ilaç kullanıyorsa bu ilacın iştahı etkileme durumu Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Kronik hastalık durumuna bakıldığında öğrencilerin %84.3’ünün kronik hastalığı bulunmamaktadır. Öğrencilerin %15.7’sinin kronik hastalığı bulunmakta olup, kronik hastalığı bulunan öğrencilerin teşhis edilen hastalıkları ise %30.8’inin solunum sistemi hastalıkları, %19.2’sinin vitamin ve mineral yetersizlikleri (anemi, D vitamini yetersizliği), %17.3’ünün endokrin (hormonal) hastalıklar, %15.4’ünün kalp-damar hastalıkları, %11.5’inin sindirim sistemi hastalıkları, %5.8’inin kas-iskelet sistemi hastalıkları şeklindedir. Öğrencilerin %0.3’ünün hem vitamin ve mineral yetersizliği hem de sindirim sistemi hastalıkları, %0.3’ünün de hem vitamin ve mineral yetersizliği hem de hipertansiyonu bulunmaktadır. Öğrencilerin hastalıklarına bağlı ilaç kullanma durumlarına bakıldığında ise %10,1’inin ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Öğrencilerin sağlık bilgileri

	S	%
Kronik hastalık durumu (n=318)		
Var	50	15.7
Yok	268	84.3
Varsa teşhis edilen hastalığın adı (n=50)		
Kalp-damar hastalıkları	8	15.4
Sindirim sistemi hastalıkları	6	11.5
Solunum sistemi hastalıkları	16	30.8
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	3	5.8
Endokrin (Hormonal) hastalıklar	9	17.3
Vitamin ve mineral yetersizlikleri	10	19.2
İlaç kullanma durumu (n=318)		
Kullanıyor	32	10.1
Kullanmıyor	286	89.9

Öğrencilerin aile bireylerinin eğitim durumu Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Öğrencilerin annelerinin eğitim durumuna bakıldığında %63.5’i ilköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu, %25.8’i ortaöğretim (lise) mezunu, %6’sı okur-yazar değil ve %4.7’si ön lisans/lisans mezunu şeklindedir. Öğrencilerin babalarının eğitim durumuna bakıldığında %50.3’ü ilköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu, %38.7’si ortaöğretim (lise) mezunu, %10.1’i ön lisans/lisans mezunu ve %0.9’u okur-yazar değil şeklindedir.

Tablo 4.9. Öğrencilerin aile bireylerinin eğitim durumu (n=318)

Eğitim durumu	Anne		Baba	
	S	%	S	%
Okur-yazar değil	19	6.0	3	0.9
İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu	202	63.5	160	50.3
Ortaöğretim (lise) mezunu	82	25.8	123	38.7
Ön lisans/lisans mezunu	15	4.7	32	10.1

Öğrencilerin aile bireylerinde şişmanlık durumu, dağılımı ve ailesinde şişman birey olan öğrencilerin BKİ ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Öğrencilerin %35.8'inin ailesinde şişman birey bulunmaktadır. Öğrencilerin ailesinde şişman birey olan öğrencilerin BKİ ortalamalarına bakıldığında $22.79 \pm 3.91 \text{ kg/m}^2$ iken ailesinde şişman birey olmayanların BKİ ortalaması $21.36 \pm 3.26 \text{ kg/m}^2$ olup, grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.10. Öğrencilerin ailesinde şişman birey olma durumu ve BKİ ortalamalarının karşılaştırılması (n=318)

		BKİ (kg/m^2)			t	p
		S	%	$\bar{x} \pm SS$		
Ailede şişman birey	Var	114	35.8	$22.79 \pm 3.91 \text{ kg/m}^2$	-3.496	0,001*
	Yok	204	64.2	$21.36 \pm 3.26 \text{ kg/m}^2$		

* $p < 0.05$

4.2. Öğrencilerin Besin Seçimleri

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre besin seçimlerinin dağılımı Tablo 4.11'de gösterilmiştir. Besin seçimlerine bakıldığında öğrencilerin %76.1'i bütün besinleri tüketmektedir. Öğrencilerin %11'i hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve süt ürünlerini tüketmekte, %9.1'i kırmızı et tüketmemekte, %1.6'sı hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve yumurtayı tüketmekte, %1.3'ü hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurtayı tüketmekte ve %0.9'u hayvansal hiçbir besin tüketmemektedir. Cinsiyete göre yapılan besin seçimleri karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre besin seçimlerinin dağılımı (n=318)

Besin seçimi	Cinsiyet						χ^2	p
	Erkek (n=72)		Kadın (n=246)		Toplam			
	S	%	S	%	S	%		
Kırmızı et tüketmiyor	9	12.5	20	8.1	29	9.1	6.751	0.240
Vegan	1	1.4	2	8.0	3	0.9		
Hayvansal kaynaklı sadece süt ve ürünleri tüketiyor	4	5.6	31	12.6	35	11.0		
Hayvansal kaynaklı sadece yumurta tüketiyor	-	-	4	1.6	4	1.3		
Hayvansal kaynaklı sadece süt ve yumurta tüketiyor	-	-	5	2.0	5	1.6		
Besinlerin hepsini tüketiyor	58	80.6	184	74.8	242	76.1		

Öğrencilerin besin seçimlerine göre BKİ sınıflamasının karşılaştırılması Tablo 4.12’de gösterilmiştir. Kırmızı et tüketmeyenlerin %6.9’u BKİ zayıf, %69’u BKİ normal, %24.1’i BKİ hafif şişman-şişman sınıfına girmektedir. Veganların %33.3’ü BKİ zayıf, %66.6’sı BKİ normal sınıfına girmektedir. Besin seçimi olmayanların %10.7’si BKİ zayıf, %72.3’ü BKİ normal, %16.9’u BKİ hafif şişman-şişman sınıfına girmektedir. Besin seçimleri ve BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Öğrencilerin besin seçimlerine göre BKİ sınıflamasının karşılaştırılması

Besin seçimi	BKİ (kg/m ²) sınıflaması						χ^2	p
	Zayıf		Normal		Hafif şişman-şişman			
	S	%	S	%	S	%		
Kırmızı et tüketmiyor	2	6.9	20	69.0	7	24.1	28.59	0.001*
Vegan	1	33.3	2	66.6	-	-		
Hayvansal kaynaklı sadece süt ve ürünleri tüketiyor	4	11.4	27	77.1	4	11.4		
Hayvansal kaynaklı sadece yumurta tüketiyor	-	-	4	100	-	-		
Hayvansal kaynaklı sadece süt ve yumurta tüketiyor	4	80.0	1	20.0	-	-		
Besinlerin hepsini tüketiyor	26	10.7	175	72.3	41	16.9		
Toplam	37	11.6	229	72.0	52	16.4		

* $p<0.05$

Öğrencilerin Yeme Tutumu Testi (YTT-40) sonuçlarına göre aldıkları puanların detayları Tablo 4.13'te gösterilmiştir. Öğrencilerin YTT-40 ortalama puanı 24.22 ± 13.98 ve en az alınan puan 3, en fazla alınan puan ise 80'dir. Cinsiyete göre ayrılan YTT-40 ortalama puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Öğrencilerin kesme noktası 30 olarak belirlenmiş olan Yeme Tutumu Testi (YTT-40) sonuçlarına göre aldıkları puanlar Tablo 4.14'te gösterilmiştir. YTT-40 puanı 30'dan yüksek olan öğrencilerin yeme tutumu bozulmuştur ve yeme bozukluğu riski altındadırlar. Öğrencilerin %71.1'inin YTT-40 puanı 3-30 puan arasında olup yeme bozukluğu riski taşımazken, %28.9'unun YTT-40 puanı ise 30 puandan yüksektir ve yeme bozukluğu riski taşımaktadır.

Tablo 4.13. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT-40 ölçeğine göre aritmetik ortalama, standart sapma ve önemlilik testi ile YTT-40 puan gruplarının dağılımı

YTT-40 Puanı	\bar{x}	SS	Alt	Üst	t	p
Toplam (n=318)	24.22	13.98	3	80		
Erkek (n=72)	23.33	15.60	3	80	0.609	0.543
Kadın (n=246)	24.48	13.49	5	67		
YTT-40 Puanı				S	%	
3-30 arası puan				226	71.1	
31 ve üstü puan				92	28.9	
Toplam				318	100.0	

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT-40 puan gruplarının ve ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.14'te gösterilmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılan YTT-40 puan gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). YTT-40 puanlarının ortalamalarına bakıldığında ise erkeklerin puanı 23.33 ± 15.60 ve kadınların puanı 24.48 ± 13.50 şeklindedir. Ancak cinsiyete göre YTT-40 puanlarının ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.14. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YTT-40 puan gruplarının ve ortalamalarının karşılaştırılması

		S	%	χ^2	p	$\bar{x} \pm SS$	t	p
YTT-40 puan grubu								
Erkek (n=72)	3-30 arası puan	56	77.8	2.037	0.153	23.33 \pm 15.60		
	31 ve üstü puan	16	22.2					
Kadın (n=246)	3-30 arası puan	170	69.1			24.48 \pm 13.50	-0.609	0.543
	31 ve üstü puan	76	30.9					

Öğrencilerin Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) sonuçlarına göre aldıkları puanların detayları Tablo 4.15'te gösterilmiştir. Öğrencilerin YFÖ-30 ortalama puanı 98.11 \pm 13.81 ve en az alınan puan 51, en fazla alınan puan ise 141'dir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında erkeklerin 98.44 \pm 13.92 puan ile kadınların 98.01 \pm 13.80 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.15. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre YFÖ-30 ölçeğine göre aritmetik ortalama, standart sapma ve önemlilik testi

YFÖ-30 Puanı	\bar{x}	SS	Alt	Üst	t	p
Toplam (n=318)	98.11	13.81	51	141		
Erkek (n=72)	98.44	13.93	69	141	0.233	0.816
Kadın (n=246)	98.01	13.80	51	127		

Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.16'da gösterilmiştir. YTT-40 puanlarına bakıldığında BKİ zayıf sınıfında 19.24 \pm 8.60, BKİ normal sınıfında 24.52 \pm 14.82, BKİ hafif şişman-şişman sınıfında 26.44 \pm 12.59 puan ortalamaları arasında fark saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). YFÖ-30 puanlarına bakıldığında BKİ zayıf sınıfında 100.29 \pm 14.07, BKİ normal sınıfında 98.22 \pm 13.23, BKİ hafif şişman-şişman sınıfında 96.06 \pm 15.96 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.16. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre YTT-40 ve YFÖ-30 ölçeklerinin aritmetik ortalama, standart sapma ve önemlilik testi

	BKİ (kg/m²) sınıflaması	S	$\bar{x} \pm SS$	F	p
YTT-40 puanı	Zayıf	37	19.24 ± 8.60	3.091	0.002*
	Normal	229	24.52 ± 14.82		
	Hafif şişman-şişman	52	26.44 ± 12.59		
	Toplam	318	24.22 ± 13.98		
YFÖ-30 puanı	Zayıf	37	100.29 ± 14.07	1.046	0.071
	Normal	229	98.22 ± 13.23		
	Hafif şişman-şişman	52	96.06 ± 15.96		
	Toplam	318	98.11 ± 13.81		

*p<0.05

Tablo 4.17’de öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Öğrencilerden BKİ zayıf sınıfında olanların %10.8’inin, BKİ normal sınıfında olanların %30.1’inin, BKİ hafif şişman-şişman sınıfında olanların %36.5’inin YTT-40 puanı 31 ve üstündedir. BKİ hafif şişman-şişman sınıfındaki öğrenciler yeme bozukluğu riski taşımaktadır. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre dağılan YTT-40 puan gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 4.17. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması

	BKİ (kg/m²) sınıflaması						Toplam		χ^2	p
	Zayıf		Normal		Hafif şişman-şişman		S	%		
YTT-40 puan grubu	S	%	S	%	S	%	S	%		
3-30 arası puan	33	89.2	160	69.9	33	63.5	226	71.1	7.533	0.023*
31 ve üstü puan	4	10.8	69	30.1	19	36.5	92	28.9		
Toplam	37	100.0	229	100.0	52	100.0	318	100.0		

*p<0.05

Tablo 4.18’de öğrencilerin beslenme dersi alma durumuna göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Öğrencilerden beslenme dersi alanlar ve almayanların arasında YTT-40 puan gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Diğer bir deyişle beslenme dersi alma durumu, öğrencilerin yeme bozukluğu riskini etkilememektedir.

Tablo 4.18. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumuna göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması

YTT-40 puan grupları	Beslenme dersi				Toplam		χ^2	p
	Alan		Almayan		S	%		
3-30 arası puan	69	69.7	157	71.7	226	71.1	0.132	0.717
31 ve üstü puan	30	30.3	62.2	28.3	92	28.9		
Toplam	99	100.0	219	100.0	318	100.0		

Tablo 4.19’de öğrencilerin besin seçimlerine göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Öğrencilerden hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurta tüketenlerin hepsi, veganların %33.3’ü, besin seçimi olmayanların %26.4’ü ve kırmızı et tüketmeyenlerin %24.1’i yeme bozukluğu riski taşımaktadır (YTT-40 puanı 31 ve üstündedir) ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.19. Öğrencilerin besin seçimine göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması

Besin seçimi	YTT-40 puan grupları				χ^2	p
	0-30 arası		31 ve üstü			
Kırmızı et tüketmiyor	22	75.9	7	24.1	17.735	0.003*
Vegan	2	66.7	1	33.3		
Hayvansal kaynaklı sadece süt ve ürünleri tüketiyor	19	54.3	16	45.7		
Hayvansal kaynaklı sadece yumurta tüketiyor	-	-	4	100		
Hayvansal kaynaklı sadece süt ve yumurta tüketiyor	5	100	-	-		
Besinlerin hepsini tüketiyor	178	73.6	64	26.4		
Toplam	226	71.1	92	28.9		

* $p<0.05$

Öğrencilerin besin seçimlerine göre kırmızı et tüketmeyen ve vegan grup birleştirilerek kırmızı et tüketmeyenler grubu oluşturulmuştur. Kırmızı et tüketimine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.20’de gösterilmiştir. Besin seçimlerinde kırmızı et tüketen öğrencilerin YTT-40 puan ortalamaları 23.98 ± 14.14 , YFÖ puan ortalamaları ise 98.21 ± 13.87 iken kırmızı et tüketmeyen öğrencilerin YTT-40 puan ortalamaları 26.34 ± 12.49 , YFÖ puan ortalamaları ise 97.25 ± 13.47 şeklindedir. Besin seçimine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Besin seçimlerinde kırmızı et tüketme durumu yeme tutumunu ve yeme farkındalığını etkilememektedir.

Tablo 4.20. Öğrencilerin kırmızı et tüketimine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Besin seçimi	S	$\bar{x} \pm SS$	t	p
YTT-40	Kırmızı et tüketenler	286	23.98 ± 14.14	0.907	0.365
	Puanı	Kırmızı et tüketmeyenler	32		
YFÖ-30	Kırmızı et tüketenler	286	$98.21 \pm 13,87$	-0.371	0.711
	Puanı	Kırmızı et tüketmeyenler	32		

4.3. Öğrencilerin genel alışkanlıkları

Öğrencilerin sigara içme durumları, besin seçimleri, yürüyüş durumları, uyku düzeni ve uyku saatini barındıran genel alışkanlıklarına ait bulgular Tablo 4.22’de gösterilmiştir. Öğrencilerin %73.3’ü sigara içmemekte, %24.5’i sigara içmekte ve %2.2’si sigarayı bırakmıştır. Sigara içme süresi ortalama 1.2 ± 2.5 yıl’dır.

