

Tabak Büyüklüğünün Sağlıklı Kadınların Besin Tüketimi ve Doygunluk Seviyesine Etkisi

Seliz Bağcılar

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve Diyetetik Doktora Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Eylül 2022
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Doktora derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Doç. Dr. Ceren Gezer
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Doktora derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Doç. Dr. Ceren Gezer
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Zehra Büyüktuncer Demirel
2. Prof. Dr. Seyit Mehmet Mercanlıgil
3. Prof. Dr. Habibe Şahin
4. Prof. Dr. Emine Yıldız
5. Doç. Dr. Ceren Gezer

ÖZ

Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs'ın Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arası kadınların yeme tutumlarının, yeme farkındalıklarının ile antropometrik ölçümleri arasında ilişkinin değerlendirilmesi ve besin tüketimleri sırasında kullandıkları tabağın büyüklüğünün besin tüketimi ve doyumluk seviyelerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın birinci aşaması, Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arası 227 kadın bireyin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, bireylerin Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30), Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26), demografik bilgiler, Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu, sağlık durumları, antropometrik ölçümleri ve beslenme alışkanlıkları sorgulanmıştır. İkinci aşama, sağlıklı vücut ağırlığına sahip 31 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada, öğle öğününde gerçekleşen deney öğününden önceki kahvaltı ve bir önceki günün akşam yemeği araştırmalar tarafından porsiyon kontrolü ve besin ögesi hesaplaması yapılarak bireylere tüketimleri için verilmiştir. Deney öncesinde bireylerin duygu durumlarına ile açlık durumlarına ilişkin Görsel Analog Skalası (Visual analogue scale-VAS)'nı doldurmuşlardır. Bireyler, deney öğününün tüketimden sonraki 0., 15., 30., 60., 90., 120. ve 180. dakikalarda açlık durumlarına ilişkin soruları içeren VAS'ı doldurmuşlardır. Deney sırasında büyük (31 cm) ve küçük (23 cm) tabaktan bireylerin kendilerinin belirleyeceği miktarda açık büfede sunulan soslu makarnayı tüketmesi istenmiştir. Deney günleri arasında 1 haftalık arınma sonrasında uygulanmıştır. Çalışmanın birinci aşamasına katılan bireylerin %33.5'inin yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanırken, %66.5'unun ise yeme tutumları açısından riskli olmadıkları belirlenmiştir. Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 toplam puanı ortalamalarının sırasıyla 16.83 ± 10.17 ve 100.36 ± 13.55 olduğu saptanmıştır.

Bireylerinin %65.2'sinin BKİ'lerinin normal olduğu, %23.3'ünün pre-obez olduğu saptanırken, %8.4'ünün ise obez olduğu saptanmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında ise farklı tabak büyüklüğü ile bireylerin tokluk hisleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Küçük tabak kullanan bireylerin 512.90 ± 301.89 g, büyük tabak kullananların ise 517.87 ± 213.52 g besin tükettikleri saptanmıştır. Bireylerin tabak büyüklüklerine göre besin tüketim miktarları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Küçük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin deney öncesi yeme miktarı düşünceleri 68.0 ± 16.47 olarak saptanırken, büyük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin ise 74.4 ± 21.26 olarak saptanmıştır ($p<0.05$). Gelecekte, elde edilen verilerin geçerlik ve güvenilirliği için daha büyük örneklem büyüklüğü üzerinde ve farklı faktörlerin değerlendirildiği araştırmalar yapılması daha faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tabak Boyutu, Besin Tüketimi, Doygunluk, Yeme Bozuklukları, Yeme Farkındalığı

ABSTRACT

This study was conducted to evaluate the relationship between eating attitude, mindfulness of eating and anthropometric measurements, and to determine the effect of the size of plate on food consumption and satiety levels of women aged 19-35 living in Famagusta, Northern Cyprus. The first part of the study was carried out with 227 females. In the first part, Mindful Eating Questionnaire-30 (MEQ-30), Eating Attitudes Test-26 (EAT-26) and International Physical Activity Assessment Questionnaire were applied, and demographic information, health status, and eating habits were questioned. Lastly, anthropometric measurements were done. This experimental part of the study was conducted with 31 women between 19-35 years with healthy body weight. The experiment took place at lunchtime, the breakfast before the experimental meal and the dinner of the previous day were given to the individuals by the researchers with controlled portions. Before the experiment, individuals were asked to fill in the Visual Analogue Scale (VAS) regarding their moods and hunger. During the experiment, individuals were asked to consume the amount of pasta with sauce offered in the open buffet from large (31 cm) and small (23 cm) plates. Individuals completed the VAS, which included questions about their hunger status, at the 0th, 15th, 30th, 60th, 90th, 120th and 180th minutes after experimental meal. In the first part, it was found that 33.5% of females were found to be risky in terms of eating attitudes. It was determined that the mean of EAT-26 and MEQ-30 scores were 16.83 ± 10.17 and 100.36 ± 13.55 , respectively. It was found that 65.2% of the individuals were normal, 23.3% were pre-obese, and 8.4% were obese. In the second part of the study, no significant difference was found between different plate sizes and the satiety ($p > 0.05$). Individuals using small plates consumed

512.90±301.89 g, while those using large plates consumed 517.87±213.52 g. There was no statistically significant difference between the amount of food consumption according to the plate sizes of the individuals ($p>0.05$). While the thought for the amount of food that could be consumed by individuals using the small plate was 68.0±16.47 before the experiment, it was determined as 74.4±21.26 for the individuals using the larger plate ($p<0.05$). In the future, for the validity and reliability of the data, it will be more beneficial to conduct studies on larger sample sizes and evaluate different factors.

Keywords: Portion Size, Plate Size, Food Consumption, Satiety Tesponse, Eating Disorders, Mindful Eating

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının hayata geçmesi için bana her zaman destek ve yol gösterici olan sayın tez danışmanım Doç. Dr. Ceren GEZER'e,

Akademik kariyerimde destek ve yol gösterici olan sayın hocalarım Prof. Dr. Seyit Mehmet MERCANLIGİL, Prof. Dr. Metin Saip SÜRÜCÜOĞLU ve Doç. Dr. Ayhan DAĞ'a

Bu tez çalışmasının planması aşamasında değerli katkıları olan sayın hocam Prof. Dr. Emine AKAL YILDIZ'a

Tüm destekleri için değerli çalışma arkadaşlarım Dr. Ayşe OKAN ve Yrd. Doç. Dr. Nazife HÜRER'e, Uzm. Fzt. Cemaliye Hürer'e, Uzm. Dyt. Rojina Deniz AYGÜL'e, Uzm. Dyt. Fatma Nur TAŞKIN'a, Dyt. Kerem FIRINCIOĞULLARI'na,

Bu çalışmanın tüm istatistiksel değerlendirmelerinde değerli katkısını benden hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli Yrd. Doç. Dr. Özgür TOSUN'a,

Varlığı ve desteğini her zaman hissettiğim, hayatta her daim güçlü durmamı sağlayan canım annem Gülgün BAĞCILAR'a,

Bugüne kadarki destekleri için babam Ekrem BAĞCILAR'a

Bu süreçte, beni her zorlandığımda cesaretlendiren, tüm içtenliğiyle sevincimi ve üzüntümü benimle paylaşan yol arkadaşım Seyhun İPEKCİOĞLU'na,

Canım evlatlarım Merlot ve Piña'ya,

...teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	xiii
TABLO LİSTESİ	xv
ŞEKİL LİSTESİ	xix
1 GİRİŞ	1
1.1 Kuramsal Yaklaşımlar	1
1.2 Amaç ve Hipotez	3
2 GENEL BİLGİLER	4
2.1 Obezite	4
2.1.1 Obezitenin Prevalansı ve Epidemiyolojisi	4
2.1.2 Obezitenin Etiyolojisi	5
2.1.3 Obeziteye Neden Olan Faktörler	6
2.1.3.1 Genetik Faktörler	6
2.1.3.1.1 Monogenik Obezite	6
2.1.3.1.2 Sendromik Obezite	7
2.1.3.1.3 Poligenik/Yaygın Obezite	8
2.1.3.2 Sosyal Faktörler	8
2.1.3.3 Çevresel Faktörler	9
2.1.3.4 Davranışsal Faktörler	12
2.1.4 Obezite ve Yeme Farkındalığı	13
2.1.5 Obezite ve Yeme Davranış Bozuklukları	14

2.1.6 Obezite, Yeme Farkındalığı ve Yeme Davranış Bozuklukları	16
2.2 Porsiyon Boyutu	17
2.2.1 Porsiyon Boyutunun Altında Yatan Mekanizmalar.....	17
2.2.1.1 Uygunluk Mekanizması	17
2.2.1.2 Birim Önyargı Mekanizması.....	18
2.2.1.3 Beklenen Doygunluk Mekanizması	18
2.2.1.4 Görsel İşaret Mekanizması.....	19
2.2.2 Porsiyon Boyutu ve Obezite İlişkisi	19
2.3 Delboeuf Yanılsaması ve Tabak Boyutu.....	21
3 GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1 Araştırma Tipi, Yeri ve Zamanı	25
3.2 Çalışmanın Tasarımı ve Yöntemi.....	25
3.2.1 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.2.1.1 Tarama Çalışmasının Evreni ve Örneklemi	27
3.2.1.2 Deney Çalışmasının Evreni ve Örneklemi.....	27
3.2.2 Tarama Çalışması	28
3.2.3 Deney Çalışması	29
3.3 Antropometrik Ölçümler ve Vücut Bileşiminin Saptanması	31
3.3.1 Vücut Ağırlığı ve Bileşimi	31
3.3.2 Boy Uzunluğu.....	31
3.3.3 Boyun Çevresi	31
3.3.4 Bel Çevresi	32
3.3.5 Kalça Çevresi.....	32
3.3.6 Bel/Kalça Oranı	33
3.3.7 Beden Kütle İndeksi	33

3.3.8 Bel/Boy Oranı.....	34
3.4 Kullanılan Ölçekler	34
3.4.1 Yeme Tutum Testi (YTT-26)	34
3.4.2 Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)	35
3.4.3 Görsel Analog Skalası	36
3.4.4 Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi	37
3.5 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	37
4 BULGULAR.....	39
4.1 Çalışmanın Tarama Bölümüne İlişkin Bulgular.....	39
4.1.1 Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular	39
4.1.2 Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	41
4.1.3 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular	41
4.1.4 Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulgular	43
4.1.5 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ve YTT-26 Puanlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular	80
4.1.6 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ve YFÖ-30 Puanlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular.....	81
4.2 Çalışmanın Deney Bölümüne İlişkin Bulgular	84
4.2.1 Bireylerin Deney Öncesi ve Sonrası Açlık Durumlarına İlişkin Bulgular.....	84
4.2.2 Deney Çalışmasına Katılan Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bilgiler	93
4.2.3 Bireylerin Farklı Tabak Boyutları Kullanarak Tükettikleri Besin Miktarlarına İlişkin Bulgular	94
4.2.4 Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulgular	94
4.2.5 Bireylerin Deney Öncesi Duygu Durumlarına İlişkin Bulgular	96

4.2.6 Bireylerin Küçük ve Büyük Tabak Kullanarak Tükettikleri Besin Miktarı ile YFÖ-30 ve YTT-26 Puanlarına İlişkin Bulgular.....	97
4.2.7 Bireylerin Küçük ve Büyük Tabak Kullanarak Tükettikleri Besin Miktarı ile Deney Öncesi Duygu Durumlarına İlişkin Bulgular	98
4.2.8 Bireylerin Deney Öncesi Antropometrik Ölçümleri ve YTT-26 Puanlarına İlişkin Bulgular	99
4.2.9 Bireylerin Deney Öncesi Antropometrik Ölçümleri ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulgular	100
5 TARTIŞMA	103
5.1 Çalışmanın Tarama Bölümüne İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	103
5.1.1 Bireylerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	103
5.1.2 Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	103
5.1.3 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	105
5.1.4 Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	107
5.2 Çalışmanın Deney Bölümüne İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	112
5.2.1 Bireylerin Besin Tüketim Miktarlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	112
5.2.2 Bireylerin Deney Öncesi Duygu Durumları ile Besin Tüketim Miktarlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	114
5.2.3 Bireylerin Tokluk Hissi ile Besin Tüketim Miktarlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	115

5.2.4 Bireylerin Besin Tüketim Miktarı, Antropometrik Ölçüm ile YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	118
5.3 Çalışmaya İlişkin Güçlü Yönler ve Sınırlılıklar.....	120
6 SONUÇ VE ÖNERİLER	122
6.1 Sonuçlar.....	122
6.1.1 Çalışmanın Tarama Bölümüne İlişkin Sonuçlar.....	122
6.1.2 Çalışmanın Deney Bölümüne İlişkin Sonuçlar	123
6.2 Öneriler.....	124
KAYNAKLAR	126
EKLER.....	170
Ek 1: Çalışmanın Etik Kurul Onayı	171
Ek 2: Helsinki Bildirgesi	172
Ek 3: ABD’ne Bağlı Çalışma Protokol Kayıt Sistemindeki Kaydı.....	176
Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	177
Ek 5: Bireylere Uygulanan Anket	178
Ek 6: Deney Grubunda Bulunan Bireylere Uygulanan Açlık Durumlarına İlişkin VAS Formu	182
Ek 7: Deney Grubunda Bulunan Bireylere Uygulanan Duygu Durumlarına İlişkin VAS Formu	183

KISALTMALAR

%	Yüzdelik
$\bar{x}$	Ortalama
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Alt	En Alt Sınır Değer, Minimum
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
BKİ	Beden Kütle İndeksi
cm	Santimetre
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
g	Gram
kg	Kilogram
kkal	Kilokalori
l	Litre
LEP	Leptin
LEPR	Leptin Reseptörü
m	Metre
m ²	Metre Kare
MB-EAT	Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi (Mindfulness-Based Eating Awareness Training)
MC4R	Melanokortin 4 Reseptörü
mm	Milimetre
n	Katılımcı Sayısı
NHANES	Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (National Health And Nutrition Examination Survey)

p	Anlamlılık Düzeyi
PCSK1	Prohormon Konvertaz Subtilisin/Keksin Tip 1
POMC	Pro-Opiomelanokortin
PVN	Paraventriküler Çekirdekdeki
r	Korelasyon Katsayısı
SPSS	Sosyal Bilimciler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for The Social Sciences)
SS	Standart Sapma
TÖBER	Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
Üst	En Üst Sınır Değer, Maksimum
VAS	Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale)
YFÖ-30	Yeme Farkındalığı Ölçeği-30
YTT-26	Yeme Tutum Testi-26
α -MSH	A-Melanosit Uyarıcı Hormonun

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: Deneye katılan bireylere verilen öğün içerikleri	29
Tablo 3.2: Deneye katılan bireylere verilen öğünlerin enerji ve makro besin öğeleri içerikleri	29
Tablo 3.3: Deney sırasında bireylere sunulan öğün içeriği (çiğ miktarlar)	30
Tablo 3.4: Yetişkinlerde boyun çevresi ölçümüne göre şişmanlık riski (TÜBER, 2016)	32
Tablo 3.5: Yetişkinlerde bel çevresi ölçümüne göre hastalık riski (DSÖ, 2008)	32
Tablo 3.6: Yetişkinlerde bel/kalça oranına göre hastalık riski (DSÖ, 2008)	33
Tablo 3.7: DSÖ (2021)'nin BKİ sınıflandırması.	33
Tablo 3.8: Yetişkinlerde bel/boy oranına göre hastalık riski (Ashwell ve Gibson, 2016)	34
Tablo 4.1: Bireylerin yaş, eğitim durumları ve mesleklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=227)	39
Tablo 4.2: Bireylerin doktor tarafından tanısı konmuş hastalık, ilaç ve besin takviyesi kullanımı, fiziksel aktivite düzeyleri, besin alerjisi ve besin seçiciliklerine ilişkin bilgilerin dağılımı (n=227).....	40
Tablo 4.3: Bireylerin günlük öğün tüketimlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=227)	41
Tablo 4.4: Bireylerin antropometrik ölçümlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=227)	42
Tablo 4.5: Bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalamaları (n=227).....	43
Tablo 4.6: Bireylerin YTT-26 puanlarının ortalamaları (n=227).....	44
Tablo 4.7: Bireylerin YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	45

Tablo 4.8: Bireylerin yaş, eğitim seviyesi ve çalışma durumlarına göre YTT-26 puanlarının dağılımları (n=227)	46
Tablo 4.9: Bireylerin eğitim durumuna göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	47
Tablo 4.10: Bireylerin sigara, diyet, doktor tarafından tanısı konmuş hastalık, besin takviyesi ve fiziksel aktivite verilerine göre YTT-26 puanlarının dağılımı (n=227). 48	
Tablo 4.11: Bireylerin sigara kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	50
Tablo 4.12: Bireylerin doktor tarafından tanısı konmuş hastalık verilerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	52
Tablo 4.13: Bireylerin besin takviyesi kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	54
Tablo 4.14: Bireylerin fiziksel aktivite seviyelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	56
Tablo 4.15: Bireylerin ilaç kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	57
Tablo 4.16: Bireylerin besin seçiciliklerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	58
Tablo 4.17: Bireylerin besin alerjilerinin varlığına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	59
Tablo 4.18: Bireylerin kahvaltı ana öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları	61
Tablo 4.19: Bireylerin kuşluk ara öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	63

Tablo 4.20: Bireylerin öğle ana öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	65
Tablo 4.21: Bireylerin ikindi ara öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	67
Tablo 4.22: Bireylerin akşam ana öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	69
Tablo 4.23: Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre YTT-26 puanları	70
Tablo 4.24: Bireylerin BKİ'lerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227).....	72
Tablo 4.25: Bireylerin boyun çevrelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	73
Tablo 4.26: Bireylerin bel çevrelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	76
Tablo 4.27: Bireylerin bel/kalça oranına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	77
Tablo 4.28: Bireylerin bel/boy oranına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)	79
Tablo 4.29: Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 puanları arasındaki korelasyon.....	80
Tablo 4.30: Bireylerin antropometrik ölçümleri ve YTT-26 puanları arasındaki korelasyon	81
Tablo 4.31: Bireylerin antropometrik ölçümleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki korelasyon	83
Tablo 4.32: Bireylerin eğitim durumu ve mesleklerine ilişkin bilgiler.....	84
Tablo 4.33: Bireylerin deney öncesi ve sonrasındaki açlık durumlarına ilişkin VAS'larının ortalamaları (n=31).....	85

Tablo 4.34: Deney çalışmasına katılan bireylerin antropometrik ölçümlerine ilişkin ortalamaları (n=31)	93
Tablo 4.35: Bireylerin küçük ve büyük tabakta tükettiği besin miktarlarının ortalamaları (n=31)	94
Tablo 4.36: Bireylerin YTT-26 puanlarının ortalamaları (n=31).....	95
Tablo 4.37: Bireylerin YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=31)	95
Tablo 4.38: Bireylerin deney öncesi duygu durumlarına yönelik VAS'larının ortalamaları (n=31)	97
Tablo 4.39: Bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile YFÖ-30 ve YTT-26 puanları arasındaki korelasyon	98
Tablo 4.40: Bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile deney öncesi duygu durumları arasındaki korelasyon	99
Tablo 4.41: Bireylerin deney öncesi antropometrik ölçümleri ve YTT-26 puanları arasındaki korelasyon.....	100
Tablo 4.42: Bireylerin deney öncesi antropometrik ölçümleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki korelasyon.....	102

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: Yemeyi kontrol eden hormonların merkezi etkilerini gösteren diyagram (Acosta ve ark., 2014).	7
Şekil 2.2: Fiziksel çevrenin obeziteyi nasıl etkilediğini anlamak için kavramsal model (Swinburn, Egger & Raza, 1999).	10
Şekil 2.3: Standart Delboeuf yanılsaması (McClain, van den Bos, Matheson, Desai, McClure, & Robinson, 2014).	22
Şekil 2.4: Standart olmayan Delboeuf yanılsaması (McClain, van den Bos, Matheson, Desai, McClure, & Robinson, 2014).	23
Şekil 3.1: Çalışma planı	26
Şekil 4.1: Bireylerin YTT-26 puanlarının dağılımları (n=227)	43
Şekil 4.2: Bireylerin açlık hislerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi	89
Şekil 4.3: Bireylerin tokluk hislerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi	90
Şekil 4.4: Bireylerin yeme isteklerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi	91
Şekil 4.5: Bireylerin yeme miktarı düşüncelerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi	92

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Kuramsal Yaklaşımlar

Dünya Sağlık Örgütü (2020), verilerine göre Kıbrıs'ın güneyinde 20 yaşından büyük bireylerin %58.8'inin pre-obez, %25.5'inin ise obez olduğu belirtilmiştir. Gezer ve arkadaşlarının (2013), Kıbrıs'ın kuzeyinde Güzelyurt, Lefkoşa, İskele, Mağusa, Girne bölgelerinde 19-65 yaş arası 738 erkek ve 1002 kadın toplam 1740 kişi ile yaptıkları çalışmada, BKİ'leri 25-29.9 kg/m² olanların oranı %34.4 ve BKİ'leri ≥ 30 kg/m² olanların oranı %26.4 olarak saptanmıştır. Literatürde, Kuzey Kıbrıs'ta yaşayan bireylerin besin tüketimleri sırasında kullandıkları tabak büyüklüğünün besin tüketimi ve doygunluk seviyesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Doygunluk, bir yemekten sonra ortaya çıkan ve daha fazla yemeyi önleyen ve sonrasında açlığın bastırılmasıyla tanımlanabilen bir durumdur (Forde, 2018). Duygunluk algısı birçok faktörden etkilenebilir. Çevresel faktörlerin başında, porsiyon büyüklüğü, yemek sırasında besine karşı dikkat, besini tüketirken bir arada olan birey sayısı ve mevcut besin çeşitliliği gelmektedir (Mittal, Stevenson, Oaten & Miller, 2011). Son yıllarda yapılan çalışmalar besin tüketilirken kullanılan tabağın özelliklerinin (boyut, renk vb.) de bir çevresel faktör olarak doygunluk algısına etki edebileceğini göstermiştir (Akyol, Ayaz, Inan-Eroglu, Cetin & Samur, 2018; Peng, Adam, Hautus, Shin, Duizer & Yan, 2017). Bir çalışmada, farklı boyutlardaki tabaklardan besin tüketen obez ve normal beden kütle indeksi (BKİ)'ne sahip bireylerde tabak boyutunun doygunluk hisleri ve besin tüketimleri üzerinde önemli

etkilere sahip olduğu bulunurken büyük tabakla karşılaştırıldığında küçük tabak boyutunun yüksek doygunluk hissi ve besin tüketimindeki düşüşle ilişkili olduğu saptanmıştır (Peng, Adam, Hautus, Shin, Duizer & Yan, 2017).

Besin tüketimi sırasında kullanılan tabağın boyutu ile besin arasındaki uyum, algıyı etkilemektedir (van Ittersum & Wansink, 2012). Aynı boyuttaki iki küçük daireden bir tanesinin daha büyük bir daire ve diğersinin ise biraz daha büyük bir daire ile çevrelendiğinde, iki aynı boyuttaki küçük dairenin boyutlarının farklı algılandığı saptanmış ve bu durum “Standart Delboeuf Yanılsaması” olarak adlandırmıştır (Delboeuf, 1865). Standart Olmayan Delboeuf Yanılsaması ise büyük tabağın ortasında bulunan küçük dairelerden birinin diğersinden %20 daha büyük olması durumundan kaynaklanmaktadır. Küçük olan test dairesinin etrafı büyük bir daire ile %20 daha büyük olan diğers test dairesinin etrafı ise daha büyük bir daire ile çevrelendiğinde test dairelerinin boyutlarının aynı algılandığı van Ittersum ve Wansink (2012) tarafından saptanmıştır. Bu yanılsama, test dairesi ile bu daireyi çevreleyen daire arasında kalan boşluk miktarına dayanılarak açıklanmakta ve hem daireler arasındaki boşluğun küçük olması hem de görüntünün bütünsel olarak algılanmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (van Ittersum & Wansink, 2012). Buna göre daha küçük bir tabakta, bir miktar besinin servis edilmesi ile daha büyük bir tabakta aynı miktardaki besinin servis edilmesi karşılaştırıldığında, küçük tabakta servis edilen besin, Delboeuf yanılsamasına sebep olarak daha fazla algılanabilmektedir (Petit, Velasco & Spence, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2013) tarafından obezite, vücutta yağ dokusunun aşırı depo edilmesi ile karakterize, global bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Besinlerle alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olması pozitif enerji dengesi olarak adlandırılmaktadır. Pozitif enerji dengesi, vücutta yağ dokusu artışının birincil

nedeni ve obezitenin nedenlerinden bir tanesidir (Case, Daristotle, Hayek & Raasch, 2011). Delbeouf yanılışı nedeniyle oluşan yanlış algı, besin alımının artmasına neden olarak pozitif enerji dengesi ile sonuçlanabilmektedir (Bauer, 2015).

1.2 Amaç ve Hipotez

Bu çalışmanın amacı, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arası kadınların yeme tutumları ve davranışları ile yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi ve sağlıklı yetişkin kadın bireylerin besin tüketimleri sırasında kullandıkları tabağın büyüklüğünün besin tüketimi ve doygunluk seviyelerine etkisinin belirlenmesidir.

Çalışmanın hipotezleri:

- Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arası kadınlarda yeme davranış bozuklukları ile yeme farkındalığı arasında ilişki vardır.
- Küçük tabakta besin tüketen bireyler, büyük tabakta besin tüketen bireylere göre kendilerini daha fazla tok hissederler.
- Büyük tabakta besin tüketen bireyler, küçük tabakta besin tüketen bireylere göre daha fazla besin tüketirler.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Obezite

Dünya Sağlık Örgütü (2020) tarafından obezite, hastalık riski oluşturacak miktarda vücut yağ dokusunun anormal ve aşırı birikmesi olarak tanımlanmıştır. Global bir sağlık sorunu olan obezite, küresel hastalık yükü raporuna göre 2017'de her yıl 4 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmuştur (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018). Önceden obezite, sadece yüksek gelirli ülkelerde bir sorun olarak kabul edilirken şu anda orta ve düşük gelirli ülkelerde, özellikle kentsel bölgelerde çarpıcı bir şekilde artmaktadır. Çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olmanın yanı sıra, obezite, bireylerin kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet dahil olmak üzere birçok bulaşıcı olmayan kronik hastalığa yakalanma riskini de büyük ölçüde artırmaktadır (DSÖ, 2021a).

2.1.1 Obezitenin Prevalansı ve Epidemiyolojisi

Obezite, günümüzün en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir (DSÖ, 2020). Yetişkinlerde ve çocuklarda pre-obezite ve obezite oranları artmaya devam etmektedir. Bin dokuz yüz yetmiş beşten 2016'ya kadar, 5-19 yaş arası pre-obez veya obez çocuk ve ergenlerin prevalansı, küresel olarak %4'ten %18'e yükselmiştir (DSÖ, 2020). Avrupa'da obezite prevalansı, 1980'lerden bu yana üç katına çıkmış olup endişe verici bir oranda artmaya devam etmektedir (DSÖ, 2021b). Andreou ve arkadaşlarının (2012) yaptığı Kıbrıs'ın güneyinde 1001 kişi ile yürütülen çalışmada erkek yetişkinlerin %46.9'unun ve kadın yetişkinlerin %26'sının pre-obez; erkek

yetişkinlerin %28.8'inin ve kadın yetişkinlerin %27'sinin obez olduğu saptanmıştır. DSÖ (2013), Kıbrıs'ın obezite prevalansının değerlendirildiği raporda kullanılan modellemede, 2030 yılında yetişkin erkeklerin %33'ünün ve yetişkin kadınların %29'unun obez olacağı öngörülmektedir.

2.1.2 Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin etiyolojisini anlamak, obezite ve obezitenin sebep olduğu sağlık risklerini önlemeye yardımcı olacağından önemlidir (Kadouh & Acosta, 2017). Enerji dengesi kavramı, enerjinin yok edilemeyeceği ve yalnızca bir organizma tarafından kazanılabileceği, kaybedilebileceği veya depolanabileceği temel termodinamik ilkesine dayanmaktadır (Hill, Wyatt & Peters, 2013).

Enerji dengesi, enerji alımı ile enerji harcamasına eşit olduğunda elde edilen durum olarak tanımlanır. Bu kavram, enerji alımı ve harcamasındaki değişikliklere yanıt olarak vücut ağırlığının zaman içinde nasıl değişeceğini göstermek için kullanılabilir. Vücutta enerji dengesi olduğunda vücut ağırlığı sabittir (Romieu ve ark., 2017). Enerji dengesindeki değişiklikler vücut ağırlığında artış veya azalışa neden olur. Enerji alımının enerji harcanmasını aşması durumunda pozitif enerji dengesi oluşup vücut ağırlığı artışına sebep olacağı; enerji alımının enerji harcamasından daha az olması durumunda ise negatif enerji dengesinin oluşup vücut ağırlığında azalmaya sebep olacağı saptanmıştır (Nas, Büsing, Hägele, Hasler, Müller & Bosy-Westphal, 2020). Birden fazla biyolojik, çevresel ve davranışsal faktörün pozitif enerji dengesi oluşturarak obeziteye sebep olduğu bilinmektedir (Agurs-Collins & Bouchard, 2008; Bouchard, 2008; Dishman, 2008).

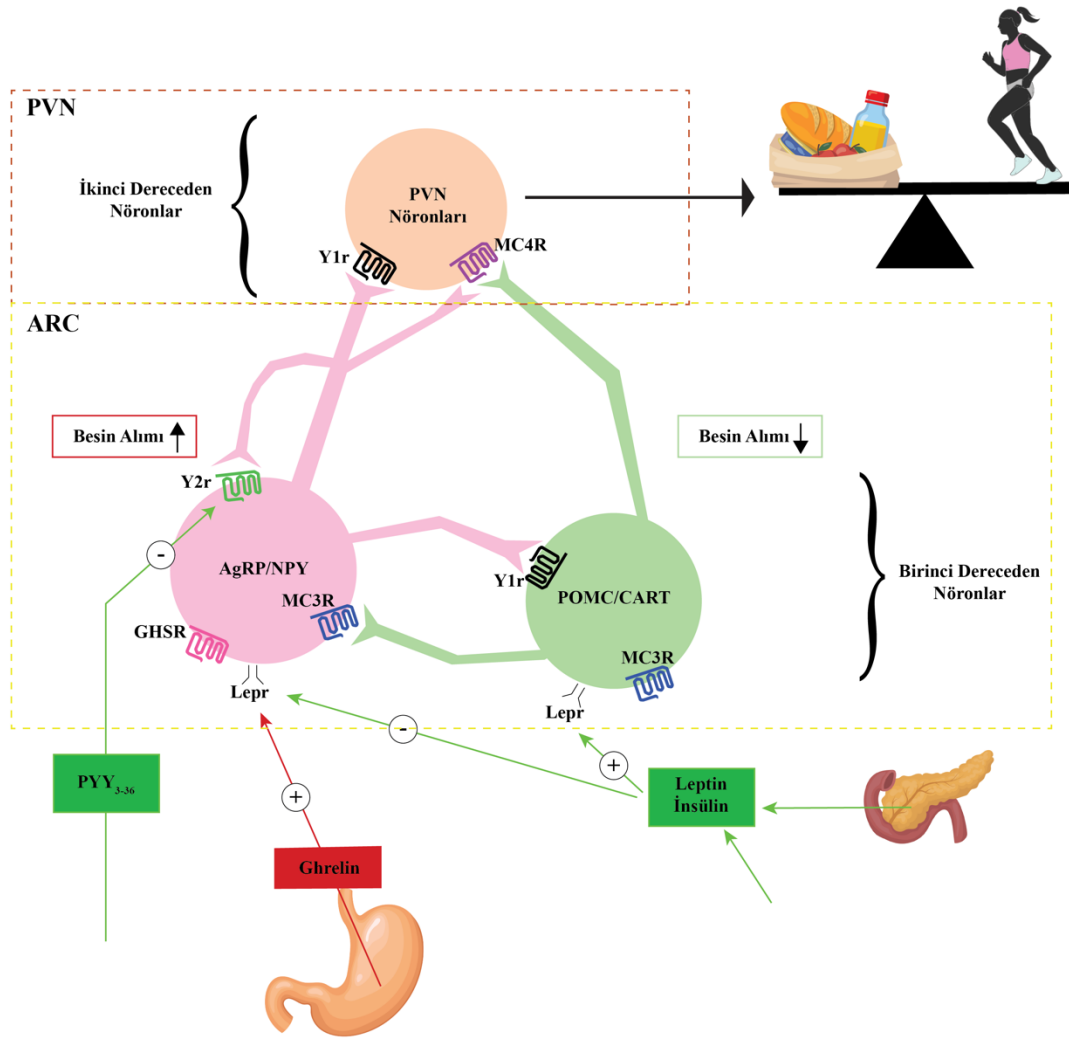
2.1.3 Obeziteye Neden Olan Faktörler

2.1.3.1 Genetik Faktörler

Son yıllarda yapılan çalışmalar, genetik yapı ve çevre arasındaki etkileşimin, yağ dokusu fonksiyonunun düzenlenmesi için önemli olduğunu göstermiştir (Egusquiza & Blumberg, 2020; Sheikhpour, Abolfathi, Khatami, Meshkani & Barghi, 2020). Obezitenin genetik nedenleri genel olarak, monogenik, sendromik ve poligenik olmak üzere üç grupta sınıflandırılabilir (Thaker, 2017).

2.1.3.1.1 Monogenik Obezite

Monogenik non-sendromik obezite, anormal yeme davranışı ve endokrin bozuklukları ile erken başlayan obezite ile karakterizedir (Clément, Mosbah & Poitou, 2020). Bu nadir görülen obezite biçimine katkıda bulunan genler, tipik olarak obezitenin otozomal ilave kalıtımı ile esas olarak leptin/melanokortin yolunda bulunur. Bu hipotalamik yolun normal işlevi enerji dengesinin kontrolü için gereklidir (van der Klaauw & Farooqi, 2015). Genetik varyantlar, araştırılan popülasyonlara bağlı olarak erken başlangıçlı morbid obezitenin %5-30'unda rol oynamaktadır (Foucan ve ark., 2018; Huvenne ve ark., 2015; Serra-Juhé ve ark., 2020). Yoldaki diğer genlerle, özellikle leptin (LEP), leptin reseptörü (LEPR), pro-opiomelanokortin (POMC) ve prohormon konvertaz subtilisin/keksin tip 1 (PCSK1) ile karşılaştırıldığında, Melanokortin 4 reseptörü (MC4R) ilişkili obezite dikkate değer endokrin fenotipi olmayan değişken şiddette obezite ile karakterizedir (Clément, Mosbah & Poitou, 2020). Arkuat çekirdekteki leptin/melanokortin yolu POMC-nöronları leptin tarafından aktive edilir ve daha sonra paraventriküler çekirdekteki (PVN) MC4R reseptörünü aktive ederek doygunluğa neden olan α -melanosit uyarıcı hormonun (α -MSH) üretilmesini sağlamaktadır (Acosta ve ark., 2014). Şekil 2.1'de yemeyi kontrol eden hormonların merkezi etkilerini gösteren diyagram gösterilmiştir.



Şekil 2.1: Yemeyi kontrol eden hormonların merkezi etkilerini gösteren diyagram (Acosta ve ark., 2014).

2.1.3.1.2 Sendromik Obezite

Genetik kusurların ikincil sonucu olarak doğrudan veya dolaylı olarak gelişen obezite tipine sendromik obezite denir. Monogenik obezite ile karşılaştırıldığında oldukça farklı olup, bu durumda obezite bireyin klinik görüntüsünün sadece bir parçasıdır (Mutlu Albayrak & Eklioğlu, 2016). Sendromik obezite, zihinsel engellilik, dismorfik özellikler ve organa özgü gelişim anormallikleri gibi farklı bir dizi ilişkili klinik fenotip bağlamında meydana gelen obeziteyi ifade eder (Geets, Meuwissen & van Hul, 2019). Bu anomalilikler arasında Prader-Willi sendromu, Bardet-Biedl sendromu, Alström sendromu, Trizomi 21 sendromu (Down sendromu), Albright'ın

herediter osteodistrofisi, Cohen sendromu, Borjeson-Forssman-Lehmann sendromu ve Beckwith-Wiedemann sendromu yer almaktadır (Irizarry & Haqq, 2018).

2.1.3.1.3 Poligenik/Yaygın Obezite

Çeşitli genetik değişkenler ile çevrede bulunan faktörlerin etkileşimi sonucu meydana gelmektedir (Kılınç & Gözel, 2018). Monogenik obezite ile kıyaslandığında çok sayıda genin birlikte neden olduğu poligenik obezite daha sık görülmektedir (Hinney, Vogel & Hebebrand, 2010). Poligenik obeziteye sebep olan genler tek tek incelendiğinde bireyin vücut ağırlığında çok az etkili oldukları saptanmıştır. Bu genlerin topluca katkısı önemli iken enerji alımının artışı, fiziksel aktivite seviyesinin azalışı, hormonlardaki değişimler, sosyoekonomik faktörler gibi çevresel faktörlerin hepsi genlerin fenotipik ifadesini etkimektedirler (Hinney & Hebebr, 2008).

2.1.3.2 Sosyal Faktörler

Obezite prevalansı yaş, cinsiyet, ırk ve etnik köken ve sosyoekonomik durum gibi temel bireysel özelliklere göre değişmektedir. Obezite prevalansı, yaşam boyunca kesitsel olarak artmaktadır: Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde erken çocuklukta (2-5 yaş) %13.9, çocuklukta (6-11 yaş) %18.4, ergenlikte (12-19 yaş) %20.6, genç yetişkinlikte (20-39 yaş) %35.7, yetişkinlikte (40-59 yaş) %42.8 ve yaşlılıkta (≥ 60 yaş) %41.0 olduğu tespit edilmiştir (Hales, Fryar, Carroll, Freedman & Ogden, 2018).

Ameye ve Swinnen (2019) yaptıkları çalışmada, düşük gelirli ülkelerde obezitenin gelir düzeyi ile orantılı olarak arttığını, orta gelirli ülkelerde obezitenin gelir düzeyi ile ilişkisinin olmadığını ve yüksek gelirli ülkelerde ise gelir düzeyinin artması ile obezitenin azaldığını saptanmıştır. Ülkeleri kendi içlerinde değerlendirdiklerinde ise düşük gelirli ülkelerde daha zengin gruplar arasında obezitenin yoğunlaştığını, orta gelirli ülkelerde obezitenin ekonomik yönden farklı gruplar arasında eşit olarak

dağıldığını ve yüksek gelirli ülkelerde ise yoksulların obezite oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ameye & Swinnen, 2019).

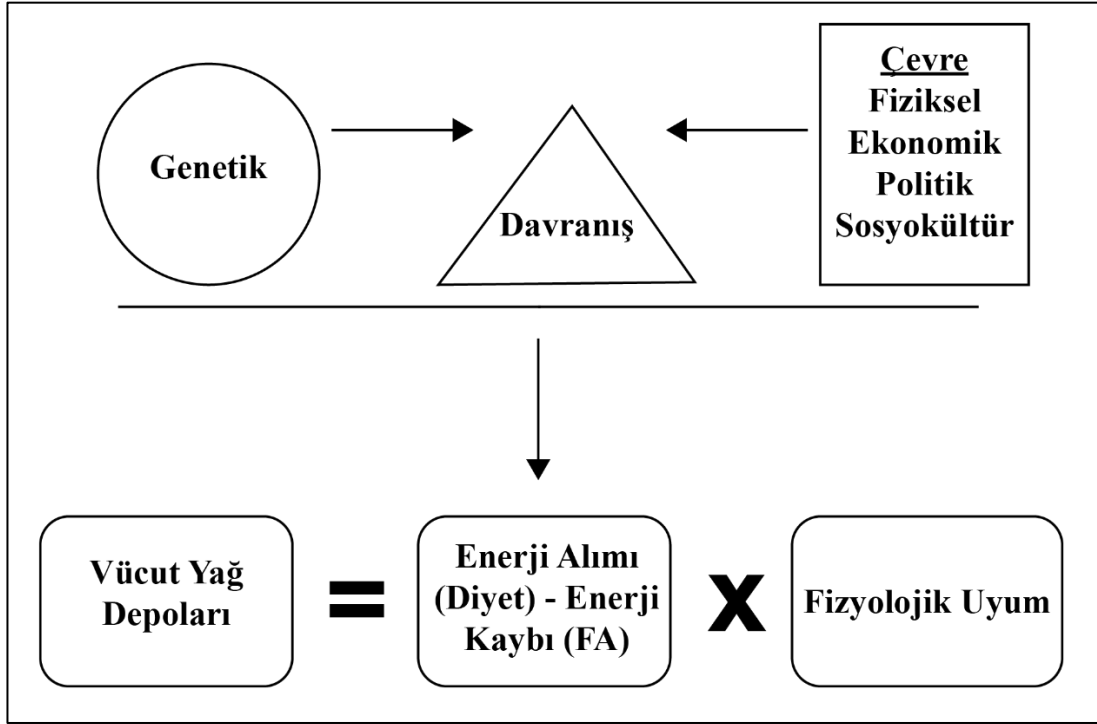
Yapılan birçok çalışmada, cinsiyet farkının obezite ile ilişkisi araştırılmıştır (Cruz Estrada, Tlatempa Sotelo, Valdes-Ramos, Hernández Murúa & Manjarrez-Montes-de-Oca, 2017; DSÖ, 2011; Shah, Cost, Fuller, Birken & Anderson, 2020). Düşük gelirli ülkelerde kadınların erkeklere göre obezite oranlarının daha yüksek olduğu, orta gelirli ülkelerde ise bu farkın daha da fazla olduğu saptanırken, yüksek gelirli ülkelerde ise cinsiyete dayalı obezite farkının ortadan kalktığı saptanmıştır (Ameye & Swinnen, 2019).

Çeşitli epidemiyolojik araştırmalar, ırk ve etnik kökenin obezite üzerine etkisini vurgulamıştır (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2014; Ogden, Carroll, Fryar & Flegal, 2015). On binden fazla yetişkin bireyin katılımıyla yapılan Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey [NHANES]), farklı ırklara sahip yetişkin bireylerin obezite oranlarını bildirmiştir. Çalışmaya göre, Hispanik olmayan Asyalı yetişkinler arasında obezite oranı en düşükken (%11.7), Hispanik olmayan beyaz yetişkinlerin %34.5'inin, Hispanik yetişkinlerin %42.5'inin ve Hispanik olmayan siyahi yetişkinlerin %48.1'in obez olduğu saptanmıştır (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2014).

2.1.3.3 Çevresel Faktörler

Obezite oluşumunu destekleyen çevresel risk faktörlerinden bahsederken obezogenik çevre teriminden söz edilmektedir. Bu terim, evde veya işyerinde ağırlık artışı teşvik eden ve ağırlık kaybının elverişli olmadığı bir ortam anlamına gelmektedir (Fisberg, Maximino, Kain & Kovalskys, 2016). Egger ve Swinburn (1997) tarafından sunulan kavramsal modellemede, çevrenin, toplumsal düzeyde obezitenin birincil belirleyicisi olduğunu önerilmektedir. Modellemede (Şekil 2.2),

direkt olarak diyet ve fiziksel aktivite davranışlarından etkilenen enerji alımı ve kaybındaki metabolik dengesizliğin bir sonucu olarak obezite gösterilmektedir (Swinburn & Egger, 2002).



Şekil 2.2: Fiziksel çevrenin obeziteyi nasıl etkilediğini anlamak için kavramsal model (Swinburn, Egger & Raza, 1999).

Yapılan çalışmalar, farklı coğrafi bölgelerde yaşayan bireylerin BKİ'lerinde farklılık olduğunu göstermektedir (DeBoer, Filipp & Gurka, 2019; Gurka, Filipp & DeBoer, 2018). BKİ'lerdeki küresel artışların yaklaşık %55'i, kırsal alanlardaki artan BKİ'lerine bağlanabilir ve bu, düşük ve orta gelirli ülkelerde %80'e kadar çıkabilmektedir. Kırsal alanlar, kentsel alanlara kıyasla 1.36 kat daha yüksek obezite olasılığı ile ilişkili olmakla birlikte bireysel eğitim, hane geliri ve çevrenin fiziksel aktiviteyi destekleyici yönde yapılandırılması bu olasılıkları, %94 oranında azalttığını saptanmıştır (Wen, Fan, Kowaleski-Jones & Wan, 2018). Kırsal alanlarda bulunan konutlar, süpermarket, hastane ve rekreasyon merkezleri arasında uzak mesafelere

sahip olma eğilimindedir ve bu bireylerin, obeziteyi önleyen sağlıklı davranışları uygulama becerisini olumsuz yönde etkileyebilir (Brehm & D'Alessio, 2019).

Bir bölgedeki gıda satış yerlerinin sayısı ve satılan besinlerin türü, bölge sakinlerinin satın alabileceği besinleri belirlemektedir. Ulaşılabilir fast-food restoran sayısının fazlalığı ile obezitenin ilişkili olduğunu ileri sürülmüştür (Maddock, 2004; Mohammadbeigi ve ark., 2018). Besine ulaşılabilirlik ve kalitesine ek olarak, besin türü, miktarı ve fiyatlandırmasındaki değişimin de obezite ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Amerika'da bulunan en popüler fast-food, paket servis ve aile restoranlarında satılan besinlerin porsiyon boyutları, mevcut ABD Tarım Bakanlığı ve ABD Gıda ve İlaç İdaresi standartlarının tavsiye ettiği porsiyon miktarlarını aşmaktadır (Young & Nestle, 2002). Artan porsiyon boyutları hem yetişkinlerde hem de çocuklarda, enerji alımındaki artışlarla ilişkilendirilmiştir (Fileh, González Gil, Miguel-berges & Moreno Aznar, 2020; Gezmen Karadağ, Ağagündüz, Yıldırım, Arslan & Toka, 2020; Robinson, Henderson, Keenan & Kersbergen, 2019).

Çevresel koşullar, bireylerin vücut ağırlıkları üzerine etki eden ulaşım ve bireylerin yaşadıkları bölgenin yürümeye elverişli olma durumunu belirleyebilmektedir. Bireylerin yaşadıkları bölgenin yürümeye elverişli olması, vücut ağırlığının ve obezite prevalansının azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Creatore ve ark., 2016). Rekreasyon tesislerine yakınlık, bu tesislerin sayısı, yayaları trafik tehlikelerinden uzaklaştıran kaldırımlar ve patikalar ile parklara erişim, hem nitel hem de nicel araştırmalarda fiziksel aktivitenin artırılmasında olumlu etkiye sebep olabileceği rapor edilmiştir (Salvo, Lashewicz, Doyle-Baker & McCormack, 2018; Smith ve ark., 2017).

2.1.3.4 Davranışsal Faktörler

Fiziksel aktivite, obezitenin önlenmesinde köklü bir role sahiptir (Espeland, Small & Stoeckel, 2018). Fiziksel olarak aktif olma arzusunun yaşamın erken yaşlarında edinilmesi, bireylerin yaşamları boyunca sağlıklı vücut ağırlığının sürdürmesini sağlayacak kalıcı davranış değişikliğine neden olmaktadır (Kozak, Pickett, Jarrett, Markarian, Lahar & Goldstick, 2019; Reddy ve ark., 2020). DSÖ (2020b), sağlığın korunması ve geliştirilmesi için 18-64 yaş arası yetişkin bireylerin günlük en az 150-300 dakika orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite yapmalarını önermektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2020), bireylerin fiziksel aktivite seviyelerini arttırmak amacıyla “Her Gün On Bin Adım” adında bir kampanya oluşturmuştur.

Obez bireylerle yapılan araştırmalarda, sedanter yaşam tarzının obezite riskini arttırdığını saptanmıştır (Cha, Talman, Massey, Yan & Rogers, 2018; Mabele, Ekisawa, Delecluse & Bompeka, 2019; Nagata, Garber, Tabler, Murray & Bibbins-Domingo, 2018). Son yirmi yılda ekran kullanım süresi arttıkça, bireylerin fiziksel aktivite seviyelerinde de buna eşlik eden bir azalmaya sebep olarak bu durumun obezite prevalansının artmasına katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Jackson, Djafarian, Stewart & Speakman, 2009; Lobstein, Baur & Uauy, 2004; Vandewater, 2006). Artan ekran kullanım süresi ve azalan fiziksel aktivite seviyesine sahip bireylerin, diğer bireylere göre obez olma riskinin dört kat arttığı saptanmıştır (Górnicka ve ark., 2020).

Obeziteye sebep olan davranışsal risk faktörlerini inceleyen bilim insanları, son yıllarda uykunun vücut ağırlığı üzerine etkilerini araştırmaktadır (Bağcılar, Mutlu & Kabaran, 2019; Deacon-Crouch, Begg & Skinner, 2020; Maddahi, Yarizadeh, Setayesh, Nasir, Alizadeh & Mirzaei, 2020). Uyku düzenindeki bozukluklar da obezite

ile ilişkili bulunmuştur (Cooper, Neufeld, Dolezal & Martin, 2018; Silva, Rocha, Araujo, Turi, Fernandes & Codogno, 2019).

2.1.4 Obezite ve Yeme Farkındalığı

Farkındalık, bireyin bulunduğu andaki düşünce, duygu ve fiziksel hislerine bilinçli bir şekilde odaklanması olarak tanımlanmaktadır (Creswell, 2017). Farkındalık, bireyin seçimleri ve bulunduğu durumuna tepki vermek yerine, bunların farkında olmasının hedeflendiği, birçok inanişta yaygın olarak kullanılan, geniş bir uygulama alanı olan bir felsefe/düşünce biçimidir (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006).

Son yıllarda bazı bilimsel çalışmalar, yeme farkındalığı “mindful eating” ve sağlıklı vücut ağırlığının korunmasına odaklanmıştır (Mercado, Robinson, Gordon, Werthmann, Campbell & Schmidt, 2021; de Lara Perez & Delgado-Rios, 2022; Gouveia, Canavarro & Moreira 2019; Pellegrini, Carletto, Scumaci, Ponzio, Ostacoli & Bo, 2021). Yeme farkındalığı, tüketilen besini yargılamadan bilinçli olarak dikkat edilmesi; bununla birlikte bireyin duygusal duyularının farkında olduğu için yemeğin sağladığı duygusal farkındalığa ve bireyin yemeye tepki olarak kendi fiziksel görünümünü yargılamamasını ve o andaki deneyimine odaklanmasını içeren bir yaklaşımdır (de Lara Perez & Delgado-Rios, 2022).

Yeme farkındalığının, besinin içerdiği enerji, karbonhidrat, yağ veya protein ile ilgili olmadığı vurgulanmıştır (Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh & Begay, 2010). Bunlardan öte, yeme farkındalığı, dikkatli besin seçimleri yapmayı, psikolojik açlığa değil de fiziksel açlığa karşı farkındalığın geliştirilmesini, toklukla ilgili hislerin izlenmesini ve bu hislere yanıt olarak sağlıklı beslenme akışkanlığının edinilmesini içermektedir (Peitz, Schulze & Warschburger, 2021). Bu açıdan yeme farkındalığı,

ağırlık kontrolü amacıyla yaygın olarak öğretilen, yemek planlaması, kayıt tutma ve porsiyon kontrolü gibi bilişsel becerilerden farklılık göstermektedir (Özkan, 2018).

Yeme farkındalığı becerisine sahip olan birey, kendi açlık ve tokluk durumunu değerlendirerek yeme eylemine başlayabilmekte, yeme sırasında çevresel faktörler ve duygu durumuna bağlı olmadan, besine ve kendi beden imajına yargılayıcı bir tutum göstermeksizin yeme eylemini tamamlayabilmektedir (Nelson, 2017).

2.1.5 Obezite ve Yeme Davranış Bozuklukları

Obezite, yeme farkındalığının yanı sıra yeme davranış bozukluklarıyla da ilişkilidir (Harrison ve ark., 2019; Hayes, Fitzsimmons-Craft, Karam, Jakubiak, Brown & Wilfley, 2018). Yeme davranış bozukluğunun etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte yetersiz veya aşırı besin alımıyla sonuçlanan, diğer yandan zihinsel etkilere dayanan ve fiziksel olarak negatif sonuçlara yol açabilen bir durum olarak tanımlanmaktadır (Kärkkäinen, Mustelin, Raevuori, Kaprio & Keski-Rahkonen, 2018).

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association [APA]) (2013) tarafından yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-V) Pika Pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve diğer belirtilmiş beslenme veya yeme bozuklukları olmak üzere 7 ana başlıkta yeme bozuklukları tanımlanmıştır. Bu el kitabına, obezite zihinsel bir bozukluk olarak dahil edilmese de obezite ile tıknırcasına yeme bozukluğu, depresif ve bipolar bozukluklar, şizofreni ve depresif bozukluklar gibi birçok mental bozuklukla ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (APA, 2013). Son yıllarda yapılan çalışmalar, obez bireylerde ortaya çıkma olasılığı en yüksek olan yeme bozuklukları arasında tıknırcasına yeme bozukluğu, bulimia

nervoza ve nadir de olsa atipik anoreksiya nervozanın yer aldığını bildirmiştir (Jebeile, Gow, Baur, Garnett, Paxton, & Lister, 2019; McCuen-Wurst, Ruggieri, & Allison, 2018; Jebeile, Lister, Baur, Garnett, & Paxton, 2021).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, önceki 3 ay boyunca en az haftada bir kez tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları karakterizedir (Agüera, Lozano-Madrid, Mallorquí-Bagué, Jiménez-Murcia, Menchón, & Fernández-Aranda, 2021). Prevalans çalışmaları toplumdaki tikanırcasına yemek bozukluğunun prevalansının %2-5, vücut ağırlığı kontrolü tedavisine başvuran pre-obez veya obez bireylerde ise prevalansın %30 olduğunu belirlemiştir (Mustelin, Bulik, Kaprio, & Keski-Rahkonen, 2017). Yapılan bir çalışmada artan BKİ ile tikanırca yeme bozukluğu prevalansının da arttığını vurgulamıştır. Çalışmaya göre, pre-obez bireylerde %1.2 ve BKİ'leri 30-34.99 kg/m² olan obez bireylerde %2.6 ve BKİ'leri ≥ 35 kg/m² olan bireylerde prevalansın %4.5 olduğu saptandı (Cossrow ve ark., 2016).

Bulimia nervoza, vücut ağırlığı ve şeklinden gereğinden fazla etkilenen öz değerlendirme, tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları ve vücut ağırlığının artmasını önlemek için tekrarlayan sağlıksız telafi edici davranışlar (kendi kendini kusturma; müshil ve diüretiklerin kötüye kullanılması; oruç tutmak; aşırı egzersiz vb.) ile karakterizedir (APA, 2013). Yapılan çalışmalar obez bireylerin bulimia nevrosaya yakalanma risklerinin artmış olduğunu ortaya koymuştur (Balantekin ve ark., 2021; Udo & Grilo, 2018). Literatürde, bariatrik cerrahi için uygun olan obez bireylerin cerrahi müdahale öncesi ve sonrasında bulimia nevroza tanı kriterlerini taşıdıklarını ortaya koyan çalışmalar vardır (Cella, Fei, D'Amico, Giardiello, Allaria, & Cotrufo, 2019; D'Souza, Hay, Touyz, & Piya, 2020; Morseth ve ark., 2016).

2.1.6 Obezite, Yeme Farkındalığı ve Yeme Davranış Bozuklukları

Normal vücut ağırlığına sahip bireylere kıyasla obez bireylerin, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile obezite riski arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterilmiştir (Crovetto ve ark., 2018). Ayrıca cinsiyet ve obezite arasındaki ilişki araştırılmıştır (Shah, Cost, Fuller, Birken & Anderson, 2020). Çalışma sonuçlarına göre kadınlar erkeklere kıyasla daha yüksek obezite riskine sahip olma eğilimindedir (Ameye & Swinnen, 2019; di Tecco, Fontana, Adamo, Petyx & Iavicoli, 2020). Aynı şekilde, genç kadınlar, genç erkeklere kıyasla yeme bozuklukları açısından daha büyük risk altındadır (Yu, Indelicato, Fuglestad, Tan, Bane & Stice, 2018).

Yeme davranışındaki bozukluklar ve yeme farkındalığının az olması, obezite için potansiyel risk faktörleridir (Gouveia, Canavarro & Moreira, 2019). Son yıllarda, çalışmaların odak noktası olan yeme farkındalığı, yemek yemeyle ilişkili duygusal ve fiziksel duyuların yargılayıcı olmayan bir şekilde birey tarafından farkında olma hali olarak tanımlanmaktadır (Keyte, Egan & Mantzios, 2019; Mantzios, Egan & Asif, 2019; Rahimi-Ardabili, Reynolds, Vartanian, McLeod & Zwar, 2017; Tapper, 2018). Başka bir deyişle, yeme farkındalığı, bireylerin duygusal farkındalığına ve yemekle ilgili deneyimlerine odaklanan bir yeme yaklaşımıdır (Nelson, 2017). Artan yeme farkındalığı, sağlıklı vücut ağırlığının korunmasını ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılmasını teşvik edilebilir, bu nedenle yeme farkındalığının, obeziteyi önlemek için kritik bir unsur olabileceği varsayılmaktadır (Zervos, Koletsis, Mantzios, Skopeliti, Tsitsas & Naska, 2021).

Besin tüketimi sırasında farkındalığı arttırmak için uygulanan tekniklerin yeme bozukluklarının tedavisi ve önlenmesinde, ayrıca vücut ağırlığı yönetimi için faydalı olduğu öne sürülmüştür (Anderson, Reilly, Schaumberg, Dmochowski, & Anderson, 2016). Araştırmalar, bireylerin duygusal deneyimlerini düzenlemekte zorlandıklarında

yeme davranış bozukluklarının ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bu duygusal deneyimlerden kaçınmak için besin tüketiminin kısıtlanması ve kronik tıknırcasına yemenin, genellikle açlık ve tokluk sinyalleri arasında ayırım yapamama ile sonuçlandığı öne sürülmüştür (Davis & Smith, 2018; Garcia ve ark., 2020; Ramalho ve ark., 2022).

Yeme davranış bozuklukları, bireyin açlık ve tokluk ile ilgili doğal fizyolojik sinyalleri tanıma kapasitesine müdahale etmektedir. Bununla beraber, bu fizyolojik sinyaller ile negatif duygular arasında bireylerin ayırım yapma yeteneğini de azaltmaktadır (Hazzard, Telke, Simon, Anderson, Larson, & Neumark-Sztainer, 2021). Ayrıca, aşırı besin tüketimi veya bireyin kendi kendisinin besin tüketimini kısıtlanmasına yönelik koşullandırması, fizyolojik düzensizliği artırır ve yeme davranış bozukluklarının sürdürülmesine neden olur (Hepworth, 2010).

2.2 Porsiyon Boyutu

Besinlerin porsiyon boyutlarıyla ilişkin yapılan çok az sayıdaki çalışma 2009 yılında veya öncesinde yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar, enerji-yoğun besinlerin porsiyon boyutlarının son 10 yılda arttığını ve “süper-boy” olarak tanımlanan yeni bir boyutun kullanılmaya başlandığını vurgulamıştır (Young & Nestle, 2007; Nielsen & Popkin, 2003; Smiciklas-Wright, Mitchell, Mickle, Goldman & Cook, 2003). Birçok çalışma, bireylere daha büyük porsiyon sunulduğunda enerji alımının arttığını göstermiştir (Hollands ve ark., 2015; Zlatevska, Dubelaar & Holden, 2014).

2.2.1 Porsiyon Boyutunun Altında Yatan Mekanizmalar

2.2.1.1 Uygunluk Mekanizması

Porsiyon büyüklüğü etkisinin en yaygın açıklaması, bireylerin servis edildikleri porsiyonu ne kadarını tüketeceklerinin bir göstergesi olarak uygun olarak görmeleridir (Herman, Polivy, Pliner & Vartanian, 2015). Bu mekanizmaya göre, bireylere nispeten

küçük bir porsiyon servis edilirse, bunu uygun görürler ve buna göre yemek yerler; bunun aksine bireylere büyük bir porsiyon servis edilirse, aynı şekilde onu uygun görür ve buna göre yerler (Steenhuis & Poelman, 2017). Buna göre, bireylerin besin tüketiminin esas olarak açlık ve tokluk hisleri tarafından dikte edilmediğini, porsiyon büyüklüğünün bir norm olarak kabul edilmesinin besin tüketim miktarına etki ettiği varsayılmaktadır (Herman & Polivy, 2005). Bu "normatif" açıklama genellikle Versluis ve Papies, (2016)'in “Bir servis kaseinin boyutu, dolaylı olarak yenilecek uygun bir miktarı öneren bir tüketim ipucunu sağlayabilir” açıklamasına ile ilişkilendirilir.

2.2.1.2 Birim Önyargı Mekanizması

Bu mekanizmaya göre, bireyler büyüklüğüne bakmaksızın, bir kerede tüketmeye en uygun olan besin miktarını bir porsiyon olarak görmektedirler (Herman, Polivy, Pliner & Vartanian, 2015). Besin tüketim miktarı üzerine etkileri olduğuna inanılan, bir porsiyon kontrolü biçimi olan birim bölümlenmenin önemini vurgulayarak birim önyargısı öne sürülmüştür. Örneğin, bireyler küçük bir birim boyutuna sahip besin yerine çok daha büyük birim boyutuna sahip besini seçerler ve muhtemelen o besini tüketirler. Daha büyük bir birime sahip besin yerine birkaç küçük birime sahip besinin tüketiciler tarafından daha dürtüsel ve daha az uygun olarak algılandığı öne sürülmektedir (Geier, Rozin & Doros, 2006).

2.2.1.3 Beklenen Doygunluk Mekanizması

Önceki deneyimlerin, porsiyon boyutu seçimine etki edebileceği öne sürülmüştür. Örneğin, bir besinin neden olduğu tokluk hissi derecesine ilişkin önceki deneyimler, daha sonra seçilen ve tüketilen bir başka besinin porsiyon boyutunu etkilediği düşünülmüştür (Hardman, McCrickerd & Brunstrom, 2011). Farklı besinlerin eşit enerji içeriğine sahip miktarları için değişen beklenen tokluk derecesi,

açlık ve tokluk duygularını etkileyebilir ve besin tüketimi üzerine etkileri olabilir (Brown, Duncan, Crabtree, Powell, Hudson & Allan, 2020).

2.2.1.4 Görsel İşaret Mekanizması

Besin tüketimi sırasında kullanılan tabak boyutu gibi görsel ipuçlarının porsiyon boyutu üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir (Steenhuis & Poelman, 2017). Besin tüketimi sırasında kullanılan tabaktaki boşluğun büyüklüğünün öğünün sonlandırılmasına etki edebileceği öne sürülmüştür (Burger, Fisher & Johnson, 2011).

Delboeuf (1865) illüzyonu, benzer porsiyon boyutlarının büyük bir tabakta olduğundan daha küçük, küçük bir tabakta servis edilenden nasıl daha büyük görüldüğünü açıklamak için literatürde sıklıkla bahsedilen bir kavram olup, bireylerin porsiyonlar hakkında farklı yargılara (besinin porsiyonun tokluk için yeterli olup olmaması vb.) sahip olması durumunu açıklamaktadır. Son yıllarda besin tüketim miktarının araştırıldığı bilimsel çalışmalarda tabak boyutunun etkisi daha sıklıkla değerlendirilmiştir (Ge, Almanza, Behnke & Tang, 2018; Hoover ve ark., 2019; Libotte, Siegrist & Bucher, 2014; Penaforte, Japur, Diez-Garcia, Hernandez, Palmma-Linares, & Chiarello, 2014; Peng, Adam, Hautus, Shin, Duizer & Yan, 2017; Wansink & van Ittersum, 2013).

2.2.2 Porsiyon Boyutu ve Obezite İlişkisi

Porsiyon boyutu, enerji alımını etkileyebilen önemli bir çevresel faktördür ve artan porsiyon boyutunun, vücut ağırlığı artışı ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir (Livingstone & Pourshahidi, 2014).

Yapılan çalışmalar hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde maruz kalınan büyük porsiyon boyutlarının besin tüketimini arttırdığını ve bireyleri obeziteye teşvik ettiğini göstermiştir (Hetherington & Blundell-Birtill, 2018; McGale, Smits, Halford, Harrold & Boyland, 2020; Syrad ve ark., 2016; Torbahn ve ark., 2017). Tek bir öğünde

porsiyon boyutunun artmasının enerji alımı üzerindeki doğru orantılı etkisi, yetişkinlerin katıldığı birçok çalışmada kapsamlı olarak belgelenmiştir (Brand & Wansink, 2016; Flood, Roe & Rolls, 2006; Levitsky, Agaronnik, Zhong, Morace, Barre & Michael, 2020). Besinlerin porsiyon boyutunun %50 oranında artmasının enerji alımında %10-40, %100 oranında artırıldığında ise enerji alımında %30-55 artışa sebep olduğu saptanmıştır (Kral, Roe & Rolls, 2004; Rolls, Morris & Roe, 2002; Rolls, Roe, Meengs & Wall, 2004).

Porsiyon boyutunun artmasının besin tüketiminin artmasına yol açması “porsiyon boyutu etkisi” olarak bilinen bir fenomendir (English, Lasschuijt & Keller, 2015). Tüketim normları (neyin tüketilmesi uygun, tipik ve makul olduğuna dair algısal öneriler) bilinçli farkındalık dışında etkiye sahiptir. Uygun tüketime ilişkin normatif bilgileri ileten porsiyon boyutları ile “porsiyon boyutu etkisi”nin ilişkili olduğu düşünülmektedir (McGale, Smits, Halford, Harrold & Boyland, 2020).

Uygun porsiyon boyutunu neyin belirlediğine dair algıların, porsiyon boyutu ve servis edilen yiyecek ile ilişkili olduğu, bunun da besin tüketimine etki ettiği gösterilmiştir (Versluis & Papies, 2016). Uygun porsiyon boyutlarına ilişkin bu algıların, bireylerin maruz kaldıkları porsiyon boyutlarını normalleştirmeleriyle şekillendirilebilir olabileceğini ve dolayısıyla daha büyük porsiyon boyutlarının 'normal' hale gelmesiyle sonuçlanabileceği düşünülmektedir (Haynes, Hardman, Makin, Halford, Jebb & Robinson, 2019).

Porsiyon boyutu etkisi ile ilişkili mekanizmalar arasında bulunan görsel algının, tüketilen besinin miktarını doğrudan etkilediği varsayılmaktadır (Alblas, Mollen, Fransen & van den Putte, 2020). Besinlerin görsel olarak algılanması, besin seçimini ve tüketimini etkileyen yeme deneyiminin önemli bir parçasıdır (English,

Lasschuijt & Keller, 2015). Renk, şekil ve boyut, besinlerin onaylanmasını ve tüketimini etkilemektedir (Lim, Jamaluddin & Er, 2018; van Eck ve ark., 2020).

Bireylerin tüketilen besinle ilk karşılaşması besinin tabakta servis edilmesiyle gerçekleşmektedir (Piqueras-Fiszman, Alcaide, Roura & Spence, 2012). Bu nedenle, tabak boyutunun besinlerin miktarının görsel olarak algılanmasını etkilediği düşünülmektedir (Wansink & van Ittersum, 2013). Daha büyük tabak, daha fazla besinin servis edilmesine sebep olabilir ve bu da enerji alımında artışa neden olabilmektedir (Wansink, Painter & North, 2005). Bu nedenle, porsiyon boyutu etkisinin kısmen mevcut besin miktarı ile besinin servis edildiği tabak veya kase nin boyutu arasındaki ilişkiden kaynaklanabileceği varsayımının mantıklı olduğu düşünülmektedir (Steenhuis & Poelman, 2017). Porsiyon boyutunu sabit tutarken tabak boyutunu küçültmek, bireylerin gerçekte sahip olduklarından daha fazla miktarda yiyecek tükettikleri sonucuna varmalarına ve besin tüketiminde bir azalmaya neden olabileceği varsayılmaktadır (English, Lasschuijt & Keller, 2015).

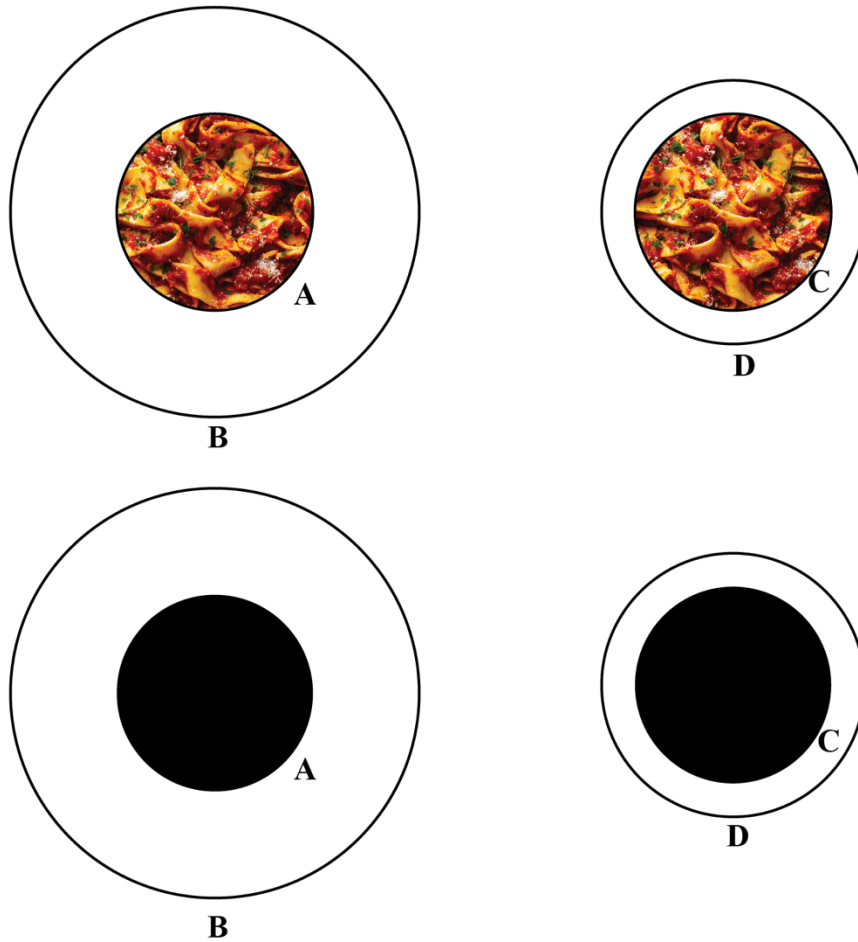
Dünya Sağlık Örgütü (2019), enerji alımını azaltmak için porsiyon boyutlarının sınırlandırılmasının vücut ağırlığı artış riskini de azaltacağını bildirmiştir. İngiltere, Amerika, Kanada ve Türkiye'deki sağlık otoriteleri tarafından obeziteyi önlemek amacıyla yayınlanan yönergelerde porsiyon boyutunun kontrolünün önemi vurgulanmıştır (USDA, 2015; Public Health England, 2019; Government of Canada 2019; TÜBER, 2016).

2.3 Delboeuf Yanılsaması ve Tabak Boyutu

Besin tüketimi sırasında kullanılan tabağın boyutu ile tüketilen besin arasındaki uyum, algıyı etkilemektedir (van Ittersum & Wansink, 2012). Tabak büyüklüğünün araştırıldığı birçok çalışmada Delboeuf Yanılsaması'ndan söz edilmektedir (Zitron-Emanuel & Ganel, 2018; Penaforte, Japur, Diez-Garcia, Hernandez, Palmma-Linares

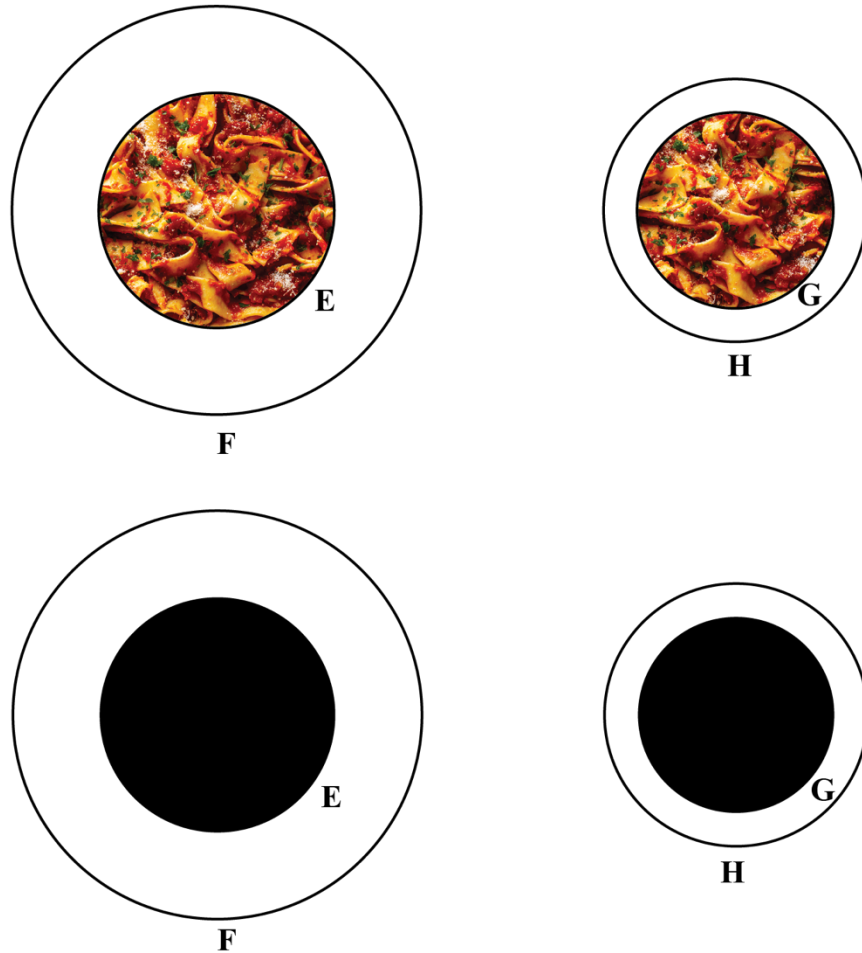
& Chiarello, 2014; McClain, van den Bos, Matheson, Desai, McClure & Robinson, 2014).

Standart Delboeuf Yanılsaması, aynı boyuttaki iki küçük dairenin farklı boyutta olan iki daire tarafından çevrenmesi sonucunda, iki aynı boyuttaki küçük dairenin boyutlarının farklı algılanmasıdır (Delboeuf, 1865). Standart Delboeuf Yanılsaması, Şekil 2.3'te gösterilmiştir. Şekil 2.3'te bulunan A ve C dairelerinin çapı eşit olmasına rağmen (2.6 cm), A dairesini çevreleyen B dairesinin, C dairesini çevreleyen D dairesinden daha büyük olması nedeniyle A ve C dairelerini büyüklükleri farklı algılanabilmektedir (Delboeuf, 1865).



Şekil 2.3: Standart Delboeuf yanılsaması (McClain, van den Bos, Matheson, Desai, McClure, & Robinson, 2014).

Standart Olmayan Delboeuf Yanılsaması ise boyutları karşılaştırıldığında, birbirlerinden %20 oranında farklı olan iki küçük dairenin farklı boyutlardaki iki büyük daire tarafından çevrelendiğinde eşit olarak algılanması van Ittersum ve Wansink (2012) tarafından saptanmıştır. Standart Olmayan Delboeuf Yanılsaması, Şekil 2.4'te gösterilmiştir. Şekil 2.4'te G dairesinin çapı 2.6 cm iken, E dairesinin çapı %20 oranında daha büyük olup 3.1 cm'dir. Fakat G dairesini çevreleyen H dairesinin, E dairesini çevreleyen F dairesinden daha küçük olması nedeni ile G ve E dairelerinin boyutları eşit olarak algılanmaktadır (Delboeuf, 1865).



Şekil 2.4: Standart olmayan Delboeuf yanılsaması (McClain, van den Bos, Matheson, Desai, McClure, & Robinson, 2014).

Daha küçük bir tabakta, bir miktar besinin servis edilmesi ile daha büyük bir tabakta aynı miktardaki besinin servis edilmesi karşılaştırıldığında, küçük tabakta servis edilen besin Delboeuf yanılsaması sebebiyle daha fazla algılanabilmektedir (Petit, Velasco & Spence, 2018).

Besinlerin daha küçük tabaklarda servis edilmesi, porsiyon miktarı algısını değiştirerek, bireylerin enerji alımlarını azaltabileceği, böylelikle obeziteyle mücadele açısından etkin bir yöntem olarak kullanılabileceği düşünülmektedir (Öner, Özdemir, Telatar & Yeşildağ, 2016). Tabak boyutunun algılanması, tüketilen besin miktarının kontrolünün sağlanarak yeme farkındalığının geliştirilmesinde bir araç olarak kullanılmaktadır (Anderson, Schaumberg, Anderson & Reilly, 2015). Literatürdeki yeni çalışmalarda, porsiyon algısının geliştirilmesi için Delboeuf Yanılsaması kullanılmaktadır: Bu çalışmalarda, aynı miktardaki besinin hem küçük hem büyük tabakta servis edilip bireyin porsiyon algısının geliştirilmesi hedeflenmektedir (Anderson, Schaumberg, Anderson & Reilly, 2015; Kocaadam Bozkurt & Köksal, 2021).