Fiziksel aktivite oranını belirleyen haftada yapılan yürüyüş durumuna bakıldığında öğrencilerin %60.1’i haftada 1-90 dakika, %21.7’si haftada 91-200 dakika, %18.2’si haftada 201 dakikadan fazla yürüyüş yapmaktadır. Öğrencilerin uyku durumlarına bakıldığında, %55.7’si düzenli, %39.3’ü düzensiz ve %5’i sadece hafta içi düzenli uyumaktadır. Uyku saatleri dağılımında ise öğrencilerin %37.7’si günde 7 saat, %29.9’u günde 8 saat, %18.2’si günde 6 saatten az, %14.2’si günde 9 saatten fazla uyumaktadır.

Öğrencilerin defekasyon alışkanlıkları ve irritabl bağırsak sendromu (İBS) tanısında kullanılan Roma III kriterlerine (131) uygunluğuna göre belirlediğimiz defekasyon sorunu varlığı/yokluğu yine Tablo 4.21’de görülmektedir. Öğrencilerin %72.3’ü günlük düzenli defekasyon yaparken, düzensiz defekasyonu olan öğrenciler %27.7 şeklindedir. Defekasyon düzeninin yanında öğrencilerin %27.7’sinin defekasyon sorunu bulunmaktadır ancak veriler incelendiğinde aynı öğrenciler olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.21. Öğrencilerin genel alışkanlıklarının dağılımı (n=318)

	S	%
Sigara içme durumu		
İçiyor	78	24.5
İçmiyor	233	73.3
Bırakmış	7	2.2
Sigara içme süresi	$\bar{x} \pm SS$ 1.2 \pm 2.5 yıl	
Haftada yapılan yürüyüş		
1-90 dakika	191	60.1
91-200 dakika	69	21.7
201 dakikadan fazla	58	18.2
Uyku düzeni		
Düzenli	177	55.7
Düzensiz	125	39.3
Sadece hafta içi düzenli	16	5.0
Uyku saati		
Günde 6 saatten az	58	18.2
Günde 7 saat	120	37.7
Günde 8 saat	95	29.9
Günde 9 saatten fazla	45	14.2
Defekasyon alışkanlığı		
Düzenli	230	72.3
Düzensiz	88	27.7
Defekasyon sorunu		
Var	88	27.7
Yok	230	72.3

Tablo 4.22’te öğrencilerin cinsiyetlerine göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği görülmektedir. Sigara içme bakımından cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.22. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

Sigara içme durumu	Cinsiyet				χ^2	p
	Erkek		Kadın			
	S	%	S	%		
Sigara içiyor	34	47.2	44	17.9	28.90	0.000*
Sigara içmiyor	35	48.6	198	80.5		
Sigarayı bırakmış	3	4.2	4	1.6		
Toplam	72	100.0	246	100.0		

* $p<0.05$

Tablo 4.23’te öğrencilerin cinsiyetlerine göre haftalık yürüyüş durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Erkek öğrenciler, kadın öğrencilerden daha fazla yürüyüş yapmaktadır. Cinsiyete göre haftalık yürüyüş durumları arasında fark saptanmış ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.23. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre haftalık yürüyüş durumlarının karşılaştırılması

Haftalık yürüyüş	Cinsiyet				Toplam		χ^2	p
	Erkek		Kadın		S	%		
	S	%	S	%				
1-90dk yürüyüş	28	38.9	163	66.3	191	60.1	21.756	0.000*
91-200dk yürüyüş	19	26.4	50	20.3	69	21.7		
201dk dan fazla yürüyüş	25	34.7	33	13.4	58	18.2		
Toplam	72	100.0	246	100.0	318	100.0		

* $p<0.05$

Tablo 4.24'te haftalık yürüyüş durumuna göre defekasyon sorunlarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Haftada 1-90 dakika yürüyüş yapan, 91-200 dakika yürüyüş yapan ve 201 dakikadan fazla yürüyüş yapan öğrencilerde defekasyon sorunu olanlar sırasıyla %27.2'si, %30.4'ü ve %25.9 şeklindedir. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumu ile defekasyon sorunu arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.24. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumuna göre defekasyon sorunlarının karşılaştırılması

Defekasyon sorunu	Haftalık yürüyüş						Toplam		χ^2	p
	1-90 dk		91-200 dk		201 dk dan fazla		S	%		
	S	%	S	%	S	%				
Var	52	27.2	21	30.4	15	25.9	88	27.7	0.377	0.828
Yok	139	72.8	48	69.6	43	74.1	230	72.3		
Toplam	191	100.0	69	100.0	58	100.0	318	100.0		

Tablo 4.25'te haftalık yürüyüş durumuna göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Haftada 1-90 dakika yürüyüş yapan, 91-200 dakika yürüyüş yapan ve 201 dakikadan fazla yürüyüş yapan öğrenciler YTT-40 puan gruplarında sırasıyla %28.3'ü, %26.1'i ve %34.5'i 31 ve üstünde puan almıştır, bu durum yeme bozukluğu riskine işaret etmektedir. Öğrencilerin yürüyüş durumuna göre dağılan YTT-40 puan gruplarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.25. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumuna göre YTT-40 puan gruplarının karşılaştırılması

YTT-40 puan grupları	Haftalık yürüyüş								χ^2	p
	1-90 dk		91-200 dk		201 dk dan fazla		Toplam			
	S	%	S	%	S	%	S	%		
0-30 arası	137	71.7	51	73.9	38	65.5	226	71.1	1.181	0.554
31 ve üstü	54	28.3	18	26.1	20	34.5	92	28.9		
Toplam	191	100.0	69	100.0	58	100.0	318	100.0		

Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumlarına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.26'da gösterilmiştir. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumlarına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.26. Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumuna göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Haftalık yürüyüş	S	$\bar{x} \pm SS$	F	p
YTT-40 Puanı	1-90dk yürüyüş	191	23.71 \pm 12.65	0.492	0.612
	91-200dk yürüyüş	69	24.29 \pm 17.72		
	201dk dan fazla yürüyüş	58	25.79 \pm 13.26		
YFÖ-30 Puanı	1-90dk yürüyüş	191	96.99 \pm 14.03	1.963	0.142
	91-200dk yürüyüş	69	100.8 \pm 12.24		
	201dk dan fazla yürüyüş	58	98.60 \pm 14.58		

Öğrencilerin uyku düzenine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.27'de gösterilmiştir. Öğrencilerin uyku düzenine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.27. Öğrencilerin uyku durumuna göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Uyku durumu	S	$\bar{x} \pm SS$	F	p
YTT-40 Puanı	Düzenli uyku	177	25.15 ± 13.85	0.887	0.413
	Düzensiz uyku	125	23.01 ± 14.17		
	Sadece hafta içi düzenli uyku	16	23.38 ± 13.99		
YFÖ-30 Puanı	Düzenli uyku	177	98.72 ± 14.18	0.478	0.621
	Düzensiz uyku	125	97.17 ± 13.67		
	Sadece hafta içi düzenli uyku	16	98.75 ± 10.69		

Tablo 4.28’de öğrencilerin defekasyon alışkanlıklarına göre defekasyon sorunlarının dağılımı gösterilmiştir. Defekasyon alışkanlığı düzenli ve düzensiz olan öğrencilerde defekasyon sorununun varlığı sırasıyla %23 ve %39.8 şeklindedir. Defekasyon alışkanlıkları ve defekasyon sorunları arasındaki fark yüksek derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.28. Öğrencilerin defekasyon alışkanlıklarına göre defekasyon sorunlarının dağılımı

Defekasyon sorunu	Defekasyon alışkanlığı				Toplam		χ^2	p
	Düzenli		Düzensiz		S	%		
	S	%	S	%	S	%		
Var	53	23.0	35	39.8	88	27.7	8.900	0.003*
Yok	177	77.0	53	60.2	230	72.3		
Toplam	230	100.0	88	100.0	318	100.0		

* $p < 0.05$

Tablo 4.29’da öğrencilerin cinsiyetlerine göre defekasyon durumlarının dağılımı gösterilmiştir. Erkeklerin %79.2’sinin defekasyonu düzenliken, kadınlarda bu sonuç %70.3 şeklindedir. Erkeklerin ve kadınların defekasyon alışkanlıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Defekasyon sorunlarının dağılımında ise erkeklerin %6.9’unun defekasyon sorunu varken,

kadınlarda bu sonuç %33.7 şeklindedir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.29. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre defekasyon durumlarının dağılımı

	Cinsiyet				Toplam		χ^2	p
	Erkek		Kadın		S	%		
	S	%	S	%	S	%		
Defekasyon alışkanlığı								
Düzenli	57	79.2	173	70.3	230	72.3	2.175	0.177
Düzensiz	15	20.8	73	29.7	88	27.7		
Defekasyon sorunu								
Var	5	6.9	83	33.7	88	27.7	19.98	0.000*
Yok	67	93.1	163	66.3	230	72.3		
Toplam	72	100.0	246	100.0	318	100.0		

* $p<0.05$

Tablo 4.30'da öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre defekasyon durumlarının dağılımı gösterilmiştir. BKİ zayıf sınıfında olan öğrencilerin %78.4'ünün defekasyon alışkanlıkları düzenliken, %21.6'sının düzensizdir. BKİ normal sınıfında olan öğrencilerin %69'unun defekasyon alışkanlıkları düzenliken, %31'inin düzensizdir. Hafif şişman-şişman BKİ sınıfında olan öğrencilerin %82.7'sinin defekasyon alışkanlıkları düzenliken, %17.3'ünün düzensizdir. Ancak istatistiksel olarak sınıflar arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$). BKİ sınıflamasına göre defekasyon sorunlarının karşılaştırılmasına bakıldığında ise BKİ zayıf sınıfında olan öğrencilerin %32.4'ünde, BKİ normal sınıfında olan öğrencilerin %28.8'inde, hafif şişman-şişman BKİ sınıflamasında olan öğrencilerin %19.2'sinde defekasyon sorunları bulunmaktadır. İstatistiksel olarak gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.30. Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre defekasyon durumlarının dağılımı

	BKİ (kg/m ²) sınıflaması						Toplam		χ^2	p
	Zayıf		Normal		Hafif şişman- şişman		S	%		
	S	%	S	%	S	%				
Defekasyon alışkanlığı										
Düzenli	29	78.4	158	69.0	43	82.7	230	72.3	4.738	0.094
Düzensiz	8	21.6	71	31.0	9	17.3	88	27.7		
Defekasyon sorunu										
Var	12	32.4	66	28.8	10	19.2	88	27.7	2.421	0.298
Yok	25	67.6	163	71.2	42	80.8	230	72.3		
Toplam	37	100.0	229	100.0	52	100.0	318	100.0		

Tablo 4.31’de öğrencilerin uyku durumlarına göre defekasyon sorunlarının dağılımı gösterilmiştir. Uykusu düzenli, sadece hafta içi düzenli ve düzensiz olan öğrencilerde defekasyon sorunları olanlar sırasıyla %29.9, %24 ve %31.3 şeklindedir. Uyku düzenleri ve defekasyon sorunları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Uyku süresi 6 saatten az, 7 saat, 8 saat, 9 saatten fazla olan öğrencilerde defekasyon sorunu olanlar sırasıyla %27.6, %17.5, %32.6 ve %44.4 şeklindedir. Uyku süresi arttıkça defekasyon sorunları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.31. Öğrencilerin uyku durumlarına göre defekasyon sorunlarının dağılımı

	Defekasyon sorunu				Toplam		χ^2	p
	Var		Yok		S	%		
	S	%	S	%				
Uyku düzeni								
Düzenli	53	29.9	124	70.1	177	100.0	1.401	0.496
Düzensiz	30	24.0	95	76.0	125	100.0		
Sadece hafta içi düzenli	5	31.3	11	68.8	16	100.0		

Tablo 4.31. devamı

	Defekasyon sorunu				Toplam		χ^2	p
	Var		Yok		S	%		
	S	%	S	%	S	%		
Uyku süresi								
6 saatten az	16	27.6	42	72.4	58	100.0	13.696	0.003*
7 saat	21	17.5	99	82.5	120	100.0		
8 saat	31	32.6	64	67.4	95	100.0		
9 saatten fazla	20	44.4	25	55.6	45	100.0		
Toplam	88	27.7	230	72.3	318	100.0		

*p<0.05

Öğrencilerin defekasyon sorunlarına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.32’de gösterilmiştir. Defekasyon sorunu olan öğrencilerin YTT-40 puan ortalaması 27.28±13.64, YFÖ-30 puan ortalaması ise 96.26±13.34 iken defekasyon sorunu olmayan öğrencilerin YTT-40 puan ortalaması 23.04±13.96, YFÖ-30 puan ortalaması ise 99.58±13.73 şeklindedir. Öğrencilerin defekasyon durumları göre hem yeme tutumlarını hem de yeme farkındalıklarını arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öğrencilerin yeme farkındalıkları yükseldikçe ve yeme tutumları iyileştikçe defekasyon sorunları azalmaktadır (p<0.05). Grupların karşılaştırmasında defekasyon sorununun varlığı ile YFÖ-30 puan ortalamasının anlamlılığı yani yeme farkındalığının farkı daha yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.32. Öğrencilerin defekasyon sorunlarına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Defekasyon sorunu	S	$\bar{x} \pm SS$	t	p
YTT-40 Puanı	Var	88	27.28 ± 13.64	2.438	0.015*
	Yok	230	23.04 ± 13.96		
YFÖ-30 Puanı	Var	88	96.26 ± 13.34	-3.116	0.002**
	Yok	230	99.58 ± 13.73		

*p<0.05, **p<0.01

4.4. Ölçek Puanlarının Korelasyonları

Tablo 4.33'te öğrencilerin beslenme dersi alma durumu ile YTT-40 ve YFÖ-30 puanlarının ilişkisi gösterilmiştir. Beslenme dersi almayan öğrencilerde yeme bozukluğu riski artmakta, yeme farkındalıkları ise düşmektedir. Ancak istatistiksel açıdan bu ilişki önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.33. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumu ile YTT-40 ve YFÖ-30 puanlarının ilişkisi

	YTT-40 puanı		YFÖ-30 puanı	
	r	p	r	p
Beslenme dersi	0.10	0.853	-0.009	0.874

Tablo 4.34'te öğrencilerin beslenme dersi alma durumu ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi gösterilmiştir. Beslenme dersi alan öğrencilerde disinhibisyon, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans faktörleri yükselirken, duygusal yeme, yeme kontrolü ve odaklanma faktörleri düşmektedir. Ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.34. Öğrencilerin beslenme dersi alma durumu ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi

YFÖ-30 Faktörleri	Beslenme dersi	
	r	p
Disinhibisyon	-0.054	0.333
Duygusal Yeme	0.036	0.525
Yeme Kontrolü	0.041	0.465
Odaklanma	0.058	0.305
Yeme Disiplini	-0.072	0.199
Farkındalık	-0.016	0.774
Enterferans	-0.072	0.203

Tablo 4.35'te öğrencilerin yaşları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi gösterilmiştir. Öğrencilerin yaşları arttıkça YFÖ-30 puanları yani yeme farkındalıkları anlamlı şekilde yükselmektedir ($r=0.133$, $p<0.05$). Öğrencilerin yaşları arttıkça YTT-40 puanları da yükselmekte olup aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan önemsizdir ($p>0.05$). YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise öğrencilerin yaşları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans faktörleri yükselmekte yeme kontrolü ve odaklanma faktörleri düşmektedir. Öğrencilerin yaşı arttıkça duygusal yeme durumlarının da arttığı istatistiksel açıdan önemli bulunmuş olup ($r=0.191$, $p<0.01$), öğrencilerin yaşlarının diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsizdir ($p>0.05$).