Bölüm 3

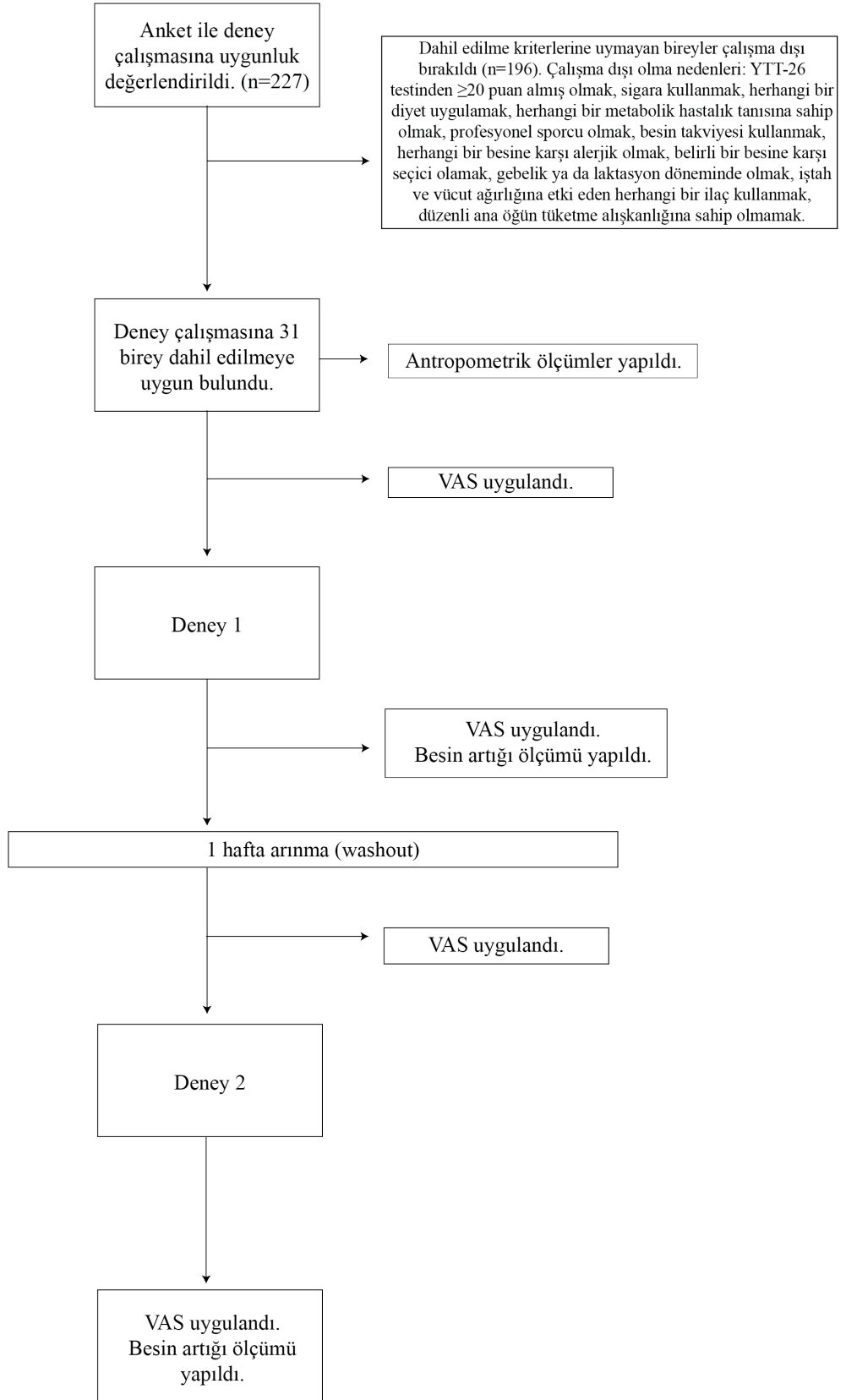
GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Kuzey Kıbrıs'ın Mağusa ilçesinde Eylül 2020 yılı ile Eylül 2021 arasında yapılmıştır. Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun ETK00-2020-0242 sayılı etik onayına sahiptir (Ek 1). Ayrıca bu çalışma Helsinki bildirgesi prensiplerine uygun şekilde gerçekleştirilmiştir (Ek 2). Bu çalışma, NCT05205798 numarası ile Amerika Birleşik Devletleri'ne bağlı çalışma protokol kayıt sistemi olan clinicaltrials.gov sitesine kayıt edilmiştir (Ek 3).

3.2 Çalışmanın Tasarımı ve Yöntemi

Bu çalışma iki aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşamada yeme farkındalığı, yeme tutum ve davranışları ve bazı antropometrik ölçümlerin değerlendirildiği kesitsel bir tarama yapılmış olup sonrasında bu örneklem içerisinde dahil olma kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden bireyler ile ikinci aşama olan deneysel çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın planı Şekil 3.1'de verilmiştir.



Şekil 3.1: Çalışma planı

3.2.1 Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

3.2.1.1 Tarama Çalışmasının Evreni ve Örneklemi

Kuzey Kıbrıs'ın Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arası sağlıklı kadınlarda, farklı boyutlarda tabaklar kullanılarak besin tüketim miktarının, yeme farkındalıklarının ve yeme tutumları ile BKİ değerlerinin değerlendirileceği kesitsel tarama için örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Buna göre; istatistiksel gücün %80 ve üstünde olması hedeflenerek %95 güven düzeyi ve %5 güven aralığında 203 kişilik bir örneklem büyüklüğüne ihtiyaç olacağı saptanmıştır. Araştırma koşullarında istatistiksel gücün azalmasına neden olabilecek öngörülemeyen değişimleri de göz önünde bulundurarak, örneklem büyüklüğünün yaklaşık %10 artırılıp en 223 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Tarama çalışmasına dahil olma kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Kuzey Kıbrıs'ın Mağusa ilçesinde yaşıyor olmak
- 19-35 yaş arasında olmak
- Kadın olmak

Tarama çalışmasına dahil olma kriterlerine sahip olmayan bireyler tarama çalışmasına dahil edilmemiştir.

3.2.1.2 Deney Çalışmasının Evreni ve Örneklemi

Test sonucunda yeme bozukluğu tespit edilmeyen sağlıklı, 19-35 yaş arası kadınların bir kısmı ile gerçekleştirilecek olan ve besinin tüketildiği tabakların besin tüketimi ve doyumluk üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılacak araştırma için ise gerekli en düşük örneklem büyüklüğüne ilişkin hesaplamalar yapılmıştır. Önceki literatür bilgilerinin temel alındığı Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (TÖBER) (2015) ve araştırma tasarımına göre 2 kez tekrarlı ölçülecek olan verilerin analizi için en az 27 kişinin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplanmıştır. İstatistiksel gücün düşmemesi amacıyla %10'luk bir artış ile 30 kişinin çalışma örneklemi

oluşturmasına karar verilmiştir. Hesaplamada istatistiksel gücün %80, önemlilik düzeyinin %5 ve etki büyüklüğünün de 0.5 olduğu varsayılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplamaları için G-Power (for Mac, Version 3.1.9.4) yazılımı kullanılmıştır. Deney çalışmasına dahil olma kriterleri aşağıdaki gibidir:

- YTT-26 testinden <20 puan almış olmak.
- Sigara içmemek.
- Herhangi bir diyet uygulamamak.
- Herhangi bir metabolik hastalık tanısına sahip olmamak.
- Profesyonel sporcu olmamak.
- Besin takviyesi kullanmamak.
- Herhangi bir besine karşı alerjik olmamak.
- Belirli bir besine karşı seçici olamamak.
- Gebelik ya da laktasyon döneminde olmamak.
- İştah ve vücut ağırlığına etki eden herhangi bir ilaç kullanmamak.
- Düzenli ana öğün tüketme alışkanlığına sahip olmak.

Deney çalışmasına dahil olma kriterlerine sahip olmayan bireyler deney çalışmasına dahil edilmemiştir.

3.2.2 Tarama Çalışması

Çalışmanın bu bölümünde Mağusa ilçesinde yaşayan 227 kadına ulaşılmış, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek 4) doldurduktan sonra bireylerle yüz yüze görüşme ve anket teknikleriyle, antropometrik ölçümleri ile anket uygulaması yapılmıştır.

Tarama çalışması sırasında bireylerin, genel sağlık ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi için bireylerin öğün tüketme alışkanlıkları ilişkin

soruların, ayrıca Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Yeme Tutum Testi (YTT-26) ve Yeme Farkındalığı Ölçeği'nin (YFÖ-30) bulunduğu bir anket uygulanmıştır (Ek 5).

3.2.3 Deney Çalışması

Tarama çalışmasının ardından çalışmaya dahil olma kriterlerine sahip bireyler saptanarak 31 kadın deney çalışmasına davet edilmiştir. Deney öğle öğününde gerçekleştirilmiştir. Deney çalışmasına katılan bireylerin tokluk durumlarının, deney sırasında tükettikleri besin miktarını etkileyebileceğinden, deney öğününden önceki kahvaltı ve bir önceki günün akşam yemeği araştırmacı tarafından porsiyon kontrolü ve besin ögesi hesaplaması yapılarak bireylere tüketimleri için verilmiştir.

Yapılan anket uygulamasıyla, bireylerden elde edilen antropometrik ve fiziksel aktivite verileri kullanılarak bireylere özgü enerji ihtiyacı hesaplanmıştır. Bireylerin tükettiği akşam ve sabah öğünlerinde verilen besinler Tablo 3.1'de gösterildiği gibidir. Pişirilmesi gereken yiyeceklerin yağsız tava veya fırında pişirmeleri istenmiştir. Bireylerden verilen yiyeceklerin tümünü tüketmeleri istenmiştir.

Tablo 3.1: Deneye katılan bireylere verilen öğün içerikleri

Sabah	Akşam
60 gr beyaz peynir	60 gram tavuk köfte
50 gr beyaz ekmek	50 gr beyaz ekmek
½ orta boy domates	50 gram brokoli
½ orta boy salatalık	

Bireylerin tükettiği akşam ve sabah öğünlerinde verilen besinlerden aldıkları enerji ve makro besin ögesi miktarı Tablo 3.2'de gösterildiği gibidir.

Tablo 3.2: Deneye katılan bireylere verilen öğünlerin enerji ve makro besin ögeleri içerikleri

	Sabah		Akşam	
Enerji (kkal)	442.3		475.6	
	g	%	g	%
Karbonhidrat	53.2	55.40	72.8	68.69
Protein	19.2	40.70	15.5	31.31
Yağ	17.0	3.90	18.6	4.57

Menstrüal siklus ile ilişkili hormonal dalgalanmalar nedeniyle iştah kontrolü ve yeme davranışı etkilenebileceğinden (Gregersen ve ark., 2011) deney çalışmasına katılan bireylerin menstrüasyondan 10 gün önce ve menstrüasyon sırasında çalışmaya dahil edilmemiş, bu günlerden hariç bir başka günde deney çalışması dahil edilmişlerdir. Bireylerin, deneyden 24 saat öncesi egzersiz yapmaması istenmiştir. Bu doğrultuda, bireyler bilgilendirilmiştir.

Deney, aynı renk ve aynı şekildeki (yuvarlak) fakat farklı çaptaki (23 cm ve 31 cm) tabaktan bireylerin kendilerinin belirleyeceği miktarda (*ad libitum*) açık büfede sunulan soslu makarnayı tüketmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Bireylerin farklı deney günlerinde kullanacağı tabakların büyüklüğü rastgele belirlenmiştir. Bireylerin öğle öğünden 45 dakika önce sıvı alımlarını durdurmaları istenmiştir.

Ad libitum besin tüketimi sırasında bireylere sunulan öğün çığ içeriği Tablo 3.3'te belirtildiği gibidir. Deney öğünü, besinlerin hazırlama tariflerine uygun şekilde hazırlanmıştır. Makarna, yeter miktarda su ile 8-10 dk ve 90 g bolonez sos 500 ml su ile hazırlanmıştır. Pişirme sonrasında bireylere ortalama 2208 gr bolonez soslu makarna sunulmuştur.

Tablo 3.3: Deney sırasında bireylere sunulan öğün içeriği (çığ miktarlar)

Miktar (g)	Besin
500	Makarna
90	Hazır bolonez sos

Literatürde bulunan bilimsel çalışmalar incelendiğinde, *ad libitum* besin tüketiminin uygulandığı birçok çalışmada, bireylere makarnanın verildiği gözlemlenmiştir (Akyol, Ayaz, Inan-Eroglu, Cetin & Samur, 2018; Benton, 2015; Wansink ve van Ittersum, 2013). Wansink ve van Ittersum (2013) yaptığı çalışmada bireylerin kendi tüketeceği makarna miktarlarını belirlemede zorlanabildiklerini

saptamıştır. Bu çalışmada spesifik olarak, bireylerin tüketecekleri porsiyonun ne olduğuna karar vermelerini daha da zorlaştırmak için bireylerin kendi tokluk hislerine ulaşana kadar *ad libitum* besin tüketim miktarlarını durdurmaları amacıyla belirgin bir şekli olmayan (amorf) bir besin olan makarna kullanılmıştır.

Bireylerden, *ad libitum* besin tüketimi öncesi ve tüketimden sonraki 0., 15., 30., 60., 90., 120. ve 180. dakikalarda açlık durumlarına ilişkin soruları içeren 100-mm Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale [VAS])’nı doldurmaları istenmiştir (Ek 6). Ayrıca bireylerden, her iki deney gününde de *ad libitum* besin tüketimi öncesi bireylerin duygu durumlarına ilişkin soruları içeren VAS’ı doldurmaları da istenmiştir (Ek 7). Bireylerin tokluk hislerine konsantre olup besin tüketimlerini durdurmaları istenmesi nedeniyle, deney sırasında bireylerin televizyon izlememeleri veya telefon kullanmamaları sağlanmıştır. Deney bireylerin her zamanki öğle öğününü tükettikleri ortamlarda (iş yeri, ev vb.) gerçekleştirilmiştir.

3.3 Antropometrik Ölçümler ve Vücut Bileşiminin Saptanması

3.3.1 Vücut Ağırlığı ve Bileşimi

Bireylerin vücut ağırlığı, vücut kompozisyonu biyoelektriksel impedans analiz cihazı (Tanita BC-543) ile ölçülmüştür. Ölçüm, bireylerin mümkün olan en ince kıyafetleriyle ve bireylerin aç karnına olmaları halinde yapılmıştır (DSÖ, 2008).

3.3.2 Boy Uzunluğu

Bireylerin boy uzunluğu, boy ölçer ile (SECA 213) ölçülmüştür. Bireylerin boy uzunluğu ölçümleri alınırken, ayaklarının birleşik olmasına ve Frankfort düzlemde olmalarına dikkat edilmiştir (DSÖ, 2008).

3.3.3 Boyun Çevresi

Bireylerin Frankfurt düzlemde olmalarına dikkat edilerek, boyun kökü üzerinde, larengeal çıkıntının altından boyun çevresi ölçümü yapılmıştır. Boyun

çevresi abdominal obezitenin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Türkiye Beslenme Rehberi [TÜBER], 2016). Tablo 3.4'te yetişkinlerde boyun çevresi ölçümüne göre şişmanlık riskine ilişkin değerler verilmiştir (TÜBER, 2016).

Tablo 3.4: Yetişkinlerde boyun çevresi ölçümüne göre şişmanlık riski (TÜBER, 2016)

Cinsiyet	Risk (cm)
Erkek	≥37
Kadın	≥34

3.3.4 Bel Çevresi

En alt kaburga kemiği ile kristailiyak arasındaki orta nokta bulunup, esnemeyen mezura ile ölçülmüştür. Abdominal obezitenin/adipozitenin ölçülmesi için bir yöntem olarak kullanılan bel çevresi ölçümü, kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet gibi hastalıklara yakalanma riskinin belirteci olarak da kullanılmaktadır (DSÖ, 2008). Tablo 3.5'te yetişkinlerde bel çevresi ölçümüne göre hastalık riskine ilişkin değerler verilmiştir (DSÖ, 2008).

Tablo 3.5: Yetişkinlerde bel çevresi ölçümüne göre hastalık riski (DSÖ, 2008)

Cinsiyet	Risk (cm)	Yüksek risk (cm)
Erkek	>94	>102
Kadın	>80	>88

3.3.5 Kalça Çevresi

Kalça çevresi, esnemeyen mezura zemine paralel olacak şekilde kalçanın en geniş kısmı etrafından ölçülmüştür (DSÖ, 2008). Ölçüm sırasında bireylerin kalın giysiler giymemesi ve ceplerinde ölçümü etkileyebilecek eşyalar bulunmamasına özen gösterilmiştir.

3.3.6 Bel/Kalça Oranı

Bu oran, bireylerin bel çevresinin kalça çevresine bölünmesiyle elde edilmiştir. Artan bel/kalça oranının, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi bulunmuştur (DSÖ, 2008). Tablo 3.6’da yetişkinlerde bel/kalça oranına göre hastalık riskine ilişkin değerler verilmiştir (DSÖ, 2008).

Tablo 3.6: Yetişkinlerde bel/kalça oranına göre hastalık riski (DSÖ, 2008)

Cinsiyet	Risk
Erkek	≥ 0.90
Kadın	≥ 0.85

3.3.7 Beden Kütle İndeksi

DSÖ (2004) tarafından yetişkinlerde obezite sınıflandırması için kullanılmakta olan BKİ, bireylerinin kilogram cinsinden vücut ağırlıklarının metre cinsinden boylarının karesine bölünmesiyle elde edilen ve kg/m^2 ile gösterilen bir değerdir (DSÖ, 2020). Tablo 3.7’de DSÖ (2021)’nin belirlediği BKİ sınıflandırması verilmiştir.

Tablo 3.7: DSÖ (2021)’nin BKİ sınıflandırması.

Sınıflandırma	BKİ (kg/m^2)	
	Temel Kesişim Noktaları	Geliştirilmiş Kesişim Noktaları
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00-16.99	16.00-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00-18.49	17.00-18.49
Zayıf	<18.50	<18.50
Normal	18.50-24.99	18.5-22.99
		23.00-24.99
Pre-obezite	25.00-29.99	25.00-27.49
		27.50-29.99
Obezite sınıfı I	30.00-34.99	30.00-32.49
		32.50-34.99
Obezite sınıfı II	35.0-39.9	35.00-37.49
		37.50-39.99
Obezite sınıfı III	≥ 40	≥ 40

3.3.8 Bel/Boy Oranı

Vücut yağ dağılımı ölçmekte kullanılan bir yöntem olan bel çevresi/boy uzunluğu oranı, son yıllarda yapılan birçok çalışmada da hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık vb. hastalıkların riskinin saptanması için kullanılmaktadır (Corrêa, Facchini, Thumé, Oliveira & Tomasi, 2019; Li, Yang, Yu & Liu, 2019). Tablo 3.8’de yetişkinlerde bel/boy oranına göre hastalık riskine ilişkin değerler verilmiştir (Ashwell & Gibson, 2016).

Tablo 3.8: Yetişkinlerde bel/boy oranına göre hastalık riski (Ashwell ve Gibson, 2016)

Risk Yok	Risk	Yüksek Risk
< 0.50	≥ 0.50 -< 0.60	≥ 0.60

3.4 Kullanılan Ölçekler

3.4.1 Yeme Tutum Testi (YTT-26)

Yeme Tutum Testi, 11-70 yaş arası bireylere, yeme tutumlarını ve yeme davranışlarındaki olası bozuklukların ölçülmesi için uygulanmaktadır. YTT, Garner ve Garfinkel (1979) tarafından anoreksik/bulimik tutum ve davranışların belirlenebilmesi için geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ölçek, Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçe konuşan bireyler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumunda kullanılabilir hale gelmiştir. Kırk maddeli olan bu ölçek daha sonra 26 madde ile kısa form olarak geliştirilmiştir (Garner, Bohr, & Garfinkel, 1982). Türkçe konuşan bireyler için Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk (2020) tarafından YTT-26’nın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .84, test-tekrar test durağanlık katsayısı ise .78 olarak saptanmıştır. YTT-26, altı basamaklı likert tipi bir ölçektir. YTT-26’in 3 tane alt puanı bulunmaktadır. Bu alt puanlar aşağıdaki maddelere verilen cevapların toplanması ile elde edilmektedir:

- Diyet yapma puanı için 26, 17, 6, 22, 7, 10, 11, 16, 12, 14, 23, 1, 24. madde,
- Bulimik davranış puanı için 21, 9, 4, 18, 25 ve 3. madde,
- Oral kontrol davranışı puanı için 20, 15, 5, 8, 13, 2, 19. madde

Ölçekten en az 0, en çok 78 puan alınabilmektedir (Tayhan Kartal & Kabakuş Aykut, 2019). YTT-26 ölçeğinden alınan 20 ve daha fazla puan yeme tutumlarında bozulmayı göstermektedir (Ergüney-Okumuş & Sertel-Berk, 2020).

3.4.2 Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Framson ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen YFÖ-30 ile yeme davranışı, farkındalığı ve duygusal durum arasında ilişkilendirmeler sorgulanabilmektedir. Cronbach alfa tutarlılığı kat sayısı 64 olarak saptanmıştır (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliadt & Benitez, 2009).

Kose ve diğerleri (2016), tarafından Türkçe konuşan bireyler için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach alfa tutarlılığı kat sayısı .733 olduğu saptanmıştır. YFÖ-30, 30 soruda oluşan likert tipi bir ölçektir. YFÖ-30, 7 alt boyutu ölçmektedir. Bunlar, 4., 14., 17., 20., 26. sorular ile disinhibisyon (düşünmeden yeme); 21., 22., 23., 28., 30. sorular ile duygusal yeme; 3., 6., 27., 29. sorular yeme kontrolü; 8., 9., 12., 13., 15. sorular ile odaklanma; 1., 18., 24., 25. sorular ile yeme disiplini; 2., 7., 11., 16., 19. sorular ile farkındalık; 5. ve 10. sorular ile enterferanstır (dış etmenlerden etkilenme). Ölçeğin puanlandırmasında, düz ve ters puanlandırmalar şu şekildedir: Ölçekte bulunan 9, 1, 11, 27, 18, 7, 24, 15, 25 ve 13. maddeleri düz şekilde puanlandırılmaktadır. Diğer maddeler, ters puanlandırılmaktadır. Ters puanlama şu şekilde yapılmaktadır: 1 işaretlenmiş ise 5, 2 işaretlenmiş ise 4, 3 işaretlenmiş ise 3, 4 işaretlenmiş ise 2, 5 işaretlenmiş ise 1.

Yeme Farkındalığı Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 30 iken, en yüksek puan 150'dir (Köse, 2017). Ölçeğin puanı yükseldikçe yeme farkındalığı da yükselmektedir (Kose, Tayfur, Birincioglu & Donmez, 2016).

3.4.3 Görsel Analog Skalası

Görsel Analog Skalası (VAS), 100 mm'lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki zıt tanımı yazılması ve bireylerden bu çizgi üzerinde kendini tanımlayan durumu niteleyen bir noktayı çizerek belirtmesi ile uygulanmaktadır. VAS testi, bir dili olmaması ve uygulamasının kolay olması nedeniyle avantaja sahiptir. VAS testinin değerlendirmesi, bir cetvel yardımıyla bireylerin işaretledikleri noktanın ölçülmesi yoluyla yapılmıştır. VAS, bireylerin iştah durumlarının ölçülmesi için de kullanılan bir araçtır (Solah ve ark., 2015). Her deney öğününün öncesi ve deney sonrası 0., 15., 30., 60., 90., 120. ve 180. dakikalarda bireylerin, 100-mm VAS ile aşağıdaki durumlar sorgulanmıştır (Ek 6):

- Açlık: Bireylerin VAS'ın sorulduğu anda kendilerini ne kadar aç hissedikleri,
- Tokluk: Bireylerin VAS'ın sorulduğu anda kendilerini ne kadar tok hissedikleri,
- Yeme miktarı düşüncesi: Bireylerin VAS'ın sorulduğu anda kendilerinin ne miktarda besin tüketebileceklerini hissedikleri,
- Yeme isteği: Bireylerin VAS'ın sorulduğu anda kendilerinin ne kadar yeme istekleri olduğu sorgulanmıştır.

Bireylerden açlık, tokluk, yeme miktarı düşüncesi ve yeme isteği ile VAS'ları doldurdukları süre içerisinde (deney öğününün tüketiminden sonraki 180. dk boyunca) besin tüketmemeleri istenmiştir.

Bireylerin deneye başlamadan hemen önceki 18 farklı duygu durumu da 100-mm VAS ile değerlendirilmiştir (Albersnagel, 1988). Bu duygular; depresif, üzgün, hüzünlü, ızdırap içinde, umutsuz, perişan, tepesi atmış, aykırı, huzursuz, düşmanca,

kaygılı, tedirgin, gergin, sinirli, mutlu, hoşnut, neşeli, memnun sıfatlarından oluşmaktadır (Araz, Aydın & Asan, 2011) (Ek 7).

3.4.4 Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi

Bireylerin fiziksel aktivite seviyelerinin değerlendirilmesi amacıyla Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi Kısa Formu (IPAQ Short Form- International Physical Activity Questionnaire Short Form) kullanılmıştır. Craig ve arkadaşları (2003), tarafından geliştirilen IPAQ, bireylerin günlük yaşamlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite yoğunluğu ve türleri ile oturma süresinin değerlendirilmesini sağlayan bir araçtır. Öztürk (2005) tarafından IPAQ Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmaya katılan bireylere son 1 haftadaki fiziksel aktivitelerini sorgulayan 7 soru içeren IPAQ-Short Form uygulanmıştır (Ek 5).

Tablo 3.9: IPAQ-SF'un kategorilere göre sınıflandırılması

1.Kategori	İnaktif	a) Hiçbir fiziksel aktivitenin yapılmaması veya , b) 2. ve 3. Kategori'yi karşılamaya yetmeyen aktiviteler.
2.Kategori	Minimal Aktif	a) ≥ 5 gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde min. 30 dk. yapılması veya , b) Şiddetli aktivitenin, ≥ 3 gün, günlük min. 20 dk. yapılması veya , c) Min. 600 MET-dk/haftayı sağlayan ≥ 5 gün yürüme orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin birleşimi.
3.Kategori	Çok Aktif	a) Min. 3000 MET-dk/haftayı sağlayan ≥ 7 gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu veya , b) Min. 1500 MET-dk/haftayı sağlayan min. 3 gün şiddetli aktivite

3.5 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmadaki nitel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri için sıklıklar ve yüzdelere hesaplanmıştır. Nicel değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri için ise aritmetik

ortalama ($\bar{x}$), standart sapma (SS), ortanca, alt değer ve üst değer hesaplanmıştır. Nicel değişkenlerin dağılım özellikleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılıma ve parametrik test varsayımlarına uyumluluk gözetilmiş ve önemlilik testlerinin seçimi bu kriterlere göre gerçekleştirilmiştir (Scott & Mazhindu, 2014).

İki bağımsız grup arasındaki farklılıkların incelenmesi için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İkidenden çok bağımsız grubun olduğu durumlarda ise önce Kruskal-Wallis testi uygulanmış, istatistiksel olarak önemli fark gözlemlendiği durumlarda ise grupların ikili kıyaslamaları için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bağımlı iki grup arasındaki farkın test edilmesi durumunda ise parametrik test varsayımlarına uyumluluk gözetilerek İki Eř Arası Farkın Önemlilik testi veya Wilcoxon testi kullanılmıştır. Nitel değişkenler arasındaki olası istatistiksel ilişkilerin incelenmesi amacıyla Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için ise Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır (Scott & Mazhindu, 2014).

Tüm araştırmada istatistiksel önemlilik düzeyi (α) 0.05 olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel hipotez testleri için SPSS (Version 26.0 for Mac) yazılımı kullanılmıştır. Grafiksel gösterimler için ise MS Excel (Version 16.63.1 for Mac) ve GraphPad Prism (Version 9.0.0.(86) for Mac) yazılımları kullanılmıştır.

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Çalışmanın Tarama Bölümüne İlişkin Bulgular

4.1.1 Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çalışmanın tarama bölümüne katılan bireylerin demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Cinsiyete göre bireylerin yaş, eğitim durumları, meslekleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Çalışmaya toplam 227 kadın birey katılmıştır.

Bireylerin %34.8’i 26-30 yaş aralığındadır. Bireylerin %85’inin eğitim seviyesi üniversite ve üstüdür. Bireylerin %50.7’si serbest meslek ile meşgul iken, %24.2’si öğrencidir.

Tablo 4.1: Bireylerin yaş, eğitim durumları ve mesleklerine ilişkin bulguların dağılımı (n=227)

	n	%
Yaş (yıl)		
19-25	75	33.0
26-30	79	34.8
31-35	73	32.2
Eğitim Seviyesi		
Lise ve altı	34	15.0
Üniversite ve üstü	193	85.0
Meslek		
Çalışmıyor	7	3.1
Memur	32	14.1
Serbest Meslek	115	50.7
Öğrenci	55	24.2
Akademisyen	18	7.9

Tablo 4.2’de doktor tarafından tanısı konmuş hastalık, ilaç ve besin takviyesi kullanımı, fiziksel aktivite düzeyleri, besin alerjisi ve besin seçicilik değişkenlerine

göre dağılımları verilmiştir. Bireylerin %81.1'inin doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığı yok iken, hastalığı olan bireylerin %6.15'inin tiroit, endokrin ve metabolizma hastalıklarına sahip olduğu %4.0'ünün ise mide hastalıklarına sahip olduğu saptanmıştır. Bireylerin %82.4'ü ilaç kullanmıyor iken, %24.7'sinin besin takviyesi kullandığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %66.1'inin düşük fiziksel aktivite seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Bireylerin %86.8'inin besin alerjisi yok iken, %47.6'sının besin seçiciliği olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2: Bireylerin doktor tarafından tanısı konmuş hastalık, ilaç ve besin takviyesi kullanımı, fiziksel aktivite düzeyleri, besin alerjisi ve besin seçiciliklerine ilişkin bilgilerin dağılımı (n=227)

	n	%
Doktor Tarafından Tanısı Konmuş Hastalık		
Var	43	18.9
Yok	184	81.1
Hastalık Çeşidi		
Bağırsak Hastalıkları	1	0.4
Böbrek Hastalıkları	2	0.9
Deri Hastalıkları	2	0.9
Diyabet	3	1.3
Hipertansiyon	3	1.3
Kalp Hastalıkları	3	1.3
Kas Hastalıkları	2	0.9
Mide Hastalıkları	9	4.0
Sinir Sistemi Hastalıkları	2	0.9
Solunum Sistemi Hastalıkları	5	2.2
Üreme Sistemi Hastalıkları	2	0.9
Bağışıklık Sistemi Hastalıkları	1	0.4
Troid Hastalıkları	8	3.5
İlaç		
Kullanıyor	40	17.6
Kullanmıyor	187	82.4
Besin Takviyesi		
Kullanıyor	56	24.7
Kullanmıyor	171	75.3
Fiziksel Aktivite Seviyesi		
İnaktif	150	66.1
Minimal Aktif	48	21.1
Çok Aktif	29	12.8
Besin Alerjisi		
Var	30	13.2
Yok	197	86.8
Besin Seçiciliği		
Var	108	47.6
Yok	119	52.4

4.1.2 Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Bireylerin ana öğün ve ara öğün tüketimleriyle ilgili bulgular Tablo 4.3'te verilmiştir. Bireylerin %73.6'sı kahvaltı öğününü tükettiği belirlenirken, öğle öğününü bireylerin %83.3'ü, akşam öğününü ise bireylerin %90.3'ü tükettiği belirlenmiştir. Ara öğünler değerlendirildiğinde, bireylerin %63.4'ünün kuşluk öğününü tüketmediği, bireylerin %52.4'ünün ise ikindi ara öğününü tüketmediği saptanmıştır.

Tablo 4.3: Bireylerin günlük öğün tüketimlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=227)

Öğünler	n	%
Kahvaltı		
Yapıyor	167	73.6
Yapmıyor	60	26.4
Kuşluk		
Yapıyor	83	36.6
Yapmıyor	144	63.4
Öğle		
Yapıyor	189	83.3
Yapmıyor	38	16.7
İkindi		
Yapıyor	108	47.6
Yapmıyor	119	52.4
Akşam		
Yapıyor	205	90.3
Yapmıyor	22	9.7

4.1.3 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4'te çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümlerinin sınıflandırılması verilmiştir. BKİ'leri değerlendirildiğinde, bireylerinin %65.2'sinin BKİ'lerinin normal olduğu, %23.3'ünün pre-obez olduğu saptanmıştır. Bel çevresi ölçümleri değerlendirildiğinde bireylerin %60.8'inin bel çevresi ölçümünün risk kriteri olan 80 cm'nin altında olduğu görülmüştür. Ayrıca bireylerin %22.9'unun riskli ve %16.3'ünün yüksek riskli olduğu saptanmıştır.

Bel/kalça oranı 0.85'in altı olan bireylerin oranı %85.5'tir. Boyun çevresi değerlendirildiğinde bireylerin %88.5'inin boyun çevresi ölçümünün risk kriteri olan

34 cm'nin altında olduğu görülmüştür. Bel/boy oranının değerlendirildiğinde, bireylerin %63.4'ünün riski olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4: Bireylerin antropometrik ölçümlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=227)

Antropometrik Ölçümler	n	%
BKİ		
Zayıf (<18.50 kg/m ²)	7	3.1
Normal (18.50-24.99 kg/m ²)	148	65.2
Pre-obez (25.00-29.99 kg/m ²)	53	23.3
Obez (≥30.00 kg/m ²)	19	8.4
Boyun Çevresi		
Risk yok (<34 cm)	201	88.5
Risk (≥34 cm)	26	11.5
Bel Çevresi		
Risk yok (<80 cm)	138	60.8
Risk (80-88 cm)	52	22.9
Yüksek risk (>88 cm)	37	16.3
Bel/Kalça Oranı		
Risk yok (< 0.85)	194	85.5
Risk (≥ 0.85)	33	14.5
Bel/Boy Oranı		
Risk yok (< 0.50)	144	63.4
Risk (0.50-0.60)	69	30.4
Yüksek risk (≥ 0.60)	14	6.2

Tablo 4.5'te bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalamaları ($\bar{x} \pm SS$) verilmiştir. Buna göre, bireylerin yaş ortalamasının 27.9 ± 4.63 yıl (19.00-35.00) olduğu saptanmıştır. Bireylerin vücut ağırlıkları ortalaması 63.1 ± 11.34 kg (43.10-101.70), boy uzunluğu ortalama 160.0 ± 6 cm (147-179) ve BKİ verilerinin ortalaması 24.1 ± 4.06 kg/m² (17.05-40.56) olarak bulunmuştur.

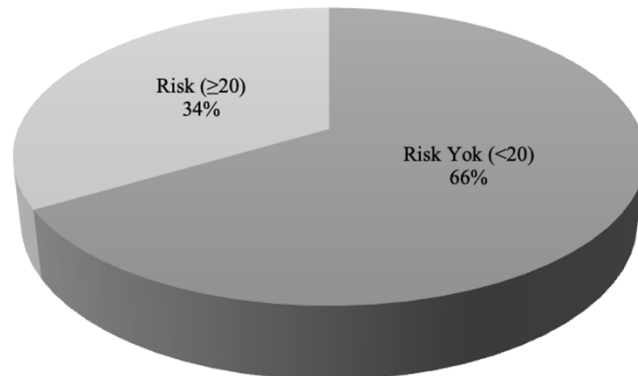
Bireylerin vücut yağ yüzdeleri ortalaması incelendiğinde, 28.7 ± 7.58 (7.70-48.70) olduğu saptanmıştır. Bireylerin boyun çevrelerinin ortalamasının 31.4 ± 1.73 cm (28.00-37.00 cm) olduğu belirlenmiştir. Bireylerin bel/kalça oranı ortalamaları, 0.8 ± 0.064 cm (0.62-1.03) ve bel/boy oranı ortalamaları ise 0.5 ± 0.06 (0.36-0.69)'dir.