Tablo 4.35. Öğrencilerin yaşları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi

	Yaş (yıl)	
	r	p
Ölçek puanları		
YTT-40 puanı	0.041	0.471
YFÖ-30 puanı	0.133	0.018*
YFÖ-30 Faktörleri		
Disinhibisyon	0.097	0.086
Duygusal Yeme	0.191	0.001**
Yeme Kontrolü	-0.050	0.376
Odaklanma	-0.056	0.322
Yeme Disiplini	0.037	0.512
Farkındalık	0.118	0.035*
Enterferans	0.099	0.079

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Tablo 4.36'da öğrencilerin antropometrik verileri ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi gösterilmektedir. Öğrencilerin vücut ağırlığı ve BKİ değeri yükselirken yeme bozukluğu riski artmaktadır ($r=0.112$, $p<0.05$ ve $r=0.139$, $p<0.05$). Vücut ağırlığı ve BKİ yükselirken yeme farkındalığı düşmektedir ancak bu ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Öğrencilerin antropometrik bilgileri ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise vücut ağırlığı ve BKİ yükselirken, duygusal yeme ve yeme disiplini faktörleri yükselmektedir. Diğer taraftan disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans faktörleri ise düşmektedir. Vücut ağırlığı ve BKİ yükselirken yeme kontrolü düşmekte olup bu ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($r=-0.252$, $p<0.01$ ve $r=-0.208$, $p<0.01$), diğer faktörlerle olan ilişkisi ise istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0.05$).

Tablo 4.36. Öğrencilerin antropometrik verileri ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi

	Vücut ağırlığı (kg)		BKİ (kg/m ²)	
	r	p	r	p
Ölçek puanları				
YTT-40 puanı	0.112	0.046*	0.139	0.013*
YFÖ-30 puanı	-0.064	0.256	-0.081	0.150
YFÖ-30 Faktörleri				
Disinhibisyon	-0.052	0.355	-0.047	0.399
Duygusal Yeme	0.100	0.076	0.009	0.876
Yeme Kontrolü	-0.252	0.000**	-0.208	0.000**
Odaklanma	-0.042	0.453	-0.076	0.179
Yeme Disiplini	0.064	0.259	0.055	0.329
Farkındalık	-0.089	0.112	-0.033	0.558
Enterferans	-0.014	0.806	-0.004	0.939

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

Tablo 4.37’de öğrencilerin yürüyüş durumları ile YTT-40 ve YFÖ-30 puanlarının ilişkisi gösterilmiştir. Yürüyüş durumu arttıkça yeme bozukluğu riski de yeme farkındalığı da artmaktadır ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Öğrencilerin yürüyüş durumları ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise yürüyüş durumları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artarken, yeme kontrolü ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Yürüyüş durumu arttıkça duygusal yemenin de yükselişi istatistiksel açıdan önemli olarak bulunmuş olup ($r=-0.166$,

p<0.01), diğer faktörlerle olan ilişkisi istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.37. Öğrencilerin yürüyüş durumları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi

	Yürüyüş durumu	
	r	p
Ölçek puanları		
YTT-40 puanı	0.054	0.335
YFÖ-30 puanı	0.071	0.209
YFÖ-30 Faktörleri		
Disinhibisyon	0.014	0.807
Duygusal Yeme	0.166	0.003**
Yeme Kontrolü	-0.030	0.597
Odaklanma	0.063	0.265
Yeme Disiplini	0.079	0.158
Farkındalık	-0.068	0.224
Enterferans	0.030	0.594

**p<0.01

Tablo 4.38’de öğrencilerin uyku süreleri ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi gösterilmiştir. Uyku süresi arttıkça yeme tutumu iyileşmekte ve farkındalık düşmektedir ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur (p>0.05). Öğrencilerin uyku süreleri ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında uyku süreleri arttıkça yeme kontrolü, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artarken disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Uyku süresi arttıkça duygusal yeme durumunun da artıyor olması istatistiksel açıdan önemli bulunmuş olup (r=-0.118, p<0.05), uyku süresinin diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.38. Öğrencilerin uyku süreleri ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi

	Uyku süresi	
	r	p
Ölçek puanları		
YTT-40 puanı	-0.101	0.073
YFÖ-30 puanı	-0.045	0.419
YFÖ-30 Faktörleri		
Disinhibisyon	-0.018	0.750
Duygusal Yeme	-0.118	0.035*
Yeme Kontrolü	0.046	0.410
Odaklanma	-0.028	0.613
Yeme Disiplini	0.022	0.693
Farkındalık	-0.026	0.650
Enterferans	0.015	0.788

*p<0.05

Tablo 4.39’da öğrencilerin defekasyon durumları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi gösterilmiştir. Defekasyon düzensizliği arttıkça yeme bozukluğu riski artmakta ve yeme farkındalığı azalmaktadır ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Öğrencilerin defekasyon sorunlarının azalması ile yeme tutumlarının iyileşmesi ($r=-0.136$, $p<0.05$) ve yeme farkındalıklarının yükselmesi ($r=0.173$, $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır. Diğer bir deyişle defekasyon sorunları ile ölçek puanları arasındaki ilişkilerde YFÖ-30 puanı ile pozitif, YTT-40 puanı ile negatif ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Defekasyon sorunları ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise defekasyon sorunları azalırken disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artmakta, odaklanma ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Defekasyon sorunları ile YFÖ-30 alt faktörlerinden disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmış olup ($r=-0.143$, $p<0.05$, $r=-0.227$, $p<0.01$ ve $r=-0.114$, $p<0.05$), diğer faktörlerle olan

ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Diğer bir deyişle defekasyon sorunları ile disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans faktörleri negatif ilişkilidir.

Tablo 4.39. Öğrencilerin defekasyon durumları ile YTT-40, YFÖ-30 puanları ve YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisi

	Defekasyonu düzenli olan		Defekasyon sorunu olan	
	r	p	r	p
Ölçek puanları				
YTT-40 puanı	0.053	0.348	-0.136	0.015*
YFÖ-30 puanı	-0.096	0.087	0.173	0.002**
YFÖ-30 Faktörleri				
Disinhibisyon	-0.093	0.098	0.143	0.010*
Duygusal Yeme	-0.070	0.216	0.227	0.000**
Yeme Kontrolü	0.012	0.831	0.043	0.445
Odaklanma	-0.019	0.731	-0.012	0.826
Yeme Disiplini	-0.094	0.095	0.073	0.193
Farkındalık	-0.022	0.697	-0.026	0.647
Enterferans	-0.002	0.975	0.114	0.042*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

5. TARTIŞMA

Obezite ve Yeme Bozuklukları uzun yıllardır yeme tutumları ve yeme farkındalığı ile ilişkilendirilmektedir (15, 20, 29, 32, 51, 99, 169). Yeme tutumları aileden gelen bir öğrenme sürecinin yanında çevresel etkenlerle de değişebilmektedir. Aileden gelen öğrenme sürecinde duygularla başa çıkmada besinin kullanıldığı durumlarda duygusal yeme ile buna bağlı obezite ve tıkinircasına yeme bozukluğu kaçınılmaz olmaktadır (99). Bireylerin besinlerle olan ilişkileri duygu durumları ile değişmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda ortaya çıkan duygusal yeme kavramı olumsuz duygulara karşı verilen bir cevaptır (48, 51, 99, 117). Özellikle tıkinircasına yeme bozukluğunda psikolojik strese bağlı duygusal yemenin arttığı gözlenmiş ve buna bağlı verilen eğitimlerin vücut ağırlığı kaybında yararlı olduğu gösterilmiştir (169). Ayrıca irritabl bağırsak sendromu (İBS) olarak tanımlanan ve kriterleri belirlenmiş olan (131) defekasyon sorunlarına bağlı bağırsak hastalığının da hem besin içerikleri hem de yeme tutumlarıyla ilişkili olduğu araştırmalarda gösterilmiştir (148, 153). Literatürde obezite ve yeme bozukluklarında yeme farkındalığı, yeme tutumları ve irritabl bağırsak sendromu kriterleriyle değerlendirilen defekasyon sorunları arasındaki ilişkilendirmelere rastlanmaktadır (147, 154, 155).

Vücut ağırlığı kaybını hedef alan diyet programlarında uzun süreli etkinliği sağlamak için duygu durumlarıyla başa çıkılabilmesi son yıllarda önem kazanmıştır (2, 5, 7, 9, 81). Duygu durumlarıyla başa çıkabilme ve yeme tutumu aynı zamanda defekasyon sorunlarının tedavisinde de sıklıkla kullanılmaktadır (147, 154). Son yıllarda yapılan araştırmalarda yeme durumu ile ilgili ilişkilerin ölçülebilir olması ve ölçülen ilişkinin içeriği gittikçe önem kazandığı belirtilmektedir. Disinhibisyon, duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme, farkına vararak yeme, dürtüsel yeme, dışsal yeme, otomatik yeme gibi faktörlerin yer aldığı ölçeklerin kullanılması ile alt faktörlerin belirlenmesi sağlanmakta ve yeme tutumları, farkındalık kazandırılarak hem fizyolojik (vücut ağırlığı yönetimi, İBS) hem de psikolojik (farkındalık kazanma, tutumu değiştirme) değişim sürecine girebilmektedir (32). Mantzios ve Wilson (51), farkındalık, yeme davranışları ve obeziteyi ilişkilendirmiş; yeme farkındalığı ile ilgili

yapılan araştırmaların arttırılması ile obezite ve tıknırcasına yeme bozukluklarında daha etkin koruyucu ve tedavi edici yöntemlerin geliştirilmesini sağlayacağını vurgulamışlardır.

Ölçek Puanlarının Korelasyonları

Bu araştırmada Yeme Tutumu Testi (YTT-40), YTT-40 puan grubu ve Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) puanlarının kendi aralarındaki ilişkileri incelenmiştir.

YTT-40 puanının artıyor olması yeme farkındalığının ve dolayısıyla beklenen sağlıklı yeme davranışlarının azalıyor olması anlamına gelmektedir.

YTT-40 ve YFÖ-30 puanlarının YFÖ-30 faktör puanları ile ilişkisine bakıldığında YFÖ-30 puanı yükseldikçe, YFÖ-30 faktör puanlarının hepsi yükselmektedir. Sırasıyla disinhibisyon ($r=0.739$), duygusal yeme ($r=0.700$), yeme kontrolü ($r=0.594$), yeme disiplini ($r=0.449$), farkındalık ($r=0.523$), enterferans ($r=0.502$) faktörlerinin YFÖ-30 ile ilişkisi istatistiksel olarak önemli ($p<0.001$) bulunmuş olup sadece odaklanma faktörünün YFÖ-30 ile ilişkisi istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 3.4). Framson ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada özgün adı *Mindful Eating Questionnaire (MEQ)* ölçeği ile disinhibisyon faktörü arasında negatif ilişki bulunmuştur (32). Kesitsel araştırmalara baktığımızda Anderson ve arkadaşlarının (37) yaptığı araştırmada ise disinhibisyon alt faktörüyle ilişkisi önemsiz bulunmuştur. Moor ve arkadaşları (170) yaptıkları kesitsel araştırmada ölçek ile disinhibisyon, duygusal yeme ve dışsal etkenler faktörleri arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuştur ($p<0.05$). Yeme Farkındalığı Ölçeği, Mason ve arkadaşlarının (171) da söylediği gibi farkına vararak yeme bağlamında özelleşmek yerine yeme deneyimine verilen dikkatin kalitesini ölçmek için de geliştirilmiştir. Beshara, Hutchinson ve Wilson (39), *MEQ* ölçeğinden yüksek puan alan katılımcılara *mindful eaters* (farkına vararak yiyenler) adını vermiştir. Ölçeğin alt faktörlerinden duygusal yeme ve disinhibisyonun önemini vurgulamıştır. Değerlendirmelerde porsiyon ölçüleri ile ilişkilerde bu iki alt faktörün ilişkilendirmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (39).

Öğrencilerin genel özellikleri ve ölçeklerle ilişkileri

Aile içinde başlayan sağlıklı beslenme davranışlarıyla beraber hem sağlıklı bir yeme davranışı ve yeme farkındalığı hem de vücut ağırlığı yönetimi sağlanabilmektedir (37). Uzun dönemli yapılan araştırmalarda ailede başlayan yeme davranışlarının obeziteye yol açabileceği ve vücut ağırlığı yönetiminde önemli rol oynadığı açıkça gösterilmiştir (170). Ayrıca duygusal yeme ile baş etmede aileden öğrenilen süreçlerin önemi vurgulanmaktadır (99, 170). Bu araştırmada öğrencilerin %35.8'inin ailesinde şişman birey bulunurken, %64.2'sinin ailesinde şişman birey bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.10). BKİ ortalamalarına bakıldığında öğrencilerden ailesinde şişman birey olanların BKİ ortalaması ($22.79 \pm 3.91 \text{ kg/m}^2$) ile ailesinde şişman birey olmayanların BKİ ortalaması ($21.36 \pm 3.26 \text{ kg/m}^2$) arasındaki fark (her ne kadar iki sonuçta da BKİ sınıflaması normal olsa da) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.10). Elde edilen sonuçlar, ailedeki beslenme alışkanlıkları ve çevresel etmenlerin katılımcı üzerine etkisini kanıtlamamıza yardımcı olmuştur.

Öğrencilerin yaş gruplarına göre BKİ değerlerine bakıldığında öğrencilerden 18-21 yaş aralığında olanların BKİ ortalaması ($21.62 \pm 3.77 \text{ kg/m}^2$) ile 22 yaş ve üzerinde olanların BKİ ortalaması ($22.48 \pm 2.96 \text{ kg/m}^2$) arasında saptanan fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.4). Beklenildiği üzere yaşın artmasıyla beraber BKİ değerleri de yükselmektedir (41). Öğrencilerin yaşları arttıkça YFÖ-30 puanları yani yeme farkındalıkları anlamlı şekilde yükselmektedir ($r = 0.133$, $p < 0.05$). YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise öğrencilerin yaşları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans faktörleri yükselmekte yeme kontrolü ve odaklanma faktörleri düşmektedir. Öğrencilerin yaşı arttıkça duygusal yeme durumlarının da arttığı istatistiksel açıdan önemli bulunmuş olup ($r = 0.191$, $p < 0.01$), öğrencilerin yaşlarının diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsizdir ($p > 0.05$) (Bkz. Tablo 4.35). Framson ve arkadaşlarının (32) yaptığı araştırmada katılımcıların yaşları arttıkça odaklanma faktörü hariç farkındalık, disinhibisyon, duygusal cevap ve dışsal etken faktörleri de artmaktadır. Bu araştırmadaki farklı sonuç Framson ve arkadaşlarının (32) araştırmasındaki yaş grubunun 18-80 yaş aralığında olmasından ve 30 yaş ve

üstü katılımcıların kendilerinden daha yaşlı katılımcılara göre ölçek puanlarının daha düşük çıkmasından kaynaklanmış olabilir.