Tablo 4.5: Bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortalamaları (n=227)

	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)
Yaş (yıl)	27.9±4.63	28.00 (19.00-35.00)
Ağırlık (kg)	63.1±11.34	61.70 (43.10-101.70)
Boy (cm)	162.0±6.00	161 (147-179)
BKİ (kg/m²)	24.1±4.06	23.42 (17.05-40.56)
Yağ (kg)	18.9±8.18	17.60 (3.75-48.00)
Yağ (%)	28.7±7.58	28.90 (7.70-48.70)
Su (%)	49.9±5.45	50.00 (31.20-69.20)
Su (kg)	31.1±3.81	30.66 (17.82-47.89)
Boyun Çevresi (cm)	31.4±1.73	31.00 (28.00-37.00)
Bel Çevresi (cm)	79.1±10.14	77.00 (57.00-111.00)
Kalça Çevresi (cm)	100.6±8.68	99.50 (83.50-135.00)
Bel/Kalça Oranı	0.8±0.064	0.78 (0.62-1.03)
Bel/Boy Oranı	0.5±0.06	0.48 (0.36-0.69)

4.1.4 Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulgular

Şekil 4.1’de bireylerin YTT-26 puanlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre, bireylerin %33.5’inin YTT-26 puanlarının 20’den büyük yani yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.1: Bireylerin YTT-26 puanlarının dağılımları (n=227)

Bireylerin YTT-26 toplam puanı ile YTT-26 alt puanlarının ortalamaları, standart sapma, ortanca ve alt-üst değerleri Tablo 4.6’da verilmiştir. Bireylerin YTT-26 toplam puanı ortalaması 16.8 ± 10.17 (1.00-50.00) olarak saptanmıştır. YTT-26 alt puanları değerlendirildiğinde, diyet yapma, bulimik davranış, oral kontrol davranışı alt puanlarının ortalamaları sırasıyla 9.3 ± 7.32 (0.00-33.00), 3.3 ± 2.50 (0.00-14.00) ve 4.2 ± 3.73 (0.00-18.00) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6: Bireylerin YTT-26 puanlarının ortalamaları (n=227)

	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)
YTT-Diyet Yapma	9.3 ± 7.32	8.00 (0.00-33.00)
YTT-Bulimik Davranış	3.3 ± 2.50	3.00 (0.00-14.00)
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.2 ± 3.73	3.00 (0.00-18.00)
YTT-26 Toplam	16.8 ± 10.17	15.00 (1.00-50.00)

Bireylerin YFÖ-30 toplam puanı ile YFÖ-30 alt boyut puanlarının ortalamaları, standart sapma, ortanca ve alt-üst değerleri Tablo 4.7’de verilmiştir. Bireylerin YFÖ-30 toplam puanı ortalamasının 100.4 ± 13.55 (59.00-134.00) olduğu belirlenmiştir. YFÖ-30 alt boyut puanları değerlendirildiğinde, disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma alt boyut puanlarının sırasıyla 16.9 ± 4.38 , 16.6 ± 5.23 , 14.9 ± 3.62 ve 16.3 ± 2.17 olduğu saptanmıştır. Bireylerin yeme disiplini, farkındalık ve enterferans alt boyut puanlarının sırasıyla 12.6 ± 3.32 , 16.1 ± 2.71 ve 7.0 ± 1.86 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7: Bireylerin YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)
YFÖ-Disinhibisyon	16.9±4.38	17.00 (5.00-25.00)
YFÖ-Duygusal Yeme	16.6±5.23	17.00 (5.00-25.00)
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.9±3.62	16.00 (5.00-20.00)
YFÖ-Odaklanma	16.3±2.17	16.00 (10.00-21.00)
YFÖ-Yeme Disiplini	12.7±3.32	13.00 (4.00-20.00)
YFÖ-Farkındalık	16.1±2.71	16.00 (9.00-25.00)
YFÖ-Enterferans	7.0±1.86	7.00 (2.00-10.00)
YFÖ-30 Toplam	100.4±13.55	101.00 (59.00-134.00)

Bireylerin yaş, eğitim seviyesi ve çalışma durumlarına göre YTT-26 puanlarının dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Buna göre, 19-25 yaş arasındaki bireylerin %68’inin yeme tutum bozuklukları açısından riskli olmadıkları saptanırken, 26-30 ve 31-35 yaşında olan bireylerin %65.8’nin yeme tutum bozuklukları açısından riskli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitim durumlarına göre bireylerin YTT-26 puanları değerlendirildiğinde, üniversite ve üstü eğitim almış olan bireylerin %32.1’inin yeme tutum bozuklukları açısından riskli olduğu, lise ve altı eğitim almış olan bireylerin ise %58.8’inin yeme tutum bozuklukları açısından riskli olmadığı saptanmıştır($p>0.05$). Bireylerin çalışma durumları göz önüne alındığında, çalışan ve çalışmayan bireylerin sırasıyla, %70.3 ve %56.5’inin yeme tutum bozuklukları açısından riskli olmadığı bulunmuştur. Yeme tutum bozukluğu yönünden riske göre bireylerin çalışma durumu istatistiksel açıdan önemli olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.8: Bireylerin yaş, eğitim seviyesi ve çalışma durumlarına göre YTT-26 puanlarının dağılımları (n=227)

	YTT-26 Puanı				p
	<20		≥20		
	n	%	n	%	
Yaş (Yıl)					
19-25	51	68.0	24	32.0	0.946
26-30	52	65.8	27	34.2	
31-35	48	65.8	25	34.2	
Eğitim Seviyesi					
Lise ve altı	20	58.8	14	41.2	0.302
Üniversite ve üstü	131	67.9	62	32.1	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	116	70.3	49	29.7	0.049*
Çalışmıyor	35	56.5	27	43.5	

Ki kare testi uygulanmıştır, * p<0.05

Tablo 4.9’da bireylerin eğitim seviyesine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Lise ve altı eğitim seviyesine sahip bireylerin YTT-26 toplam puanlarının (20.3 ± 13.35), eğitim seviyesi üniversite ve üstü olan bireylerin puanlarına (16.2 ± 9.42) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Eğitim seviyesine göre diyet yapma ve bulimik davranış alt bileşen puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Oral kontrol davranışı alt bileşen puanları değerlendirildiğinde, lise ve altı eğitim seviyesine sahip bireylerin puanları (5.6 ± 4.55), olmayanların puanlarına (4.0 ± 3.53) göre daha yüksek olarak bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bireylerin eğitim seviyelerine göre YFÖ-30 toplam puanları incelendiğinde, lise ve altı eğitim seviyesine sahip bireylerin puanlarının (102.00 ± 14.76) diğerlerinin puanlarına (100.07 ± 13.35) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin eğitim seviyelerindeki farkların YFÖ-30 alt bileşen puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9: Bireylerin eğitim durumuna göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Lise ve altı (n=34)		Üniversite ve üstü (n=193)		P
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	10.7±8.57	10.00 (0.00-27.00)	9.1±7.08	7.00 (0.00-33.00)	0.402
YTT-Bulimik Davranış	4.0±2.92	3.00 (0.00-10.00)	3.2±2.41	3.00 (0.00-14.00)	0.216
YTT-Oral Kontrol Davranışı	5.6±4.55	4.00 (0.00-16.00)	3.9±3.53	3.00 (0.00-18.00)	0.045*
YTT-26 Toplam	20.3±13.35	17.00 (4.00-50.00)	16.2±9.42	14.00 (1.00-50.00)	0.134
YFÖ-Disinhibisyon	17.2±4.37	17.00 (7.00-25.00)	16.8±4.40	17.00 (5.00-25.00)	0.780
YFÖ-Duygusal Yeme	18.1±4.38	19.00 (5.00-25.00)	16.4±5.33	17.00 (5.00-25.00)	0.075
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.2±3.74	15.50 (5.00-20.00)	14.9±3.61	16.00 (5.00-20.00)	0.695
YFÖ-Odaklanma	16.2±2.54	17.00 (1.00-21.00)	16.3±2.11	16.00 (10.00-21.00)	0.942
YFÖ-Yeme Disiplini	12.1±3.43	12.00 (7.00-20.00)	12.8±3.30	13.00 (4.00-19.00)	0.236
YFÖ-Farkındalık	16.2±3.05	16.00 (1.00-23.00)	16.0±2.66	16.00 (9.00-25.00)	0.757
YFÖ-Enterferans	7.0±2.02	7.00 (2.00-10.00)	7.0±1.83	7.00 (2.00-10.00)	0.718
YFÖ-30 Toplam	102.0±14.76	103.00 (59.00-125.00)	100.1±13.35	101.00 (65.00-134.00)	0.361

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05

Bireylerin sigara kullanma, özel diyet uygulama, doktor tarafından tanısı konmuş hastalık, besin takviyesi ve fiziksel aktivite verilerine göre YTT-26 puanlarını Tablo 4.10’da verilmiştir. Buna göre, sigara kullanan bireylerin %45.0’inin, sigara kullanmayanların ise %29.3’ünün yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Diyet yapan bireylerin %44.1’inin, yapmayanların %31.6’sının ise yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bireylerin besin takviyesi kullanımlarına göre YTT-26 puanları değerlendirildiğinde, besin takviyesi kullanan bireylerin %46.4’ünün, kullanmayan bireylerin ise %29.2’sinin yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bireylerin fiziksel aktivite seviyelerine göre YTT-26 puanları değerlendirildiğinde, inaktif olan bireylerin %26.0’ının, minimal aktif ve çok aktif bireylerin ise %48.1’inin yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.10: Bireylerin sigara, diyet, doktor tarafından tanısı konmuş hastalık, besin takviyesi ve fiziksel aktivite verilerine göre YTT-26 puanlarının dağılımı (n=227)

	YTT-26 Puanı				p
	<20		≥20		
	n	%	n	%	
Sigara					
Kullanıyor	33	55.0	27	45.0	0.027*
Kullanmıyor	118	70.7	49	29.3	
Diyet					
Yapıyor	19	55.9	15	44.1	0.154
Yapmıyor	132	68.4	61	31.6	
Doktor Tarafından Tanısı Konmuş Hastalık					
Var	26	60.5	17	39.5	0.350
Yok	125	67.9	59	32.1	
Besin Takviyesi					
Kullanıyor	30	53.6	26	46.4	0.018*
Kullanmıyor	121	70.8	50	29.2	
Fiziksel Aktivite Seviyesi					
İnaktif	111	74.0	39	26.0	0.001**
Minimal aktif ve çok aktif	40	51.9	37	48.1	

Ki kare testi uygulanmıştır, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Bireylerin sigara kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.11'de verilmiştir. Sigara kullanan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının (19.2 ± 12.03), kullanmayanların puanlarına (16.0 ± 9.32) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Sigara kullanan bireylerin diyet yapma alt bileşen puanlarının (11.3 ± 8.27), kullanmayan bireylerin puanlarına göre (8.6 ± 6.84) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bulimik davranış, oral kontrol davranışı alt bileşen puanlarının bireylerin sigara kullanmasına göre değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sigara kullanan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının (99.7 ± 14.22), kullanmayanların puanlarına (100.6 ± 13.34) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Yeme disiplini alt bileşen puanlarının sigara kullanan bireylerde 11.8 ± 3.39 olarak bulunurken, sigara kullanmayan bireylerde ise 13.0 ± 3.25 olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0.05$). Sigara kullanımına göre diğer YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11: Bireylerin sigara kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Kullanıyor (n=60)		Kullanmıyor (n=167)		P
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	11.3±8.27	11.00 (0.00-33.00)	8.6±6.84	7.00 (0.00-29.00)	0.038*
YTT-Bulimik Davranış	3.6±2.55	3.00 (0.00-10.00)	3.2±2.48	3.00 (0.00-14.00)	0.175
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.4±4.43	3.00 (0.00-18.00)	4.1±3.46	3.00 (0.00-16.00)	0.674
YTT-26 Toplam	19.3±12.03	18.50 (1.00-50.00)	16.0±9.32	14.00 (2.00-48.00)	0.089
YFÖ-Disinhibisyon	16.8±4.74	17.00 (7.00-25.00)	16.9±4.26	17.00 (5.00-25.00)	0.797
YFÖ-Duygusal Yeme	16.5±5.54	17.00 (5.00-25.00)	16.7±5.13	17.00 (5.00-25.00)	0.973
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.1±3.28	15.50 (5.00-20.00)	14.8±3.75	16.00 (5.00-20.00)	0.974
YFÖ-Odaklanma	16.0±2.35	16.00 (11.00-21.00)	16.4±2.10	16.00 (10.00-21.00)	0.428
YFÖ-Yeme Disiplini	11.8±3.39	12.00 (5.00-20.00)	13.0±3.25	13.00 (4.00-19.00)	0.018*
YFÖ-Farkındalık	16.3±2.84	16.00 (9.00-23.00)	15.9±2.67	16.00 (10.00-25.00)	0.399
YFÖ-Enterferans	7.2±2.08	8.00 (2.00-10.00)	6.9±1.77	7.00 (2.00-10.00)	0.133
YFÖ-30 Toplam	99.7±14.22	98.50 (74.00-125.00)	100.6±13.34	101.00 (59.00-134.00)	0.543

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05

Bireylerin doktor tarafından tanısı konmuş hastalık verilerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.12’de verilmiştir. Doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı olan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının 17.8 ± 10.16 olduğu, hastalığı olmayanlarının ise 16.6 ± 10.19 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Diyet yapma, bulimik davranış ve oral kontrol davranışı alt bileşen puanları bireylerin hastalık durumuna göre değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Doktor tarafından tanısı konmuş hastalığı olan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalaması 100.4 ± 12.29 olarak saptanırken, hastalığı olmayanların ise puanlarının ortalamasının 100.4 ± 13.86 olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bireylerin hastalık durumuna göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.12: Bireylerin doktor tarafından tanısı konmuş hastalık verilerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Var (n=43)		Yok (n=184)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	10.5±7.60	10.00 (0.00-29.00)	9.0±7.25	7.00 (0.00-33.00)	0.245
YTT-Bulimik Davranış	3.2±2.35	3.00 (0.00-11.00)	3.4±2.55	3.00 (0.00-14.00)	0.854
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.1±3.62	3.00 (0.00-15.00)	4.2±3.77	3.00 (0.00-18.00)	0.837
YTT-26 Toplam	17.8±10.16	16.00 (1.00-48.00)	16.6±10.19	14.00 (1.00-50.00)	0.386
YFÖ-Disinhibisyon	16.8±3.94	17.00 (5.00-25.00)	16.9±4.49	17.00 (7.00-25.00)	0.880
YFÖ-Duygusal Yeme	16.9±4.37	17.00 (9.00-24.00)	16.6±5.42	17.00 (5.00-25.00)	0.972
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.1±4.10	15.00 (5.00-19.00)	15.1±3.49	16.00 (5.00-20.00)	0.225
YFÖ-Odaklanma	16.6±1.93	16.00 (13.00-21.00)	16.2±2.23	16.00 (10.00-21.00)	0.629
YFÖ-Yeme Disiplini	12.6±3.23	13.00 (4.00-18.00)	12.7±3.35	13.00 (5.00-20.00)	0.901
YFÖ-Farkındalık	16.3±2.76	16.00 (10.00-23.00)	16.0±2.71	16.00 (9.00-25.00)	0.471
YFÖ-Enterferans	7.1±1.64	7.00 (4.00-10.00)	7.0±1.91	7.00 (2.00-10.00)	0.819
YFÖ-30 Toplam	100.4±12.29	101.00 (80.00-124.00)	100.4±13.86	101.00 (59.00-134.00)	0.919

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bireylerin besin takviyesi kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.13'te verilmiştir. Besin takviyesi kullanan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının (19.2 ± 11.46), besin takviyesi kullanmayan bireylerin puanlarına (16.1 ± 9.62) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Diyet yapma alt bileşeni, besin takviyesi kullanan bireylerde 11.8 ± 7.68 iken, kullanmayan bireylerde 8.5 ± 7.03 'tür ($p < 0.01$). Bulimik davranış ve oral kontrol davranışı alt bileşen puanları bireylerin besin takviyesi kullanım durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Besin takviyesi kullanan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının (99.4 ± 13.89) besin takviyesi kullanmayan bireylerin puanlarının ortalamasına (100.7 ± 13.46) göre daha düşük olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Bireylerin besin takviyesi kullanım durumlarına göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.13: Bireylerin besin takviyesi kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Kullanıyor (n=56)		Kullanmıyor (n=171)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	11.8±7.68	12.50 (0.00-29.00)	8.5±7.03	7.00 (0.00-33.00)	0.003**
YTT-Bulimik Davranış	3.6±2.94	3.00 (0.00-14.00)	3.2±2.34	3.00 (0.00-11.00)	0.596
YTT-Oral Kontrol Davranışı	3.8±3.31	3.00 (0.00-16.00)	4.3±3.86	3.00 (0.00-18.00)	0.570
YTT-26 Toplam	19.2±11.46	16.50 (3.00-50.00)	16.1±9.62	14.00 (1.00-50.00)	0.099
YFÖ-Disinhibisyon	16.5±4.63	17.00 (7.00-25.00)	7.0±4.31	17.00 (5.00-25.00)	0.540
YFÖ-Duygusal Yeme	16.2±5.40	15.00 (5.00-25.00)	16.8±5.18	18.00 (5.00-25.00)	0.383
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.4±3.66	15.50 (5.00-20.00)	15.1±3.60	16.00 (5.00-20.00)	0.196
YFÖ-Odaklanma	16.3±2.10	17.00 (11.00-20.00)	16.3±2.20	16.00 (10.00-21.00)	0.798
YFÖ-Yeme Disiplini	13.1±2.61	13.00 (6.00-18.00)	12.5±3.52	13.00 (4.00-20.00)	0.342
YFÖ-Farkındalık	15.6±2.51	16.00 (10.00-21.00)	16.2±2.77	16.00 (9.00-25.00)	0.204
YFÖ-Enterferans	7.3±2.06	8.00 (2.00-10.00)	6.9±1.78	7.00 (2.00-10.00)	0.064
YFÖ-30 Toplam	99.4±13.89	100.00 (74.00-134.00)	100.7±13.46	101.00 (59.00-132.00)	0.393

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, ** p<0.01

Bireylerin fiziksel aktivite seviyelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.14'te verilmiştir. İnaktif olan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının (15.4 ± 9.83), minimal aktif ve çok aktif olan bireylerin puanlarına (19.6 ± 10.35) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Diyet yapma alt bileşeni değerlendirildiğinde, inaktif olan bireylerde 8.3 ± 6.98 iken, minimal aktif ve çok aktif olan bireylerde ise 11.2 ± 7.63 'tür ($p < 0.01$). Bulimik davranış alt bileşeni değerlendirildiğinde, inaktif olan bireylerde 3.1 ± 2.44 iken, minimal aktif ve çok aktif olan bireylerde ise 3.7 ± 2.53 'tür ($p < 0.01$). Oral kontrol davranışı alt bileşen puanı bireylerin fiziksel aktivite seviyelerine göre değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

İnaktif olan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının (99.6 ± 13.50) minimal aktif ve çok aktif olan bireylerin puanlarının ortalamasına (101.9 ± 13.59) göre daha düşük olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bireylerin fiziksel aktivite seviyelerine göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.14: Bireylerin fiziksel aktivite seviyelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	İnaktif (n=150)		Minimal Aktif ve Çok Aktif (n=77)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	8.3±6.98	7.00 (0.00-28.00)	11.2±7.63	9.00 (0.00-33.00)	0.004**
YTT-Bulimik Davranış	3.1±2.44	3.00 (0.00-11.00)	3.9±2.53	3.000 (0.00-14.00)	0.006**
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.1±3.85	3.00 (0.00-18.00)	4.5±3.50	4.00 (0.00-16.00)	0.124
YTT-26 Toplam	15.4±9.83	13.00 (1.00-50.00)	19.6±10.35	19.00 (3.00-50.00)	0.002**
YFÖ-Disinhibisyon	16.7±4.32	17.00 (5.00-25.00)	17.2±4.51	17.00 (7.00-25.00)	0.463
YFÖ-Duygusal Yeme	16.7±5.08	17.00 (5.00-25.00)	16.6±5.54	16.00 (5.00-25.00)	0.911
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.7±3.65	16.00 (5.00-20.00)	15.3±3.56	16.00 (6.00-20.00)	0.328
YFÖ-Odaklanma	16.3±2.09	16.00 (10.00-21.00)	16.3±2.35	16.00 (11.00-21.00)	0.96
YFÖ-Yeme Disiplini	12.4±3.32	12.50 (4.00-20.00)	13.2±3.28	14.00 (6.00-19.00)	0.099
YFÖ-Farkındalık	15.9±2.68	16.00 (10.00-25.00)	16.3±2.76	16.00 (9.00-21.00)	0.149
YFÖ-Enterferans	6.9±1.82	7.00 (2.00-10.00)	7.2±1.94	7.00 (2.00-10.00)	0.224
YFÖ-30 Toplam	99.6±13.50	101.00 (59.00-132.00)	101.9±13.59	101.00 (71.00-134.00)	0.293

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01

Bireylerin ilaç kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.15'te verilmiştir. İlaç kullanan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (17.6 ± 10.01), ilaç kullanmayan bireylerin puanlarının ortalamasına (16.7 ± 10.23) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

İlaç kullanan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının (99.7 ± 13.50), ilaç kullanmayan bireylerin puanlarının ortalamasına (100.5 ± 13.59) göre daha düşük olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bireylerin ilaç kullanma durumlarına göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.15: Bireylerin ilaç kullanımlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Kullanıyor (n=40)		Kullanmıyor (n=187)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	9.8 ± 7.39	8.00 (0.00-28.00)	9.2 ± 7.32	7.00 (0.00-33.00)	0.585
YTT-Bulimik Davranış	3.3 ± 2.34	3.00 (0.00-11.00)	3.3 ± 2.53	3.00 (0.00-14.00)	0.767
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.5 ± 4.37	3.00 (0.00-18.00)	4.1 ± 3.59	3.00 (0.00-16.00)	0.955
YTT-26 Toplam	17.6 ± 10.01	13.00 (4.00-48.00)	16.7 ± 10.23	15.00 (1.00-50.00)	0.592
YFÖ-Disinhibisyon	16.6 ± 4.26	16.00 (5.00-25.00)	16.9 ± 4.42	17.00 (7.00-25.00)	0.493
YFÖ-Duygusal Yeme	16.6 ± 4.36	15.50 (7.00-24.00)	16.6 ± 5.41	17.00 (5.00-25.00)	0.707
YFÖ-Yeme Kontrolü	13.9 ± 4.29	15.00 (5.00-19.00)	15.1 ± 3.44	16.00 (5.00-20.00)	0.170
YFÖ-Odaklanma	16.4 ± 2.25	16.00 (10.00-21.00)	16.3 ± 2.16	16.00 (11.00-21.00)	0.824
YFÖ-Yeme Disiplini	12.7 ± 3.39	13.00 (4.00-18.00)	12.6 ± 3.31	13.00 (5.00-20.00)	0.814
YFÖ-Farkındalık	16.4 ± 2.64	16.00 (11.00-23.00)	15.9 ± 2.73	16.00 (9.00-25.00)	0.400
YFÖ-Enterferans	7.1 ± 1.73	7.00 (4.00-10.00)	7.0 ± 1.89	7.00 (2.00-10.00)	0.877
YFÖ-30 Toplam	99.7 ± 13.50	100.00 (76.00-124.00)	100.5 ± 13.59	101.00 (59.00-134.00)	0.588

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bireylerin besin seçiciliklerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.16’da verilmiştir. Besin seçen bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.5 ± 9.50), besin seçmeyen bireylerin puanlarının ortalamasına (17.1 ± 10.78) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin besin seçme durumlarına göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Besin seçen bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 100.2 ± 12.91 olduğu, besin seçmeyen bireylerin puanlarının ortalaması 100.5 ± 14.16 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bireylerin besin seçme durumlarına göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.16: Bireylerin besin seçiciliklerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Var (n=108)		Yok (n=119)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	8.8 ± 6.95	7.00 (0.00-29.00)	9.7 ± 7.65	8.00 (0.00-33.00)	0.432
YTT-Bulimik Davranış	3.4 ± 2.32	3.00 (0.00-10.00)	3.6 ± 2.65	3.00 (0.00-4.00)	0.166
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.3 ± 3.52	3.00 (0.00-16.00)	4.2 ± 3.93	3.00 (0.00-18.00)	0.519
YTT-26 Toplam	16.5 ± 9.50	14.50 (1.00-46.00)	17.1 ± 10.78	15.00 (2.00-50.00)	0.929
YFÖ-Disinhibisyon	16.8 ± 4.38	17.00 (7.00-25.00)	16.9 ± 4.41	17.00 (5.00-25.00)	0.806
YFÖ-Duygusal Yeme	16.5 ± 4.98	17.00 (5.00-25.00)	16.7 ± 5.46	18.00 (5.00-25.00)	0.563
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.1 ± 3.48	16.00 (5.00-20.00)	14.8 ± 3.76	15.00 (5.00-20.00)	0.752
YFÖ-Odaklanma	16.2 ± 2.14	16.00 (10.00-21.00)	16.4 ± 2.21	17.00 (11.00-21.00)	0.405
YFÖ-Yeme Disiplini	12.6 ± 3.38	13.00 (5.00-20.00)	12.7 ± 3.27	13.00 (4.00-19.00)	0.688
YFÖ-Farkındalık	16.2 ± 2.63	16.00 (9.00-21.00)	15.9 ± 2.79	16.00 (10.00-25.00)	0.446
YFÖ-Enterferans	6.9 ± 1.82	7.00 (2.00-10.00)	7.1 ± 1.90	7.00 (2.00-10.00)	0.379
YFÖ-30 Toplam	100.2 ± 12.91	99.50 (65.00-127.00)	100.5 ± 14.16	101.00 (59.00-134.00)	0.812

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bireylerin besin alerjisi durumlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.17’de verilmiştir. Besin alerjisi olan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.2 ± 8.09), besin alerjisi olmayan bireylerin puanlarının ortalamasına (16.9 ± 10.47) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin besin alerjisi durumlarına göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Besin alerjisi olan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 100.2 ± 12.95 olduğu, besin alerjisi olmayan bireylerin puanlarının ortalaması 100.0 ± 13.67 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bireylerin besin alerjisi durumlarına göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.17: Bireylerin besin alerjilerinin varlığına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Var (n=30)		Yok (n=197)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	9.2 ± 6.13	9.00 (0.00-21.00)	9.3 ± 7.50	8.00 (0.00-33.00)	0.811
YTT-Bulimik Davranış	2.9 ± 2.33	2.00 (0.00-8.00)	3.4 ± 2.52	3.00 (0.00-14.00)	0.210
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.1 ± 2.95	3.50 (0.00-12.00)	4.2 ± 3.85	3.00 (0.00-18.00)	0.697
YTT-26 Toplam	16.2 ± 8.09	14.50 (7.00-34.00)	17.0 ± 10.47	15.00 (1.00-50.00)	0.982
YFÖ-Disinhibisyon	16.6 ± 4.34	17.00 (7.00-25.00)	16.9 ± 4.40	17.00 (5.00-25.00)	0.684
YFÖ-Duygusal Yeme	16.3 ± 5.13	17.00 (5.00-24.00)	16.7 ± 5.26	17.00 (5.00-25.00)	0.679
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.2 ± 3.66	16.00 (7.00-20.00)	14.9 ± 3.62	16.00 (5.00-20.00)	0.604
YFÖ-Odaklanma	16.8 ± 2.21	17.00 (12.00-21.00)	16.2 ± 2.17	16.00 (10.00-21.00)	0.230
YFÖ-Yeme Disiplini	12.8 ± 3.17	13.50 (7.00-19.00)	12.6 ± 3.35	13.00 (4.00-20.00)	0.787
YFÖ-Farkındalık	15.7 ± 2.76	15.00 (11.00-21.00)	16.1 ± 2.71	16.00 (9.00-25.00)	0.472
YFÖ-Enterferans	6.9 ± 1.70	7.00 (4.00-10.00)	7.0 ± 1.89	7.00 (2.00-10.00)	0.636
YFÖ-30 Toplam	100.2 ± 12.95	101.00 (80.00-124.00)	100.0 ± 13.67	101.00 (59.00-134.00)	0.836

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bireylerin kahvaltı öğününü tüketme durumlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.18’de verilmiştir. Kahvaltı öğününü tüketen bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.7 ± 10.27), kahvaltı öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalamasına (17.1 ± 9.97) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin kahvaltı tüketme alışkanlığına göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kahvaltı öğününü tüketen bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının (101.5 ± 13.87), kahvaltı öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalamasından (97.2 ± 12.15) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kahvaltı öğününü tüketen bireylerin yeme disiplini alt bileşen puanının (13.2 ± 3.19), kahvaltı öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (11.1 ± 3.16) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.0001$). Kahvaltı öğününü tüketen bireylerin farkındalık alt bileşen puanının (16.3 ± 2.68), kahvaltı öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (15.3 ± 2.70) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.0001$). Bireylerin kahvaltı öğününü tüketme alışkanlıklarına göre diğer YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.18: Bireylerin kahvaltı ana öğününü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları

	Yapıyor (n=167)		Yapmıyor (n=60)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	9.3±7.19	8.00 (0.00-33.00)	9.3±7.73	7.50 (0.00-29.00)	0.833
YTT-Bulimik Davranış	3.4±2.49	3.00 (0.00-14.00)	3.2±2.52	3.00 (0.00-11.00)	0.743
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.1±3.71	3.00 (0.00-16.00)	4.6±3.81	3.50 (0.00-18.00)	0.261
YTT-26 Toplam	16.7±10.27	15.00 (1.00-50.00)	17.1±9.97	14.50 (1.00-44.00)	0.702
YFÖ-Disinhibisyon	17.0±4.45	17.00 (7.00-25.00)	16.6±4.20	17.00 (5.00-25.00)	0.495
YFÖ-Duygusal Yeme	17.0±5.12	18.00 (5.00-25.00)	15.6±5.45	16.00 (5.00-25.00)	0.120
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.7±3.61	16.00 (5.00-20.00)	15.4±3.64	16.00 (5.00-20.00)	0.127
YFÖ-Odaklanma	16.3±2.15	16.00 (10.00-21.00)	16.4±2.26	17.00 (11.00-21.00)	0.687
YFÖ-Yeme Disiplini	13.2±3.19	14.00 (5.00-20.00)	11.1±3.16	11.00 (4.00-17.00)	p<0.001***
YFÖ-Farkındalık	16.3±2.68	16.00 (9.00-25.00)	15.3±2.70	15.00 (10.00-21.00)	0.023*
YFÖ-Enterferans	7.1±1.87	7.00 (2.00-10.00)	6.8±1.84	7.00 (2.00-10.00)	0.273
YFÖ-30 Toplam	101.5±13.87	102.00 (59.00-134.00)	97.1±12.15	97.00 (65.00-124.00)	0.028*

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01

Bireylerin kuşluk öğününü tüketme durumlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.19’da verilmiştir. Kuşluk öğününü tüketen bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (19.0 ± 10.49), kuşluk öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalamasına (15.6 ± 9.80) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Kuşluk öğününü tüketen bireylerin diyet yapma alt bileşeninin puan ortalamasının (10.9 ± 7.35), tüketmeyenlere (8.4 ± 7.17) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Bireylerin kuşluk öğünü tüketme alışkanlığına göre diğer YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Kuşluk öğününü tüketen bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 100.3 ± 14.05 olduğu, kuşluk öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalaması 100.4 ± 13.30 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Kuşluk öğününü tüketen bireylerin yeme disiplini alt bileşen puanının (13.3 ± 3.37), kuşluk öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (12.3 ± 3.24) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bireylerin kuşluk öğününü tüketme alışkanlıklarına göre diğer YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.19: Bireylerin kuşluk ara öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Yapıyor (n=83)		Yapmıyor (n=144)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	10.9±7.35	11.00 (0.00-29.00)	8.4±7.17	7.00 (0.00-33.00)	0.009**
YTT-Bulimik Davranış	3.6±2.65	3.00 (0.00-10.00)	3.2±2.40	3.00 (0.00-14.00)	0.254
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.5±3.85	3.00 (0.00-18.00)	4.0±3.67	3.00 (0.00-16.00)	0.270
YTT-26 Toplam	19.0±10.49	17.00 (1.00-48.00)	15.6±9.80	13.00 (1.00-50.00)	0.005**
YFÖ-Disinhibisyon	16.7±4.35	17.00 (7.00-25.00)	17.0±4.41	17.00 (5.00-25.00)	0.604
YFÖ-Duygusal Yeme	16.2±5.77	17.00 (5.00-25.00)	16.9±4.90	17.00 (6.00-25.00)	0.628
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.0±3.39	16.00 (5.00-20.00)	14.9±3.76	16.00 (5.00-20.00)	0.959
YFÖ-Odaklanma	16.2±1.87	16.00 (12.00-21.00)	16.3±2.34	16.00 (10.00-21.00)	0.503
YFÖ-Yeme Disiplini	13.3±3.37	14.00 (5.00-20.00)	12.3±3.24	12.00 (4.00-19.00)	0.021*
YFÖ-Farkındalık	16.0±2.80	16.00 (10.00-21.00)	16.0±2.67	16.00 (9.00-25.00)	0.794
YFÖ-Enterferans	6.9±2.03	7.00 (2.00-10.00)	7.0±1.76	7.00 (2.00-10.00)	0.985
YFÖ-30 Toplam	100.3±14.05	101.00 (59.00-127.00)	100.4±13.30	100.50 (71.00-134.00)	0.812

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01

Bireylerin ögle öğününü tüketme durumlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.20’de verilmiştir. Ögle öğününü tüketen bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.6 ± 9.65), ögle öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalamasına (18.1 ± 12.53) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin ögle öğünü tüketme alışkanlığına göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ögle öğününü tüketen bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 100.8 ± 13.65 olduğu, ögle öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalaması 98.4 ± 13.05 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Ögle öğününü tüketen bireylerin odaklanma alt bileşen puanının (16.4 ± 2.14), ögle öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (15.5 ± 2.19) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ögle öğününü tüketen bireylerin yeme disiplini alt bileşen puanının (13.0 ± 3.13), ögle öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (11.1 ± 3.79) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Bireylerin ögle öğününü tüketme alışkanlıklarına göre YFÖ-30 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.20: Bireylerin öğle ana öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Yapıyor (n=189)		Yapmıyor (n=38)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	9.2±6.97	7.00 (0.00-28.00)	9.8±8.98	8.00 (0.00-33.00)	0.886
YTT-Bulimik Davranış	3.3±2.50	3.00 (0.00-14.00)	3.4±2.51	3.00 (0.00-10.00)	0.728
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.1±3.56	3.00 (0.00-16.00)	4.8±4.49	3.00 (0.00-18.00)	0.562
YTT-26 Toplam	16.6±9.65	15.00 (1.00-48.00)	18.1±12.53	14.00 (2.00-50.00)	0.850
YFÖ-Disinhibisyon	16.9±4.45	17.00 (5.00-25.00)	16.8±4.08	17.00 (7.00-25.00)	0.768
YFÖ-Duygusal Yeme	16.6±5.24	17.00 (5.00-25.00)	17.0±5.23	17.50 (7.00-25.00)	0.570
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.9±3.72	16.00 (5.00-20.00)	14.9±3.16	15.00 (6.00-19.00)	0.674
YFÖ-Odaklanma	16.4±2.14	16.00 (10.00-10.00)	15.5±2.19	16.00 (11.00-19.00)	0.034*
YFÖ-Yeme Disiplini	13.0±3.13	13.00 (5.00-20.00)	11.1±3.79	11.50 (4.00-18.00)	0.004**
YFÖ-Farkındalık	16.0±2.71	16.00 (9.00-25.00)	15.9±2.78	15.00 (10.00-21.00)	0.745
YFÖ-Enterferans	7.0±1.87	7.00 (2.00-10.00)	7.2±1.80	8.00 (2.00-10.00)	0.388
YFÖ-30 Toplam	100.8±13.65	101.00 (59.00-134.00)	98.4±13.05	97.50 (76.00-124.00)	0.260

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01

Bireylerin ikindi öğününü tüketme durumlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.21’de verilmiştir. İkinci öğününü tüketen bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (18.1 ± 10.36), ikinci öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalamasına (15.7 ± 9.92) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). İkinci öğününü tüketen bireylerin diyet yapma alt bileşeninin puan ortalamasının (10.4 ± 7.49), tüketmeyenlere (8.3 ± 7.06) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bireylerin ikindi öğünü tüketme alışkanlığına göre diğer YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

İkinci öğününü tüketen bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 101.8 ± 14.32 olduğu, ikinci öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalaması 99.1 ± 12.74 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). İkinci öğününü tüketen bireylerin yeme disiplini alt bileşen puanının (13.6 ± 3.18), ikinci öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (11.8 ± 3.21) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.0001$). İkinci öğününü tüketen bireylerin enterferans alt bileşen puanının (7.2 ± 1.89), ikinci öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (6.8 ± 1.82) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bireylerin ikindi öğününü tüketme alışkanlıklarına göre diğer YFÖ-30 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.21: Bireylerin ikindi ara öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Yapıyor (n=108)		Yapmıyor (n=119)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	10.4±7.49	9.00 (0.00-33.00)	8.3±7.06	7.00 (0.00-28.00)	0.031*
YTT-Bulimik Davranış	3.3±2.67	3.00 (0.00-14.00)	3.4±2.34	3.00 (0.00-11.00)	0.271
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.4±3.92	3.00 (0.00-18.00)	4.0±3.56	3.00 (0.00-16.00)	0.427
YTT-26 Toplam	18.1±10.36	16.00 (3.00-50.00)	15.7±9.92	14.00 (1.00-50.00)	0.063
YFÖ-Disinhibisyon	17.1±4.37	17.50 (7.00-25.00)	16.6±4.40	17.00 (5.00-25.00)	0.325
YFÖ-Duygusal Yeme	16.5±5.30	17.00 (5.00-25.00)	16.7±5.19	17.00 (5.00-25.00)	0.785
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.9±3.74	16.00 (5.0-20.00)	14.9±3.52	16.00 (5.00-20.00)	0.850
YFÖ-Odaklanma	16.3±1.95	16.00 (12.00-21.00)	16.3±2.36	16.00 (10.00-21.00)	0.730
YFÖ-Yeme Disiplini	13.6±3.18	14.00 (5.00-20.00)	11.8±3.21	12.00 (4.00-19.00)	p<0.001***
YFÖ-Farkındalık	16.1±2.55	16.00 (9.00-21.00)	15.9±2.86	16.00 (10.00-25.00)	0.396
YFÖ-Enterferans	7.2±1.89	7.00 (2.00-10.00)	6.8±1.82	7.00 (2.0-10.00)	0.038*
YFÖ-30 Toplam	101.8±14.32	103.50 (59.00-127.00)	99.1±12.74	97.00 (74.00-134.00)	0.045*

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Bireylerin akşam öğününü tüketme durumlarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.22’de verilmiştir. Akşam öğününü tüketen bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.7 ± 10.00), akşam öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalamasına (18.1 ± 11.90) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin öğle öğünü tüketme alışkanlığına göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Akşam öğününü tüketen bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 100.1 ± 13.85 olduğu, akşam öğününü tüketmeyen bireylerin puanlarının ortalaması 103.0 ± 10.27 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Akşam öğününü tüketen bireylerin duygusal yeme alt bileşen puanının (16.4 ± 5.34), akşam öğünü tüketmeyen bireylerin puanından (19.2 ± 3.11) daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin akşam öğününü tüketme alışkanlıklarına göre diğer YFÖ-30 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.22: Bireylerin akşam ana öğünü yapmalarına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Yapıyor (n=205)		Yapmıyor (n=22)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	9.1±7.23	7.00 (0.00-29.00)	11.0±8.14	11.00 (0.00-33.00)	0.356
YTT-Bulimik Davranış	3.4±2.53	3.00 (0.00-14.00)	3.1±2.21	2.50 (1.00-9.00)	0.722
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.2±3.79	3.00 (0.00-18.00)	4.0±3.19	3.00 (0.00-11.00)	0.981
YTT-26 Toplam	16.7±10.00	14.00 (1.00-50.00)	18.1±11.90	17.00 (2.00-50.00)	0.675
YFÖ-Disinhibisyon	16.7±4.44	17.00 (5.00-25.00)	18.6±3.39	19.00 (12.00-25.00)	0.053
YFÖ-Duygusal Yeme	16.4±5.34	17.00 (5.00-25.00)	19.2±3.11	18.50 (15.00-25.00)	0.016*
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.9±3.67	16.00 (5.00-20.0)	14.9±3.19	15.00 (6.00-20.00)	0.669
YFÖ-Odaklanma	16.3±2.20	16.00 (10.00-21.00)	15.8±1.89	16.00 (11.00-19.00)	0.242
YFÖ-Yeme Disiplini	12.8±3.35	13.00 (4.00-20.00)	11.7±2.92	12.00 (7.00-17.00)	0.111
YFÖ-Farkındalık	16.0±16.02	16.00 (9.00-25.00)	16.0±3.41	15.50 (10.00-21.00)	0.956
YFÖ-Enterferans	7.0±1.86	7.00 (2.00-10.00)	6.8±1.87	7.00 (2.00-9.00)	0.694
YFÖ-30 Toplam	100.1±13.85	100.00 (59.00-134.00)	103.0±10.27	101.50 (87.00-125.00)	0.388

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, * p<0.05

Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre YTT-26 puanlarının dağılımı Tablo 4.23'te verilmiştir. Buna göre, BKİ'lerine göre zayıf ve normal sınıflamasında olan bireylerin %29.0'ının, BKİ'lerine göre pre-obez ve obez sınıflamasında olan bireylerin %43.1'inin yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Boyun çevresine göre riski olmayan bireylerin %32.8'inin ve riskli olan bireylerin %46.2'sinin yeme tutumları açısından riskli olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bel çevresine göre riski olmayan bireylerin %28.2'ünün, riski olan bireylerin %40.4'ünün ve yüksek riskli olan bireylerin %43.2'sinin yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Bel/kalça oranına göre riski olmayan bireylerin %32.0'ının ve riskli olan bireylerin %42.4'ünün yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Bel/boy oranına göre riski olmayan bireylerin %28.5'inin, riski olan bireylerin %39.1'inin ve yüksek riskli olan bireylerin ise %57.1'inin yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.23: Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre YTT-26 puanları

Antropometrik Ölçümler	YTT-26 Puanı				p
	<20		≥20		
	n	%	n	%	
BKİ					
Zayıf ve normal (<18.50-24.99 kg/m ²)	110	71.0	45	29.0	0.037*
Pre-obez ve obez (25.00-≥30.00 kg/m ²)	41	56.9	31	43.1	
Boyun Çevresi					
Risk yok (<34 cm)	137	68.2	64	31.8	0.146
Risk (≥34 cm)	14	53.8	12	46.2	
Bel Çevresi					
Risk yok (<80 cm)	99	71.7	39	28.3	0.112
Risk (80-88 cm)	31	59.6	21	40.4	
Yüksek risk (>88 cm)	21	56.8	16	43.2	
Bel/Kalça Oranı					
Risk yok (< 0.85)	132	68.0	62	32.0	0.239
Risk (≥ 0.85)	19	57.6	14	42.4	
Bel/Boy Oranı					
Risk yok (< 0.50)	103	71.5	41	28.5	0.047*
Risk (0.50-0.60)	42	60.9	27	39.1	
Yüksek risk (≥ 0.60)	6	42.9	8	57.1	

Ki kare testi uygulanmıştır, * $p<0.05$

Bireylerin BKİ'lerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.24'te verilmiştir. BKİ'lerine göre zayıf ve normal olarak sınıflandırılan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.1 ± 10.03), BKİ'lerine göre pre-obez ve obez olarak sınıflandırılan bireylerin puanlarının ortalamasına (18.5 ± 10.37) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). BKİ'lerine göre zayıf ve normal olarak sınıflandırılan bireylerin diyet yapma alt bileşeninin puan ortalamasının (8.3 ± 7.40), BKİ'lerine göre pre-obez ve obez olarak sınıflandırılan bireylere (11.5 ± 6.68) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). BKİ'lerine göre zayıf ve normal olarak sınıflandırılan bireylerin oral kontrol davranışı alt bileşeninin puan ortalamasının (4.6 ± 3.78), BKİ'lerine göre pre-obez ve obez olarak sınıflandırılan bireylere (3.3 ± 3.50) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). Bireylerin BKİ'lerine göre bulimik davranış alt bileşeninin puanında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