Öğrencilerin vücut ağırlığı ve BKİ değeri yükselirken yeme bozukluğu riski artmakta olup ($r=0.112$, $p<0.05$ ve $r=0.139$, $p<0.05$), yeme farkındalığı düşmektedir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.36). Benzer olarak Framson ve arkadaşlarının (32) araştırmasında da BKİ değeri arttıkça *MEQ* puanı paralel olarak azalmaktadır. Bu araştırmadan farklı olarak BKİ değerleri 17.7-62.0 (ortalama 24.2 ± 5.1) kg/m^2 olarak dağılmaktadır (32). Yine başka bir araştırmada Grinnell ve arkadaşları (172) ölçeği kullanmamış ancak BKİ değeri azaldıkça farkındalığın arttığını bildirmişlerdir. Bu durum obez bireylerde yeme tutumunun bozulduğu ve yeme farkındalığının düşük olduğunun güçlü bir kanıtıdır.

BKİ sınıflamasına göre YTT-40 puanlarına bakıldığında BKİ zayıf sınıfında (19.24 ± 8.60) puan, BKİ normal sınıfında (24.52 ± 14.82) puan, BKİ hafif şişman-şişman sınıfında (26.44 ± 12.59) puan ortalamaları arasında fark saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16). Benzer olarak üniversitede eğitim gören öğrencilerle ilgili yapılan bir çalışmada kadın öğrencilerde YTT-40 kesme puanına göre katılımcıların %6.3'ünde yeme bozukluğu saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak BKİ normal sınıflamasında olmasına rağmen BKİ arttıkça YTT-40 puanının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükseldiği gösterilmiştir ($p<0.001$) (173). Öğrencilerden BKİ hafif şişman-şişman sınıfında olanların %36.5'inin YTT-40 puanı 31 ve üstündedir ve bu öğrenciler yeme bozukluğu riski taşımaktadır ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.17). YFÖ-30 puanlarına bakıldığında BKİ zayıf sınıfında 100.29 ± 14.07 , BKİ normal sınıfında 98.22 ± 13.23 , BKİ hafif şişman-şişman sınıfında 96.06 ± 15.96 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Özellikle bu araştırma ile benzer olarak BKİ zayıf ve normal grubunda ($<25 \text{ kg/m}^2$) yüksek *MEQ* puanları saptanmıştır ($p<0.001$) (32).

Öğrencilerin antropometrik verileri ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise vücut ağırlığı ve BKİ yükselirken, duygusal yeme ve yeme disiplini faktörleri yükselmektedir. Diğer taraftan disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans faktörleri ise düşmektedir. Vücut ağırlığı ve BKİ

yükselirken yeme kontrolü düşmekte olup bu ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($r=-0.252$, $p<0.01$ ve $r=-0.208$, $p<0.01$), diğer faktörlerle olan ilişkisi ise istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.36). Beshara, Hutchinson ve Wilson (39) araştırmalarında *MEQ* puanları ile vücut ağırlığının negatif ilişkili olduğunu saptamıştır ($p<0.05$) bunun yanında duygusal yeme ve disinhibisyon faktörleri ile negatif ilişki saptamıştır. Bu araştırmaya paralel olarak Framson ve arkadaşlarının (32) araştırmasında da BKİ değerleri ile bütün alt faktörler negatif ilişkili bulunmuştur ($p<0.001$). Mason ve arkadaşlarının (171) yaptığı araştırmada da BKİ değeri yüksek olan katılımcılarda *MEQ* puanı daha düşük bulunmuş bunun yanında duygusal yeme puanı da azalmıştır. Moor ve arkadaşları (170) yaptıkları araştırmada BKİ ile *MEQ* puanları arasında negatif ilişki saptamışlardır. Anderson ve arkadaşları (37) yaptıkları araştırmada yeme farkındalığı ile bilişsel kısıtlama üzerinde durmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Araştırmalarda yeme farkındalığının ölçülmesinin önemi vurgulanmış ve farkındalığın artırılması ile vücut ağırlığı yönetiminin daha etkin sağlanabileceği kanıtlanmıştır (32, 37, 170, 171).

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre ayrılan YTT-40 ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.13). Öğrencilerin %71.1'inin YTT-40 puanı 3-30 puan arasında olup yeme bozukluğu riski taşımazken, %28.9'unun YTT-40 puanı ise 30 puandan yüksektir ve yeme bozukluğu riski taşımaktadır (Bkz. Tablo 4.13). Yine üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada YTT-40 kesme puanı 30'dan daha yüksek puan alan bireylerin yeme bozukluğu tanısı alabileceği savunulmuş ve kadınların risk altında olduğu belirtilmiştir (173). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılan YTT-40 puanlarının ortalamalarına bakıldığında ise erkekler (23.33 ± 15.60) ile kadınlar (24.48 ± 13.50) arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.14). Benzer bir çalışmada öğrencilerden kadın olanların YTT-40 puan ortalaması (18.67 ± 11.30), erkeklerden (16.79 ± 10.73) istatistiksel olarak yüksek ($p=0.01$) bulunmuştur (174). Bu bulguya paralel olarak kadın öğrencilerde YTT puan ortalamasının erkek öğrencilerden yüksek olduğu yine başka bir çalışmada saptanmıştır (175). Kadınların yeme tutumu sonuçlarına göre erkeklere göre yeme bozukluğu riski altında oldukları söylenebilmektedir. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre

YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında erkeklerin 98.44±13.92 puan ile kadınların 98.01±13.80 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Framson ve arkadaşları (32) araştırmalarında kadınların duygusal yeme alt faktörleri incelenmiş ve erkeklere göre daha düşük puan saptamıştır ($p<0.01$). Buradan yola çıkarak kadınların duygusal stres durumunda erkeklerden daha farklı bir cevap verebileceklerini savunmuşlardır (32).

Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve ölçeklerle ilişkisi

Öğrencilerin besin seçimlerine bakıldığında öğrencilerin %76.1'i bütün besinleri tüketmektedir. Öğrencilerin %11'i hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve süt ürünlerini tüketmekte, %9.1'i kırmızı et tüketmemekte, %1.6'sı hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve yumurtayı tüketmekte, %1.3'ü hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurtayı tüketmekte ve %0.9'u hayvansal hiçbir besin tüketmemektedir

(Bkz. Tablo 4.11). Beslenme alışkanlıkları sosyal normlara ve kültürlere göre değişebilmektedir. Bazı besinler kadınlara ya da erkeklere özel olarak üretilmiş gibi sunulabilmektedir (176). Kırmızı et içeriği yüksek olan beslenme alışkanlıkları erkeklere özgü gibi gösterilirken, meyve ve sebze içeriğinden zengin beslenme alışkanlıkları ise kadınlara atfedilmektedir (177). Cinsiyete göre yapılan besin seçimleri karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$)

(Bkz. Tablo 4.11).

Besin seçimlerinde vejetaryen ve vegan beslenme ile ilgili yapılan araştırmalarda vejetaryen beslenen bireylerin beslenme alışkanlıklarında yüksek yağlı ve şekerli besinlerin daha fazla yer aldığı bu yüzden de obezitenin daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır (178). Öğrencilerin besin seçimlerine göre BKİ sınıflamasının karşılaştırılmasında kırmızı et tüketmeyenlerin %69'u BKİ normal, %24.1'i BKİ hafif şişman-şişman sınıfına girmektedir. Veganların %66.6'sı BKİ normal sınıfına girmektedir. Besin seçimi olmayanların %72.3'ü BKİ normal, %16.9'u BKİ hafif şişman-şişman sınıfına girmektedir. Besin seçimleri ve BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz.

Tablo 4.12). Benzer bir çalışmada vejetaryen beslenen katılımcılarla yapılan araştırmaların sonuçlarında vejetaryen katılımcıların çok daha yüksek BKİ değerlerine sahip olduğu ve obeziteye bağlı hastalıklara yakalanma risklerinin çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir (179). Yine Kore’de yapılan bir derlemede vejetaryen katılımcıların normal BKİ değerine sahip olduğu gsterilmiştir (180). Bununla beraber yapılan kohort araştırmalarını derleyen Chiu ve arkadaşları (178) Tayvan’da yapılan araştırmalarda vejetaryen ve vegan katılımcıların artmasıyla beraber obezitenin %7 azaldığını belirtmişlerdir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, vucut ağırlığı ynetimi için vejetaryen beslenmede kırmızı etin yerine konulan proteinin kalitesinin önem kazanması ve vegan beslenmede de tüketlen karbonhidrat oranı yüksek olan besinlerin protein kaynağı olarak da kullanılmasıdır.

Besin seçimlerine bakıldığında ise hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurta tüketenlerin hepsi, veganların %33.3’ü, besin seçimi olmayanların %26.4’ü ve kırmızı et tüketmeyenlerin %24.1’i yeme bozukluğu riski taşımaktadır (YTT-40 puanı 31 ve üstündedir) ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.19). Bu durum daha önce de vurgulandığı üzere vejetaryen ve vegan bireylerde protein tüketiminin azalmasıyla beraber karbonhidrat ve yağ tüketiminin kaçınılmaz olmasıyla hem vucut ağırlığı ynetiminin zorlaşması hem de yeme farkındalığının azalmasına sebep olmaktadır (181-183). Ancak besin seçimlerinde dikkatli olan ve kaliteli karbonhidrat ve yağ tüketen vejetaryen ve veganlarda sağlık açısından riskli bir durumla karşılaşılmamakta aksine metabolik faaliyetleri daha hızlı olmakta ve vucut ağırlığı ynetimi de sağlanmaktadır (183).

Öğrencilerden besin seçimlerinde kırmızı et tüketen öğrencilerin YTT-40 puan ortalamaları 23.98 ± 14.14 iken kırmızı et tüketmeyen öğrencilerin YTT-40 puan ortalamaları 26.34 ± 12.49 ’dur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.20). Görüldüğü üzere besin seçiminde kırmızı et tüketmeyen grup YTT-40 kesme puanının altında kalmıştır. Besin seçimlerinde kırmızı et tüketen öğrencilerin YFÖ puan ortalamaları 98.21 ± 13.87 iken kırmızı et tüketmeyen öğrencilerin YFÖ puan ortalamaları ise 97.25 ± 13.47 şeklindedir. ($p>0.05$). Besin seçimlerinde kırmızı et tüketme durumu yeme farkındalığını etkilememektedir (Bkz. Tablo 4.20). Kadınlarda sağlık riskleri gözetmeksizin kırmızı et tüketmeme durumunu bozulmuş yeme davranışı olarak

tanımlayan bir çalışmada (184), kadınların kırmızı et tüketmeme durumunu diyet yapma davranışı olarak tanımlamışlardır (185). Bu araştırmaya paralel olarak besin gruplarından her besinin tüketilmesi sağlık açısından büyük önem arz etmekte olup, besin seçimlerinde fazla seçici olan bireylerin yeme tutumlarının bozulmuş olacağı savunulmaktadır (186).

Öğrencilerin genel alışkanlıkları ve ölçeklerle ilişkisi

Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumu, defekasyon sorunu arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.24). Özellikle defekasyon sorunu olan bireylerde fiziksel aktivitenin artırılması önerilmektedir. İrritabl bağırsak sendromu olan hastalarla yapılan bir çalışmada diyet tedavisinin yanında yürüyüş eklendiğinde etkinliğin arttığı gözlemlenmiştir (187).

Öğrencilerin haftalık yürüyüş durumlarına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.26). Yürüyüş durumu arttıkça yeme bozukluğu riski de yeme farkındalığı da artmaktadır ($p>0.05$). Öğrencilerin yürüyüş durumları ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise yürüyüş durumları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artarken, yeme kontrolü ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Yürüyüş durumu arttıkça duygusal yemenin de yükselişi istatistiksel açıdan önemli olarak bulunmuş olup ($r=-0.166$, $p<0.01$), diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.37). Framson ve arkadaşlarının (32) araştırmasında da paralel olarak haftada 201 dakikadan daha fazla yürüyüş yapan katılımcılarda duygusal yeme alt faktörü daha düşük çıkmıştır. Bu durum haftada 201 dakikadan daha fazla yürüyüş yapan bireylerde duygusal yeme ile daha iyi baş edilebileceğini göstermektedir. Bu araştırmaya paralel olarak Moor ve arkadaşları (170) yaptıkları araştırmada katılımcıların haftalık yürüyüş durumları ile MEQ puanları ve alt faktörlerde duygusal yeme ile farkındalık arasında negatif ilişki saptamışlardır ($p<0.05$).

Öğrencilerin uyku durumlarına göre yapılan değerlendirmelerde YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.26). Öğrencilerin uyku süreleri ile YFÖ-30 faktör puanlarının

ilişkinine bakıldığında uyku süreleri arttıkça yeme kontrolü, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artarken disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Uyku süresi arttıkça duygusal yeme durumunun da artıyor olması istatistiksel açıdan önemli bulunmuş olup ($r=-0.118$, $p<0.05$), uyku süresinin diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.38). Uyku süresi arttıkça yeme tutumu iyileşmekte ve farkındalık düşmektedir ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bu çalışmaya benzer olarak yapılan bir kohort çalışmasında uyku süresinin yeme tutumları ile ilişkisi güçlü olarak bulunmuş, hayat kalitesini arttırmada uykunun önemi vurgulanmıştır (188). Uyku düzenleri ve defekasyon sorunları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) ancak uyku süresi 6 saatten az, 7 saat, 8 saat, 9 saatten fazla olan öğrencilerde defekasyon sorunu olanlar sırasıyla %27.6, %17.5, %32.6 ve %44.4 şeklindedir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.31). Randomize kontrollü bir çalışmada bir defekasyon sorunu olan irritabl bağırsak sendromlu hastalarda fiziksel aktivite durumlarının artırılması ile dolaylı yoldan uyku kalitelerinin artırılması sağlanmış ve semptomlar ile uyku arasında güçlü ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (171). Bu çalışmada düzensiz uyuyan katılımcılarda diğer katılımcılara göre daha fazla defekasyon sorunu yaşandığı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada da sendrom gelişiminde de uyku problemlerinin etkili olduğu bu yüzden de düzenli fiziksel aktivitenin depresif semptomlardan uzak tutarak hem uyku hem de metabolik düzenlemelerde etkili olabileceği iletilmiştir (189). Yapılan bir derlemede uyku düzeninin, uyku süresinden daha önemli olduğu vurgulanmıştır (190).