BKİ'lerine göre zayıf ve normal olarak sınıflandırılan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 102.7 ± 13.33 olduğu, BKİ'lerine göre pre-obez ve obez olarak sınıflandırılan bireylerin puanlarının ortalaması 15.5 ± 2.64 olarak bulunmuştur ($p < 0.0001$). BKİ'lerine göre zayıf ve normal olarak sınıflandırılan bireylerin disinhibisyon alt bileşen puanının (17.5 ± 4.35), BKİ'lerine göre pre-obez ve obez olarak sınıflandırılan bireylerin puanından (15.5 ± 4.17) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). BKİ'lerine göre zayıf ve normal olarak sınıflandırılan bireylerin duygusal yeme alt bileşen puanının (17.3 ± 5.11), BKİ'lerine göre pre-obez ve obez olarak sınıflandırılan bireylerin puanından (15.1 ± 5.20) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$). BKİ'lerine göre zayıf ve normal olarak sınıflandırılan bireylerin yeme kontrolü alt bileşen puanının (15.4 ± 3.51), BKİ'lerine göre pre-obez ve obez olarak sınıflandırılan bireylerin puanından (13.9 ± 3.70) daha yüksek olduğu

saptanmıştır ($p<0.005$). Bireylerin BKİ'lerine göre diğer YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.24: Bireylerin BKİ'lerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	BKİ				p
	Zayıf ve Normal (<18.50-24.99 kg/m ²) (n=155)		Pre-obez ve Obez (25.00-≥30.00 kg/m ²) (n=72)		
	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	8.3±7.40	6.00 (0.00-33.00)	11.5±6.68	12.00 (0.00-26.00)	p<0.001***
YTT-Bulimik Davranış	3.2±2.37	3.00 (0.00-14.00)	3.6±2.74	3.00 (0.00-10.00)	0.287
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.6±3.78	3.00 (0.00-18.00)	3.3±3.50	2.00 (0.00-15.00)	0.002**
YTT-26 Toplam	16.1±10.03	14.00 (1.00-50.00)	18.5±10.37	16.00 (2.00-50.00)	0.070
YFÖ-Disinhibisyon	17.5±4.35	18.00 (5.00-25.00)	15.5±4.17	15.00 (7.00-25.00)	0.001**
YFÖ-Duygusal Yeme	17.3±5.11	18.00 (5.00-25.00)	15.1±5.20	15.00 (5.00-25.00)	0.003**
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.4±3.51	16.00 (5.00-20.00)	13.9±3.70	15.00 (5.00-20.00)	0.003**
YFÖ-Odaklanma	16.4±2.24	17.00 (10.00-21.00)	16.0±2.02	16.00 (11.00-21.00)	0.139
YFÖ-Yeme Disiplini	12.8±3.46	13.00 (5.00-19.00)	12.4±2.99	12.50 (4.00-20.00)	0.302
YFÖ-Farkındalık	16.3±2.73	16.00 (9.00-25.00)	15.5±2.64	15.00 (10.00-23.00)	0.042
YFÖ-Enterferans	7.1±1.92	7.00 (2.00-10.00)	6.8±1.71	7.00 (2.00-9.00)	0.306
YFÖ-30 Toplam	102.7±13.33	104.00 (65.00-134.00)	95.3±12.67	94.50 (59.00-125.00)	p<0.001***

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Bireylerin boyun çevrelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.25'te verilmiştir. Boyun çevrelerine göre düşük riske sahip bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.7 ± 10.26), boyun çevrelerine göre yüksek riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasına (17.8 ± 9.60) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bireylerin boyun çevrelerine göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Boyun çevrelerine düşük riske sahip bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 100.7 ± 13.76 olduğu, BKİ'lerine göre pre-obeze ve obez olarak sınıflandırılan bireylerin puanlarının ortalaması 97.7 ± 11.71 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bireylerin boyun çevrelerine göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.25: Bireylerin boyun çevrelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Boyun Çevresi				p
	Risk Yok (<34 cm) (n=201)		Risk (≥ 34 cm) (n=26)		
	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	9.1±7.45	7.00 (0.00-33.00)	11.0±6.14	12.50 (0.00-24.00)	0.085
YTT-Bulimik Davranış	3.3±2.50	3.00 (0.00-14.00)	3.2±2.50	3.00 (0.00-9.00)	0.899
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.3±3.71	3.00 (0.0-18.00)	3.5±3.95	2.00 (0.00-15.00)	0.113
YTT-26 Toplam	16.7±10.26	14.00 (1.00-50.00)	17.8±9.60	18.50 (4.00-48.00)	0.389
YFÖ-Disinhibisyon	16.9±4.43	17.00 (5.00-25.00)	16.3±4.05	16.50 (7.00-23.00)	0.550
YFÖ-Duygusal Yeme	16.7±5.29	17.00 (5.00-25.00)	15.8±4.79	15.00 (7.00-24.00)	0.344
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.9±3.67	16.00 (5.00-20.00)	15.0±3.27	15.50 (5.00-19.00)	0.822
YFÖ-Odaklanma	16.3±2.17	16.00 (10.00-21.00)	16.3±2.24	16.50 (11.00-21.00)	0.950
YFÖ-Yeme Disiplini	12.7±3.39	13.00 (5.00-20.00)	12.2±2.72	12.00 (4.00-16.00)	0.379
YFÖ-Farkındalık	16.1±2.71	16.00 (9.00-25.00)	15.1±2.58	15.00 (11.00-21.00)	0.063
YFÖ-Enterferans	7.0±1.89	7.00 (2.00-10.00)	7.0±1.59	7.50 (4.00-9.00)	0.907
YFÖ-30 Toplam	100.7±13.76	101.00 (59.00-134.00)	97.7±11.71	99.00 (79.00-123.00)	0.222

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bireylerin bel çevrelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.26'da verilmiştir. Bel çevrelerine göre riski olmayan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının 16.1 ± 10.13 , bel çevrelerine göre riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 17.9 ± 10.23 ve bel çevrelerine göre yüksek riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 18.00 ± 10.28 olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin bel çevrelerine ile diyet yapma ve oral kontrol davranışı alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre, riskli olan grubun diyet yapma alt puanı, olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca, yüksek riskli olan grubun diyet yapma alt puanı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bel çevrelerine göre riski olmayan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 103.3 ± 13.04 , bel çevrelerine göre riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 95.4 ± 12.68 ve bel çevrelerine göre yüksek riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 96.4 ± 13.90 olduğu saptanmıştır ($p < 0.0005$). Bel çevrelerine göre riski olmayan bireylerin disinhibisyon alt bileşeninin puan ortalamasının 17.6 ± 4.20 , bel çevrelerine göre riske sahip bireylerin 15.37 ± 4.01 , bel çevrelerine göre yüksek riske sahip bireylerin ise 16.1 ± 4.96 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.005$). Buna göre, yüksek riskli olan grubun disinhibisyon alt boyut puanı, olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bel çevrelerine göre riski olmayan bireylerin yeme kontrolü alt bileşeninin puan ortalamasının 15.4 ± 3.67 , bel çevrelerine göre riske sahip bireylerin 14.0 ± 3.25 , bel çevrelerine göre yüksek riske sahip bireylerin ise 16.1 ± 4.96 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Buna göre, yüksek riskli olan grubun ve riskli olan grubun yeme kontrolü alt boyut puanı, olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bel çevrelerine göre riski olmayan bireylerin enterferans alt bileşeninin puan ortalamasının 7.3 ± 1.81 , bel çevrelerine göre riske sahip bireylerin 6.2 ± 1.76 , bel çevrelerine göre yüksek riske sahip bireylerin ise 7.0 ± 1.87 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.005$). Buna göre, yüksek riskli olan grubun ve riskli olan grubun enterferans alt boyut puanı, olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ayrıca, yüksek riskli olan grubun grubun enterferans alt boyut puanı, riskli olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Bireylerin bel çevrelerine göre diğer YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.26: Bireylerin bel çevrelerine göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Bel Çevresi						p1	p2	p3	p
	Risk Yok (<80 cm) (n=138)		Risk (80-88 cm) (n=52)		Yüksek Risk (>88 cm) (n=37)					
	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)				
YTT-Diyet Yapma	8.2±7.58	6.50 0.00-33.00	11.1±6.95	10.50 (0.00-26.00)	10.7±6.17	12.0 (0.00-24.00)	0.004**	0.015*	0.950	0.003**
YTT-Bulimik Davranış	3.2±2.35	3.00 (0.00-14.00)	3.6±2.88	3.00 (0.00-10.00)	3.5±2.48	3.00 (0.00-9.00)	-	-	-	0.519
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.7±3.74	3.00 (0.00-18.00)	3.1±3.29	2.00 (0.00-14.00)	3.8±3.99	2.00 (0.00-16.00)	0.002**	0.039*	0.547	0.003**
YTT-26 Toplam	16.1±10.13	14.00 (1.00-50.00)	17.9±10.23	16.00 (3.00-50.00)	18.0±10.28	18.00 (2.00-48.00)	-	-	-	0.282
YFÖ-Disinhibisyon	17.6±4.20	18.00 (5.00-25.00)	15.4±4.01	16.00 (7.00-25.00)	16.1±4.96	16.00 (7.00-25.00)	0.001**	0.088	0.458	0.003**
YFÖ-Duygusal Yeme	17.3±5.11	18.00 (5.00-25.00)	16.0±5.16	16.00 (5.00-25.00)	15.2±5.54	15.00 (5.00-24.00)	-	-	-	0.101
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.4±3.67	16.00 (5.00-20.00)	14.0±3.25	15.00 (5.00-19.00)	14.3±3.70	15.00 (5.00-19.00)	0.002**	0.061	0.552	0.005**
YFÖ-Odaklanma	16.5±2.14	17.00 (10.00-21.00)	15.8±2.14	16.00 (11.00-21.00)	16.1±2.30	16.00 (11.00-21.00)	-	-	-	0.117
YFÖ-Yeme Disiplini	13.0±3.46	13.00 (5.00-19.00)	12.0±3.47	12.00 (4.00-20.00)	12.4±2.39	12.00 (8.00-17.00)	-	-	-	0.148
YFÖ-Farkındalık	16.2±2.64	16.00 (9.00-25.00)	15.9±2.60	16.00 (10.00-21.00)	15.4±3.07	15.00 (11.00-23.00)	-	-	-	0.148
YFÖ-Enterferans	7.3±1.81	7.00 (2.00-10.00)	6.2±1.76	6.00 (2.00-9.00)	7.0±1.87	7.00 (2.00-10.00)	p<0.001***	0.515	0.029*	0.002**
YFÖ-30 Toplam	103.3±13.04	104.50 (74.00-134.00)	95.4±12.68	94.00 (65.00-119.00)	96.4±13.90	96.00 (59.00-123.00)	p<0.001***	0.009**	0.819	p<0.001***

p1, p2, p3 için Mann-Whitney U testi ve p için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

p1: Risk yok ve risk grupları kıyaslaması. p2: Risk yok ve yüksek risk grupları kıyaslaması. p3: Risk ve yüksek risk grupları kıyaslaması.

Bireylerin bel/kalça oranına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.27’de verilmiştir. Bel/kalça oranına göre düşük riske sahip bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının (16.5 ± 10.08), bel/kalça oranına göre yüksek riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasına (18.4 ± 10.72) göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bireylerin bel/kalça oranına göre YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bel/kalça oranına göre düşük riske sahip bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalaması 100.5 ± 13.74 olduğu, bel/kalça oranına göre yüksek riske sahip bireylerin puanlarının ortalaması 99.3 ± 12.50 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Bireylerin bel/kalça oranına göre YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.27: Bireylerin bel/kalça oranına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Bel/Kalça Oranı				p
	Risk Yok (< 0.85) (n=194)		Risk (≥ 0.85) (n=33)		
	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
YTT-Diyet Yapma	9.1±7.43	7.00 (0.00-33.00)	10.6±6.65	11.00 (0.00-24.00)	0.180
YTT-Bulimik Davranış	3.4±2.54	3.00 (0.00-14.00)	3.1±2.22	3.00 (0.00-9.00)	0.835
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.1±3.63	3.00 (0.00-18.00)	4.7±4.33	3.00 (0.00-16.00)	0.672
YTT-26 Toplam	16.5±10.08	14.00 (1.00-50.00)	18.4±10.72	15.00 (3.00-48.00)	0.353
YFÖ-Disinhibisyon	16.9±4.37	17.00 (5.00-25.00)	16.7±4.50	17.00 (7.00-25.00)	0.968
YFÖ-Duygusal Yeme	16.5±5.31	17.00 (5.00-25.00)	17.4±4.73	18.00 (6.00-24.00)	0.329
YFÖ-Yeme Kontrolü	14.9±3.61	16.00 (5.00-20.00)	14.7±3.72	16.00 (5.00-20.00)	0.784
YFÖ-Odaklanma	16.4±2.12	16.00 (10.00-21.00)	15.9±2.47	16.00 (11.00-21.00)	0.442
YFÖ-Yeme Disiplini	12.8±3.35	13.00 (5.00-20.00)	12.1±3.09	12.00 (4.00-17.00)	0.283
YFÖ-Farkındalık	16.1±2.61	16.00 (9.00-25.00)	15.6±3.26	15.00 (11.00-23.00)	0.334
YFÖ-Enterferans	7.0±1.87	7.00 (2.00-10.00)	6.9±1.84	7.00 (3.00-10.00)	0.748
YFÖ-30 Toplam	100.5±13.74	101.00 (59.00-134.00)	99.3±12.50	101.00 (70.00-123.00)	0.660

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Bireylerin bel/boy oranına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları Tablo 4.28’de verilmiştir. Bel/boy oranına göre riski olmayan bireylerin YTT-26 toplam puanlarının ortalamasının 16.4 ± 10.56 , bel/boy oranına göre riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 16.8 ± 9.12 ve bel/boy oranına göre yüksek riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 21.6 ± 10.46 olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Bel/boy oranına göre riski olmayan bireylerin diyet yapma alt bileşeninin puan ortalamasının 8.6 ± 7.75 , bel/boy oranına göre riske sahip bireylerin 9.8 ± 6.40 , bel/boy oranına göre yüksek riske sahip bireylerin ise 13.6 ± 5.47 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.005$). Bireylerin bel/boy oranına göre diğer YTT-26 alt puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Bel/boy oranına göre riski olmayan bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının ortalamasının 102.8 ± 13.32 , bel/boy oranına göre riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 95.9 ± 13.13 ve bel/boy oranına göre yüksek riske sahip bireylerin puanlarının ortalamasının 97.0 ± 12.41 olduğu saptanmıştır ($p < 0.0005$). Bel/boy oranına göre riski olmayan bireylerin disinhibisyon alt bileşeninin puan ortalamasının 17.6 ± 4.28 , bel/boy oranına göre riske sahip bireylerin 15.6 ± 4.32 , bel/boy oranına göre yüksek riske sahip bireylerin ise 16.1 ± 4.49 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.005$). Bel/boy oranına göre riski olmayan bireylerin yeme kontrolü alt bileşeninin puan ortalamasının 15.4 ± 3.59 , bel/boy oranına göre riske sahip bireylerin 14.1 ± 3.54 , bel/boy oranına göre yüksek riske sahip bireylerin ise 14.4 ± 3.86 olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bireylerin bel/boy oranına göre diğer YFÖ-30 alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.28: Bireylerin bel/boy oranına göre YTT-26 ve YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=227)

	Bel/Boy Oranı						p1	p2	p3	p
	Risk Yok (< 0.50)		Risk (0.50-0.60)		Yüksek Risk (≥ 0.60)					
	(n=144)		(n=69)		(n=14)					
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)				
YTT-Diyet Yapma	8.6±7.75	7.00 (0.00-33.00)	9.8±6.40	8.00 (0.00-25.00)	13.6±5.47	14.50 (6.00-24.00)	0.074	0.007**	0.028*	0.007**
YTT-Bulimik Davranış	3.3±2.45	3.00 (0.00-14.00)	3.4±2.56	3.00 (0.00-10.00)	3.9±2.71	3.50 (0.00-9.00)	-	-	-	0.624
YTT-Oral Kontrol Davranışı	4.5±3.73	3.00 (0.00-18.00)	3.6±3.62	3.00 (0.00-16.00)	4.1±4.20	2.00 (0.00-15.00)	-	-	-	0.090
YTT-26 Toplam	16.4±10.56	14.00 (1.00-50.00)	16.8±9.12	16.00 (2.00-46.00)	21.6±10.46	20.50 (8.00-48.00)	-	-	-	0.101
YFÖ-Disinhibisyon	17.7±4.28	18.00 (5.00-25.00)	15.6±4.32	16.00 (7.00-25.00)	16.1±4.49	16.50 (7.00-21.00)	0.001**	0.300	0.495	0.005**
YFÖ-Duygusal Yeme	17.2±5.07	18.00 (5.00-25.00)	15.7±5.48	15.00 (5.00-25.00)	15.6±5.06	16.50 (7.00-22.00)	-	-	-	0.140
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.4±3.59	16.00 (5.00-20.00)	14.1±3.54	15.00 (5.00-20.00)	14.4±3.86	15.50 (5.00-19.00)	0.005**	0.319	0.664	0.018*
YFÖ-Odaklanma	16.4±2.15	16.00 (10.00-21.00)	16.1±2.28	16.00 (11.00-21.00)	16.1±1.99	16.50 (12.00-18.00)	-	-	-	0.860
YFÖ-Yeme Disiplini	12.9±3.43	13.00 (5.00-19.00)	12.1±3.23	12.00 (4.00-20.00)	12.4±2.17	12.50 (9.00-15.00)	-	-	-	0.177
YFÖ-Farkındalık	16.2±2.64	16.00 (9.00-25.00)	15.7±2.65	15.00 (10.00-21.00)	15.3±3.65	14.50 (11.00-23.00)	-	-	-	0.173
YFÖ-Enterferans	7.2±1.87	7.00 (2.00-10.00)	6.6±1.84	7.00 (2.00-10.00)	7.1±1.54	7.00 (4.00-9.00)	-	-	-	0.104
YFÖ-30 Toplam	102.8±13.32	103.50 (71.00-134.00)	95.9±13.13	94.00 (59.00-123.00)	97.0±12.41	100.00 (79.00-118.00)	0.001**	0.124	0.884	0.002**

p1, p2, p3 için Mann-Whitney U testi ve p için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01.

p1: Risk yok ve risk grupları kıyaslaması. p2: Risk yok ve yüksek risk grupları kıyaslaması. p3: Risk ve yüksek risk grupları kıyaslaması.

Tablo 4.29’da bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Diyet yapma ($r=-0.162$, $p<0.05$) ve bulimik davranış ($r=-0.133$, $p<0.05$) puanları ile duygusal yeme alt puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bulimik davranış ($r=-0.186$, $p<0.01$) ile yeme kontrolü alt puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanırken, oral kontrol davranışı ($r=0.245$, $p<0.01$) ile yeme kontrolü alt puanı arasında pozitif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Bulimik davranış ($r=-0.189$, $p<0.01$) ile toplam YFÖ-30 puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanırken, oral kontrol davranışı ($r=0.149$, $p<0.05$) ile toplam YFÖ puanı arasında pozitif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.29: Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 puanları arasındaki korelasyon

	YTT-Diyet Yapma		YTT-Bulimik Davranış		YTT-Oral Kontrol		YTT-26 Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
YFÖ-Disinhibisyon	-0.120	0.070	-0.161	0.015*	0.128	0.054	0.128	0.054
YFÖ-Duygusal Yeme	-0.162	0.015*	-0.133	0.045*	0.101	0.128	-0.112	0.093
YFÖ-Yeme Kontrolü	-0.127	0.057	-0.186	0.005**	0.245	$p<0.001^{***}$	-0.047	0.482
YFÖ-Odaklanma	-0.120	0.071	-0.046	0.488	-0.075	0.262	-0.125	0.059
YFÖ-Yeme Disiplini	0.102	0.124	-0.079	0.238	0.020	0.763	0.062	0.354
YFÖ-Farkındalık	0.044	0.507	-0.020	0.767	-0.010	0.881	0.023	0.726
YFÖ-Enterferans	0.068	0.311	-0.039	0.558	0.091	0.172	0.072	0.277
YFÖ-30 Toplam	-0.111	0.095	-0.189	0.004**	0.149	0.024*	-0.072	0.282

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

4.1.5 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ve YTT-26 Puanlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.30’da bireylerin antropometrik ölçümleri ve YTT-26 puanları arasındaki ilişki verilmiştir. BKİ ($r=0.292$, $p<0.01$), bel/kalça oranı ($r=0.266$, $p<0.01$),

vücut yağ kütlesi ($r=0.288$, $p<0.01$) ile diyet yapma alt puanı arasında pozitif zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanırken, boyun çevresi ($r=0.180$, $p<0.01$), bel çevresi ($r=0.243$, $p<0.01$) ve vücut yağ yüzdesi ($r=0.288$, $p<0.01$) ile diyet yapma alt puanı arasında pozitif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Vücut yağ yüzdesi ($r=0.288$, $p<0.01$) ile diyet yapma alt puanı arasında pozitif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BKİ ($r=-0.245$, $p<0.01$), boyun çevresi ($r=-0.209$, $p<0.01$), bel çevresi ($r=-0.190$, $p<0.01$) ile oral kontrol davranışı alt puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Vücut yağ yüzdesi ($r=-0.290$, $p<0.01$) ile oral kontrol davranışı alt puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bel/boy oranı ($r=0.131$, $p<0.05$) ile oral kontrol davranışı alt puanı arasında pozitif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.30: Bireylerin antropometrik ölçümleri ve YTT-26 puanları arasındaki korelasyon

Antropometrik Ölçümler	YTT-Diyet Yapma		YTT-Bulimik Davranış		YTT-Oral Kontrol Davranışı		YTT-26 Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
BKİ (kg/m ²)	0.292	$p<0.001^{***}$	0.100	0.134	-0.245	$p<0.001^{***}$	0.145	0.029*
Boyun Çevresi (cm)	0.180	0.007**	0.003	0.968	-0.209	0.002**	0.053	0.423
Bel Çevresi (cm)	0.243	$p<0.001^{***}$	0.086	0.198	-0.190	0.004**	0.126	0.057
Bel/Kalça Oranı	0.100	0.131	0.014	0.836	0.010	0.875	0.080	0.232
Bel/Boy Oranı	0.228	0.001**	0.083	0.210	-0.145	0.029*	0.131	0.048*
Yağ (%)	0.288	$p<0.001^{***}$	0.138	0.038*	-0.290	$p<0.001^{***}$	0.133	0.046*

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

4.1.6 Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ve YFÖ-30 Puanlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.31’de bireylerin antropometrik ölçümleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki ilişki verilmiştir. BKİ ($r=-0.205$, $p<0.01$), boyun çevresi ($r=-0.142$, $p<0.05$), bel çevresi ($r=-0.228$, $p<0.01$), bel/kalça oranı ($r=-0.177$, $p<0.01$), bel/boy oranı ($r=-$

0.237, $p<0.01$) ve vücut yağ yüzdesi ($r=-0.236$, $p<0.01$) ile disinhibisyon alt boyut puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

BKİ ($r=-0.184$, $p<0.01$), bel çevresi ($r=-0.172$, $p<0.01$), bel/boy oranı ($r=-0.171$, $p<0.01$) ve vücut yağ yüzdesi ($r=-0.221$, $p<0.01$) ile duygusal yeme alt boyut puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Boyun çevresi ($r=-0.141$, $p<0.05$), bel çevresi ($r=-0.158$, $p<0.05$), bel/boy oranı ($r=-0.161$, $p<0.05$) ve vücut yağ yüzdesi ($r=-0.180$, $p<0.01$) ile yeme kontrolü alt boyut puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

BKİ ($r=-0.216$, $p<0.01$), boyun çevresi ($r=-0.145$, $p<0.05$), bel çevresi ($r=-0.238$, $p<0.05$), bel/kalça oranı ($r=-0.172$, $p<0.01$), bel/boy oranı ($r=-0.244$, $p<0.01$), vücut yağ yüzdesi ($r=-0.234$, $p<0.01$) ile toplam YFÖ-30 puanı arasında negatif çok zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.31: Bireylerin antropometrik ölçümleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki korelasyon

	BKİ (kg/m ²)		Boyun Çevresi (cm)		Bel Çevresi (cm)		Bel/Kalça Oranı		Bel/Boy Oranı		Yağ (%)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YFÖ-Disinhibisyon	-0.205	0.002**	-0.142	0.032*	-0.228	0.001**	-0.177	0.008**	-0.237	p<0.001***	-0.236	p<0.001***
YFÖ-Duygusal Yeme	-0.184	0.005**	-0.087	0.194	-0.172	0.009**	-0.078	0.240	-0.171	0.010**	-0.221	0.001**
YFÖ-Yeme Kontrolü	-0.165	0.013*	-0.141	0.034*	-0.158	0.017*	-0.112	0.093	-0.161	0.015*	-0.180	0.006**
YFÖ-Odaklanma	-0.029	0.660	-0.019	0.772	-0.043	0.515	-0.044	0.505	-0.036	0.594	-0.030	0.649
YFÖ-Yeme Disiplini	-0.036	0.585	-0.061	0.358	-0.078	0.245	-0.099	0.135	-0.088	0.187	-0.022	0.747
YFÖ-Farkındalık	-0.080	0.227	-0.050	0.454	-0.077	0.245	-0.007	0.914	-0.087	0.194	-0.054	0.418
YFÖ-Enterferans	-0.036	0.589	-0.002	0.981	-0.103	0.121	-0.160	0.016*	-0.100	0.132	-0.024	0.724
YFÖ-30 Toplam	-0.216	0.001**	-0.145	0.028*	-0.238	p<0.001***	-0.172	0.009**	-0.244	p<0.001***	-0.234	p<0.001***

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

4.2 Çalışmanın Deney Bölümüne İlişkin Bulgular

Çalışmanın deney bölümüne 31 kadın dahil edilmiştir. Buna göre, bireylerin yaş ortalamaları 27.87 ± 3.21 yıl olduğu bulunurken, çalışmaya katılan bireylerin en gencinin 21, en yaşlısının ise 34 yaşında olduğu saptanmıştır. Tablo 4.32’de çalışmaya katılan bireylerin eğitim seviyesi ve mesleklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Bireylerin %96.8’inin üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Bireylerin %41.9’u öğrenci iken, %38.7’si serbest meslek sahibidir.

Tablo 4.32: Bireylerin eğitim durumu ve mesleklerine ilişkin bilgiler

	n	%
Eğitim Seviyesi		
Lise	1	3.2
Üniversite ve üstü	30	96.8
Meslek		
Memur	1	3.2
Serbest Meslek	12	38.7
Öğrenci	13	41.9
Akademisyen	5	16.1

4.2.1 Bireylerin Deney Öncesi ve Sonrası Açlık Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.33’te bireylerin deney öncesi ve sonrasındaki açlık durumlarına ilişkin VAS’larının ortalamaları verilmiştir. Deneyden hemen önce küçük tabak kullanan bireylerin kendilerinin ne miktarda besin tüketceklerine yönelik hislerinin yani yeme miktarı düşüncesi ortalaması 68.0 ± 16.47 mm (30.00-100.00) iken, büyük tabakla besin tüketenlerin ise 74.4 ± 21.26 mm (0.00-100.00) olduğu saptanmıştır. Bireylerin kullandıkları tabak büyüklüğüne göre deney öncesinde yeme miktarı düşüncesi arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney öncesi ve sonrasında bireylerin tabak büyüklüklerine göre kendilerinin açlık, tokluk, yeme istekleri arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.33: Bireylerin deney öncesi ve sonrasındaki açlık durumlarına ilişkin VAS'larının ortalamaları (n=31)

	Küçük Tabak (23 cm) (n=31)		Büyük Tabak (31 cm) (n=31)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
Yemekten Hemen Önce					
Açlık (mm)	70.9±21.47	70.00 (4.00-100.00)	78.3±19.61	84.00 (39.00-100.00)	0.127
Tokluk (mm)	23.2±22.78	20.00 (0.00-84.00)	22.1±24.61	12.00 (0.00-100.00)	0.632
Yeme İsteği (mm)	75.4±20.40	75.00 (11.00-100.00)	80.7±19.70	88.00 (32.00-100.00)	0.195
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	68.0±16.47	62.00 (30.00-100.00)	74.4±21.26	75.00 (0.00-100.00)	0.040*
0. dakika					
Açlık (mm)	2.0±3.58	0.00 (0.00-14.00)	1.5±3.02	0.00 (0.00-11.00)	0.406
Tokluk (mm)	96.6±5.13	100.00 (83.00-100.00)	97.6±4.88	100.00 (78.00-100.00)	0.385
Yeme İsteği (mm)	5.0±11.18	0.00 (0.00-50.00)	1.7±3.20	0.00 (0.00-15.00)	0.201
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	5.8±13.30	2.00 (0.00-71.00)	2.8±4.18	0.00 (0.00-17.00)	0.330

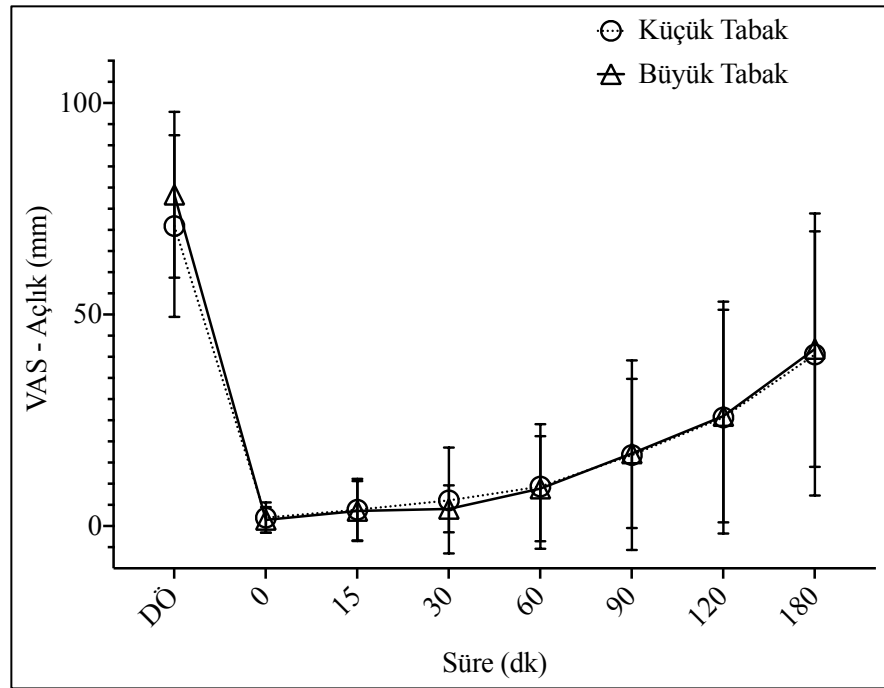
	Küçük Tabak (23 cm) (n=31)		Büyük Tabak (31 cm) (n=31)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
15. dakika					
Açlık (mm)	3.9±7.27	0.00 (0.0-27.00)	3.6±7.11	1.00 (0.00-29.00)	0.812
Tokluk (mm)	91.3±18.36	99.00 (20.00-100.00)	92.8±17.24	99.00 (8.00-100.00)	0.649
Yeme İsteği (mm)	4.5±9.14	0.00 (0.00-35.00)	4.2±12.23	1.00 (0.00-68.00)	0.913
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	4.6±9.79	0.00 (0.00-42.00)	3.7±5.40	2.00 (0.00-23.00)	0.589
30. dakika					
Açlık (mm)	6.1±12.51	1.00 (0.00-52.00)	4.1±5.54	2.00 (0.00-19.00)	0.635
Tokluk (mm)	90.9±16.94	99.00 (32.00-100.00)	90.3±18.55	98.00 (8.00-100.00)	0.640
Yeme İsteği (mm)	6.9±15.29	0.00 (0.00-65.00)	5.8±13.97	2.00 (0.00-77.00)	0.374
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	6.9±12.91	1.00 (0.00-47.00)	5.3±8.08	2.00 (0.00-33.00)	0.456

	Küçük Tabak (23 cm) (n=31)		Büyük Tabak (31 cm) (n=31)		p
	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
60. dakika					
Açlık (mm)	9.4±14.71	2.00 (0.00-50.00)	8.8±12.42	3.00 (0.00-59.00)	0.594
Tokluk (mm)	85.7±21.27	96.00 (28.00-100.00)	90.1±12.03	96.00 (52.00-100.00)	0.411
Yeme İsteği (mm)	9.3±16.79	1.00 (0.00-64.00)	11.6±16.43	5.00 (0.00-68.00)	0.219
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	13.1±20.22	3.00 (0.00-63.00)	10.4±14.07	7.00 (0.00-69.00)	0.666
90. dakika					
Açlık (mm)	16.8±22.41	6.00 (0.00-74.00)	17.2±17.62	11.00 (0.00-72.00)	0.485
Tokluk (mm)	80.5±22.05	86.00 (16.00-100.00)	82.0±17.43	89.00 (35.00-100.00)	0.678
Yeme İsteği (mm)	18.6±24.63	6.00 (0.00-75.00)	19.2±20.12	14.00 (0.00-78.00)	0.387
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	18.1±21.71	8.00 (0.00-64.00)	18.4±18.43	10.00 (0.00-70.00)	0.418

	Küçük Tabak (23 cm) (n=31)		Büyük Tabak (31 cm) (n=31)		p
	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x}\pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
120. dakika					
Açlık (mm)	25.7±27.42	15.00 (0.00-87.00)	26.0±25.11	18.00 (0.00-93.00)	0.380
Tokluk (mm)	69.6±28.67	79.00 (10.00-100.00)	74.5±23.53	81.00 (16.00-100.00)	0.501
Yeme İsteği (mm)	27.7±28.25	14.00 (0.00-87.00)	25.1±25.98	16.00 (0.00-87.00)	0.829
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	29.0±24.59	20.00 (0.00-85.00)	25.7±22.32	20.00 (0.00-73.00)	0.250
180. dakika					
Açlık (mm)	40.6±33.34	27.00 (0.00-100.00)	41.8±27.84	32.00 (0.00-98.00)	0.548
Tokluk (mm)	53.0±32.17	67.00 (0.00-100.00)	52.4±28.48	60.00 (5.00-100.00)	0.636
Yeme İsteği (mm)	40.3±31.75	33.00 (0.00-100.00)	45.6±26.53	47.00 (4.00-96.00)	0.153
Yeme miktarı düşüncesi (mm)	42.8±27.03	37.00 (0.00-94.00)	43.5±23.40	39.00 (4.00-89.00)	0.688

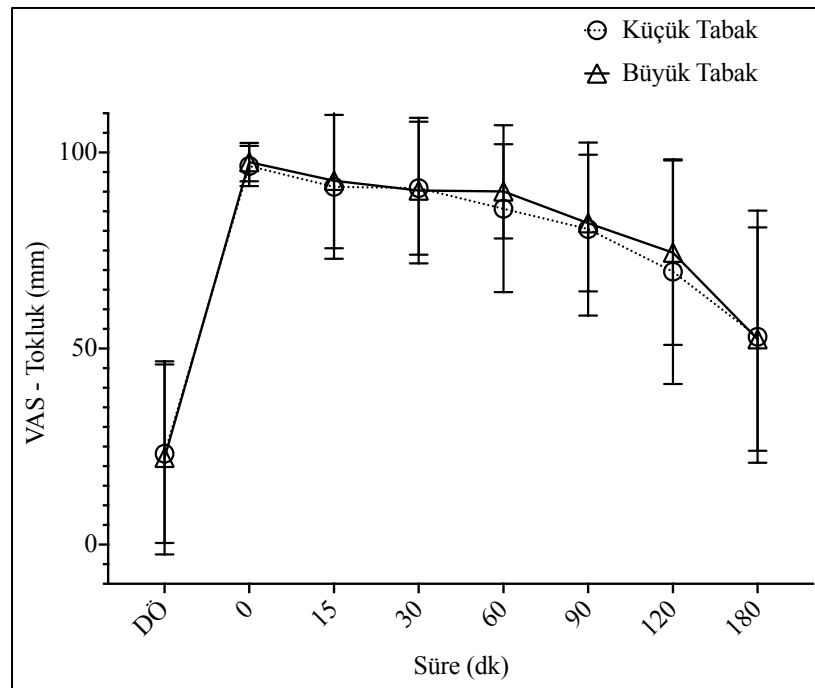
Wilcoxon işaretli sıra testi uygulanmıştır, * p<0.05

Şekil 4.2’de bireylerin açlık hislerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değişimleri verilmiştir. Buna göre, küçük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin deney öncesi açlık hislerinin ortalaması 70.9 ± 21.47 olarak saptanırken, büyük tabakta besin tüketen bireylerin ise deney öncesi açlık hislerinin ortalamasının 78.3 ± 19.61 olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Deney öğünü tüketildikten hemen sonra küçük ve büyük tabaklarda besin tüketen bireylerin sırasıyla açlık hissi ortalamaları 2.0 ± 3.58 ve 1.5 ± 3.02 ’ye azalmıştır ($p > 0.05$). Ardından, bireylerin açlık hissi ortalamalarının deneyden 180 dakika sonrasına kadar yavaşça arttığı ve sırasıyla 40.6 ± 33.34 ve 41.8 ± 27.84 olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).



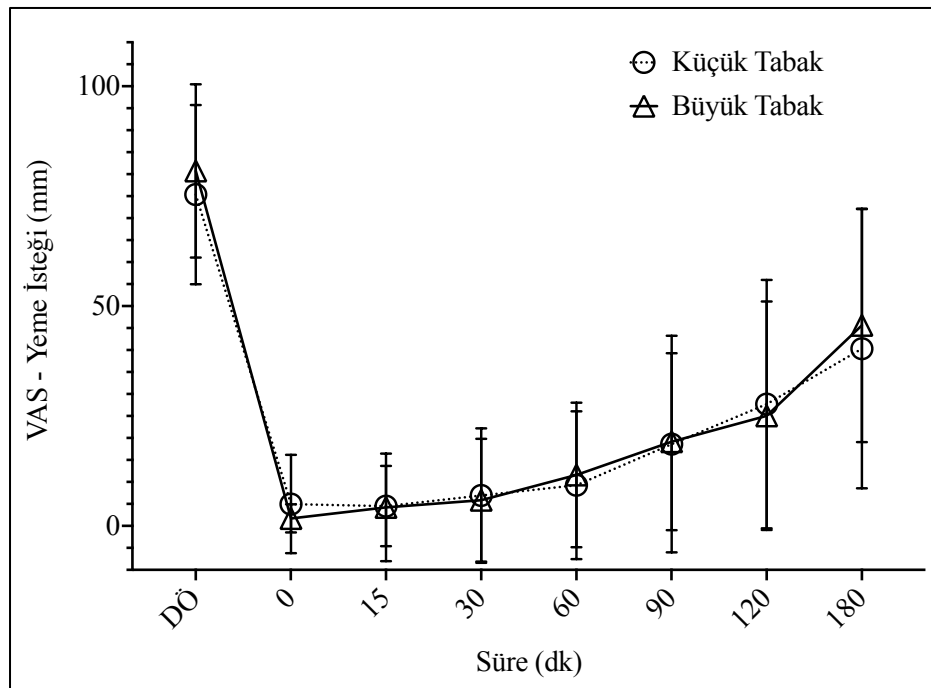
Şekil 4.2: Bireylerin açlık hislerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi

Şekil 4.3'te bireylerin tokluk hislerine ilişkin ortalamaları zamana göre değişimlerinin, kullanılan tabak büyüklüğüne göre değişimleri verilmiştir. Buna göre, küçük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin deney öncesi tokluk hislerine ilişkin ortalamaları 23.2 ± 22.78 olarak saptanırken, büyük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin ise deney öncesi tokluk hislerinin ortalaması 22.1 ± 24.61 olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Deney öğünü tüketildikten hemen sonra küçük ve büyük tabak kullanarak besin tüketen bireylerin sırasıyla tokluk hissi ortalamaları 96.6 ± 5.13 ve 97.6 ± 4.88 'e yükselmiştir ($p > 0.05$). Ardından, bireylerin tokluk hislerinin ortalamalarının deneyden 180 dakika sonrasına kadar yavaşça azaldığı ve sırasıyla 53.0 ± 32.17 ve 52.4 ± 28.48 olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).