Erkeklerin ve kadınların defekasyon alışkanlıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Defekasyon sorunlarının dağılımında ise erkeklerin %6.9'unun defekasyon sorunu varken, kadınlarda bu sonuç %33.7 şeklindedir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.29). Defekasyon düzensizliği arttıkça yeme bozukluğu riski yükselmekte ve yeme farkındalığı düşmektedir ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Öğrencilerin defekasyon sorunlarının azalması ile yeme tutumlarının iyileşmesi ($r=-0.136$, $p<0.05$) ve yeme farkındalıklarının yükselmesi ($r=0.173$, $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.39). Defekasyon düzensizleştikçe yeme kontrolü faktörü artmakta olup geriye kalan tüm

faktörler azalmaktadır ($p>0.05$). Yeme tutumunun bozulmasının defekasyonun düzensizleşmesine ve fonksiyonel bağırsak hastalıklarına yol açtığı bir derlemede belirtilmiştir (135). Defekasyon sorunları ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise defekasyon sorunları azalırken disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artmakta, odaklanma ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Yeme disiplininin içeriğine bakıldığında besin tüketiminin planlanması, hazırlanması, çevrede bulundurulmasının yanında düzenli ve saatli yemek yeme karşımıza çıkmaktadır. Öğünlerde tüketilecek olan besinlerin içeriği ve öğünün tüketim saati bağırsakların da düzenli çalışmasını sağlamaktadır (149, 150). Defekasyon sorunları ile YFÖ-30 alt faktörlerinden disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmış olup ($r=-0.143$, $p<0.05$, $r=-0.227$, $p<0.01$ ve $r=-0.114$, $p<0.05$), diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Defekasyon sorunları ile disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans faktörleri negatif ilişkilidir (Bkz. Tablo 4.39). Duygusal yeme durumunu engelleyememe ile beraber enterferans faktörüne bağlı olarak dış etkenlerden etkilenip kısır döngüye girilebilmekte ve yüksek yağlı, yüksek karbonhidratlı besinlere yönelim olabilmektedir (84). Özellikle katkı maddelerinin yoğun olduğu paketli besinlerin tüketimi de eklenirse bunun kaçınılmaz sonucu olarak da defekasyon sorunlarına ait semptomların gelişmesine katkıda bulunmaktadır (151). Defekasyon sorunları özellikle duygusal yeme durumunda tercih edilen karbonhidratların tüketimiyle beraber artabilmektedir (147-150).

Öğrencilerde beslenme dersi alma durumu, öğrencilerin yeme tutumlarını etkilememektedir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.18). Beslenme dersi almayan öğrencilerde ise yeme bozukluğu riski artmakta, yeme farkındalıkları ise düşmektedir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.33). Beslenme dersi alan öğrencilerde disinhibisyon, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans faktörleri yükselirken, duygusal yeme, yeme kontrolü ve odaklanma faktörleri düşmektedir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.34). Knoll ve arkadaşları (191) araştırmasında verilen eğitimlerle ölçeğin alt faktörlerinden duygusal yeme, disinhibisyon ve farkındalık faktörlerinde anlamlı artış gözlemlenmiştir ($p<0.05$). Sities ve arkadaşları (159) araştırmalarında beslenme ve eğitim müdahalesi ile ölçeğin alt faktörlerinden dikkat dağılması ve duygusal yeme faktörlerinde artış saptamışlardır ($p<0.01$).

Duygusal yemenin içeriğine bakıldığında duygu durumunun değişkenliğine bağlı olarak gelişen açlıkla baş edebilme becerisinin beslenme dersi ile istatistiksel olarak anlamlı olmasa da arttığı görülebilmektedir. Beslenme ile ilgili verilen bilgilerle besinlerin besin öğesi ve enerji içerikleri, sindirim ve emilim durumunu içeren metabolik faaliyetleri, besinlerin pişme şekillerinin vücuttaki etkileri hakkında gelişen farkındalıkla yeme kontrolü ve odaklanma faktörlerinde de artış sağlanmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Üsküdar Üniversitesi Sağlık Meslek Hizmetleri Yüksekokulu'nda okuyan öğrenciler arasında rastgele seçilen öğrenci üzerinde yürütülmüş, yeme tutumu ve yeme farkındalık durumları değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya 18-46 yaş arası toplam 318 öğrenci katılmıştır.
2. Katılımcıların yaş ortalaması 21.56 ± 3.82 yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yaş verilerinin medyanına göre 21 yaş baz alınarak, 18-21 yaş ile 22 ve üzeri yaş olarak gruplandırma yapılmış olup, %71.1'i 18-21 yaş grubu, %28.9'u 22 yaş ve üstü grubundadır..
3. Katılımcıların %22.6'sı erkek ve %77.4'ü kadındır.
4. Katılımcıların %5.3'ü evli ve %94.7'si bekârdır.
5. Katılımcıların vücut ağırlığı ortalamaları 60.95 ± 12.7 kg, BKİ ortalamaları 21.87 ± 3.57 kg/m² ve boy uzunluğu ortalamaları 166 ± 8 cm şeklindedir.
6. Katılımcılardan erkeklerin vücut ağırlığı ve BKİ ortalamaları sırasıyla 74.88 ± 10.98 kg ve 23.76 ± 3.32 kg/m² iken, kadınların vücut ağırlığı ve BKİ ortalamaları sırasıyla 56.87 ± 10.0 kg ve 21.32 ± 3.46 kg/m² şeklindedir.
7. Katılımcıların BKİ sınıflamasına bakıldığında %11.6'sı zayıf (BKİ < 18.5 kg/m²), %72'si normal (BKİ 18.5-24.9 kg/m²) ve %16.4'ü hafif şişman-şişman (BKİ > 25 kg/m²) şeklindedir.
8. Katılımcıların BKİ sınıflamasında yüksek oranda normal BKİ sınıfına (erkek: %68.1 ve kadın: %73.2) dağılmıştır. Erkek katılımcılardan sadece 1 tanesi zayıf BKİ (BKİ: 17.53 kg/m²) sınıfındadır.
9. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılan BKİ sınıflaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p < 0.05). BKİ değerlerine bakıldığında ise katılımcılardan 18-21 yaş aralığında olanların BKİ ortalaması 21.62 ± 3.77 kg/m² ile 22 yaş ve üzerinde olanların BKİ ortalaması 22.48 ± 2.96 kg/m² arasında saptanan fark ise yine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p < 0.05).
10. Katılımcıların %21.4'ü gıda teknolojisi, %17.6'sı tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik, %17.3'ü çocuk gelişimi, %14.5'i odyometri, %8.5'i iş sağlığı ve

güvenliği, %6.6'sı elektronörofizyoloji, %5'i ameliyathane hizmetleri, %4.7'si optisyenlik ve %4.4'ü yaşlı bakım ve hizmetleri bölümünde okumaktadır.

11. Katılımcıların okudukları bölümlerde beslenme dersi alıp almama durumlarına bakıldığında ise %31.1'i beslenme dersi almış olup; beslenme dersi alanların %14.1'i yaşlı bakım hizmetleri, %30.3'ü gıda teknolojisi ve %55'i çocuk gelişimi bölümündendir.
12. Katılımcılardan hafif şişman-şişman sınıfında olanlar en fazla tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik bölümünde (%21.2), en az ise yaşlı bakım hizmetleri bölümünde okumaktadır (%1.9). BKİ sınıflamasına göre zayıf olan katılımcıların çoğunluğu gıda teknolojisi (%32.5), çocuk gelişimi (%24.3) ile tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik (%21.6) bölümlerinde okumaktadır.
13. Katılımcılardan beslenme dersi alanlar ve almayanlarda BKİ sınıflaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
14. Katılımcıların %15.7'sinin kronik hastalığı bulunmakta olup, kronik hastalığı bulunan katılımcıların teşhis edilen hastalıkları ise %30.8'inin solunum sistemi hastalıkları, %19.2'sinin vitamin ve mineral yetersizlikleri (anemi, D vitamini yetersizliği), %17.3'ünün endokrin (hormonal) hastalıklar, %15.4'ünün kalp-damar hastalıkları, %11.5'inin sindirim sistemi hastalıkları, %5.8'inin kas-iskelet sistemi hastalıkları şeklindedir. Katılımcıların %0.3'ünün hem vitamin ve mineral yetersizliği hem de sindirim sistemi hastalıkları, %0.3'ünün de hem hem vitamin ve mineral yetersizliği hem de hipertansiyonu bulunmaktadır.
15. Katılımcıların hastalıklarına bağlı ilaç kullanma durumlarına bakıldığında ise %10,1'inin ilaç kullandığı belirlenmiştir.
16. Katılımcıların aile bireylerinin eğitim durumuna bakıldığında, annelerinin eğitim durumuna %63.5'i ilköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu, %25.8'i ortaöğretim (lise) mezunu, %6'sı okur-yazar değil ve %4.7'si ön lisans/lisans mezunu şeklindedir. Katılımcıların babalarının eğitim durumuna bakıldığında %50.3'ü ilköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu, %38.7'si ortaöğretim (lise) mezunu, %10.1'i ön lisans/lisans mezunu ve %0.9'u okur-yazar değil şeklindedir.
17. Katılımcıların %35.8'inin ailesinde şişman birey bulunurken, %64.2'sinin ailesinde şişman birey bulunmamaktadır. Katılımcıların ailesinde şişman birey olan katılımcıların BKİ ortalamalarına bakıldığında 22.79 ± 3.91 kg/m² iken

ailesinde şişman birey olmayanların BKİ ortalaması $21.36 \pm 3.26 \text{ kg/m}^2$ arasında fark saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

18. Katılımcıların besin seçimlerine bakıldığında %76.1'i bütün besinleri tüketmektedir. Katılımcıların %11'i hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve süt ürünlerini tüketmekte, %9.1'i kırmızı et tüketmemekte, %1.6'sı hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve yumurtayı tüketmekte, %1.3'ü hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurtayı tüketmekte ve %0.9'u hayvansal hiçbir besin tüketmemektedir. Cinsiyete göre yapılan besin seçimleri karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).
19. Katılımcılardan kırmızı et tüketmeyenlerin %6.9'u BKİ zayıf, %69'u BKİ normal, %24.1'i BKİ hafif şişman-şişman sınıfına girmektedir. Veganların %33.3'ü BKİ zayıf, %66.6'sı BKİ normal sınıfına girmektedir. Besin seçimi olmayanların %10.7'si BKİ zayıf, %72.3'ü BKİ normal, %16.9'u BKİ hafif şişman-şişman sınıfına girmektedir. Besin seçimleri ve BKİ sınıflaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
20. Katılımcıların YTT-40 ortalama puanı 24.22 ± 13.98 ve en az alınan puan 3, en fazla alınan puan ise 80'dir. Cinsiyete göre ayrılan YTT-40 ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).
21. Katılımcılardan YTT-40 puanı 30'dan yüksek olanların yeme tutumu bozulmuştur ve yeme bozukluğu riski altındadırlar. Katılımcıların %71.1'inin YTT-40 puanı 3-30 puan arasında olup yeme bozukluğu riski taşımazken, %28.9'unun YTT-40 puanı ise 30 puandan yüksektir ve yeme bozukluğu riski taşımaktadır.
22. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılan YTT-40 puan gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). YTT-40 puanlarının ortalamalarına bakıldığında ise erkeklerin 23.33 ± 15.60 puan ile kadınların 24.48 ± 13.50 puandır. Ancak cinsiyete göre YTT-40 puanlarının ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).
23. Katılımcıların YFÖ-30 ortalama puanı 98.11 ± 13.81 ve en az alınan puan 51, en fazla alınan puan ise 141'dir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre YFÖ-30 puan ortalamalarının karşılaştırılması bakıldığında erkeklerin 98.44 ± 13.92 puan ile

- kadınların 98.01 ± 13.80 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).
24. Katılımcıların YTT-40 puanlarına bakıldığında BKİ zayıf sınıfında 19.24 ± 8.60 , BKİ normal sınıfında 24.52 ± 14.82 , BKİ hafif şişman-şişman sınıfında 26.44 ± 12.59 puan ortalamaları arasında fark saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
25. Katılımcıların YFÖ-30 puanlarına bakıldığında BKİ zayıf sınıfında 100.29 ± 14.07 , BKİ normal sınıfında 98.22 ± 13.23 , BKİ hafif şişman-şişman sınıfında 96.06 ± 15.96 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).
26. Katılımcılardan BKİ zayıf sınıfında olanların %10.8'inin, BKİ normal sınıfında olanların %30.1'inin, BKİ hafif şişman-şişman sınıfında olanların %36.5'inin YTT-40 puanı 31 ve üstündedir. BKİ hafif şişman-şişman sınıfındaki katılımcılar yeme bozukluğu riski taşımaktadır. Katılımcıların BKİ sınıflamasına göre dağılan YTT-40 puan gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).
27. Katılımcılardan beslenme dersi alanlar ve almayanların arasında YTT-40 puan gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Diğer bir deyişle beslenme dersi alma durumu, katılımcıların yeme bozukluğu riskini etkilememektedir.
28. Katılımcılardan hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurta tüketenlerin hepsi, veganların %33.3'ü, besin seçimi olmayanların %26.4'ü ve kırmızı et tüketmeyenlerin %24.1'i yeme bozukluğu riski taşımaktadır (YTT-40 puanı 31 ve üstündedir) ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
29. Katılımcıların besin seçimlerine göre kırmızı et tüketmeyen ve vegan grup birleştirilerek kırmızı et tüketmeyenler grubu oluşturulmuştur. Besin seçimlerinde kırmızı et tüketen katılımcıların YTT-40 puan ortalamaları 23.98 ± 14.14 , YFÖ puan ortalamaları ise 98.21 ± 13.87 iken kırmızı et tüketmeyen katılımcıların YTT-40 puan ortalamaları 26.34 ± 12.49 , YFÖ puan ortalamaları ise 97.25 ± 13.47 şeklindedir. Besin seçimine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Besin seçimlerinde kırmızı et tüketme durumu yeme tutumunu ve yeme farkındalığını etkilememektedir.

30. Katılımcılardan %73.3'ü sigara içmemekte, %24.5'i sigara içmekte ve %2.2'si sigarayı bırakmıştır. Sigara içme süresi ortalama 1.2 ± 2.5 yıl'dır.
31. Katılımcıların haftada yapılan yürüyüş durumuna bakıldığında %60.1'i haftada 1-90 dakika, %21.7'si haftada 91-200 dakika, %18.2'si haftada 201 dakikadan fazla yürüyüş yapmaktadır.
32. Katılımcıların %55.7'si düzenli, %39.3'ü düzensiz ve %5'i sadece hafta içi düzenli uyumaktadır. Uyku saatleri dağılımında ise katılımcıların %37.7'si günde 7 saat, %29.9'u günde 8 saat, %18.2'si günde 6 saatten az, %14.2'si günde 9 saatten fazla uyumaktadır.
33. Katılımcıların %72.3'ü günlük düzenli defekasyon yaparken, düzensiz defekasyonu olan katılımcılar %27.7 şeklindedir. Defekasyon düzeninin yanında katılımcıların %27.7'sinin defekasyon sorunu bulunmaktadır ancak veriler incelendiğinde aynı katılımcıların olmadığı saptanmıştır.
34. Katılımcılardan erkek olanların kadınlardan daha fazla sigara içtiği görülmektedir. Sigara içme bakımından cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$).
35. Katılımcılardan erkek olanlar, kadınlara göre daha fazla yürüyüş yapmaktadır. Cinsiyete göre haftalık yürüyüş durumları arasında fark saptanmış ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).
36. Katılımcılardan haftada 1-90 dakika yürüyüş yapan, 91-200 dakika yürüyüş yapan ve 201 dakikadan fazla yürüyüş yapanlarda defekasyon sorunu olanlar sırasıyla %27.2'si, %30.4'ü ve %25.9 şeklindedir. Katılımcıların haftalık yürüyüş durumu ile defekasyon sorunu arasında fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).
37. Katılımcılardan haftada 1-90 dakika yürüyüş yapan, 91-200 dakika yürüyüş yapan ve 201 dakikadan fazla yürüyüş yapanlar, YTT-40 puan gruplarında sırasıyla %28.3'ü, %26.1'i ve %34.5'i 31 ve üstünde puan almıştır, bu durum yeme bozukluğu riskine işaret etmektedir. Katılımcıların yürüyüş durumuna göre dağılan YTT-40 puan gruplarında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).
38. Katılımcıların haftalık yürüyüş durumlarına göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

39. Katılımcıların uyku düzenine göre YTT-40 ve YFÖ-30 puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
40. Katılımcılardan defekasyon alışkanlığı düzenli ve düzensiz olanlarda defekasyon sorununun varlığı sırasıyla %23 ve %39.8 şeklindedir. Defekasyon alışkanlıkları ve defekasyon sorunları arasındaki fark yüksek derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
41. Katılımcılardan erkek olanların %79.2'sinin defekasyonu düzenliken, kadınlarda bu sonuç %70.3 şeklindedir. Erkeklerin ve kadınların defekasyon alışkanlıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Defekasyon sorunlarının dağılımında ise erkeklerin %6.9'unun defekasyon sorunu varken, kadınlarda bu sonuç %33.7 şeklindedir ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
42. BKİ zayıf sınıfında olan katılımcıların %78.4'ünün defekasyon alışkanlıkları düzenliken, %21.6'sının düzensizdir. BKİ normal sınıfında olan katılımcıların %69'unun defekasyon alışkanlıkları düzenliken, %31'inin düzensizdir. Hafif şişman-şişman BKİ sınıfında olan katılımcıların %82.7'sinin defekasyon alışkanlıkları düzenliken, %17.3'ünün düzensizdir. Ancak istatistiksel olarak sınıflar arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$). BKİ sınıflamasına göre defekasyon sorunlarının karşılaştırılmasına bakıldığında ise BKİ zayıf sınıfında olan katılımcıların %32.4'ünde, BKİ normal sınıfında olan katılımcıların %28.8'inde, hafif şişman-şişman BKİ sınıflamasında olan katılımcıların %19.2'sinde defekasyon sorunları bulunmaktadır. İstatistiksel olarak sınıflar arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).
43. Uykusu düzenli, sadece hafta içi düzenli ve düzensiz olan katılımcılarda defekasyon sorunları olanlar sırasıyla %29.9, %24 ve %31.3 şeklindedir. Uyku düzenleri ve defekasyon sorunları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Uyku süresi 6 saatten az, 7 saat, 8 saat, 9 saatten fazla olan katılımcılarda defekasyon sorunu olanlar sırasıyla %27.6, %17.5, %32.6 ve %44.4 şeklindedir. Uyku süresi arttıkça defekasyon sorunları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır ($p<0.05$).
44. Defekasyon sorunu olan katılımcıların YTT-40 puan ortalaması 27.28 ± 13.64 , YFÖ-30 puan ortalaması ise 96.26 ± 13.34 iken defekasyon sorunu olmayan

katılımcıların YTT-40 puan ortalaması 23.04 ± 13.96 , YFÖ-30 puan ortalaması ise 99.58 ± 13.73 şeklindedir. Katılımcıların defekasyon durumları göre hem yeme tutumlarını hem de yeme farkındalıklarını arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların yeme farkındalıkları yükseldikçe ve yeme tutumları iyileştikçe defekasyon sorunları azalmaktadır ($p < 0.05$). Grupların karşılaştırmasında defekasyon sorununun varlığı ile YFÖ-30 puan ortalamasının anlamlılığı yani yeme farkındalığının farkı daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

45. Beslenme dersi almayan katılımcılarda yeme bozukluğu riski artmakta, yeme farkındalıkları ise düşmektedir. Ancak istatistiksel açıdan bu ilişki önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).
46. Beslenme dersi alan katılımcılarda disinhibisyon, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans faktörleri yükselirken, duygusal yeme, yeme kontrolü ve odaklanma faktörleri düşmektedir. Ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).
47. Katılımcıların yaşları arttıkça YFÖ-30 puanları yani yeme farkındalıkları anlamlı şekilde yükselmektedir ($r = 0.133$, $p < 0.05$). Katılımcıların yaşları arttıkça YTT-40 puanları da yükselmekte olup aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan önemsizdir ($p > 0.05$). YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise katılımcıların yaşları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans faktörleri yükselmekte yeme kontrolü ve odaklanma faktörleri düşmektedir. Katılımcıların yaşı arttıkça duygusal yeme durumlarının da arttığı istatistiksel açıdan önemli bulunmuş olup ($r = 0.191$, $p < 0.01$), katılımcıların yaşlarının diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsizdir ($p > 0.05$).
48. Katılımcıların vücut ağırlığı ve BKİ değeri yükselirken yeme bozukluğu riski artmaktadır ($r = 0.112$, $p < 0.05$ ve $r = 0.139$, $p < 0.05$). Vücut ağırlığı ve BKİ yükselirken yeme farkındalığı düşmektedir ancak bu ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Katılımcıların antropometrik bilgileri ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise vücut ağırlığı ve BKİ yükselirken, duygusal yeme ve yeme disiplini faktörleri yükselmektedir. Diğer taraftan disinhibisyon, yeme kontrolü, odaklanma, farkındalık ve enterferans faktörleri ise düşmektedir. Vücut ağırlığı ve BKİ yükselirken yeme kontrolü düşmekte olup bu

- ilişki istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($r=-0.252$, $p<0.01$ ve $r=-0.208$, $p<0.01$), diğer faktörlerle olan ilişkisi ise istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0.05$).
49. Katılımcıların yürüyüş durumu arttıkça yeme bozukluğu riski de yeme farkındalığı da artmaktadır ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Katılımcıların yürüyüş durumları ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise yürüyüş durumları arttıkça disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artarken, yeme kontrolü ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Yürüyüş durumu arttıkça duygusal yemenin de yükselişi istatistiksel açıdan önemli olarak bulunmuş olup ($r=-0.166$, $p<0.01$), diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).
50. Katılımcıların uyku süresi arttıkça yeme tutumu iyileşmekte ve farkındalık düşmektedir ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Katılımcıların uyku süreleri ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında uyku süreleri arttıkça yeme kontrolü, yeme disiplini ve enterferans faktörleri artarken disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Uyku süresi arttıkça duygusal yeme durumunun da artıyor olması istatistiksel açıdan önemli bulunmuş olup ($r=-0.118$, $p<0.05$), uyku süresinin diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).
51. Katılımcıların defekasyon düzensizliği arttıkça yeme bozukluğu riski yükselmekte ve yeme farkındalığı düşmektedir ancak istatistiksel açıdan bu ilişkiler önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Katılımcıların defekasyon sorunlarının azalması ile yeme tutumlarının iyileşmesi ($r=-0.136$, $p<0.05$) ve yeme farkındalıklarının yükselmesi ($r=0.173$, $p<0.01$) arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmıştır. Diğer bir deyişle defekasyon sorunları ile ölçek puanları arasındaki ilişkilerde YFÖ-30 puanı ile pozitif, YTT-40 puanı ile negatif ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).
52. Katılımcıların defekasyonları düzensizleştikçe yeme kontrolü faktörü artmakta olup geriye kalan tüm faktörler azalmaktadır. Ancak faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Defekasyon sorunları ile YFÖ-30 faktör puanlarının ilişkisine bakıldığında ise defekasyon sorunları azalırken disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini ve enterferans

faktörleri artmakta, odaklanma ve farkındalık faktörleri azalmaktadır. Defekasyon sorunları ile YFÖ-30 alt faktörlerinden disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanmış olup ($r=-0.143$, $p<0.05$, $r=-0.227$, $p<0.01$ ve $r=-0.114$, $p<0.05$), diğer faktörlerle olan ilişkisi önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Diğer bir deyişle defekasyon sorunları ile disinhibisyon, duygusal yeme ve enterferans faktörleri negatif ilişkilidir.



ÖNERİLER

Beslenme alışkanlıkları, çevresel etmenlerle biçimlenerek tıknırcasına yeme, bilinçsiz beslenme, yemeğe odaklanamama ve hızlı yemek yeme gibi yeni alışkanlıklara dönüşmektedir. Yeme tutumları vücut ağırlığı yönetimi ile ilişkili olduğundan aileden kazanılan ya da çevresel etmenlerle zaman içerisinde değişen alışkanlıkların farkına varılması, değişim açısından büyük önem arz etmektedir. Bireylere sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışlarına yönelik verilecek yeme farkındalığını içeren eğitimlerde yeme davranışına verilen dikkatin artırılması, besin tüketimi sırasında düşünce ve duygulara olan hassasiyetin azaltılması ile daha sağlıklı besin seçimleri yapılabilmekte ve vücut ağırlığı denetimi sağlanabilmektedir. Araştırma sonuçları da göz önüne alındığında bireylere yeme farkındalığının kazandırılması ve fizyolojik süreçlerle ilgili bilgilerin anlatılması açlık türleri hakkında farkındalık kazanmalarına yardımcı olabilecektir.

Bundan sonraki araştırmalarda Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) ve Yeme Tutumu testi kullanılarak katılımcıların yeme tutumlarının ve yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Yaş arttıkça YFÖ-30 puanları ve duygusal yeme faktörü artmaktadır. Bu durum yaşın artması ile beraber farkındalığın da arttığına bir işaret olabilmektedir. Ayrıca besin seçimlerinde vejetaryen katılımcıların daha yüksek BKİ'ye sahip olduğu, yeme tutumlarının bozulduğu ve yeme farkındalıklarının daha az olduğu gösterilmiştir.

Yeme farkındalığı durumunun saptanması için Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) kullanılarak bireylerde geliştirilmesi gereken faktörler belirlenebilir. YFÖ-30 ölçeği sağlık çalışanlarında ve üniversite öğrencilerinde uygulanmıştır. Ancak yeme bozukluğu olan bireylerde ve Türk toplumunda yeme farkındalığının değerlendirilmesinde uzmanlar tarafından kullanılabilir. İleride bu yönde verilecek olan eğitimlerde açlık-tokluk farkındalığı, yeme hızının yavaşlatılması, yemeğin önceden planlanması ve hazırlanması, yemek porsiyonlarının kontrolü, beslenme alışkanlıklarının farkında olma gibi faktörlerin de üzerinde durularak yeme farkındalığının artırılması amaçlanabilir. Eğitim öncesi ve sonrasında verilecek olan ölçeğin puanlarının ve faktörlerinin arasındaki değişim gözlenerek bireylerin yeme farkındalıklarının ve alt faktörlerinin değişimi gözlenebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Jun EM, Choi SB. Obesity, body image, depression, and weight-control behaviour among female university students in Korea. *Journal of Cancer Prevention* 19(3): 240-246, 2014.
2. Morrison KM, Shin S, Tarnopolsky M, Taylor VH. Association of depression and health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. *Journal of Affective Disorders* 172:18-23, 2014.
3. Opel N, Redlich R, Grotegerd D, Dohm K, Heindel W, Kugel H. Obesity and major depression: Body-mass index (BMI) is associated with a severe course of disease and specific neurostructural alterations. *Psychoneuroendocrinology* 51: 219-226, 2015.
4. Zedler B, von Lengerke T, Emeny R, Heier M, Lacruz ME, Ladwig KH. Obesity and symptoms of depression and anxiety in pre- and postmenopausal women: a comparison of different obesity indicators. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 64(3): 128-135, 2014.
5. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 67(3): 220-229, 2010.
6. Bayles S, Ebaugh FG. Emotional factors in eating and obesity. *Journal of the American Dietetic Association* 26(6): 430-434, 1950.
7. Garaulet M, Canteras M, Morales E, Lopez-Guimera G, Sanchez-Carracedo D, Corbalan-Tutau MD. Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity: the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutricion Hospitalaria* 27(2): 645-651, 2012.
8. Paz A, Berry EM. Effect of meal composition on alertness and performance of hospital night-shift workers. Do mood and performance have different determinants? *Annals of Nutrition & Metabolism* 41(5): 291-298, 1997.
9. Wansink B, Cheney MM, Chan N. Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology and Behavior* 79(4-5): 739-747, 2003.
10. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors* 3(4): 341-347, 2003.
11. Albers S. Using mindful eating to treat food restriction: a case study. *Eating Disorders* 19(1): 97-107, 2011.
12. Mendez-Diaz M, Rueda-Orozco PE, Ruiz-Contreras AE, Prospero-Garcia O. The endocannabinoid system modulates the valence of the emotion associated to food ingestion. *Addiction Biology* 17(4): 725-735, 2012.
13. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behavioural Processes* 60(2): 157-164, 2002.
14. Morgan CM, Yanovski SZ, Nguyen TT, McDuffie J, Sebring NG, Jorge MR. Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*. 31(4): 430-441, 2002.
15. Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z. Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research* 48(2): 195-202, 2000.
16. Bello NT, Walters AL, Verpeut JL, Caverly J. Dietary-induced binge eating increases prefrontal cortex neural activation to restraint stress and increases binge

food consumption following chronic guanfacine. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 125: 21-28, 2014.

17. Desmet PM, Schifferstein HN. Sources of positive and negative emotions in food experience. *Appetite* 50(2): 290-301, 2008.

18. Mills P, Newman EF, Cossar J, Murray G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse and Neglect* 39:156-66, 2014.

19. Svaldi J, Tuschen-Caffier B, Trentowska M, Caffier D, Naumann E. Differential caloric intake in overweight females with and without binge eating: effects of a laboratory-based emotion-regulation training. *Behaviour Research and Therapy* 56: 39-46, 2014.

20. 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.

21. de Wit LM, Fokkema M, van Straten A, Lamers F, Cuijpers P, Penninx BW. Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depression and Anxiety* 27(11): 1057-1065, 2010.

22. Meyer C, Leung N, Barry L, De Feo D. Emotion and eating psychopathology: links with attitudes toward emotional expression among young women. *International Journal of Eating Disorders* 43(2): 187-189, 2010.

23. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors* 14(3): 309-313, 2013.

24. Allison DB, Heshka S. Emotion and eating in obesity? A critical analysis. *International Journal of Eating Disorders* 13(3): 289-295, 1993.

25. Vandewalle J, Moens E, Braet C. Comprehending emotional eating in obese youngsters: the role of parental rejection and emotion regulation. *International Journal of Obesity* 38(4):525-530, 2014.

26. Schneider KL, Appelhans BM, Whited MC, Oleski J, Pagoto SL. Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating. *Appetite* 55(3): 701-706, 2010.

27. Rommel D, Nandrino JL, Ducro C, Andrieux S, Delecourt F, Antoine P. Impact of emotional awareness and parental bonding on emotional eating in obese women. *Appetite* 59(1) :21-26, 2012.

28. Pasold TL, McCracken A, Ward-Begnoche WL. Binge eating in obese adolescents: emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 19(2): 299-312, 2014.

29. van Strien T. On the relationship between dieting and "obese" and bulimic eating patterns. *International Journal of Eating Disorders* 19(1): 83-92, 1996.

30. van Strien T, Engels RC, Van Leeuwe J, Snoek HM. The Stice model of overeating: tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite* 45(3): 205-213, 2005.

31. Hammond M. Mindful eating, tuning in to your food. *Diabetes Self Management* 24(2): 36, 38, 40, 2007.

32. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association* 109(8): 1439-1444, 2009.