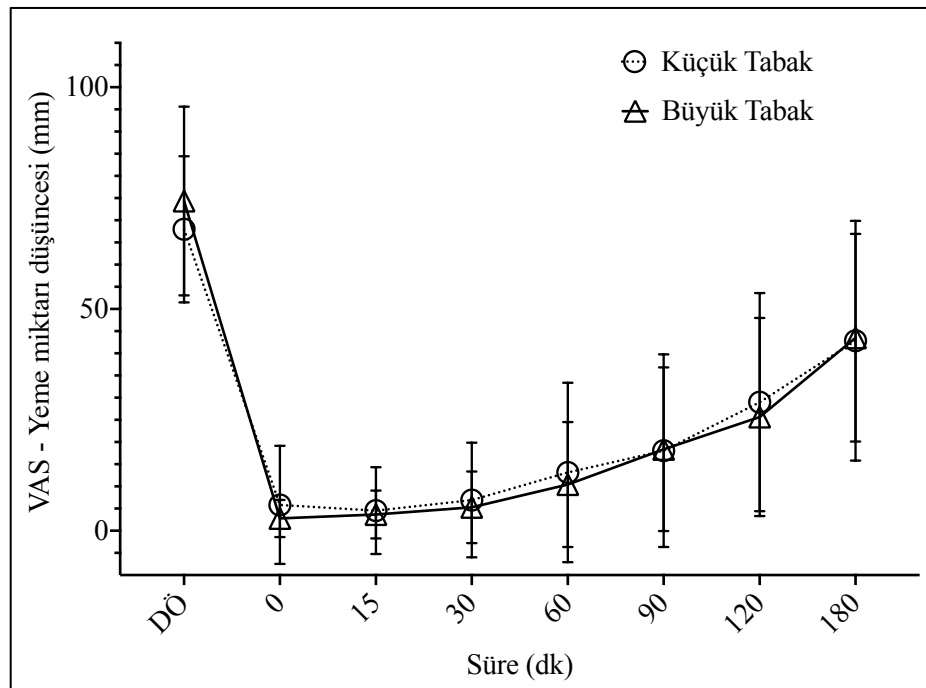
Şekil 4.3: Bireylerin tokluk hislerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi

Şekil 4.4'te bireylerin yeme isteklerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değişimleri verilmiştir. Buna göre, küçük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin deney öncesi yeme isteklerinin ortalaması 75.4 ± 20.40 olarak saptanırken, büyük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin ise deney öncesi yeme isteklerinin ortalamasının 80.7 ± 19.70 olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Deney öğünü tüketildikten hemen sonra küçük ve büyük tabak kullanarak besin tüketen bireylerin sırasıyla yeme isteklerinin ortalaması 5.0 ± 11.18 ve 1.7 ± 3.20 'ye azalmıştır ($p > 0.05$). Ardından, bireylerin yeme isteklerinin ortalamaları deneyden 180 dakika sonrasına kadar yavaşça arttığı ve sırasıyla 40.3 ± 31.75 ve 45.6 ± 26.53 olarak belirlenmiştir ($p > 0.05$).



Şekil 4.4: Bireylerin yeme isteklerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi

Şekil 4.5'te bireylerin ne miktarda besin tüketebileceklerine yönelik hislerinin yani yeme miktarı düşüncelerinin ortalamalarının zamana göre değişimlerinin, kullanılan tabak büyüklüğüne göre değişimleri verilmiştir. Buna göre, küçük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin deney öncesi yeme miktarı düşünceleri 68.0 ± 16.47 olarak saptanırken, büyük tabağı kullanarak besin tüketen bireylerin ise 74.4 ± 21.26 olarak saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney öğünü tüketildikten hemen sonra küçük ve büyük tabak kullanarak besin tüketen bireylerin yeme miktarı düşünceleri sırasıyla 5.8 ± 13.30 ve 2.7 ± 4.18 'e azalmıştır ($p > 0.05$). Ardından, bireylerin yeme miktarı düşüncelerinin deneyden 180 dakika sonrasına kadar yavaşça arttığı ve sırasıyla 42.8 ± 27.03 ve 43.5 ± 23.40 olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).



Şekil 4.5: Bireylerin yeme miktarı düşüncelerinin zamana göre değişimlerinin kullanılan tabak büyüklüğüne göre değerlendirilmesi

4.2.2 Deney Çalışmasına Katılan Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bilgiler

Bireylerin antropometrik ölçümlerine ilişkin bilgiler Tablo 4.34'te verilmiştir. Bireylerin BKİ ortalamalarının 22.8 ± 2.78 kg/m² olduğu, boyun çevresi ortalamalarının 30.7 ± 1.30 cm ve bel çevresi ortalamalarının 76.6 ± 7.61 cm olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.34: Deney çalışmasına katılan bireylerin antropometrik ölçümlerine ilişkin ortalamaları (n=31)

	Deney Öncesi	
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)
Ağırlık (kg)	60.9 ± 9.54	60.80 (43.10-85.00)
Boy (m)	1.6 ± 0.06	1.63 (1.53-1.76)
BKİ (kg/m²)	22.8 ± 2.78	22.86 (17.05-30.01)
Yağ (kg)	17.2 ± 6.43	16.26 (3.92-32.93)
Yağ (%)	27.4 ± 6.42	27.10 (9.10-40.30)
Su (kg)	30.7 ± 3.10	30.60 (26.05-38.17)
Su (%)	50.9 ± 4.02	51.00 (42.70-62.30)
Boyun Çevresi (cm)	30.7 ± 1.30	30.00 (29.00-33.00)
Bel Çevresi (cm)	76.6 ± 7.61	76.00 (65.00-97.00)
Kalça Çevresi (cm)	98.6 ± 7.25	99.00 (83.50-117.00)
Bel/Kalça Oranı	0.8 ± 0.04	0.78 (0.68-0.92)
Bel/Boy Oranı	46.9 ± 4.37	46.41 (38.01-58.79)

4.2.3 Bireylerin Farklı Tabak Boyutları Kullanarak Tükettikleri Besin Miktarlarına İlişkin Bulgular

Bireylerin küçük ve büyük tabakta tükettiği besin miktarlarının ortalama, standart sapma, ortanca, alt-üst değerler Tablo 4.35'te verilmiştir. Bireyler, küçük tabak kullanarak 512.9 ± 301.89 g (167.00-1404.00) besin tüketirken, büyük tabak kullanarak 517.9 ± 213.52 g (97.00-1003.00) besin tükettikleri saptanmıştır. Bireylerin tabak büyüklüklerine göre besin tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.35: Bireylerin küçük ve büyük tabakta tükettiği besin miktarlarının ortalamaları (n=31)

	Küçük Tabak (23 cm) (n=31)		Büyük Tabak (31 cm) (n=31)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
Tüketilen besin miktarı (g)	512.9 ± 301.89	437.00 (167.00-1404.00)	517.9 ± 213.52	489.00 (97.00-1003.00)	0.938

Wilcoxon işaretli sıra testi uygulanmıştır.

4.2.4 Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulgular

Bireylerin YTT-26 toplam puanı ile YTT-26 alt puanlarının ortalamaları, standart sapma, ortanca ve alt-üst değerleri Tablo 4.36'da verilmiştir. Bireylerin YTT-26 toplam puanı 12.2 ± 5.02 (2.00-19.00) olarak saptanmıştır. YTT-26 alt puanları değerlendirildiğinde, diyet yapma, bulimik davranış, oral kontrol davranışı alt puanlarının ortalamaları sırasıyla 7.4 ± 4.36 (0.00-18.00), 1.0 ± 1.67 (0.00-6.00), 3.8 ± 2.96 (0.00-10.00) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.36: Bireylerin YTT-26 puanlarının ortalamaları (n=31)

	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)
YTT-Diyet Yapma	7.4±4.36	8.00 (0.00-18.00)
YTT-Bulimik Davranış	1.0±1.67	0.00 (0.00-6.00)
YTT-Oral Kontrol Davranışı	3.8±2.96	3.00 (0.00-10.00)
YTT-26 Toplam	12.2±5.02	12.00 (2.00-19.00)

Bireylerin YFÖ-30 toplam puanı ile YFÖ-30 alt boyut puanlarının ortalamaları, standart sapma, ortanca ve alt-üst değerleri Tablo 4.37’de verilmiştir. Bireylerin YFÖ-30 toplam puanı ortalamasının 101.4±14.70 (59.00-127.00) olduğu belirlenmiştir. YFÖ-30 alt boyut puanları değerlendirildiğinde, disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma alt boyut puanlarının sırasıyla 17.19±3.65, 16.2±5.25, 15.87±3.29 ve 16.2±2.16 olduğu saptanmıştır. Bireylerin yeme disiplini, farkındalık ve enterferans alt boyut puanlarının sırasıyla 13.6±2.95, 15.7±2.28 ve 6.7±1.61 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.37: Bireylerin YFÖ-30 puanlarının ortalamaları (n=31)

	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)
YFÖ-Disinhibisyon	17.2±3.65	17.00 (7.00-23.00)
YFÖ-Duygusal Yeme	16.2±5.25	18.00 (5.00-24.00)
YFÖ-Yeme Kontrolü	15.9±3.29	16.00 (6.00-20.00)
YFÖ-Odaklanma	16.2±2.16	16.00 (11.00-20.00)
YFÖ-Yeme Disiplini	13.6±2.95	14.00 (7.00-18.00)
YFÖ-Farkındalık	15.7±2.28	15.00 (12.00-21.00)
YFÖ-Enterferans	6.7±1.61	7.00 (2.00-10.00)
YFÖ-30 Toplam	101.4±14.70	107.00 (59.00-127.00)

4.2.5 Bireylerin Deney Öncesi Duygu Durumlarına İlişkin Bulgular

Bireylerin kullandıkları tabak büyüklüğüne göre deney öncesi çeşitli duygu durumlarının ortalamaları Tablo 4.38’de verilmiştir. Küçük tabakla besin tüketen bireylerin deney öncesi ızdırıp içinde olup olmadıklarına ilişkin VAS üzerinde verdikleri cevapların ortalaması incelendiğinde, 7.4 ± 16.27 mm (0.00-71.00) olduğu saptanır iken, büyük tabakla besin tüketen bireylerin 12.7 ± 19.96 mm (0.00-71.00) olduğu saptanmıştır. Bireylerin kullandıkları tabak büyüklüğüne göre deney öncesinde ızdırıp içinde olup olmamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Küçük tabakla besin tüketen bireylerin deney öncesi perişan olup olmadıklarına VAS üzerinde verdikleri cevapların ortalaması incelendiğinde, 15.1 ± 18.87 mm (0.00-68.00) olduğu saptanır iken, büyük tabakla besin tüketen bireylerin 25.1 ± 23.97 mm (0.00-77.00) olduğu saptanmıştır. Bireylerin kullandıkları tabak büyüklüğüne göre deney öncesinde perişan olup olmamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.38: Bireylerin deney öncesi duygu durumlarına yönelik VAS'larının ortalamaları (n=31)

	Küçük Tabak (23 cm) (n=31)		Büyük Tabak (31 cm) (n=31)		p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (Alt-Üst)	
Mutlu	66.6±20.79	66.00 (28.00-100.00)	63.5±25.91	67.00 (14.00-100.00)	0.524
Hüzünlü	16.3±21.70	6.00 (0.00-73.00)	20.3±22.47	12.00 (0.00-81.00)	0.260
Hoşnut	65.4±28.06	71.00 (11.00-100.00)	58.7±32.86	67.00 (0.00-100.00)	0.198
Kaygılı	30.9±29.60	27.00 (0.00-94.00)	36.6±26.99	35.00 (0.00-90.00)	0.195
Düşmanca	7.9±15.84	1.00 (0.00-67.00)	12.4±19.81	3.00 (0.00-66.00)	0.098
Üzgün	18.2±23.57	8.00 (0.00-71.00)	21.6±23.50	14.00 (0.00-80.00)	0.388
Tedirgin	21.5±22.87	19.00 (0.00-85.00)	27.0±27.32	17.00 (0.00-77.00)	0.170
Memnun	61.1±29.03	68.00 (0.00-100.00)	48.0±34.61	48.00 (0.00-100.00)	0.044
Depresif	25.0±23.67	17.00 (0.00-73.00)	26.4±27.72	17.00 (0.00-92.00)	0.871
Sinirli	23.8±27.43	10.00 (0.00-86.00)	30.3±30.37	17.00 (0.00-91.00)	0.121
Umutsuz	22.6±23.20	11.00 (0.00-77.00)	20.7±20.79	13.00 (0.00-78.00)	0.936
Gergin	35.7±31.11	30.00 (0.00-100.00)	35.2±28.33	28.00 (0.00-94.00)	0.499
Neşeli	63.5±27.80	59.00 (0.00-100.00)	59.8±25.28	56.00 (7.00-100.00)	0.309
Tepesi atmış	23.4±26.84	14.00 (0.00-82.00)	21.0±27.28	8.00 (0.00-87.00)	0.767
Izdırap içinde	7.4±16.27	0.00 (0.00-71.00)	12.7±19.96	4.00 (0.00-71.00)	0.033
Huzurlu	63.6±27.53	67.00 (0.00-100.00)	57.5±24.58	62.00 (4.00-89.00)	0.206
Perişan	15.1±18.87	7.00 (0.00-68.00)	25.1±23.97	18.00 (0.00-77.00)	0.016*
Aykırı	16.2±21.49	8.00 (0.00-82.00)	18.7±21.61	12.00 (0.00-73.00)	0.399

Wilcoxon işaretli sıra testi uygulanmıştır, * p<0.05

4.2.6 Bireylerin Küçük ve Büyük Tabak Kullanarak Tükettikleri Besin Miktarı ile YFÖ-30 ve YTT-26 Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.39'da bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile YFÖ-30 ve YTT-26 puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Tabak büyüklüğü

ile YTT-26 toplam ve YFÖ-30 toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin küçük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ($r=-0.462$, $p<0.01$) ile disinhibisyon alt boyut puanı arasında negatif orta şiddette korelasyon saptanmıştır. Bireylerin küçük tabak ($r=-0.502$, $p<0.01$) ve büyük tabak ($r=-0.555$, $p<0.01$) kullanarak tükettikleri besin miktarı ile yeme kontrolü alt boyut puanı arasında negatif orta şiddette korelasyon ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.39: Bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile YFÖ-30 ve YTT-26 puanları arasındaki korelasyon

	Küçük Tabak (23 cm)		Büyük Tabak (31 cm)	
	r	p	r	p
YTT-Diyet Yapma	-0.283	0.123	-0.122	0.513
YTT-Bulimik Davranış	0.285	0.121	0.294	0.108
YTT-Oral Kontrol Davranışı	-0.184	0.322	-0.042	0.824
YTT-26 Toplam	-0.259	0.159	-0.033	0.862
YFÖ-Disinhibisyon	-0.462	0.009**	-0.279	0.129
YFÖ-Duygusal Yeme	-0.109	0.560	-0.008	0.965
YFÖ-Yeme Kontrolü	-0.502	0.004**	-0.555	0.001**
YFÖ-Odaklanma	-0.019	0.917	-0.142	0.446
YFÖ-Yeme Disiplini	-0.079	0.674	0.083	0.657
YFÖ-Farkındalık	-0.060	0.749	-0.215	0.246
YFÖ-Enterferans	-0.245	0.184	-0.287	0.118
YFÖ-30 Toplam	-0.321	0.078	-0.265	0.149

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır, ** $p<0.01$

4.2.7 Bireylerin Küçük ve Büyük Tabak Kullanarak Tükettikleri Besin Miktarı ile Deney Öncesi Duygu Durumlarına İlişkin Bulgular

Bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile deney öncesi duygu durumları arasındaki korelasyon Tablo 4.40’da verilmiştir. Bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile deney öncesi duygu durumları arasında korelasyon ve istatistiksel olarak anlam saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.40: Bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile deney öncesi duygu durumları arasındaki korelasyon

	Küçük Tabak (23 cm)		Büyük Tabak (31 cm)	
	r	p	r	p
Mutlu	0.080	0.668	0.205	0.267
Hüzünlü	-0.0001	1.000	-0.075	0.689
Hoşnut	-0.184	0.321	0.108	0.565
Kaygılı	-0.191	0.304	-0.172	0.355
Düşmanca	-0.172	0.354	-0.271	0.140
Üzgün	0.226	0.222	0.035	0.853
Tedirgin	-0.189	0.309	-0.175	0.347
Memnun	-0.062	0.742	0.069	0.714
Depresif	-0.060	0.747	-0.158	0.396
Sinirli	0.320	0.079	0.003	0.986
Umutsuz	-0.166	0.371	-0.285	0.121
Gergin	0.212	0.251	0.031	0.869
Neşeli	-0.105	0.573	0.158	0.395
Tepesi atmış	0.104	0.576	-0.011	0.954
Izdırıp içinde	0.001	0.996	-0.030	0.874
Huzurlu	0.156	0.401	0.327	0.073
Perişan	0.090	0.630	-0.055	0.767
Aykırı	0.100	0.592	0.069	0.712

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

4.2.8 Bireylerin Deney Öncesi Antropometrik Ölçümleri ve YTT-26 Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.41’de bireylerin deney öncesi antropometrik ölçümleri ve YTT-26 puanları arasındaki ilişki verilmiştir. BKİ ($r=0.383$, $p<0.05$) ile bulimik davranış alt puanı arasında pozitif zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. BKİ ($r=-0.422$, $p<0.05$), bel çevresi ($r=-0.429$, $p<0.05$) ve bel/boy oranı ($r=-0.408$, $p<0.05$) ile oral kontrol davranışı alt puanı arasında negatif orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.41: Bireylerin deney öncesi antropometrik ölçümleri ve YTT-26 puanları arasındaki korelasyon

Antropometrik Ölçümler	YTT-Diyet Yapma		YTT-Bulimik Davranış		YTT-Oral Kontrol Davranışı		YTT-26 Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
BKİ (kg/m ²)	0.240	0.194	0.383	0.033*	-0.422	0.018*	0.088	0.639
Boyun Çevresi (cm)	0.179	0.336	0.353	0.051	-0.248	0.179	0.127	0.496
Bel Çevresi (cm)	0.124	0.506	0.266	0.149	-0.429	0.016*	-0.057	0.762
Bel/Kalça Oranı	-0.105	0.575	-0.020	0.914	-0.311	0.089	-0.281	0.125
Bel/Boy Oranı	0.076	0.684	0.198	0.285	-0.408	0.023*	-0.109	0.561
Yağ (%)	0.350	0.054	0.338	0.063	-0.348	0.055	0.212	0.253

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır, * p<0.05

4.2.9 Bireylerin Deney Öncesi Antropometrik Ölçümleri ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.42’de bireylerin deney öncesi antropometrik ölçümleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki ilişki verilmiştir. BKİ ($r=-0.457$, $p<0.01$) ile disinhibisyon alt boyut puanı arasında negatif orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bel çevresi ($r=-0.364$, $p<0.05$) ile disinhibisyon alt boyut puanı arasında negatif zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. BKİ ($r=-0.368$, $p<0.05$) ile duygusal yeme alt boyut puanı arasında negatif zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bel çevresi ($r=-0.627$, $p<0.01$) ile yeme kontrolü alt boyut puanı arasında negatif yüksek ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. BKİ ($r=-0.593$, $p<0.01$), bel/kalça oranı ($r=-0.414$, $p<0.05$), bel/boy oranı ($r=-0.562$, $p<0.01$) ve yağ yüzdesi ($r=-0.474$, $p<0.01$) ile yeme kontrolü alt boyut puanı arasında negatif orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bel/kalça oranı ($r=-0.384$, $p<0.05$) ile odaklanma alt boyut puanı arasında negatif zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

BKİ ($r=-0.425$, $p<0.05$) ile disinhibisyon alt boyut puanı arasında negatif orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bel çevresi ($r=-0.364$, $p<0.05$) ile disinhibisyon alt boyut puanı arasında negatif zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. BKİ ($r=-0.368$, $p<0.05$) ile duygusal yeme alt boyut puanı arasında negatif zayıf ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

BKİ ($r=-0.517$, $p<0.01$), bel çevresi ($r=-0.452$, $p<0.05$) ve bel/boy oranı ($r=-0.428$, $p<0.05$) ile toplam YFÖ-30 puanı arasında negatif orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.42: Bireylerin deney öncesi antropometrik ölçümleri ve YFÖ-30 puanları arasındaki korelasyon

	BKİ (kg/m ²)		Boyun Çevresi (cm)		Bel Çevresi (cm)		Bel/Kalça Oranı		Bel/Boy Oranı		Yağ (%)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
YFÖ-Disinhibisyon	-0.457	0.010**	-0.264	0.151	-0.364	0.044*	-0.177	0.340	-0.335	0.065	-0.252	0.172
YFÖ-Duygusal Yeme	-0.368	0.042*	-0.101	0.587	-0.183	0.325	0.070	0.708	-0.147	0.430	-0.285	0.120
YFÖ-Yeme Kontrolü	-0.593	p<0.001***	-0.336	0.065	-0.627	p<0.001***	-0.414	0.021*	-0.562	0.001**	-0.474	0.007**
YFÖ-Odaklanma	-0.182	0.328	-0.092	0.624	-0.302	0.099	-0.384	0.033*	-0.271	0.140	-0.191	0.304
YFÖ-Yeme Disiplini	-0.425	0.017*	-0.232	0.210	-0.294	0.109	-0.127	0.496	-0.333	0.067	-0.275	0.134
YFÖ-Farkındalık	-0.046	0.805	0.098	0.601	-0.158	0.396	-0.195	0.293	-0.197	0.289	-0.013	0.944
YFÖ-Enterferans	-0.182	0.328	-0.025	0.894	-0.259	0.159	-0.359	0.047*	-0.260	0.158	-0.097	0.602
YFÖ-30 Toplam	-0.517	0.003**	-0.225	0.225	-0.452	0.011*	-0.263	0.152	-0.428	0.016*	-0.366	0.043*

Pearson korelasyon testi uygulanmıştır, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

Bölüm 5

TARTIŞMA

5.1 Çalışmanın Tarama Bölümüne İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

5.1.1 Bireylerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu tarama çalışmasına katılan 227 kadın bireyin %33.0'nın 19-25, %34.8'inin 26-30 ve %32.2'sinin ise 31-35 yaşları arasında olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesi değerlendirildiğinde, bireylerin %15.0'nın lise ve altı, %85.0'nın üniversite ve üstü seviyede eğitime sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Ormancı (2017)'ın Mağusa'da yaşayan 20-40 yaşları arasında 475 kadının değerlendirdiği çalışmada, bireylerin %50.3'ü lise ve altı eğitim aldığı, bireylerin %49.7'sinin üniversite ve üstü seviyede eğitim aldığı belirlenmiştir. Bu farklılığın sebebinin örneklem sayısından meydana geldiği düşünülmekte olduğu vurgulanmıştır. Çalışmamıza katılan yüksek öğretim kurumlarından mezun olan bireylerin sayısının olmayanlara göre yüksek olmasının sebebinin çalışmaya katılan bireylerin yaş aralığı (19-35 yıl) olduğu düşünülmektedir.

5.1.2 Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Obezitenin önlenmesi için yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının edinilmesi sağlık kuruluşları tarafından önerilmektedir (National Health Services, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı, bireyin düzenli öğün tüketimi ile ihtiyaç duyduğu besin öğelerini uygun miktarda tüketilen besinlerle alımını içerir (TÖBER, 2015).

Obezitenin önlenmesinde, diyetle tüketilen besin çeşidi kadar diyetten alınan enerji miktarının azaltılması da ana stratejilerden birisidir (Smethers & Rolls, 2018). Bireyin ihtiyaç duyduğu günlük enerji miktarı ve besin öğelerinin düzenli öğünlerle alınması önemlidir. TÖBER (2015)'e göre yetişkin bireylerin günde 3 ana öğün ile 3 ara öğün tüketmeleri önerilmektedir. Bu tarama çalışmasına katılan bireylerin %73.6'sının sabah, %83.3'ünün öğle ve %90.3'ünün akşam öğününü tükettiği saptanmıştır. Bireylerin ara öğün tüketim alışkanlıkları değerlendirildiğinde, bireylerin %36.6'sının kuşluk ve %47.6'sının ikindi öğününü tükettiği belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Nazif (2012)'in Mağusa'da yaşayan 19-40 yaş aralığında kadınların katılımıyla yaptığı çalışmada, bireylerin %83.7'sinin sabah, %91.4'ünün öğle, %94.7'sinin ise akşam öğününü tükettikleri saptanmıştır. Son yıllarda yapılan sistematik derleme çalışmalarında, özellikle sabah öğününün atlanmasının obezite ve vücut ağırlığı artışı ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Ma ve ark., 2020; McCrory, 2014). Bu çalışmaya katılan bireylerin %26.4'ü sabah öğününü atlamaktadır (Tablo 4.3). Diğer yandan yapılan bir çalışmada, öğün atlamanın günlük toplam enerji alımını azalttığını, ancak özellikle kahvaltı öğününün atlanmasının meyve, tam tahıllar ve süt ürünlerinin tüketiminin azalmasına neden olarak günlük diyet kalitesindeki azalmayla ve zamanla sağlığın olumsuz yönde etkilenmesiyle ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (Zeballos & Todd, 2020). Bu çalışmada, bireylerden elde edilen veriler COVID-19 pandemisi sırasında toplanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin beslenme alışkanlıklarının pandemi döneminde yaşanan karantina nedeniyle değişmiş olabileceği düşünülmektedir. Pandemi öncesi ve sırasındaki beslenme alışkanlıklarının değişiminin incelendiği bir çalışmada, gündüz öğün tüketiminin azaldığı ve gece besin tüketiminin arttığı hazır yemek ve fast food besin tüketim sıklığı artarken, meyve ve sebze tüketiminin azaldığı belirlenmiştir (Souza ve ark., 2022). Kahvaltı öğününün

yapılmaması artan obezite riski ile ilişkilidir (Ma ve ark., 2020). Kahvaltıyı atlayan bireylerin, kahvaltı öğününü yapanlara göre daha kötü diyet ve yaşam kalitesi, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve mental sağlık göstergelerine sahip olduğu vurgulanmıştır (Faris ve ark., 2021; Pengpid & Peltzer, 2020).

5.1.3 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (2013)'nün raporuna göre 2008'de Kıbrıs'ta yaşayan 20 yaşından büyük yetişkin bireylerin %58.8'inin pre-obez ve %25.5'inin obez olduğu vurgulanmıştır. Aynı raporda, Kıbrıslı yetişkin kadınların %25.1'inin obez olduğu belirlenirken, 2030 yılında bu oranın %29.0'a ulaşacağı öngörülmüştür (DSÖ, 2013).

Bu tarama çalışmasına katılan kadınların, vücut ağırlığı ortalamaları 63.1 ± 11.34 kg olarak saptanırken, bireylerin BKİ ortalamalarının 24.1 ± 4.06 kg/m² olduğu, bireylerinin %3.1'inin zayıf, %65.2'sinin normal vücut ağırlığına sahip olduğu, %23.3'ünün pre-obez ve %8.4'ünün obez olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

Ormancı (2017)'nin Mağusalı genç yetişkin kadınların katılımıyla yaptığı çalışmada, bireylerin %6.7'si zayıf, %54.3'ü normal ağırlıkta, %25.1'i pre-obez ve %13.9'u obez olarak belirlenmiştir. Özenoğlu ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, 579 kadın bireyin BKİ ortalamaları 22.7 ± 4.52 kg/m² olarak saptanmıştır. Gül ve Dikmen (2018)'in yaptığı çalışmaya katılan kadın bireylerin BKİ ortalamasının 23.9 ± 4.5 kg/m² olduğu ve bireylerin %7.8'i zayıf, %57.6'sı normal ağırlıkta, %24.1'i pre-obez, %10.3'ü obez olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise kadınların BKİ ortalamaları 27.1 ± 5.65 kg/m² olarak bulunurken, bireylerin %1.2'sinin zayıf, %39.3'ünün normal ağırlıkta, %31.8'inin pre-obez ve %27.7'sinin obez olduğu belirlenmiştir (Temur & Ceylan, 2020). Obezitenin saptanmasında kullanılan BKİ ucuz, kolay ve sıklıkla kullanılan bir olsa da tek kullanılan yöntem değildir. Bel çevresi ölçümü de özellikle abdominal obezitenin saptanmasında kullanılmaktadır. Bununla

birlikte, kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet gibi hastalıklara yakalanma riskinin belirteci olarak da kullanılmaktadır (DSÖ, 2008). Bel çevresi ölçümleri değerlendirilen çalışmamıza katılan bireylerin %60.8'inin riski olmadığı, %22.9'unun riski olduğu ve %16.3'ünün ise yüksek riske sahip olduğu ve bireylerin bel çevresi ortalamalarının 79.1 ± 10.14 cm olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4 & Tablo 4.5). Taşlı'nın (2019) yaptığı çalışmada kadın bireylerin, bel çevresi ortalaması 69.3 ± 7.07 cm olarak bulunmuştur.

Antropometrik ölçümler sadece vücut ağırlığının sınıflandırılmasında değil, kronik hastalıklar yönünden bireylerin risk durumlarını belirlemede de kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada, bel/kalça oranındaki her 0.01 artışın kardiyovasküler hastalık yönünden bireylerin riskinin %5 oranında arttırdığını ortaya koymuştur (de Koning ve ark., 2007). Yine aynı çalışma kadın bireylerin bel/kalça oranları 0.7 ± 0.04 bulunurken, bizim çalışmamızda 0.8 ± 0.06 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5). DSÖ (2008)'e göre kadınlarda bel/kalça oranının 0.85'in altında olması bireylerin risklerinin olmadığını göstermektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan bireylerin bel/kalça oranı yönünden risklerinin olmadığı ortaya çıkmıştır.

Küresel olarak, erkeklerin %11'i ve kadınların %15'i obeziteye sahiptir (DSÖ, 2021a). Obezite, sosyokültürel, çevresel ve fizyolojik farklılıklar dahil olmak üzere birçok faktör nedeniyle kadınlarda daha yaygındır (Cooper, Gupta, Moustafa & Chao, 2021). Cinsiyet normları ile ilişkili sosyokültürel, çevresel ve psikolojik mekanizmalar, erkekler ve kadınlar arasındaki obezite prevalansındaki farklılıkların anlaşılmasına katkıda bulunmaktadır (He & Xie, 2022).

Beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları etkileyen gelenekler, toplumsal normlar ve güzellik standartları vardır (Keller ve ark., 2019). Ayrıca, besin

reklamlarının cinsiyet hedeflemesi ve bazı besinlerin erkeksi veya kadınsı olarak tasvir edilmesiyle ilgili olabilecek, kadınların şeker oranı yüksek besinleri daha fazla tercih etmesi ve tüketmesi gibi sosyokültürel çevre tarafından şekillendirilen cinsiyete dayalı besin tercihleri de vardır (Bennett, Peters & Woodward, 2018).

5.1.4 Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Yeme tutumlarındaki bozulma, bireylerin yeme davranışlarını olumsuz yönde etkileyerek yeme bozukluklarının temelini oluşturmaktadır (Ergüney-Okumuş & Sertel-Berk, 2020). Yeme tutum ve davranışlarındaki bozukluklar, vücut ağırlığı ve beden şekline yönelik olumsuz tutumları, sağlıksız ağırlık kontrol davranışları ve sağlıksız beslenme davranışları gibi bir dizi farklı etmeni içermektedir (Hayes, Fitzsimmons-Craft, Karam, Jakubiak, Brown & Wilfley, 2018).

Bu tarama çalışmasına katılan bireylerin YTT-26 puan ortalamasının 16.8 ± 10.17 olduğu, bireylerin %33.5'inin ise YTT-26 puanlarının 20 ve üzeri olduğu yani yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Sanlier ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, yetişkin bireylerin YTT-26 puan ortalaması 25.5 ± 17.59 olarak saptanmıştır.

Son yıllarda, yeme davranışlarına ve vücut ağırlığına yönelik tutumlarda “normal” olarak kabul edilen yargılar negatif yönde değişmektedir (Zickgraf, Ellis & Essayli, 2019). Tıbbi açıdan sorunlu kabul edilen aşırı egzersiz, katı kurallı ve aslında sağlıksız olan fakat “sağlıklı” olarak adlandırılan diyet ve davranışlarda bir artış olmuştur (Spivak-Lavi, Peleg, Tzischinsky, Stein & Latzer, 2021). Bu, sözde “sağlıklı” davranışlar, çok genç yaşlardan itibaren besin tüketimi, fiziksel görünüm, yemek ve beden algısı konuları, daha fazla genç kadın popülasyonunu meşgul etmektedir (Verschuere ve ark., 2020; Nagata, Ganson & Austin, 2020; Kjeldbjerg,

Clausen & Højgaard, 2021). Ćosić Mulahasanović ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, olası yeme bozukluğu olan bireylerin grubuna dahil olan genç kadınların sayısının erkeklerin sayısına göre neredeyse iki katı olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada, bireylerin BKİ'leri arttıkça yeme davranış bozukluğu yönünden risklilerinin arttığı gözlemlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.30). Genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, pre-obez veya obez olarak sınıflandırılan BKİ'leri olan bireylerin, normal BKİ'ne sahip bireylere göre yeme davranış bozukluğu yönünden riskli olduğu saptanmıştır (al Banna, Brazendale, Khan, Sayeed, Hasan & Kundu, 2021). Obezite, ruh sağlığı sorunları ve psikososyal zorluklarla da ilişkilendirilir. Obez kadınların, obez olmayan kadınlara göre daha kötü ruh sağlığına sahip olma eğiliminde oldukları bildirilmiştir (da Luz, Hay, Touyz & Sainsbury, 2018; Melamed, Selby & Taylor, 2022). Ayrıca hem kadınlarda hem de erkeklerde obezite ile ilişkili zihinsel sağlık sorunları ortaya çıksa da kadınlar obezite ile ilişkili zihinsel sağlık komplikasyonlarını erkeklerden daha fazla deneyimleme eğilimindedir (Tronieri, Wurst, Pearl & Allison, 2017). BKİ'leri daha yüksek olan bireylerin maruz kaldıkları ayrımcılık, bu ruhsal sıkıntılara sebep olabilmektedir. Bireyin vücut ağırlığı bireyde memnuniyetsizliğe neden olabilir, bu da yeme bozukluğu davranışlarının gelişimi için bir risk faktörüdür (da Luz, Hay, Touyz & Sainsbury, 2018).

Daha önce yapılan araştırmalar, sosyal medyanın diyet yapma, beden algısı oluşturma ve ideal beden tipini karşılaştırma ve içselleştirme yoluyla bireylerde vücut ağırlıklarına yönelik endişeleri oluşturmada önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır (Ando, Giorgianni, Danthinne & Rodgers, 2021; Jiotsa, Naccache, Duval, Rocher & Grall-Bronnec, 2021; Rodgers & Rousseau, 2022). Çalışmamızda bireylerin sosyal medya kullanımlarına yönelik herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Bu nedenle, bireylerin sosyal medyada geçirdikleri zaman, maruz kaldıkları içerikler

ve bu içeriklerin bireylerin beden algıları üzerine etkileri konularında bilgi sahibi olunamamıştır.

Yapılan çalışmalar, obez bireylerin %20 ile %60'ının bir psikolojik rahatsızlıktan muzdarip olduğunu ileri sürmüştür (Alabi ve ark., 2018; Eroğlu, Sertçelik & Tamam, 2018; Morgan, Ho & Platell, 2020). Depresyon, yeme davranış bozukluğu ve kaygı bozukluğu bu mental rahatsızlıklar arasındadır (Sarwer & Polonsky, 2016). Önceki araştırmalar, artan vücut ağırlığı ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Coelho ve ark., 2022; Sharafi ve ark., 2020). Obezite ve depresyon arasındaki bu ilişki erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda daha fazla olduğu, bunun da sebebinin toplumun kadın güzelliğinin bir özelliği olarak zayıflığı vurgulaması nedeniyle olabileceği öne sürülmüştür (Baldini, Casagrande & Estadella, 2021). Yapılan bir çalışmada, obez kadınların yeme farkındalığının artmasının depresyon semptomlarının azaltılabileceği vurgulanmıştır (Winkens, van Strien, Brouwer, Penninx & Visser, 2019).

Besin tüketimi sırasında, düşünce ve eylemlerin bilinçli bir şekilde, bireyin kendisini yargılamadan farkındalıkla yapılmasına yeme farkındalığı denmektedir (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliadt & Benitez, 2009). YFÖ-30'dan alınan puan yükseldikçe yeme farkındalığı da yükselmektedir. Bireylerin YFÖ-30 toplam puanı ortalamasının 100.4 ± 13.55 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). İbrahimova'nın (2020) genç üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada kadın bireylerin YFÖ-30 toplam puanları 92.4 ± 13.97 olarak saptanmıştır. Barışkan'ın (2019) yaptığı çalışmada, genç kadın bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının 97.8 ± 13.34 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, bireylerin yeme farkındalık ölçeğinden aldıkları puanlar, yakın zamanda yapılmış diğer çalışmalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır

(Durukan & Gül, 2019; Köse & Çıplak, 2019; Köse & Çıplak, 2020; Özkan & Bilici, 2021; Yıldırım & Kaya Cebioglu, 2021).

Baysal ve arkadaşları (2008), 19-24 yaş bireylerin 19-24 kg/m² ve 23-34 yaş bireylerin ise 20-25 kg/m² BKİ'ne sahip olmasının yaşa göre uygun olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmanın tarama bölümüne katılan bireylerin BKİ'lerinin ortalamasının 24.1±4.06 kg/m² olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). BKİ ($r=-0.216$, $p<0.01$), bel çevresi ($r=-0.238$, $p<0.05$), bel/boy oranı ($r=-0.244$, $p<0.01$), vücut yağ yüzdesi ($r=-0.234$, $p<0.01$) arttıkça yeme farkındalığının azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.31). Çalışmamızdaki sonuçlara benzer olarak, Özkan ve Bilici'nin (2021) yaptığı çalışmada, 19-45 yaş bireylerin BKİ'leri arttıkça, yeme farkındalıklarının azaldığı saptanmıştır. Köse'nin (2017) üniversite öğrencilerinin katılımıyla yaptığı çalışmada, artan BKİ ile azalan yeme farkındalığı ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde birçok çalışma, benzer sonuçlara sahiptir (Durukan & Gül, 2019; Kes & Can Cicek, 2021; Köse & Çıplak, 2019; Yıldırım & Kaya Cebioglu, 2021). Bu ilişki, yeme farkındalığının, sağlıklı vücut ağırlığının korunmasında önemli bir yaklaşım olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir (Framson, Kristal, Schenk, Littman, Zeliadt & Benitez, 2009).