33. Stunkard AJ, Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research* 29(1): 71-83, 1985.
34. 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*. 2016; doi: 10.5455/JCBPR.250644.
35. Jordan G, Boller F, Berndt RS, Robertson IH, Rizzolatti G. Elsevier Health Sciences Handbook of Neuropsychology (Boller F, ed). Second edition. Washington, DC, USA. Vol. 8, 103., 2002.
36. Lathi BP, Ding Z. Modern Digital and Analog Communication Systems. Oxford University Press Series in Electrical and Computer Engineering (Lathi BP, ed). Fourth edition. Lincoln, United Kingdom. Vol. 6, 394., 2009.
37. Anderson LM, Reilly EE, Schaumberg K, Dmochowski S, Anderson DA. Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders* 21(1): 83-90, 2016.
38. Apolzan JW, Myers CA, Cowley AD, Brady H, Hsia DS, Stewart TM. Examination of the reliability and validity of the mindful eating questionnaire in pregnant women. *Appetite* 100: 142-151, 2016.
39. Beshara M, Hutchinson AD, Wilson C. Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite* 67: 25-29, 2013.
40. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Fact sheet No:311. Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>) Erişim tarihi: 10/10/2016.
41. World Health Organization (WHO). BMI classification. Erişim: (http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html). Erişim tarihi: 15/03/2017.
42. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adult Obesity Facts, 2014. Erişim: (<http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>). Erişim tarihi: 15/10/2016.
43. Satman İ ve TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-I Sonuçları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 2000. Erişim: (www.diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf). Erişim Tarihi: 05/10/2016.
44. Satman İ ve TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-II Sonuçları, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 2011. Erişim: (www.diyabet.gov.tr/content/files/bilimsel_arastirmalar/turdep_1_turdep_2.pdf) Erişim Tarihi: 05/10/2016.
45. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Erişim: (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>) Erişim Tarihi: 01/10/2016.
46. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Jama* 293(15): 1861-1867, 2005.
47. Knecht S, Ellger T, Levine JA. Obesity in neurobiology. *Progress in Neurobiology* 84(1): 85-103, 2008.

48. Bays JC. *Mindful Eating: a guide to rediscovering a healthy and joyful relationship with food*. First edition. Shambhala Publications Vol.1. Boston, Massachusetts, 2009.
49. Robinson E, Almiron-Roig E, Rutters F, de Graaf C, Forde CG, Tudur Smith C. A systematic review and meta-analysis examining the effect of eating rate on energy intake and hunger. *American Journal of Clinical Nutrition* 100(1): 123-151, 2014.
50. 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.
51. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, eating behaviours, and obesity: a review and reflection on current findings. *Current Obesity Reports* 4(1): 141-146, 2015.
52. Bolhuis DP, Forde CG, Cheng Y, Xu H, Martin N, de Graaf C. Slow food: sustained impact of harder foods on the reduction in energy intake over the course of the day. *Plos One* 9(4): 93370, 2014.
53. Koroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. İlk baskı. HYB Yayıncılık. 171-179, 2013.
54. 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 and Community Dentistry* 4(1): 1-4, 2014.
55. Tabaac BJ, Tabaac V. Pica patient, status post gastric bypass, improves with change in medication regimen. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 5(1): 38-42, 2015.
56. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders* 43(2): 98-111, 2010.
57. Cardwell MS. Eating disorders during pregnancy. *Obstetrical and Gynecological Survey* 68(4): 312-323, 2013.
58. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M. Nonspecific eating disorders - a subjective review. *Psychiatria Polska* 50(3): 497-507, 2016.
59. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood* 101(12): 1168-1175, 2016.
60. 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.
61. Reas DL, Zipfel S, Ro O. Is it an eating disorder or achalasia or both? A literature review and diagnostic challenges. *European eating disorders review. Journal of the Eating Disorders Association* 22(5):321-330, 2014.
62. Roux H, Chapelon E, Godart N. Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *L'Encephale* 39(2): 85-93, 2013.
63. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 61(3): 348-358, 2007.
64. Riva G. Neurobiology of anorexia nervosa: serotonin dysfunctions link self-starvation with body image disturbances through an impaired body memory. *Frontiers in Human Neuroscience* 10: 600, 2016.

65. Silverman JA. Sir William Gull (1819-1890): limner of anorexia nervosa and myxoedema. An historical essay and encomium. *Eating and Weight Disorders* 2(3): 111-116, 1997.
66. Carr JW. Anorexia Nervosa. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 4: 80-81, 1911.
67. Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *Plos One* 4(2): 4402, 2009.
68. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E. 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): 12, 2017.
69. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9(3): 429-448, 1979.
70. Wulff J, Fortuny RS. Approximation to psychopathologic disorders for non-specialized physicians. Simplified version of the third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) and of the revision of the DSM-III-R. *Medicina Clinica* 96(7): 269-275, 1991.
71. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly* 33: 284-295, 1959.
72. Timothy D. Brewerton M. Binge eating disorder: recognition, diagnosis, and treatment. *Medscape Mental Health Journal* 2(3), 1997.
73. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports* 14(4): 406-414, 2012.
74. 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.
75. Mosley PE. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European eating disorders review. The Journal of the Eating Disorders Association* 17(3): 191-198, 2009.
76. Choi PY, Pope HG, Olivardia R. Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine* 36(5): 375-376, 2002.
77. Bays JC. The Principles of Mindful Eating. Erişim: (<http://thecenterformindfuleating.org>). Erişim Tarihi: 07/11/2016.
78. Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron* 36(2): 199-211, 2002.
79. Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim: (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=DUYU). Erişim Tarihi: 07/03/2017.
80. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Duyu Organları Modülü, Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi. Ankara, 2012.
81. Wansink B, Painter JE, Lee YK. The office candy dish: proximity's influence on estimated and actual consumption. *International Journal of Obesity* 30(5): 871-875, 2006.
82. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite* 57(3): 711-717, 2011.

83. Castellanos EH, Charboneau E, Dietrich MS, Park S, Bradley BP, Mogg K. Obese adults have visual attention bias for food cue images: evidence for altered reward system function. *International Journal of Obesity* 33(9): 1063-1073, 2009.
84. Delwiche JF. You eat with your eyes first. *Physiology and Behavior* 107(4): 502-504, 2012.
85. Ohla K, Toepel U, le Coutre J, Hudry J. Visual-gustatory interaction: orbitofrontal and insular cortices mediate the effect of high-calorie visual food cues on taste pleasantness. *Plos One* 7(3): 32434, 2012.
86. Spence C, Okajima K, Cheok AD, Petit O, Michel C. Eating with our eyes: from visual hunger to digital satiation. *Brain and Cognition* 110: 53-63, 2016.
87. Shafran R, Lee M, Cooper Z, Palmer RL, Fairburn CG. Effect of psychological treatment on attentional bias in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 41(4): 348-354, 2008.
88. de Wijk RA, Polet IA, Engelen L, van Doorn RM, Prinz JF. Amount of ingested custard dessert as affected by its color, odor, and texture. *Physiology and Behavior* 82(2-3): 397-403, 2004.
89. de Wijka RA PJ. Fatty versus creamy sensations for custard desserts, white sauces, and mayonnaises. *Food Quality and Preference* 18(4): 641-650, 2007.
90. Ruijschop RM, Boelrijk AE, de Ru JA, de Graaf C, Westerterp-Plantenga MS. Effects of retro-nasal aroma release on satiation. *The British Journal of Nutrition* 99(5): 1140-1148, 2008.
91. Ramaekers MG, Luning PA, Ruijschop RM, Lakemond CM, Bult JH, Gort G. Aroma exposure time and aroma concentration in relation to satiation. *The British Journal of Nutrition* 111(3): 554-562, 2014.
92. Zijlstra N, Bukman AJ, Mars M, Stafleu A, Ruijschop RM, de Graaf C. Eating behaviour and retro-nasal aroma release in normal-weight and overweight adults: a pilot study. *British Journal of Nutrition* 106(2): 297-306, 2011.
93. Ruijschop RM, Zijlstra N, Boelrijk AE, Dijkstra A, Burgering MJ, Graaf C. Effects of bite size and duration of oral processing on retro-nasal aroma release - features contributing to meal termination. *British Journal of Nutrition* 105(2): 307-315, 2011.
94. Ruijschop RM, Boelrijk AE, de Graaf C, Westerterp-Plantenga MS. Retronasal aroma release and satiation: a review. *Journal of Agricultural and Food Chemistry* 57(21): 9888-9894, 2009.
95. Small DM, Gerber JC, Mak YE, Hummel T. Differential neural responses evoked by orthonasal versus retronasal odorant perception in humans. *Neuron* 47(4): 593-605, 2005.
96. Ruijschop RM, Burgering MJ, Jacobs MA, Boelrijk AE. Retro-nasal aroma release depends on both subject and product differences: a link to food intake regulation. *Chemical Senses* 34(5): 395-403, 2009.
97. Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim: (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=DUYGU). Erişim Tarihi: 07/03/2017.
98. Akay GG. Yeme Bozukluklarında Fiziksel Açlığı Duygusal Açlıktan Ayırt Edebilme. *Türkiye Klinikleri, Psikoloji* 1(2): 17-22, 2016.
99. van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite* 52(2): 380-387, 2009.

100. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 8(3): 343–361, 1989.
101. Daubenmier J, Kristeller J, Hecht FM, Maninger N, Kuwata M, Jhaveri K. Mindfulness intervention for stress eating to reduce cortisol and abdominal fat among overweight and obese women: an exploratory randomized controlled study. *Journal of Obesity* 9: 1-14, 2011.
102. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin* 110(1): 86-108, 1991.
103. Mantzios M, Wilson JC, Linnell M, Morris P. The role of negative cognitions, intolerance of uncertainty, mindfulness, and self-compassion in weight regulation among male army recruits. *Mindfulness* 6(3): 545-552, 2013.
104. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology Science Practice* 11(3): 230–241, 2004.
105. Compare A, Callus E, Grossi E. Mindfulness trait, eating behaviours and body uneasiness: a case-control study of binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders* 17(4): 244-251, 2012.
106. 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.
107. Mantzios M, Giannou K. Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Applied Psychology Health and Well-being* 6(2): 173-191, 2014.
108. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite* 58(3): 847-851, 2012.
109. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 13(1): 27-45, 2006.
110. Mantzios M, Wilson JC. Making concrete construals mindful: a novel approach for developing mindfulness and self-compassion to assist weight loss. *Psychology and Health* 29(4): 422-441, 2014.
111. Tapper K, Shaw C, Ilesley J, Hill AJ, Bond FW, Moore L. Exploratory randomised controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite* 52(2): 396-404, 2009.
112. Timmerman GM, Brown A. The effect of a mindful restaurant eating intervention on weight management in women. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 44(1): 22-28, 2012.
113. Konttinen H, Haukkala A, Sarlio-Lahteenkorva S, Silventoinen K, Jousilahti P. Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite* 53(1): 131-134, 2009.
114. Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H, Miser WF. Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a pilot study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(11): 1835-1842, 2012.
115. Mason AE, Lustig RH, Brown RR, Acree M, Bacchetti P, Moran PJ. Acute responses to opioidergic blockade as a biomarker of hedonic eating among obese

- women enrolled in a mindfulness-based weight loss intervention trial. *Appetite* 91:311-320, 2015.
116. Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice* 16(2): 223–235, 2009.
117. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology Science Practice* 10(2): 144-156, 2003.
118. 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.
119. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders* 19(1): 49-61, 2011.
120. Marchiori D, Papias EK. A brief mindfulness intervention reduces unhealthy eating when hungry, but not the portion size effect. *Appetite* 75: 40-45, 2014.
121. Barbee KG, Timmerman GM. Emotional eating, nonpurge binge eating, and self-efficacy in healthy perimenopausal women. *Journal of Holistic Nursing* 33(4): 298-307, 2015.
122. Niemeier HM, Leahey T, Palm Reed K, Brown RA, Wing RR. An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: a pilot study. *Behavior Therapy* 43(2): 427-435, 2012.
123. Gallagher DM. Evaluation of colon dysfunction. *California Medicine* 95: 156-158, 1961.
124. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome. *Gut* 14(2): 125-132, 1973.
125. Chang FY. Irritable bowel syndrome: the evolution of multi-dimensional looking and multidisciplinary treatments. *World Journal of Gastroenterology* 20(10): 2499-2514, 2014.
126. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği (TKRCD). İrritabl barsak sendromu. Erişim: ([www.tkrcd.org.tr/files/file/irritable_barsak_sendromu\(1\).pdf](http://www.tkrcd.org.tr/files/file/irritable_barsak_sendromu(1).pdf)). Erişim Tarihi: 27/05/2014.
127. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 130(5): 1480-1491, 2006.
128. Haruma K, Wiste JA, Camilleri M. Effect of octreotide on gastrointestinal pressure profiles in health and in functional and organic gastrointestinal disorders. *Gut* 35(8): 1064-1069, 1994.
129. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *British Medical Journal* 2(6138): 653-654, 1978.
130. Manning AP, Heaton KW. Irritable bowel syndrome. *Lancet* 2(8197): 747, 1980.
131. Drossman DA. Rome III: the new criteria. *Chinese Journal of Digestive Diseases* 7(4): 181-185, 2006.
132. Lilienthal C. Irritable bowel syndrome. *Australian Family Physician* 43(1): 9, 2014.
133. Gwee KA. Irritable bowel syndrome in developing countries--a disorder of civilization or colonization? *Neurogastroenterology and Motility* 17(3): 317-324, 2005.

134. Wachtershauser A, Stein JM. Nutritional factors and nutritional therapy for irritable bowel syndrome--what is worthwhile? *Zeitschrift fur Gastroenterologie* 46(3): 279-291, 2008.
135. Hawrelak JA, Myers SP. The causes of intestinal dysbiosis: a review. *Alternative Medicine Review* 9(2): 180-197, 2004.
136. Reed-Knight B, Squires M, Chitkara DK, van Tilburg MA. Adolescents with irritable bowel syndrome report increased eating-associated symptoms, changes in dietary composition, and altered eating behaviors: a pilot comparison study to healthy adolescents. *Neurogastroenterology and Motility* 28(12): 1915-1920, 2016.
137. Crowell MD, Cheskin LJ, Musial F. Prevalence of gastrointestinal symptoms in obese and normal weight binge eaters. *American Journal of Gastroenterology* 89(3): 387-391, 1994.
138. Perkins SJ, Keville S, Schmidt U, Chalder T. Eating disorders and irritable bowel syndrome: is there a link? *Journal of Psychosomatic Research* 59(2): 57-64, 2005.
139. Tang TN, Toner BB, Stuckless N, Dion KL, Kaplan AS, Ali A. Features of eating disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* 45(2): 171-178, 1998.
140. Svedberg P, Johansson S, Wallander MA, Hamelin B, Pedersen NL. Extra-intestinal manifestations associated with irritable bowel syndrome: a twin study. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 16(5): 975-983, 2002.
141. Porcelli P, Leandro G, De Carne M. Functional gastrointestinal disorders and eating disorders. Relevance of the association in clinical management. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 33(6): 577-582, 1998.
142. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World Journal of Gastroenterology* 20(20): 6024-6030, 2014.
143. Sullivan G, Blewett AE, Jenkins PL, Allison MC. Eating attitudes and the irritable bowel syndrome. *General Hospital Psychiatry* 19(1): 62-64, 1997.
144. Dejong H, Perkins S, Grover M, Schmidt U. The prevalence of irritable bowel syndrome in outpatients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 44(7): 661-664, 2011.
145. Boyd C, Abraham S, Kellow J. Psychological features are important predictors of functional gastrointestinal disorders in patients with eating disorders. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 40(8): 929-935, 2005.
146. Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population based study. *Gut* 42(1): 47-53, 1998.
147. Barbara G, Stanghellini V, Brandi G, Cremon C, Di Nardo G, De Giorgio R. Interactions between commensal bacteria and gut sensorimotor function in health and disease. *American Journal of Gastroenterology* 100(11): 2560-2568, 2005.
148. Alpers DH. Diet and irritable bowel syndrome. *Current Opinion in Gastroenterology* 22(2): 136-139, 2006.
149. Hayes P, Corish C, O'Mahony E, Quigley EM. A dietary survey of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 27(2): 36-47, 2014.
150. Williams EA, Nai X, Corfe BM. Dietary intakes in people with irritable bowel syndrome. *Bmc Gastroenterology* 11(1): 9, 2011.

151. Collebrusco L, Lombardini R. What about OMT and nutrition for managing the irritable bowel syndrome? An overview and treatment plan. *Explore* 10(5): 309-318, 2014.
152. Ludidi S, Conchillo JM, Keszthelyi D, Koning CJ, Vanhoutvin SA, Lindsey PJ. Does meal ingestion enhance sensitivity of visceroperception assessment in irritable bowel syndrome? *Neurogastroenterology and Motility* 24(1): 47-53, 2012.
153. Camilleri M. Treating irritable bowel syndrome: overview, perspective and future therapies. *British Journal of Pharmacology* 141(8): 1237-1248.
154. Di Marzo V. Manipulation of the endocannabinoid system by a general anaesthetic. *British Journal of Pharmacology* 139(5): 885-886, 2003.
155. Tibirica E. The multiple functions of the endocannabinoid system: a focus on the regulation of food intake. *Diabetology and Metabolic Syndrome* 2(1): 5, 2010.
156. Büyüköztürk Ş. *Veri Analiz El Kitabı*. 8.baskı, Ankara, Pegem A Yayıncılık, 2007.
157. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 4(1): 9-14, 2002.
158. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 5(1): 3-14, 2003.
159. Stites SD, Singletary SB, Menasha A, Cooblall C, Hantula D, Axelrod S. Pre-ordering lunch at work. Results of the what to eat for lunch study. *Appetite* 84: 88-97, 2015.
160. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 9(2):273-279, 1979.
161. Savaşır I, Erol N. Yeme tutum testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 7: 19-25, 1989.
162. Oral N, Sahin NH. Yeme tutum bozukluğunun kişilerarası şemalar, bağlanma, kişilerarası ilişki tarzları ve öfke ile ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62): 37, 2008.
163. Büyük ET DG. Farklı Okullarda Okuyan Lise Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research* 1(4): 212-217, 2014.
164. Wolfgang Research, SPSS, Version 15.0, Boston MA, 2002.
165. Gosset WS. Student: The probable error of a mean. *Biometrika* 6(1): 1-25, 1908.
166. Lindman HR. *Analysis of variance in complex experimental designs*. W.H. Freeman and Co., San Francisco, 1974.
167. Pearson K. On the criterion that a given system of deviations from the probable in the case of a correlated system of variables is such that it can be reasonably supposed to have arisen from random sampling. *Philosophical Magazine Series 5* 50(302): 157-175, 1900.
168. Spearman C. The proof and measurement of association between two things. *American Journal of Psychology* 15: 72-10, 1904.
169. Dalen J, Brody JL, Staples JK, Sedillo D. A conceptual framework for the expansion of behavioral interventions for youth obesity: a family-based mindful eating approach. *Childhood Obesity* 11(5): 577-584, 2015.

170. 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.
171. Mason AE, Epel ES, Kristeller J, Moran PJ, Dallman M, Lustig RH. Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine* 39(2): 201-213, 2016.
172. 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.
173. Çelik S, Yoldaşcan B, Okyay RA, Özenli Y. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 17(1): 42-50, 2016.
174. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences* 5(2), 96-104, 2015.
175. Ünal D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 16(2): 75-81, 2009.
176. Kiefer I, Rathmanner T, Kunze M. Eating and dieting differences in men and women. *The Journal of Men's Health & Gender* 2(2): 194-201, 2005.
177. Prattala R, Paalanen L, Grinberga D, Helasoja V, Kasmel A, Petkeviciene J. Gender differences in the consumption of meat, fruit and vegetables are similar in Finland and the Baltic countries. *European Journal of Public Health* 17(5): 520-525, 2007.
178. Chiu YF, HC, Chiu TH, Lee CY, Liu TT, Tsao CK, Chuang SC, Hsiung CA. Cross-sectional and longitudinal comparisons of metabolic profiles between vegetarian and non-vegetarian subjects: a matched cohort study. *British Journal of Nutrition* 114(8): 1313-1320, 2015.
179. Green R, Milner J, Joy EJ, Agrawal S, Dangour AD. Dietary patterns in India: a systematic review. *British Journal of Nutrition* 116(1): 142-148, 2016.
180. Jo HB, Lee JK, Choi MY, Han IW, Choi HS, Kang HW, Kim JH, Lim YJ, Koh MS, Lee JH. Is the prevalence of gallbladder polyp different between vegetarians and general population? *Korean Journal of Gastroenterology* 66(5): 268-273, 2015.
181. Johannesson E, Ringstrom G, Abrahamsson H, Sadik R. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World Journal of Gastroenterology* 21(2): 600-608, 2015.
182. Johannesson E, Simren M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology* 106(5): 915-922, 2011.
183. Foxx-Orenstein AE. New and emerging therapies for the treatment of irritable bowel syndrome: an update for gastroenterologists. *Therapeutic Advances in Gastroenterology* 9(3): 354-375, 2016.
184. Greene-Finestone LS, Campbell MK, Evers SE, Gutmanis IA. Attitudes and health behaviours of young adolescent omnivores and vegetarians: a school-based study. *Appetite* 51(1): 104-110, 2008.

185. Derbyshire EJ. Flexitarian diets and health: a review of the evidence-based literature. *Frontiers in Nutrition* 3: 55, 2016.
186. Hoffman SR, Stallings SF, Bessinger RC, Brooks GT. Differences between health and ethical vegetarians. Strength of conviction, nutrition knowledge, dietary restriction, and duration of adherence. *Appetite* 65: 139-144, 2013.
187. Mearin F, Ciriza C, Minguez M, Rey E, Mascort JJ, Pena E. Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: Treatment (Part 2 of 2). *Revista Espanola De Enfermedades Digestivas* 108(6): 332-363, 2016.
188. 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.
189. Bailey-Davis L, Poulsen MN, Hirsch AG, Pollak J, Glass TA, Schwartz BS. Home food rules in relation to youth eating behaviors, body mass index, waist circumference, and percent body fat. *Journal of Adolescent Health* 60(3): 270-276, 2017.
190. Emmett PM, Jones LR. Diet, growth, and obesity development throughout childhood in the Avon longitudinal study of parents and children. *Nutrition Reviews* 73(3): 175-206, 2015.
191. Knol LL, Myers HH, Black S, Robinson D, Awololo Y, Clark D, Parker CL, Douglas JW, Higginbotham JC. Development and feasibility of a childhood obesity prevention program for rural families: application of the social cognitive theory. *American Journal of Health Education* 47(4) :204-214, 2016.

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı



www.uskudar.edu.tr
REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altınordu Mah. Halık Türksoy Sok. No:14 PK:34443 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 600 22 22 Fax: +90 216 474 12 55 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2016 /48

30.03.2016

Sayın Öğr. Gör. Gizem Köse

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16 Mart 2016 tarihinde, 04 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "*Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma*" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK 2. Anket Formu

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN YEME FARKINDALIĞININ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Öğr. Adı Soyadı:

Bölümü / Sınıfı:

*Üniversitede Beslenme dersi aldınız mı? a. Evet b. Hayır

1. KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyet : a. Erkek b. Kadın
2. Doğum tarihi:
3. Yaş :
4. Medeni Hali : a. Evli b. Bekar
5. Boy uzunluğu :cm
6. Vücut ağırlığı : kg
7. Aile bireylerinizde obez / şişman olan bireyler var ise işaretleyiniz.
(birden fazla var ise işaretleyebilirsiniz.)
 - a. Anne
 - b. Baba
 - c. Kardeş
 - d. İkinci derece akrabalar (teyze, amca vs)
8. Annenizin eğitim durumu nedir?
 - a. Okur-Yazar Değil
 - b. İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu
 - c. Ortaöğretim (lise) mezunu
 - d. Ön lisans/lisans mezunu
9. Babanızın eğitim durumu nedir?
 - a. Okur-Yazar Değil
 - b. İlköğretim (ilkokul-ortaokul) mezunu
 - c. Ortaöğretim (lise) mezunu
 - d. Ön lisans/lisans mezunu

2. SAĞLIK BİLGİLERİ

1. Doktor tarafından teşhisi konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (cevabınız hayır ise 3.soruya geçiniz)
 - a. Evet
 - b. Hayır
2. Teşhis edilen hastalığınızı işaretleyiniz. (birden fazla şıkka işaretleyebilirsiniz.)
 - a. Kalp-Damar Hastalıkları
 - b. Diyabet (Şeker Hastalığı)
 - c. Hipertansiyon
 - d. Sindirim Sistemi Hastalıkları
 - e. Solunum Sistemi Hastalıkları
 - f. Kas İskelet Sistemi Problemleri
 - g. Endokrin (Hormonal) Hastalıklar
 - h. Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri
 - i. Kanser
 - j. Yeme Bozuklukları
 - k. Diğer (belirtiniz)

<p>3. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? <i>(cevabınız hayır ise 5.soruya geçiniz)</i></p> <p>a. Evet b. Hayır</p>	<p>4. Sürekli kullandığınız ilaç nedir / nelerdir?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. Sigara içiyor musunuz? <i>(cevabınız hayır ise 8.soruya geçiniz)</i></p> <p>a. Evet b. Hayır c. Bıraktım</p>	<p>6. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?</p> <p>.....yıl</p>
<p>7. Aşağıdaki besin seçimlerinden hangisi sizi tarifler?</p> <p>a. Kırmızı et tüketmiyorum b. Hayvansal kaynaklı besinlerden sadece süt ve süt ürünlerini tüketirim. c. Hayvansal kaynaklı besinlerden sadece yumurta tüketirim. d. Veganım e. Hiçbiri</p>	<p>8. Haftada kaç dakika yürüyüş yaparsınız?</p> <p>a. 0 dakika b. 1-90 dakika c. 91-200 dakika d. 201 dakikadan fazla</p>
<p>9. Her gün düzenli uyur musunuz?</p> <p>a. Evet b. Hayır c. Sadece hafta içi</p>	<p>10. Geceleri genellikle kaç saat uyursunuz?</p> <p>a. Günde 6 saatten daha az b. Günde 7 saat c. Günde 8 saat d. Günde 9 saatten fazla</p>
<p>11. Her gün düzenli defekasyon yapar mısınız?</p> <p>a. Evet b. Hayır</p>	<p>12. Son 3 ay içinde her ay en az 3 gün sürekli karın bölgesinde rahatsızlık hissiniz oldu mu? <i>(cevabınız hayır ise sonraki bölüme geçiniz)</i></p> <p>a. Evet b. Hayır</p>
<p>13. Karın bölgesindeki rahatsızlık hissi ile birlikte aşağıdakilerden hangisi size uyuyor? <i>(birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Defekasyonla rahatsızlıkta düzelme <input type="checkbox"/> Defekasyon sıklığında değişiklikler <input type="checkbox"/> Feçesin şeklinde değişiklikler</p>	<p>14. Aşağıdakilerden size uyanları işaretleyiniz.</p> <p><input type="checkbox"/> Defekasyon sıklığında anormallik <input type="checkbox"/> Feçes şeklinde anormallikler <input type="checkbox"/> Defekasyon sırasında zorlanma <input type="checkbox"/> Rektumdan mukus çıkışı <input type="checkbox"/> Karın bölgesinde şişkinlik hissi</p>

11-12 ve 13. sorular İBS tanısında kullanılan Roma III Kriterleri'dir.

*Drossman, D. A. (2006). "Rome III: the new criteria." *Chin J Dig Dis* 7(4): 181-185.

EK 3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

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

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

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedenden yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemekten tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Yemeklerimi saatli yerim.					
19.	Yemeği kaşıkla yerim.					
20.	Tıka basa yemek yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Sıkıntıda yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30) FAKTÖRLERİ

MADDE	FAKTÖR
	FAKTÖR 1: DİSİNHİBİSYON Alt faktörler: kendini tutma, miktar ve zaman kontrolü
4	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.
20	Tıka basa yemek yerim.
26	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.
17	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.
14	Birden bire çok açığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.
	FAKTÖR 2: DUYGUSAL YEME Alt faktörler: duygusal açlık, iyi hissetme ve tatmin için yeme
28	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.
23	Sıkıntıdan yerim.
22	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.
30	Mutlu olmak için çikolata yerim.
21	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.
	FAKTÖR 3: YEME KONTROLÜ Alt faktörler: yeme hızını ayarlama, yeme işlevinin kontrolünü elinde tutma
6	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.
3	Lokmalarımı çiğnemedem yutarım.
27	Küçük lokmalarla yerim.
29	Yerken otomatik pilota bağlarım.
	FAKTÖR 4: ODAKLANMA Alt faktörler: yemeğin kendisine-tadına odaklanma, yemek yerken başka aktivite ve düşüncelere ara verme
13	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.
15	Yediğim her lokmanın tadına varırım.
9	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.
8	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.
12	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.
	FAKTÖR 5: YEME DİSİPLİNİ Alt faktörler: planlama, hazırlanma, dengeleme, bulundurma, düzen, saat
24	Sağlıklı beslenirim.
18	Yemeklerimi saatli yerim.
25	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.
	FAKTÖR 6: FARKINDALIK Alt faktörler: fiziksel açlık-tokluk farkındalığı, kalori ve besin değeri bilgisi, sağlıklı beslenme bilgisi, alışkanlık farkındalığı
2	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.
16	Sık sık diyet yaparım.
11	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.
19	Yemeği kaşıkla yerim.
7	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.
	FAKTÖR 7: ENTERFERANS Alt faktörler: koku, görüntü, ses gibi sensoriyel etmenlere, davet, besin çeşitliliği ya da reklam gibi çeldiricilerle baş edebilme
5	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.
10	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.

EK 4. Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

Haastanın Adı, Soyadı:		Tarih:
Haastanın Yaşı:	Değerlendirici:	
Haastanın Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Eğitim:	
Boy:	Kilo:	
Baba Eğitim:	Baba Meslek:	
Anne Eğitim:	Anne Meslek:	

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu X ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu X ile işaretleyiniz.

a: Daima
b: Çok sık
c: Sık sık
d: Bazen
e: Nadiren
f: Hiçbir zaman

	a	b	c	d	e	f
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aklım fikrim yemektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ailem fazla yememi bekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yemek yedikten sonra kusanım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Günde birkaç kere tartılırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Et yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sabahları erken uyanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	a	b	c	d	e	f
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Adetlerim düzenlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Müshil kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Kabızlıktan yakınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Perhiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