Yeme farkındalığının artması, enerji alımının azaltılmasına ve sağlıklı beslenme planının sürdürülmesine yardımcı olabileceği öne sürülmektedir. Özellikle açlık ve tokluk sinyallerinin farkında olmama, duygusal yeme ve stres nedenli besin tüketimi gibi vücut ağırlığı artışının davranışsal nedenlerinden dolayı beslenme davranışı değiştirmeyi amaçlayan programların başarısızlığını önlemek için yeme farkındalığı araç olarak kullanılabilir (Fuentes Artiles, Staub, Aldakak, Eppenberger, Rühli, & Bender, 2019). Bu nedenle, yeme farkındalığı stratejilerinin uygulanması, enerji alımı kısıtlaması ve sağlıklı besin seçimini sağlamaya çalışan bireyler için bir

alternatif olabilir. Bu amaçla geliştirilen Farkındalık Temelli Yeme Farkındalığı Eğitimi (Mindfulness-Based Eating Awareness Training [MB-EAT]), bireylerin yeme farkındalığını öğrenmesi için kullanılmaktadır (Kristeller & Wolever, 2010). MB-EAT ile bireyler yeme farkındalığını geliştirmek için meditasyon, vücudun açlık ve tokluk sinyallerine odaklanma, yeme alıştırmaları vb. hem bireyin fizyolojik sinyallerine hem de mental sağlığına odaklanan çeşitli çalışmalar yapmaktadırlar (Çolak & Aktaş, 2019).

Çalışmamıza katılan bireylerin YFÖ-30 alt boyut puanları değerlendirildiğinde, disinhibisyon alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının 16.9 ± 4.38 , duygusal yeme alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının 16.6 ± 5.23 ve farkındalık alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının 16.0 ± 2.71 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Köse ve Çıplak (2020)'ın yaptığı çalışmada, BKİ'leri $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan bireylerin daha az yeme disiplini, duygusal yeme, disinhibisyon ve yeme kontrolü puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Benzer olarak, çalışmamıza katılan bireylerin BKİ'leri arttıkça duygusal yeme ($r = -0.184$, $p < 0.01$), disinhibisyon ($r = -0.205$, $p < 0.01$) ve yeme kontrolü ($r = -0.165$, $p < 0.05$) alt boyut puanlarının azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.31). Disinhibisyon diğer anlamıyla düşünmeden yeme, farklı uyaranlara tepki olarak aşırı yeme eğilimidir ve bir bireye lezzetli besin sunulduğunda veya birey duygusal sıkıntı altında olduğunda ortaya çıkabilir (Hays & Roberts, 2008). Disinhibisyonun zamanla ağırlık artışı ve obezite ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Blumfield, Bei, Zimberg & Cain, 2018).

Negatif duygulara tepki olarak bireyin, besin tüketimini arttırması duygusal yeme olarak adlandırılmaktadır (Konttinen, 2020). Duygusal yeme sırasında bireylerin enerji içeriği yüksek, yağlı ve şekerli besinleri tüketmeyi tercih ettikleri, bunun sonucunda da artan enerji alımı ile obezite riskinin arttığı ortaya konulmuştur (Elran

Barak ve ark., 2021; Pickett, Burchenal, Haber, Batten, & Phillips, 2020; van Strien, 2018). Duygusal yemenin sonucu olarak bireyin besin alımı üzerindeki kontrolünün azaldığı veya kaybedildiği öne sürülmüştür (Romain, Avignon, Macioce, Boegner, Attalin, & Sultan, 2022). Besin tüketimi alımı üzerindeki kontrol kaybı (kontROLSÜZ yeme), artan enerji alımı ve BKİ ile ilişkilidir (Pentikäinen, Arvola, Karhunen, & Pennanen, 2018).

5.2 Çalışmanın Deney Bölümüne İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Obezitenin birçok fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olmasının yanı sıra; kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet gibi birçok bulaşıcı olmayan kronik hastalığa yakalanma riskini de artırdığı bilinmektedir (DSÖ, 2021a). Artmış BKİ ile obezite komorbiditelerinin riski arasındaki ilişki kapsamlı bir şekilde karakterize edilmiştir (DSÖ, 2022). Vücut ağırlığı kaybı sağlanması ve obezite riskinin azaltılması için birçok öneri yapılmakta olup, bunlardan bir tanesi de tabak boyutunun küçültülmesidir (National Health Services, 2019).

5.2.1 Bireylerin Besin Tüketim Miktarlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Tabak boyutunu küçültmek, vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek negatif enerji dengesini sağlamak amacıyla besin tüketimini azaltmak için kullanılan stratejilerden biridir (Clarke ve ark., 2021). Bu çalışmada, bireylerin büyük (517.9 ± 213.52 g) veya küçük (512.9 ± 301.89 g) tabak kullanarak kendi kendilerine servis ettikleri öğle yemeği sırasındaki besin tüketim miktarları arasında farka rastlanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.36). Buna benzer şekilde, tabak boyutunun küçültülmesinin enerji alımı/tüketilen besin miktarını azaltacağı hipotezi öne sürülse de tabak boyutunun tüketilen besin miktarı üzerinde etkisinin olmadığı belirlendiği çalışmalar mevcuttur (Kosıte ve ark., 2019; Libotte, Siegrist & Bucher, 2014). Üç farklı boyuttaki tabak (17, 22 ve 26 cm) kullanılarak yapılan bir çalışmada, bireylerin besin tüketim miktarlarındaki

ortalama farklılık sırasıyla 21 g, 11 g ve 4 g olarak bulunurken, bu farklar arasında istatistik bir anlam saptanmamıştır (Rolls, Roe, Halverson, & Meengs, 2007). Çalışmamızda 31 cm ve 23 cm çapındaki tabakları kullanarak bireylerin tüketim miktarlarındaki ortalama farklılık 4.97 g olarak saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.35). Her ne kadar çalışmamıza katılma kriterlerinden biri olan ‘besin seçicisi olmamak’ kriterine uygun olan bireyler deney grubuna dahil edilse de bireylere deney sırasında sunulan besinin tek çeşit olmasının, iki farklı büyüklükteki tabakta tüketilen besinlerin miktarında fark olmamasına neden olan etmenlerden biri olabileceği düşünülmektedir. Deneyde kullanılan yöntemler arasında bireylerin yalnız ve ekrandan uzak bir şekilde besin tüketimleri olsa da bireylerin tükettiği besinlerin araştırmacılar tarafından değerlendirileceğinin/ölçüleceğinin bilmeleri, bireylerin besin tüketimlerini sınırlandırmalarına sebep olan etmenlerden bir tanesi olabilir. Bireylerin besin tüketim miktarları ve tükettikleri besin tercihleri nedeniyle maruz kaldıklarını hissettikleri ayrımcılığa yanıt olarak engelleyici veya kontrollü besin seçimi ve tüketimi yapabilecekleri öngörülmüştür (Araiza & Wellman, 2017).

Çalışmamızda tabak boyutunun, bolonez soslu makarna tüketim miktarını etkilediği saptanmasa da farklı gıdalarla veya farklı durumlarda etki görülmesi olasıdır. Farklı boyutlarda kâse kullanılan bir çalışmada, bireylere dondurma servis edildiğinde (Wansink, van Ittersum, & Painter, 2006), bu tür şekerli gıdaların alımında, mevcut çalışmalarda kullanılan ana yemekler (makarna vb.) ve sebze yemeklerinden daha fazla etkiye sahip olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, davranışsal ağırlık yönetimi programının bir parçası olarak uygun porsiyonlar için tabak boyutu bir kılavuz olarak birey tarafından bilinerek kullanıldığında, tabak boyutunun tüketimi etkilemesi daha olası olduğu öne sürülmüştür (Rolls, Roe, Halverson, & Meengs, 2007). Çalışmamızda spesifik olarak, bireylerin uygun porsiyonun ne olduğuna karar

vermesini daha da zorlaştırmasını sağlanması için belirgin bir şekli olmayan (amorf) bir besin olan makarna kullanılmıştır (van Kleef, Shimizu, & Wansink, 2012). Böylelikle bireylerin tamamen doyum hislerine odaklanıp besin tüketimlerini sonlandırmaları sağlanmıştır.

5.2.2 Bireylerin Deney Öncesi Duygu Durumları ile Besin Tüketim Miktarlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Literatürde, olumsuz hislerin duygusal ve kontrolsüz yeme ile ilişkili olduğunu belirten birçok çalışma mevcuttur (Braden, Musher-Eizenman, Watford, & Emley, 2018; Keating, Mills, & Rawana, 2019; Paans ve ark., 2018). Buna karşın bizim çalışmamızda, deney başlamadan önce bireylerden duygu durumlarına ilişkin elde edilen bilgiler değerlendirildiğinde, büyük tabakla besin tüketen bireylerin ızdırap (12.7 ± 19.96) ve perişanlık (25.1 ± 23.97) gibi olumsuz hisleri, küçük tabakla besin tüketen bireylerin ızdırap (7.4 ± 16.27) ve perişanlık (15.1 ± 18.87) gibi olumsuz hislerinden daha fazla olduğu görüşmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 4.38). Bu çalışmaya katılan bireylerin küçük ve büyük tabak kullanarak tükettikleri besin miktarı ile deney öncesi duygu durumları arasına korelasyon saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.38). Ruh hali ve besin arasındaki ilişki karmaşıktır. Ruh hali, bireylerin besin seçimlerini ve yeme miktarlarını etkileyebilmektedir. Değişen ruh hali, aşırı yeme veya daha az yeme ile kontrol dışı yemeye neden olabilmektedir (AlAmmar, Albeesh & Khattab, 2020).

Çalışmamıza katılan kadınların, yaşlarının ortalaması 27.9 ± 3.21 yıl olarak bulununurken, genç kadınların katılımıyla gerçekleşen diğer çalışmalar, negatif ruh hali ile enerji içeriği yüksek fastfood ve şeker içeriği yüksek besinlerin tüketiminin arttırdığını saptamıştır (Aguiar-Bloemer & Diez-Garcia, 2018; Lazarevich, Irigoyen-Camacho, Velázquez-Alva, Lara-Flores, Nájera-Medinaand & Zepeda-Zepeda, 2018; Sagui-Henson ve ark., 2021). Diğer yandan, pozitif ve negatif ruh halinin besin

tüketimi ile ilişkisini araştıran bir meta analiz çalışmasında, her iki ruh halinin de besin alımını arttırabileceği vurgulanmıştır (Cardi, Leppanen & Treasure, 2015). Bu nedenle, ruh hali ile besin arasındaki ilişki bireysel olarak farklılık gösterebilmektedir.

5.2.3 Bireylerin Tokluk Hissi ile Besin Tüketim Miktarlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Sistemantik derleme ve meta-analiz çalışmalarında besin tüketilirken kullanılan küçük tabak ve vücut ağırlığı kaybı arasındaki ilişkinin karmaşık olduğunu vurgulamaktadır (Robinson ve ark., 2014; Vargas-Alvarez, Navas-Carretero, Palla, Martínez, & Almiron-Roig, 2021). Bugüne kadarki kanıtlarla, besin tüketilirken kullanılan tabağın boyutunun besin alımı üzerinde tutarlı bir etkisi saptanmadığı belirlenmiştir (Robinson ve ark., 2014). Vücut ağırlık kaybının sağlanması amacıyla bireylere tabak boyutlarının küçültülmesi yönünde öneri verilmesinin erken olduğu yönünde görüş bildirilmiştir (Robinson ve ark., 2014; Holden, Zlatevska, Dubelaar, 2016).

Yapılan bu deney çalışmasından elde edilen bulgularla, sağlıklı genç kadınların büyük tabak kullanarak daha fazla besin tüketceklerini öngördükleri bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.33). Tabak boyutlarının bireylerin besin tüketimi üzerindeki etkisinin farklı olabileceğine dair algıların bir kısmı Delboeuf yanılsaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Petit, Velasco & Spence, 2018). Tabak boyutlarını manipüle etmek, bir nesnenin diğeriyle ilişkili algılanan boyutuna dayanan görsel bir yanılsama olan Delbeouf yanılsaması ile ilişkili olarak bireyin kendi doygunluk hissi ve besin tüketimini yargılamak için algısal önyargılar oluşturmalarına sebep olabilmektedir (Peng, Adam, Hautus, Shin, Duizer & Yan, 2017). Buna benzer olarak, Öner ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada genç yetişkin bireylere üç farklı tabak boyutunda sade makarna sunulmuş ve bireylerin küçük tabakla servis edilen

makarnayı daha çok algıladıkları görülmüştür. Diğer yandan yapılan deneysel çalışmalar, tabak boyutunun bireylerin tükettikleri besin miktarı üzerine etkilerinin sınırlı olduğunu veya etkisiz olduğu vurgulanmıştır (Vakili, Jafarirad, Abedi, Amani & Cheraghian, 2019; Robinson, Sheen, Harrold, Boyland, Halford & Masic, 2016).

Doygunluk, bir yemeğin sonunda ortaya çıkan ve besin alımının sonlandırılmasına sebep olan ve açlık hissinin bitmesiyle karakterize edilen bir yememe durumu olarak tanımlanmaktadır (Pickering & Halford, 2016). Tokluk ise doyma hissinin ardından tekrar açlık hissinin oluşmasına kadar süreyi tanımlamak için kullanılmaktadır (Gündüz, Akhalil, & Sevgi, 2020). Doygunluk ve tokluk hisleri porsiyon büyüklüğü, yemek sırasında besine karşı bireyin dikkati, besin tüketimi sırasında bireyin yalnız olması ve besin çeşitliği gibi faktörlerden etkilenmektedir (Güzel & Güngör, 2020). Bu çalışmada, küçük ve büyük tabak kullanarak besin tüketen bireylerin deney öğününü tüketiminden sonra hissettikleri tokluk hissi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.33). Buna büyük tabak ve küçük tabakla besin tüketen bireylerin tükettikleri besin miktarının farklı olmaması neden olmuş olabilir ($p>0.05$) (Tablo 4.36).

Literatürde, yemek sırasında kullanılan eşyaların besin miktarı algısı, besin tüketim miktarı ve tokluk hissinin etkilemesinin değerlendirildiği çalışmalar az olsa da mevcut çalışmalarda, besin tüketimi sırasında kullanılan tabağın büyüklüğü, tabağın rengi ve tabağın kenar genişliğinin değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (Akyol, Ayaz, Inan-Eroglu, Cetin, & Samur, 2018; Donnelly, Wei, Morrison-Koechl, & Keller, 2020; McClain, van den Bos, Matheson, Desai, McClure, & Robinson, 2014; Robinson, Sheen, Harrold, Boyland, Halford, & Masic, 2016).

Üç farklı tabak renginin kısa süreli tokluk ve enerji alımı üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir randomize kontrollü çalışmada, beyaz tabakla karşılaştırıldığında

siyah ve kırmızı renkli tabak kullanarak besin tüketen bireylerin tükettikleri besin miktarının arttığı, fakat farklı tabak renklerinin bireylerin tokluk hissi üzerinde anlamlı bir farklılığa sebep olmadığı saptanmıştır (Akyol, Ayaz, Inan-Eroglu, Cetin, & Samur, 2018). Diğer yandan, tabağın kenar genişliğinin ve kenar renginin tabaktaki yiyecek porsiyonun algılanmasına etkisinin değerlendirilmesi için yapılan bir çalışmada, bireylerin daha geniş ve renkli kenarlı tabaklarda yiyecek porsiyon boyutunu olduğundan fazla tahmin ettikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada, besinin porsiyon boyutunun algılanmasını etkilemek için tabakların tasarlanmasının değiştirilmesi besin tüketimini azaltarak negatif enerji dengesinin sağlanmasıyla vücut ağırlığının artışının önlenebileceği öne sürülmüştür (McClain, van den Bos, Matheson, Desai, McClure, & Robinson, 2014).

Bu çalışmadaki yöntemle benzer olarak farklı boyutlardaki kaselerde tüketilen makarna miktarı ve tokluk hissi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, bizim sonucumuzdan farklı olarak; büyük kâse (6.9 l) kullanılarak tüketilen makarna ile orta büyüklükteki kâse (3.8 l) kullanılarak tüketilen makarna ile karşılaştırıldığında büyük kâse ile besin tüketenlerin %77 oranında daha fazla makarna tükettikleri ve kendilerini daha fazla tok hissettikleri belirlenmiştir (van Kleef, Shimizu, & Wansink, 2012).

Bu çalışmada, bireylerin yeme hızı besin tüketim miktarına etki edebilecek bir değişken olarak düşünülüp değerlendirilmemiştir, fakat bireylerin normal besin tüketimi yaptıkları ortamlarında olmaları sağlanıp, bireylerden öğünlerini “her zamanki yeme hızlarında” tüketmeleri istenmiştir. Normal BKİ’ne sahip bireylerin katıldığı bir çalışmada, yeme hızındaki deneysel bir artışın tüketilen besin miktarında artışa neden olduğu ve tokluk hissinin gelişimini geciktirdiği vurgulanırken (Ioakimidis, Zandian, Bergh, & Södersten, 2009), uzunlamasına yapılan bir çalışmada hızlı besin tüketenlere göre, yavaş ve normal hızda besin tüketen bireylerin, aşırı

miktarda besin tüketilmeden önce tokluk hissinin artmasıyla birlikte besin tüketiminin sınırlanabileceği ve böylelikle, uzun dönemde normal BKİ'nin korunabileceği vurgulanmıştır (Hurst & Fukuda, 2018).

Son yıllarda teknolojik gelişmeler ile tokluk algısı, tabak boyutu, besin tüketim miktarı ve yeme davranış bozukluklarına bakış açısı da değişmektedir. Yeme bozukluklarına odaklanan bir İsveç sağlık teknoloji şirketi, “Mandometre” adında tabağın altına oturan ve bir akıllı telefon uygulamasına bağlı dijital bir terazi geliştirmiştir. Özellikle yeme davranış bozukluğu olan bireylerin kullanımı için tasarlanan cihaz, bireylerin tabaklarındaki besinin azalmasını kaydederek ve normal yeme hızı için bir referans grafik yardımıyla eşleşen bireyin kendi yeme hızıyla alakalı bir grafik oluşturmaktadır. Besin tüketimi sırasında, bireyin ne kadar tok hissettiğini periyodik olarak derecelendirmesi istenerek, ekranda oluşan ikinci bir referans eğrisinin yardımıyla, yemek boyunca bireyin ne kadar tok hissetmesi gerektiğini bireye sunarak, tokluk algısına müdahale etmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Mando Group, 2022). Literatürde bu cihazın yeme davranış bozukluğu tanısına sahip bireyler üzerindeki etkilerine ilişkin çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, teknolojinin gelişmesiyle tokluk algısına müdahale odaklı çalışmaların tabak boyutunun değerlendirilmesiyle sınırlı kalmayıp artacağı düşünülmektedir.

5.2.4 Bireylerin Besin Tüketim Miktarı, Antropometrik Ölçüm ile YTT-26 ve YFÖ-30 Puanlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu çalışmanın deney bölümüne katılan bireylerin BKİ'lerinin ortalamasının 22.8 ± 2.78 kg/m² olduğu saptanmıştır (Tablo 4.34). Bireylerin YFÖ-30 toplam puanlarının 101.4 ± 14.70 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.38). Bu çalışmada bireylerin BKİ'leri arttıkça duygusal yeme ($r=-0.368$, $p<0.05$), yeme kontrolü ($r=-0.593$, $p<0.01$), disinhibisyon ($r=-0.425$, $p<0.05$) alt boyut puanları ve toplam YFÖ-30

puanlarının ($r=-0.517$, $p<0.01$) azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.42). Bu bulgular çalışmanın tarama bölümünde elde edilen sonuçlarla aynı doğrultudadır. Bu çalışmanın deney bölümüne katılan bireylerin yeme davranış bozukluğu risklerinin olmadığı (YTT-26 puanları: 12.2 ± 5.02) saptanmıştır (Tablo 4.36). Bireylerin çalışmaya dahil olma kriterlerinden bir tanesinin de “YTT-26 testinden <20 puan almış olmak” olduğundan bu beklenen bir sonuçtu.

Bu çalışmaya katılan bireylerin besin tüketim miktarları ile YTT-26 ve YFÖ-30 puanları değerlendirildiğinde, küçük tabakta besin tüketen bireylerin besin tüketim miktarı arttıkça disinhibisyon alt boyut puanlarının arttığı ($r=-0.462$, $p<0.01$) ve bunun istatistiksek olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.39). Büyük tabakta tüketilen besin miktarı ile disinhibisyon alt boyut puanları değerlendirildiğinde, bireylerin büyük tabakta besin tüketimleri arttıkça disinhibisyon puanlarının aynı şekilde artacağı saptanırken bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($r=-0.279$, $p>0.05$). Literatürde farklı boyutlardaki tabakları kullanarak besin tüketimi miktarı ile YFÖ-30 puanlarını değerlendiren çalışmalar mevcut değildir. Bu çalışmaların yapılması, besin tüketimi sırasında kullanılan materyallerin yeme farkındalığına etkilerinin anlaşılması için faydalı olacaktır.

Ayrıca bireylerin kullandıkları tabağın büyüklüğü fark etmeksizin (küçük tabak: $r=-0.502$, $p<0.01$; büyük tabak: $r=-0.555$, $p<0.01$) tükettikleri besin miktarı arttıkça, yeme kontrollerinin azaldığı ve bunun istatistiksek olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.39). Bu sonuç literatürdeki, kontrolsüz besin tüketimi, tüketilen besin miktarı ve obeziteyi araştıran çalışmaların sonuçları ile benzerdir (Vainik, García-García, & Dagher, 2019; Blumfield, Bei, Zimberg & Cain, 2018).

5.3 Çalışmaya İlişkin Güçlü Yönler ve Sınırlılıklar

Çalışmanın birçok güçlü yönü ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu çalışmanın güçlü yönlerinden biri, bireylerin besin tüketim davranışlarında herhangi bir önyargıdan kaçınmak için çalışmanın temel amacından habersiz olmalarıydı. Gerçek öğle yemeği ortamlarını taklit ederek bireylerin normal yeme davranışlarını sürdürmeleri sağlanmıştır. Ayrıca bireylerden yalnız olduklarında besin tüketmelerinin istenmesi, tüketecekleri besin miktarı konusunda çevrelerindeki bireylerin kendilerine baskı yapmasına engel olmuştur. Bireylerin deney sırasında televizyon izlememeleri veya telefon kullanmamaları bireylerin deney öğününü tüketirken sadece tükettikleri besinlerle ilgilenmeleri sağlanmıştır. Ek olarak, bireylere deneyin önceki öğünlerinde tükettikleri besinler verilerek, bireylerin deney öğününde besin tüketimlerinin ve tokluklarının etkilenmemesi için talimat verilmiştir.

Bununla birlikte, bu çalışmada çeşitli sınırlılıklar vardır. İlk olarak, bireylere deney yemeğinden önceki kahvaltı öğününde ve deneyden önceki gece olan akşam yemeğinde tükettikleri standartlaştırılmış besinler verilmesine rağmen, bu iki öğünü tüketirken bireyler izlenmedi. Bu bireylerin besin tüketimini ve tokluğunu etkilemiş olabilir. Ayrıca, COVID-19 pandemisi sırasında veri toplama gerçekleştirilmiştir. Bireylerin bu süre zarfında besin tüketim alışkanlıklarını değiştirmiş olabileceğinden, bu çalışma için bir sınırlama olabilir.

Her iki deney gününde besin tüketimine başlamadan önce, bireylerin duygu durumlarına ilişkin veriler toplanması amacıyla bireylerden VAS doldurmaları istenmiştir. Öte yandan, deney sonrasındaki duygu durumlarına ilişkin bir veri toplanmamıştır. Bu nedenle, bireylerin besin tüketim miktarları ile deney sonrası duygu durumlarına ilişkili bir değerlendirme yapılmamıştır. Örneklemimiz sadece kadın bireylerden oluşmakta olup Mağusa nüfusunun tamamını temsil etmemektedir.

Ayrıca, besin tüketimi sırasında bireylerin besin tüketim hızları ölçülmemiştir. Besin tüketim hızlarının ölçümü, bireylerin besin tüketimi ve tokluk hislerinin algılanması için önemli bir faktör olduğundan ileride yapılacak çalışmalarda bu faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Son olarak, çalışmanın sınırlılıklarından biri de sosyoekonomik durumun doğrudan değerlendirilmemiş olmasıdır. Ancak eğitim durumu, bireylerin sosyoekonomik durumlarına dair bir ipucu olarak araştırılmıştır.

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Kuzey Kıbrıs'ın Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arası kadınların yeme tutumları ve yeme davranışlarındaki olası bozuklukların değerlendirilmesi, yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi ve bunlarla antropometrik ölçümleri arasında ilişkinin değerlendirilmesi ve besin tüketimleri sırasında kullandıkları tabağın büyüklüğünün besin tüketimi ve doyumluk seviyelerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

6.1.1 Çalışmanın Tarama Bölümüne İlişkin Sonuçlar

1. Kuzey Kıbrıs'ın Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arası 227 kadın çalışmanın birinci kapsamı olan tarama bölümüne dahil edilmiştir.
2. Bireylerin %33.5'inin yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olduğu, %66.5'unun ise yeme tutum bozukluğu yönünden riskli olmadıkları belirlenmiştir.
3. Bireylerinin %65.2'sinin BKİ'nin normal olduğu, %23.3'ünün pre-obez olduğu saptanırken, %8.4'ünün ise obez olduğu saptanmıştır.
4. Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 toplam puanı ortalamalarının sırasıyla 16.8 ± 10.17 ve 100.4 ± 13.55 olduğu saptanmıştır.
5. Bireylerin BKİ'leri ile duygusal yeme puanlarının ($r = -0.184$, $p < 0.01$), disinhibisyon ($r = -0.205$, $p < 0.01$) ve yeme kontrolü ($r = -0.165$, $p < 0.05$) alt boyut puanları arasında negatif zayıf düzeyde ve toplam YFÖ-30 puanı ($r =$

0.216, $p<0.01$) negatif çok zayıf düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

6.1.2 Çalışmanın Deney Bölümüne İlişkin Sonuçlar

1. Çalışmanın deney bölümüne dahil edilen 31 kadının yaş ortalamaları 27.9 ± 3.21 yıl olduğu saptanmıştır.
2. Küçük tabak kullanarak besin tüketen bireylerin deney öğünün tüketiminden sonraki 0. dk'daki (96.6 ± 5.13), 15. dk.'daki (91.3 ± 18.36), 30. dk'daki (90.9 ± 16.94), 60. dk'daki (85.7 ± 21.27), 90. dk'daki (80.5 ± 22.05), 120. dk (69.6 ± 28.67) ve 180. dk (53.0 ± 32.17) ile büyük tabak kullanarak besin tüketen bireylerin deney öğünün tüketiminden sonraki 0. dk'daki (97.6 ± 4.88), 15. dk.'daki (92.8 ± 17.24), 30. dk'daki (90.3 ± 18.55), 60. dk'daki (90.1 ± 12.03), 90. dk'daki (82.0 ± 17.43), 120. dk (74.5 ± 23.53) ve 180. dk (52.4 ± 28.48) tokluk hisleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).
3. Küçük tabak kullanan bireylerin 512.9 ± 301.89 g, büyük tabak kullananlar ise 517.9 ± 213.52 g besin tükettikleri saptanmıştır. Bireylerin tabak büyüklüklerine göre besin tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda 31 cm ve 23 cm çapındaki tabakları kullanarak bireylerin tüketim miktarlarındaki ortalama farklılık 4.97 g olarak saptanmıştır ($p>0.05$).
4. Bireylerin YTT-26 ve YFÖ-30 toplam puanı ortalamalarının sırasıyla 12.2 ± 5.02 ve 101.4 ± 14.70 olduğu belirlenmiştir.
5. Bireylerin BKİ'lerin ortalamasının 22.7 ± 4.52 kg/m^2 olduğu saptanmıştır.
6. Bireylerin BKİ'leri ile disinhibisyon ($r=-0.457$, $p<0.01$), yeme kontrolü ($r=-0.593$, $p<0.01$), disinhibisyon ($r=-0.425$, $p<0.05$), duygusal yeme ($r=-0.368$, $p<0.05$) alt boyut puanları ve toplam YFÖ-30 puanı ($r=-0.517$, $p<0.01$)

arasında negatif orta düzeyde ve duygusal yeme ($r=-0.368$, $p<0.05$) alt boyut puanı arasında negatif zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

6.2 Öneriler

Obezite küresel bir salgın olarak devam eden bir hastalıktır. Obezite açısından kadınlar erkeklere göre daha dezavantajlıdır. Bu nedenle, özellikle kadınları hedef alan obeziteden korunma, sağlıklı yeme alışkanlıkları ve sağlıklı vücut ağırlığının korunmasını içeren eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması gerekmektedir.

Yeme bozukluğu, artan vücut ağırlığı ile ilişkilendirilip obezite riskinde artışa neden olup gün geçtikçe artmaktadır. Bu nedenle, yeme bozukluğunu önlemek amacıyla bu durumun bir halk sağlığı sorunu olarak algılanarak, gerekli tedbirlerin alınması önemli bir adım olacaktır.

Yeme farkındalığının artırılması yeme bozuklukları ve obezitenin önlenmesinde bir araç olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Yeme farkındalığının, vücut ağırlığı yönetim önerileri arasına girmesi toplum sağlığını korumak için önemli bir adım olabilir. Pre-obez ve obez bireylerin başvurdukları diyetisyenlerin bireylerin yeme tutum ve yeme farkındalıklarını değerlendirmesi ve bu yönde öneriler sunmaları obezite ile mücadeleye katkı sağlayacaktır.

Mevcut bulguların, obeziteyi ve bunun bozulmuş yeme davranışları ve yeme farkındalığı ile ilişkisini anlamak için önemli çıkarımları olabilir. Gelecekte, elde edilen verilerin geçerlik ve güvenilirliği için daha geniş örneklem büyüklüğü üzerinde ve farklı faktörlerin değerlendirildiği araştırmalar yapılması daha faydalı olacaktır. Ayrıca araştırmacıların sosyal medyaya maruz kalma, menstrüel döngü ve beslenme

davranışı üzerinde etkisi olabilecek stres düzeyleri gibi faktörlerin kapsayan çalışmalar yapılması yararlı olabilir.

Tabak büyüklüğünün bireylerin besin tüketim miktarına etkilerinin değerlendirildiği farklı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılacak çalışmalarda, farklı besinler kullanması, besin çeşidinin ve tabak büyüklüğünün besin tüketim miktarına etkisinin anlaşılması için faydalı olabilir. Ayrıca bireylerin duygu durumlarının daha objektif metodlarla ölçülmesi, duygu durumunun besin tüketimine etkilerinin değerlendirilmesine katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Acosta, A., Camilleri, M., Shin, A., Carlson, P., Burton, D., O’neill, J., Eckert, D. & Zinsmeister, A. R. (2014), *Association of melanocortin 4 receptor gene variation with satiation and gastric emptying in overweight and obese adults*, *Genes and Nutrition*, 9(2), 384.
- Aguiar-Bloemer, A. C. & Diez-Garcia, R. W. (2018), *Influence of emotions evoked by life events on food choice*, *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 45–53.
- Agurs-Collins, T. & Bouchard, C. (2008), *Gene-nutrition and gene-physical activity interactions in the etiology of obesity*, *Obesity*, 16(3).
- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M. & Fernández-Aranda, F. (2021), *A review of binge eating disorder and obesity*, *Neuropsychiatrie*, 35(2), 57–67.
- Akyol, A., Ayaz, A., Inan-Eroglu, E., Cetin, C. & Samur, G. (2018), *Impact of three different plate colours on short-term satiety and energy intake: a randomized controlled trial*, *Nutrition Journal*, 17(1), 46.
- al Banna, Md. H., Brazendale, K., Khan, M. S. I., Sayeed, A., Hasan, M. T. & Kundu, S. (2021), *Association of overweight and obesity with the risk of disordered eating attitudes and behaviors among Bangladeshi university students*, *Eating Behaviors*, 40, 101474.

- Alabi, F., Guilbert, L., Villalobos, G., Mendoza, K., Hinojosa, R., Melgarejo, J. C., Espinosa, O., Sepúlveda, E. M. & Zerrweck, C. (2018), *Depression Before and After Bariatric Surgery in Low-Income Patients: the Utility of the Beck Depression Inventory*, *Obesity Surgery*, 28(11), 3492–3498.
- AlAmmar, W. A., Albeesh, F. H. & Khattab, R. Y. (2020), *Food and Mood: the Corresponive Effect*, *Current Nutrition Reports*, 9(3), 296–308.
- Albersnagel, F. A. (1988), *Velten and musical mood induction procedures: A comparison with accessibility of thought associations*, *Behaviour Research and Therapy*, 26(1), 79–95.
- Alblas, M. C., Mollen, S., Fransen, M. L. & van den Putte, B. (2020), *Food at first sight: Visual attention to palatable food cues on TV and subsequent unhealthy food intake in unsuccessful restrained eaters*, *Appetite*, 147.
- American Psychiatric Association. (2013). Feeding and Eating Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). (ss. 329–355). American Psychiatric Association.
- Ameye, H. & Swinnen, J. (2019), *Obesity, income and gender: The changing global relationship*, *Global Food Security*, 23, 267–281.
- Anderson, D. A., Schaumberg, K., Anderson, L. M. & Reilly, E. E. (2015), *Is level of intuitive eating associated with plate size effects?*, *Eating Behaviors*, 18, 125–130.

- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S. & Anderson, D. A. (2016), *Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students*, *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 83–90.
- Ando, K., Giorgianni, F. E., Danthinne, E. S. & Rodgers, R. F. (2021), *Beauty ideals, social media, and body positivity: A qualitative investigation of influences on body image among young women in Japan*, *Body Image*, 38, 358–369.
- Andreou, E., Hajigeorgiou, P. G., Kyriakou, K., Avraam, T., Chappa, G., Kallis, P., Lazarou, C., Philippou, C., Christoforou, C., Kokkinofa, R., Dioghenous, C., Savva, S. C., Kafatos, A., Zampelas, A. & Papandreou, D. (2012), *Risk factors of obesity in a cohort of 1001 Cypriot adults: An epidemiological study*, *Hippokratia*, 16(3), 256–260.
- Araiza, A. M. & Wellman, J. D. (2017), *Weight stigma predicts inhibitory control and food selection in response to the salience of weight discrimination*, *Appetite*, 114, 382–390.
- Araz, A., Aydın, A. & Asan, A. (2011), *Görsel Analog Ölçeği ve Duygu Kafesi: Kültürümüze Uyarlama Çalışması*, *Türk Psikoloji Yazıları*, 14(27), 1–13.
- Ashwell, M. & Gibson, S. (2016), *Waist-to-height ratio as an indicator of early health risk: Simpler and more predictive than using a matrix based on BMI and waist circumference*, *BMJ Open*, 6(3).

- Bağcılar, S., Akyol Mutlu, A. & Kabaran, S. (2019), *Kuzey Kıbrıs'ta yaşayan yetişkin bireylerin uyku kalitesi ve süresi ile beslenme durumlarının belirlenmesi*, Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi, 6(15), 25–47.
- Balantekin, K. N., Grammer, A. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Eichen, D. E., Graham, A. K., Monterubio, G. E., Firebaugh, M.-L., Karam, A. M., Sadeh-Sharvit, S., Goel, N. J., Flatt, R. E., Trockel, M. T., Taylor, C. B. & Wilfley, D. E. (2021), *Overweight and obesity are associated with increased eating disorder correlates and general psychopathology in university women with eating disorders*, Eating Behaviors, 41, 101482.
- Baldini, I., Casagrande, B. P. & Estadella, D. (2021), *Depression and obesity among females, are sex specificities considered?*, Archives of Women's Mental Health, 24(6), 851–866.
- Barışkan, H. (2019), *Sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde abdominal obezite sıklığı ve yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi.
- Bauer, L. O. (2015), *Visual illusions and inattention: Their association with adiposity among adolescent girls*, Appetite, 95, 310–316.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H. T., Bozkurt, N., Keçecioglu, S., Merdol, T., ... & Yıldız, E. (2008), *Diyet El Kitabı* (5. Baskı) (ss. 39-65). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.

Bennett, E., Peters, S. A. E. & Woodward, M. (2018), *Sex differences in macronutrient intake and adherence to dietary recommendations: findings from the UK Biobank*, BMJ Open, 8(4), e020017.

Benton, D. (2015), *Portion Size: What We Know and What We Need to Know*, Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 55(7), 988–1004.

Blumfield, M. L., Bei, B., Zimberg, I. Z. & Cain, S. W. (2018), *Dietary disinhibition mediates the relationship between poor sleep quality and body weight*, Appetite, 120, 602–608.

Bouchard, C. (2008), *Gene-Environment Interactions in the Etiology of Obesity: Defining the Fundamentals*, Obesity, 16(3), 5–10.

Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T. & Emley, E. (2018), *Eating when depressed, anxious, bored, or happy: Are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?*, Appetite, 125, 410–417.

Brand, J. & Wansink, B. (2016), *Depicted Versus Stated Serving Sizes: Exaggerated Servings on Packaging Encourage Overeating*, Journal of Nutrition Education and Behavior, 48(7).

Brehm, B. J. & D'Alessio, D. A. (2019), Environmental Factors Influencing Obesity,
In *Endotext*. MDTText.com, Inc.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25905211> (11 Şubat 2021)

- Brown, S. D., Duncan, J., Crabtree, D., Powell, D., Hudson, M. & Allan, J. L. (2020), *We are what we (think we) eat: The effect of expected satiety on subsequent calorie consumption*, *Appetite*, 152, 104717.
- Burger, K. S., Fisher, J. O. & Johnson, S. L. (2011), *Mechanisms Behind the Portion Size Effect: Visibility and Bite Size*, *Obesity*, 19(3), 546-551.
- Cardi, V., Leppanen, J. & Treasure, J. (2015), *The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders*, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57, 299–309.
- Case, L., Daristotle, L., Hayek, M. & Raasch, M. (2011), *Canine And Feline Nutrition*, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Cella, S., Fei, L., D'Amico, R., Giardiello, C., Allaria, A. & Cotrufo, P. (2019), *Binge eating disorder and related features in bariatric surgery candidates*, *Open Medicine*, 14(1), 407–415.
- Cha, E., Talman, M. S., Massey, A. H., Yan, F. & Rogers, A. E. (2018), *Sleep, Lifestyle Behaviors, and Cardiometabolic Health Markers in Overweight/Obese Young Adults: A Pilot Study Using the SenseWear® Armband*, *Biological Research For Nursing*, 20(5).
- Clarke, N., Pechey, E., Pechey, R., Ventsel, M., Mantzari, E., De-loyde, K., Pilling, M. A., Morris, R. W., Marteau, T. M. & Hollands, G. J. (2021), *Size and shape*

of plates and size of wine glasses and bottles: Impact on self-serving of food and alcohol, BMC Psychology, 9(1), 163.

Clément, K., Mosbah, H. & Poitou, C. (2020), *Rare genetic forms of obesity: From gene to therapy*, Physiology and Behavior, 227.

Coelho, G., Bittencourt, L., Andersen, M. L., Guimarães, T. M., Silva, L. O. e, Luz, G. P., Tufik, S. & Hachul, H. (2022), *Depression and obesity, but not mild obstructive sleep apnea, are associated factors for female sexual dysfunction*, Sleep and Breathing, 26(2), 697–705.

Cooper, A. J., Gupta, S. R., Moustafa, A. F. & Chao, A. M. (2021), *Sex/Gender Differences in Obesity Prevalence, Comorbidities, and Treatment*, Current Obesity Reports, 10(4), 458–466.

Cooper, C. B., Neufeld, E., Dolezal, B. A. & Martin, J. L. (2018), *Sleep deprivation and obesity in adults: a brief narrative review*, BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 4(1).

Corrêa, M. M., Facchini, L. A., Thumé, E., Oliveira, E. R. A. de & Tomasi, E. (2019), *The ability of waist-to-height ratio to identify health risk*, Revista de Saúde Pública, 53.

Ćosić Mulahasanović, I., Nožinović Mujanović, A., Mujanović, E., Šabović, A., Ledić, I. & Šimić, A. (2021), *Analysis of differences between male and female students in the EAT26 eating habits assessment test*, Sport Scientific and

Practical Aspects: International Scientific Journal of Kinesiology, 18(2), 59–62.

Cossrow, N., Pawaskar, M., Witt, E. A., Ming, E. E., Victor, T. W., Herman, B. K., Wadden, T. A. & Erder, M. H. (2016), *Estimating the Prevalence of Binge Eating Disorder in a Community Sample From the United States*, The Journal of Clinical Psychiatry, 77(08), e968–e974.

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F. & Oja, P. (2003), *International physical activity questionnaire: 12-Country reliability and validity*, Medicine and Science in Sports and Exercise, 35(8), 1381–1395.

Creatore, M. I., Glazier, R. H., Moineddin, R., Fazli, G. S., Johns, A., Gozdyra, P., Matheson, F. I., Kaufman-Shriqui, V., Rosella, L. C., Manuel, D. G. & Booth, G. L. (2016), *Association of Neighborhood Walkability With Change in Overweight, Obesity, and Diabetes*, JAMA, 315(20).

Creswell, J. D. (2017), *Mindfulness Interventions*, Annual Review of Psychology, 68(1), 491–516.

Crovetto, M., Valladares, M., Espinoza, V., Mena, F., Oñate, G., Fernandez, M. & Durán-Agüero, S. (2018), *Effect of healthy and unhealthy habits on obesity: a multicentric study*, Nutrition, 54, 7–11.

- Cruz Estrada, F. de M., Tlatempa Sotelo, P., Valdes-Ramos, R., Hernández Murúa, J. A. & Manjarrez-Montes-de-Oca, R. (2017), *Overweight or Obesity, Gender, and Age Influence on High School Students of the City of Toluca's Physical Fitness*, BioMed Research International, 2017.
- Çolak, H. & Aktaç, Ş. (2019), *Ağırlık Yönetimine Yeni Bir Yaklaşım: Yeme Farkındalığı*, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(3), 212-222.
- D'Souza, C., Hay, P., Touyz, S. & Piya, M. K. (2020), *Bariatric and Cosmetic Surgery in People with Eating Disorders*, Nutrients, 12(9), 2861.
- da Luz, F., Hay, P., Touyz, S. & Sainsbury, A. (2018), *Obesity with Comorbid Eating Disorders: Associated Health Risks and Treatment Approaches*, Nutrients, 10(7), 829.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L. & Begay, D. (2010), *Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity*, Complementary Therapies in Medicine, 18(6), 260–264.
- Davis, H. A. & Smith, G. T. (2018), *An integrative model of risk for high school disordered eating*, Journal of Abnormal Psychology, 127(6), 559–570.

- de Koning, L., Merchant, A. T., Pogue, J. & Anand, S. S. (2007), *Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies*, *European Heart Journal*, 28(7), 850–856.
- de Lara Perez, B. & Delgado-Rios, M. (2022), *Mindfulness-based programs for the prevention of childhood obesity: A systematic review*, *Appetite*, 168, 105725.
- Deacon-Crouch, M., Begg, S. & Skinner, T. (2020), *Is sleep duration associated with overweight/obesity in Indigenous Australian adults?*, *BMC Public Health*, 20(1), 1229.
- DeBoer, M. D., Filipp, S. L. & Gurka, M. J. (2019), *Geographical variation in the prevalence of obesity and metabolic syndrome among US adolescents*, *Pediatric Obesity*, 14(4).
- Delboeuf, F. J. (1865), *Note sur certaines illusions d'optique: Essai d'une théorie psychophysique de la manière dont l'oeil apprécie les distances et les angles*, *Bulletins de l'Académie Royale Des Sciences*, 19, 195–216.
- di Tecco, C., Fontana, L., Adamo, G., Petyx, M. & Iavicoli, S. (2020), *Gender differences and occupational factors for the risk of obesity in the Italian working population*, *BMC Public Health* 20:1, 20(1), 1–14.
- Dishman, R. K. (2008), *Gene-Physical Activity Interactions in the Etiology of Obesity: Behavioral Considerations*, *Obesity*, 16(S3), S60–S65

- Donnelly, R., Wei, C., Morrison-Koechl, J. & Keller, H. (2020), *The effect of blue dishware versus white dishware on food intake and eating challenges among residents living with dementia: a crossover trial*, BMC Research Notes, 13(1), 353.
- Durukan, A. & Gül, A. (2019), *Mindful eating: Differences of generations and relationship of mindful eating with BMI*, International Journal of Gastronomy and Food Science, 18, 100172.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2008), *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation*, Geneva: Dünya Sağlık Örgütü.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2011), *Evidence for gender responsive actions to prevent and manage overweight and obesity*, http://www.euteach.com/euteach_home/ (1 Şubat 2021).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2013), *Nutrition, Physical Activity and Obesity Cyprus*, <http://www.euro.who.int/en/nutrition-country-profiles> (1 Şubat 2021).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2020), *Obesity*, https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 (1 Şubat 2021).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021a), *Obesity and overweight*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (6 Temmuz 2022)

Dünya Sağlık Örgütü. (2021b), *Obesity in Europe Region*,
[https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-](https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity)
[diseases/obesity](https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity) (1 Şubat 2021).

Dünya Sağlık Örgütü. (2022), *WHO European Regional Obesity Report 2022*,
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf)
[eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf) (20 Haziran 2022)

Egger, G. & Swinburn, B. (1997), *An “ecological” approach to the obesity pandemic*,
BMJ, 315(7106), 477–480.

Egusquiza, R. J. & Blumberg, B. (2020), *Environmental obesogens and their impact on susceptibility to obesity: New mechanisms and chemicals*, Endocrinology, 161(3), 1–14.

Elran Barak, R., Shuval, K., Li, Q., Oetjen, R., Drope, J., Yaroch, A. L., Fennis, B. M. & Harding, M. (2021), *Emotional Eating in Adults: The Role of Sociodemographics, Lifestyle Behaviors, and Self-Regulation—Findings from a U.S. National Study*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(4), 1744.

English, L., Lasschuijt, M. & Keller, K. L. (2015), *Mechanisms of the portion size effect. What is known and where do we go from here?*, Appetite, 88, 39–49.

Ergüney-Okumuş, F. E. & Sertel-Berk, H. Ö. (2020), *Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve*

Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, Psikoloji Çalışmaları / Studies in Psychology, 40(1), 57–78.

Eroğlu, M., Sertçelik, S. & Tamam, L. (2018), *Eating disorders in bariatric surgery candidates admitted to Haydarpasa Numune Training and Research Hospital*, Anatolian Journal of Psychiatry, 1.

Espeland, M. A., Small, D. M. & Stoeckel, L. E. (2018). Diet, obesity, and physical inactivity: Linking diabetes and dementia. In V. Srikanth & Z. Arvanitakis (Eds.), *Type 2 diabetes and dementia* (pp. 117–141). Elsevier Academic Press.

Faris, M. E., Vitiello, M. v., Abdelrahim, D. N., Cheikh Ismail, L., Jahrami, H. A., Khaleel, S., Khan, M. S., Shakir, A. Z., Yusuf, A. M., Masaad, A. A. & Bahammam, A. S. (2021), *Eating habits are associated with subjective sleep quality outcomes among university students: findings of a cross-sectional study*, Sleep and Breathing, 1–12.

Fileh, S., González Gil, E., Miguel-berges, M. L. & Moreno Aznar, L. A. (2020), *Food portion sizes, obesity, and related metabolic complications in children and adolescents*, Nutrición Hospitalaria.

Fisberg, M., Maximino, P., Kain, J. & Kovalskys, I. (2016), *Obesogenic environment-intervention opportunities*, Jornal de Pediatria, 92(3).

- Flood, J. E., Roe, L. S. & Rolls, B. J. (2006), *The Effect of Increased Beverage Portion Size on Energy Intake at a Meal*, Journal of the American Dietetic Association, 106(12).
- Forde, C. G. (2018), *Methods in Consumer Research*, Cambridge: Woodhead Publishing.
- Foucan, L., Larifla, L., Durand, E., Rambhojan, C., Armand, C., Michel, C.-T., Billy, R., Dhennin, V., de Graeve, F., Rabearivelo, I., Sand, O., Lacorte, J.-M., Froguel, P. & Bonnefond, A. (2018), *High Prevalence of Rare Monogenic Forms of Obesity in Obese Guadeloupean Afro-Caribbean Children*, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 103(2), 539–545.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S. & Benitez, D. (2009), *Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire*, Journal of the American Dietetic Association, 109(8), 1439–1444.
- Fuentes Artiles, R., Staub, K., Aldakak, L., Eppenberger, P., Rühli, F. & Bender, N. (2019), *Mindful eating and common diet programs lower body weight similarly: Systematic review and meta-analysis*, Obesity Reviews, 20(11), 1619–1627.
- Garcia, S. C., Mikhail, M. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M. C., Boker, S. & Klump, K. L. (2020), *Increased rates of eating disorders and their symptoms in women with major depressive disorder and anxiety disorders*, International Journal of Eating Disorders, 53(11), 1844–1854.

- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1979), *The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa*, *Psychological Medicine*, 9(2), 273–279.
- Garner, D. M., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982), *The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates*, *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878.
- Ge, L., Almanza, B., Behnke, C. & Tang, C. H. (2018), *Will reduced portion size compromise restaurant customer's value perception?*, *International Journal of Hospitality Management*, 70, 130–138.
- Geets, E., Meuwissen, M. E. C. & van Hul, W. (2019), *Clinical, molecular genetics and therapeutic aspects of syndromic obesity*, *Clinical Genetics*, 95(1), 23–40.
- Geier, A. B., Rozin, P. & Doros, G. (2006), *Unit bias: A new heuristic that helps explain the effect of portion size on food intake*, *Psychological Science*, 17(6), 521–525.
- Gezer, C., Dal, S., Ozer, E. & Yucecan, S. (2013), *What is the obesity prevalence of Northern Cyprus?*, *Annals of Nutrition and Metabolism*, 63, 981–982.
- Gezmen Karadağ, M., Ağagündüz, D., Yıldırım, H., Arslan, S. & Toka, O. (2020), *Factors affecting on perception and knowledge of portion size in young adults*, *Nutrition & Food Science*, ahead-of-print(ahead-of-print).

Górnicka, M., Hamulka, J., Wadolowska, L., Kowalkowska, J., Kostyra, E., Tomaszewska, M., Czezelewski, J. & Bronkowska, M. (2020), *Activity-Inactivity Patterns, Screen Time, and Physical Activity: The Association with Overweight, Central Obesity and Muscle Strength in Polish Teenagers. Report from the ABC of Healthy Eating Study*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(21).

Gouveia, M. J., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2019), *Associations between Mindfulness, Self-Compassion, Difficulties in Emotion Regulation, and Emotional Eating among Adolescents with Overweight/Obesity*, Journal of Child and Family Studies, 28(1), 273–285.

Government of Canada. (2019), *Serving size*, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/understanding-food-labels/serving-size.html> (16 May 2021)

Gregersen, N. T., Møller, B. K., Raben, A., Kristensen, S. T., Holm, L., Flint, A. & Astrup, A. (2011), *Determinants of appetite ratings: The role of age, gender, BMI, physical activity, smoking habits, and diet/weight concern*, Food and Nutrition Research, 55.

Gurka, M. J., Filipp, S. L. & DeBoer, M. D. (2018), *Geographical variation in the prevalence of obesity, metabolic syndrome, and diabetes among US adults*, Nutrition & Diabetes, 8(1), 14.

- Gül, F. & Dikmen, D. (2018), *Kadın tüketicilerde besin etiketi okuma alışkanlıkları ve alerjen bilgi düzeyinin saptanması*, Beslenme ve Diyet Dergisi, 46(2), 157-165.
- Gündüz, N., Akhalil, M. & Sevgi, E. N. (2020), *Hedonic hunger*, Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 3(1), 80–96.
- Güzel, M. A. & Güngör, D. (2020), *Testing A Metacognitive Regulation Approach For Judgment Of Satiation: Might Hunger And Fullness Not Be The Polar Opposites Of The Same Dimension?*, Nesne Psikoloji Dergisi, 8(18), 359–372.
- Hales, C. M., Fryar, C. D., Carroll, M. D., Freedman, D. S. & Ogden, C. L. (2018), *Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016*, JAMA-Journal of the American Medical Association, 319(16), 1723–1725.
- Hardman, C. A., McCrickerd, K. & Brunstrom, J. M. (2011), *Children's familiarity with snack foods changes expectations about fullness*, American Journal of Clinical Nutrition, 94(5), 1196–1201.
- Harrison, A. N., James Bateman, C. C. B., Younger-Coleman, N. O. M., Williams, M. C., Rocke, K. D., Clato-Day Scarlett, S. C. & Chang, S. M. (2019), *Disordered eating behaviours and attitudes among adolescents in a middle-income country*, Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 25(6), 1727–1737.

- Hayes, J. F., Fitzsimmons-Craft, E. E., Karam, A. M., Jakubiak, J., Brown, M. L. & Wilfley, D. E. (2018), *Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Youth with Overweight and Obesity: Implications for Treatment*, *Current Obesity Reports*, 7(3), 235–246.
- Haynes, A., Hardman, C. A., Makin, A. D. J., Halford, J. C. G., Jebb, S. A. & Robinson, E. (2019), *Visual perceptions of portion size normality and intended food consumption: A norm range model*, *Food Quality and Preference*, 72.
- Hays, N. P. & Roberts, S. B. (2008), *Aspects of Eating Behaviors “Disinhibition” and “Restraint” Are Related to Weight Gain and BMI in Women*, *Obesity*, 16(1), 52–58.
- Hazzard, V. M., Telke, S. E., Simone, M., Anderson, L. M., Larson, N. I. & Neumark-Sztainer, D. (2021), *Intuitive eating longitudinally predicts better psychological health and lower use of disordered eating behaviors: findings from EAT 2010–2018*, *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 287–294.
- He, J. & Xie, Y. (2022), *The sociocultural mechanism of obesity: The influence of gender role attitudes on obesity and the gender gap*, *Social Science & Medicine*, 293, 114655.
- Hepworth, N. S. (2010), *A Mindful Eating Group as an Adjunct to Individual Treatment for Eating Disorders: A Pilot Study*, *Eating Disorders*, 19(1), 6–16.

- Herman, C. P. & Polivy, J. (2005), *Normative influences on food intake*, *Physiology and Behavior*, 86(5), 762–772.
- Herman, C. P., Polivy, J., Pliner, P. & Vartanian, L. R. (2015), *Mechanisms underlying the portion-size effect*, *Physiology and Behavior*, 144, 129–136.
- Hetherington, M. M. & Blundell-Birtill, P. (2018), *The portion size effect and overconsumption-towards downsizing solutions for children and adolescents*, *Nutrition Bulletin*, 43(1).
- Hill, J. O., Wyatt, H. R. & Peters, J. C. (2013), *The importance of energy balance*, *European Endocrinology*, 9(2), 111–115.
- Hinney, A., Vogel, C. I. G. & Hebebrand, J. (2010), *From monogenic to polygenic obesity: Recent advances*, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(3), 297–310.
- Holden, S. S., Zlatevska, N. & Dubelaar, C. (2016), *Whether Smaller Plates Reduce Consumption Depends on Who's Serving and Who's Looking: A Meta-Analysis*, *Journal of the Association for Consumer Research*, 1(1), 134–146.
- Hollands, G. J., Shemilt, I., Marteau, T. M., Jebb, S. A., Lewis, H. B., Wei, Y., Higgins, J. & Ogilvie, D. (2015), *Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3).

- Hoover, D. S., Spears, C. A., Vidrine, D. J., Walker, J. L., Tina Shih, Y. C., Wetter, D. W., Elting, L. S., Ramondetta, L. M., Li, Y., Gillaspay, S. R. & Vidrine, J. I. (2019), *Smoking cessation treatment needs of low SES cervical cancer survivors*, American Journal of Health Behavior, 43(3), 606–620.
- Hurst, Y. & Fukuda, H. (2018), *Effects of changes in eating speed on obesity in patients with diabetes: a secondary analysis of longitudinal health check-up data*, BMJ Open, 8(1), e019589.
- Huvenne, H., le Beyec, J., Pépin, D., Alili, R., Kherchiche, P. P., Jeannic, E., Frelut, M.-L., Lacorte, J.-M., Nicolino, M., Viard, A., Laville, M., Ledoux, S., Tounian, P., Poitou, C., Dubern, B. & Clément, K. (2015), *Seven Novel Deleterious LEPR Mutations Found in Early-Onset Obesity: a ΔExon6-8 Shared by Subjects From Reunion Island, France, Suggests a Founder Effect*, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 100(5).
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018), *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*, http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf (1 Şubat 2021).
- Ioakimidis, I., Zandian, M., Bergh, C. & Södersten, P. (2009), *A method for the control of eating rate: A potential intervention in eating disorders*, Behavior Research Methods, 41(3), 755–760.

Irizarry, K. A. & Haqq, A. M. (2018), *Contemporary Endocrinology*, New Jersey: Humana Press Inc.

İbrahimova, A. (2020), *Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığına göre aşırı besin isteği, iştah ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi.

Jackson, D. M., Djafarian, K., Stewart, J. & Speakman, J. R. (2009), *Increased television viewing is associated with elevated body fatness but not with lower total energy expenditure in children*, The American Journal of Clinical Nutrition, 89(4).

Jebeile, H., Gow, M. L., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J. & Lister, N. B. (2019), *Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis*, Obesity Reviews, 20(9), 1287–1298.

Jebeile, H., Lister, N. B., Baur, L. A., Garnett, S. P. & Paxton, S. J. (2021), *Eating disorder risk in adolescents with obesity*, Obesity Reviews, 22(5), e13173.

Jiotsa, B., Naccache, B., Duval, M., Rocher, B. & Grall-Bronnec, M. (2021), *Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(6), 2880.

- Kadoun, H. C. & Acosta, A. (2017), *Current paradigms in the etiology of obesity*, Techniques in Gastrointestinal Endoscopy, 19(1), 2–11.
- Kärkkäinen, U., Mustelin, L., Raevuori, A., Kaprio, J. & Keski-Rahkonen, A. (2018), *Do Disordered Eating Behaviours Have Long-term Health-related Consequences?*, European Eating Disorders Review, 26(1), 22–28.
- Keating, L., Mills, J. S. & Rawana, J. S. (2019), *Momentary predictors of binge eating: An attachment perspective*, Eating Behaviors, 32, 44–52.
- Keller, K., Kling, S., Fuchs, B., Pearce, A., Reigh, N., Masterson, T. & Hickok, K. (2019), *A Biopsychosocial Model of Sex Differences in Children's Eating Behaviors*, Nutrients, 11(3), 682.
- Kes, D. & Can Cicek, S. (2021), *Mindful eating, obesity, and risk of type 2 diabetes in university students: A cross-sectional study*, Nursing Forum, 56(3), 483–489.
- Keyte, R., Egan, H. & Mantzios, M. (2019), *How does mindful eating without non-judgement, mindfulness and self-compassion relate to motivations to eat palatable foods in a student population?*. Nutrition and health, 26(1), 27–34.
- Kılınç, F. & Gözel, N. (2018), *Obezite ve Genetik*, Fırat Tıp Dergisi, 23, 9–13.
- Kjeldbjerg, M. L., Clausen, L. & Højgaard, D. R. M. A. (2021), *Factor analysis of the eating disorder examination in a sample of female adolescents and adults with eating disorders*, International Journal of Eating Disorders, 54(5), 879–886.

- Kocaadam Bozkurt, B. & Köksal, E. (2021), *Çocuklar ve Aileleri için Yeme Farkındalığı Müdahale Programı'nın Türk Kültürüne Uyarlama Çalışması*, Journal of Nutrition and Dietetics, 49(3), 84–92.
- Kontinen, H. (2020), *Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes*, Proceedings of the Nutrition Society, 79(3), 283–289.
- Kose, G., Tayfur, M., Birincioglu, I. & Donmez, A. (2016), *Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish*, Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 5(3), 125–134.
- Kosıte, D., König, L. M., De-loyde, K., Lee, I., Pechey, E., Clarke, N., Maynard, O., Morris, R. W., Munafò, M. R., Marteau, T. M., Fletcher, P. C. & Hollands, G. J. (2019), *Plate size and food consumption: A pre-registered experimental study in a general population sample*, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16(1), 75.
- Kozak, A. T., Pickett, S. M., Jarrett, N. L., Markarian, S. A., Lahar, K. I. & Goldstick, J. E. (2019), *Project STARLIT: protocol of a longitudinal study of habitual sleep trajectories, weight gain, and obesity risk behaviors in college students*, BMC Public Health, 19(1).
- Köse, G. (2017), *Üniversite Öğrencilerinin Yeme Farkındalığının Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi.

- Köse, G. & Çıplak, M. E. (2020), *Mindful eating questionnaire: Eating control, emotional eating and conscious nutrition trio*, Progress in Nutrition, 22(2), 555–561.
- Kral, T. V., Roe, L. S. & Rolls, B. J. (2004), *Combined effects of energy density and portion size on energy intake in women*, The American Journal of Clinical Nutrition, 79(6) 962–8.
- Kristeller, J. L. & Wolever, R. Q. (2010), *Mindfulness-Based Eating Awareness Training for Treating Binge Eating Disorder: The Conceptual Foundation*, Eating Disorders, 19(1), 49–61.
- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M.-E., Velázquez-Alva, M.-C., Lara-Flores, N., Nájera-Medinaand, O. & Zepeda-Zepeda, M.-A. (2018), *Depression and food consumption in Mexican college students*, Nutrición Hospitalaria, 35(3), 620–625.
- Levitsky, D., Agaronnik, N., Zhong, W., Morace, C., Barre, L. & Michael, J. J. (2020), *Reducing an entrée portion size does not affect the amount of dessert consumed*, Appetite, 151.
- Li, N., Yang, T., Yu, W.-Q. & Liu, H. (2019), *Is Waist-to-Height Ratio Superior to Body Mass Index and Waist Circumference in Predicting the Incidence of Hypertension?*, Human Nutrition: Research Article Ann Nutr Metab, 74, 215–223.

- Libotte, E., Siegrist, M. & Bucher, T. (2014), *The influence of plate size on meal composition. Literature review and experiment*, *Appetite*, 82, 91–96.
- Lim, Y. J., Jamaluddin, R. & Er, Y. T. (2018), *Association between Platescapes, Foodscapes, and Meal Energy Intake in Government Employees from Muar, Johor, Malaysia*, *Nutrients*, 10(7).
- Livingstone, M. B. E. & Pourshahidi, L. K. (2014), *Portion Size and Obesity*, *Advances in Nutrition*, 5(6), 829–834.
- Lobstein, T., Baur, L. & Uauy, R. (2004), *Obesity in children and young people: a crisis in public health*, *Obesity Reviews*, 5(s1).
- Ma, X., Chen, Q., Pu, Y., Guo, M., Jiang, Z., Huang, W., Long, Y. & Xu, Y. (2020), *Skipping breakfast is associated with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis*, *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(1), 1–8.
- Mabele, G. K., Ekisawa, C. N., Delecluse, C. & Bompeka, F. L. (2019), *Level of physical activity and eating behavior: Risk factors associated with sedentariness among obese employees of a company in the city of Kinshasa province, Democratic Republic of Congo*, *Science & Sports*, 34(3).
- Maddahi, N. S., Yarizadeh, H., Setayesh, L., Nasir, Y., Alizadeh, S. & Mirzaei, K. (2020), *Association between dietary energy density with mental health and sleep quality in women with overweight/obesity*, *BMC Research Notes*, 13(1), 189.

- Maddock, J. (2004), *The relationship between obesity and the prevalence of fast food restaurants: State-level analysis*, American Journal of Health Promotion, 19(2), 137–143.
- Mando Group. (2022), *Mandometer*, <https://mando.se/en/mandometer-method/> (2 Eylül 2022).
- Mantzios, M., Egan, H. & Asif, T. (2019), *A Randomised Experiment Evaluating the Mindful Raisin Practice as a Method of Reducing Chocolate Consumption During and After a Mindless Activity*, Journal of Cognitive Enhancement, 4(3), 250–257.
- McClain, A. D., van den Bos, W., Matheson, D., Desai, M., McClure, S. M. & Robinson, T. N. (2014), *Visual illusions and plate design: the effects of plate rim widths and rim coloring on perceived food portion size*, International Journal of Obesity, 38(5), 657–662.
- McCrary, M. A. (2014), *Meal skipping and variables related to energy balance in adults: A brief review, with emphasis on the breakfast meal*, Physiology & Behavior, 134, 51–4.
- McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M. & Allison, K. C. (2018), *Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities*, Annals of the New York Academy of Sciences, 1411(1), 96–105.

- McGale, L. S., Smits, T., Halford, J. C. G., Harrold, J. A. & Boyland, E. J. (2020), *The influence of front-of-pack portion size images on children's serving and intake of cereal*, *Pediatric Obesity*, 15(2).
- Melamed, O. C., Selby, P. & Taylor, V. H. (2022), *Mental Health and Obesity During the COVID-19 Pandemic*, *Current Obesity Reports*, 11(1), 23–31.
- Mercado, D., Robinson, L., Gordon, G., Werthmann, J., Campbell, I. C. & Schmidt, U. (2021), *The outcomes of mindfulness-based interventions for Obesity and Binge Eating Disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials*, *Appetite*, 166, 105464.
- Mittal, D., Stevenson, R. J., Oaten, M. J. & Miller, L. A. (2011), *Snacking while watching TV impairs food recall and promotes food intake on a later TV free test meal*, *Applied Cognitive Psychology*, 25(6), 871–877.
- Mohammadbeigi, A., Asgarian, A., Moshir, E., Heidari, H., Afrashteh, S., Khazaei, S. & Ansari, H. (2018), *Fast food consumption and overweight/obesity prevalence in students and its association with general and abdominal obesity* *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 59(3), E236–E240.
- Morgan, D. J. R., Ho, K. M. & Platell, C. (2020). Incidence and Determinants of Mental Health Service Use After Bariatric Surgery. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 60.

- Morseth, M. S., Hanvold, S. E., Rø, Ø., Rissstad, H., Mala, T., Benth, J. Š., Engström, M., Olbers, T. & Henjum, S. (2016), *Self-Reported Eating Disorder Symptoms Before and After Gastric Bypass and Duodenal Switch for Super Obesity—a 5-Year Follow-Up Study*, *Obesity Surgery*, 26(3), 588–594.
- Mustelin, L., Bulik, C. M., Kaprio, J. & Keski-Rahkonen, A. (2017), *Prevalence and correlates of binge eating disorder related features in the community*, *Appetite*, 109, 165–171.
- Mutlu Albayrak, H. & Eklioğlu, S. B. (2016), *Çocukluk Çağında Sık Görülen Obezite Sendromları Common Obesity Syndromes in Childhood*, *The Journal of Current Pediatrics*, 14, 82–89.
- Nagata, J. M., Ganson, K. T. & Austin, S. B. (2020), *Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities*, *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 562–567.
- Nagata, J. M., Garber, A. K., Tabler, J., Murray, S. B. & Bibbins-Domingo, K. (2018), *Disordered Eating Behaviors among Overweight/Obese Young Adults and Future Cardiometabolic Risk in the National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health*, *Journal of Adolescent Health*, 62(2).
- Nas, A., Büsing, F., Hägele, F. A., Hasler, M., Müller, M. J. & Bosy-Westphal, A. (2020), *Impact of energy turnover on fat balance in healthy young men during energy balance, energetic restriction and overfeeding*, *British Journal of Nutrition*, 123, 30–40.

National Health Services. (2019), *Eat Well*, <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/> (30 Ocak 2022).

National Institute for Health and Care Excellence. (2014), *Obesity: identification, assessment and management*, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189> (30 Ocak 2022).

Nazif, S. (2012), *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yaşayan 19-40 Yaş Arası Kadınların Beslenme Durumunun Saptanması ve Kalsiyum Tüketim Durumunun Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi.

Nelson, J. B. (2017), *Mindful Eating: The Art of Presence While You Eat*, *Diabetes Spectrum*, 30(3), 171–174.

Nielsen, S. J. & Popkin, B. M. (2003), *Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998*, *Journal of the American Medical Association*, 289(4), 450–453.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Fryar, C. D. & Flegal, K. M. (2015), *Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014*, *NCHS Data Brief*, (219), 1–8.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K. & Flegal, K. M. (2014), *Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012*, *Journal of the American Medical Association*, 311(8), 806–814.

Ormancı, N. (2017), *Gazimağusa İlçesinde İkamet Eden 20-40 Yaş Arası Kadınların Obezite ile İlgili Önyargılarının ve Sağlıklı Beslenme Takıntılarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi.

Öner, C., Özdemir, M., Telatar, B. & Yeşildağ, Ş. (2016), *Does Plate Size Used in Food Service Affect Portion Perception?*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 10(4), 182–187.

Özenoğlu, A., Gün, B., Karadeniz, B., Koç, F., Bilgin, V., Bembeyaz, Z. & Saha, B. S. (2021), *Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığın Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlar ve Beden Kütle İndeksi ile İlişkisi*. E-Journal of New World Sciences Academy, 16(1).

Özkan, N (2018), *Yetişkin Bireylerde Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığının Beslenme Durumu ile İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.

Özkan, N. & Bilici, S. (2021), *Are anthropometric measurements an indicator of intuitive and mindful eating?*, Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 26(2), 639–648.

Paans, N. P. G., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Roca, M., Kohls, E., Watkins, E. & Penninx, B. W. J. H. (2018), *The association between depression and eating styles in four European countries: The MooDFOOD prevention study*, Journal of Psychosomatic Research, 108, 85–92.

- Peitz, D., Schulze, J. & Warschburger, P. (2021), *Getting a deeper understanding of mindfulness in the context of eating behavior: Development and validation of the Mindful Eating Inventory*, *Appetite*, 159, 105039.
- Pellegrini, M., Carletto, S., Scumaci, E., Ponzio, V., Ostacoli, L. & Bo, S. (2021), *The Use of Self-Help Strategies in Obesity Treatment. A Narrative Review Focused on Hypnosis and Mindfulness*, *Current Obesity Reports*, 10(3), 351–364.
- Penaforte, F. R. O., Japur, C. C., Diez-Garcia, R. W., Hernandez, J. C., Palmma-Linares, I. & Chiarello, P. G. (2014), *Plate size does not affect perception of food portion size*, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(2), 214–219.
- Peng, M., Adam, S., Hautus, M. J., Shin, M., Duizer, L. M. & Yan, H. (2017), *See food diet? Cultural differences in estimating fullness and intake as a function of plate size*, *Appetite*, 117, 197–202.
- Pengpid, S. & Peltzer, K. (2020), *Skippping Breakfast and Its Association with Health Risk Behaviour and Mental Health Among University Students in 28 Countries*, *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 13, 2889–2897.
- Pentikäinen, S., Arvola, A., Karhunen, L. & Pennanen, K. (2018), *Easy-going, rational, susceptible and struggling eaters: A segmentation study based on eating behaviour tendencies*, *Appetite*, 120, 212–221.

- Petit, O., Velasco, C. & Spence, C. (2018), *Are large portions always bad? Using the Delboeuf illusion on food packaging to nudge consumer behavior*, *Marketing Letters*, 29(4), 435–449.
- Pickering, J. & Halford, J. (2016). Hunger. *Encyclopedia of Food and Health* (ss. 363–368). Elsevier.
- Pickett, S., Burchenal, C. A., Haber, L., Batten, K. & Phillips, E. (2020), *Understanding and effectively addressing disparities in obesity: A systematic review of the psychological determinants of emotional eating behaviours among Black women*, *Obesity Reviews*, 21(6), e13010.
- Piqueras-Fiszman, B., Alcaide, J., Roura, E. & Spence, C. (2012), *Is it the plate or is it the food? Assessing the influence of the color (black or white) and shape of the plate on the perception of the food placed on it*, *Food Quality and Preference*, 24(1), 205–208.
- Public Health England. (2019), *Adult obesity: applying All Our Health*.
<https://www.gov.uk/government/publications/adult-obesity-applying-all-our-health/adult-obesity-applying-all-our-health> (16 May 2021).
- Rahimi-Ardabili, H., Reynolds, R., Vartanian, L. R., McLeod, L. V. D. & Zwar, N. (2017), *A Systematic Review of the Efficacy of Interventions that Aim to Increase Self-Compassion on Nutrition Habits, Eating Behaviours, Body Weight and Body Image*, *Mindfulness*, 9(2), 388–400.

- Ramalho, S. M., Trovisqueira, A., de Lourdes, M., Gonçalves, S., Ribeiro, I., Vaz, A. R., Machado, P. P. P. & Conceição, E. (2022), *The impact of COVID-19 lockdown on disordered eating behaviors: the mediation role of psychological distress*, Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 27(1), 179–188.
- Reddy, Y. N. V., Rikhi, A., Obokata, M., Shah, S. J., Lewis, G. D., AbouEzzedine, O. F., Dunlay, S., McNulty, S., Chakraborty, H., Stevenson, L. W., Redfield, M. M. & Borlaug, B. A. (2020), *Quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: importance of obesity, functional capacity, and physical inactivity*, European Journal of Heart Failure, 22(6), 1009–1018.
- Robinson, E., Henderson, J., Keenan, G. S. & Kersbergen, I. (2019), *When a portion becomes a norm: Exposure to a smaller vs. larger portion of food affects later food intake*, Food Quality and Preference, 75.
- Robinson, E., Nolan, S., Tudur-Smith, C., Boyland, E. J., Harrold, J. A., Hardman, C. A. & Halford, J. C. G. (2014), *Will smaller plates lead to smaller waists? A systematic review and meta-analysis of the effect that experimental manipulation of dishware size has on energy consumption: Dishware size and energy consumption*, Obesity Reviews, 15(10), 812–821.
- Robinson, E., Sheen, F., Harrold, J., Boyland, E., Halford, J. C. & Masic, U. (2016), *Dishware size and snack food intake in a between-subjects laboratory experiment*, Public Health Nutrition, 19(4), 633–637.

- Rodgers, R. F. & Rousseau, A. (2022), *Social media and body image: Modulating effects of social identities and user characteristics*, *Body Image*, 41, 284–291.
- Rolls, B. J., Morris, E. L. & Roe, L. S. (2002), *Portion size of food affects energy intake in normal-weight and overweight men and women*, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 76(6), 1207–13.
- Rolls, B. J., Roe, L. S., Halverson, K. H. & Meengs, J. S. (2007), *Using a smaller plate did not reduce energy intake at meals*, *Appetite*, 49(3), 652–660.
- Rolls, B. J., Roe, L. S., Meengs, J. S. & Wall, D. E. (2004), *Increasing the portion size of a sandwich increases energy intake*, *Journal of the American Dietetic Association*, 104(3), 367–72.
- Romain, A. J., Avignon, A., Macioce, V., Boegner, C., Attalin, A. & Sultan, A. (2022), *Patterns of eating behavior in people with severe obesity seeking weight loss treatment: An exploratory study*, *Appetite*, 169, 105797.
- Romieu, I., Dossus, L., Barquera, S., Blottière, H. M., Franks, P. W., Gunter, M., Hwalla, N., Hursting, S. D., Leitzmann, M., Margetts, B., Nishida, C., Potischman, N., Seidell, J., Stepien, M., Wang, Y., Westerterp, K., Winichagoon, P., Wiseman, M. & Willett, W. C. (2017), *Energy balance and obesity: what are the main drivers?*, *Cancer Causes and Control*, 28(3), 247–258.

- Sagui-Henson, S. J., Radin, R. M., Jhaveri, K., Brewer, J. A., Cohn, M., Hartogensis, W. & Mason, A. E. (2021), *Negative Mood and Food Craving Strength Among Women with Overweight: Implications for Targeting Mechanisms Using a Mindful Eating Intervention*, *Mindfulness*, 12(12), 2997–3010.
- Salvo, G., Lashewicz, B., Doyle-Baker, P. & McCormack, G. (2018), *Neighbourhood Built Environment Influences on Physical Activity among Adults: A Systematized Review of Qualitative Evidence*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 897.
- Sanlier, N., Açıklan, B., Eroglu, E., Kılınç, F. & Celik, B. (2022), *Chocolate craving: does it affect eating attitude and body mass index?*, *Nutrition & Food Science*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print.
- Sarwer, D. B. & Polonsky, H. M. (2016), *The Psychosocial Burden of Obesity*, *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 45(3), 677–688.
- Savaşır, I. & Erol, N. (1989), *Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi*, *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 19–25.
- Scott, I., & Mazhindu, D. (2014). *Statistics for Healthcare Professionals: An Introduction*. London: Sage.
- Serra-Juhé, C., Martos-Moreno, G., Bou de Pieri, F., Flores, R., Chowen, J. A., Pérez-Jurado, L. A. & Argente, J. (2020), *Heterozygous rare genetic variants in non-*

syndromic early-onset obesity, International Journal of Obesity, 44(4), 830–841.

Shah, B., Cost, K. T., Fuller, A., Birken, C. S. & Anderson, L. N. (2020), *Sex and gender differences in childhood obesity: contributing to the research agenda*, BMJ Nutrition, Prevention & Health, 3(2), 387–390.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006), *Mechanisms of mindfulness*, Journal of Clinical Psychology, 62(3), 373–386.

Sharafi, S. E., Garmaroudi, G., Ghafouri, M., Bafghi, S. A., Ghafouri, M., Tabesh, M. R. & Alizadeh, Z. (2020), *Prevalence of anxiety and depression in patients with overweight and obesity*, Obesity Medicine, 17, 100169.

Sheikhpour, M., Abolfathi, H., Khatami, S., Meshkani, R. & Barghi, T. S. (2020), *The interaction between gene profile and obesity in type 2 diabetes: A review*, Obesity Medicine, 18, 100197.

Silva, E. P. da, Rocha, A. P. R., Araujo, M. Y. C., Turi, B. C., Fernandes, R. A. & Codogno, J. S. (2019), *Sleep pattern, obesity and healthcare expenditures in Brazilian adults*, Ciência & Saúde Coletiva, 24(11).

Smethers, A. D. & Rolls, B. J. (2018), *Dietary Management of Obesity*. Medical Clinics of North America, 102(1).

- Smiciklas-Wright, H., Mitchell, D. C., Mickle, S. J., Goldman, J. D. & Cook, A. (2003), *Foods commonly eaten in the United States, 1989-1991 and 1994-1996: Are portion sizes changing?*, Journal of the American Dietetic Association, 103(1), 41–47.
- Smith, M., Hosking, J., Woodward, A., Witten, K., MacMillan, A., Field, A., Baas, P. & Mackie, H. (2017), *Systematic literature review of built environment effects on physical activity and active transport-an update and new findings on health equity*, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 14(1), 158.
- Solah, V. A., Meng, X., Wood, S., Gahler, R. J., Kerr, D. A., James, A. P., Pal, S., Fenton, H. K. & Johnson, S. K. (2015), *Effect of training on the reliability of satiety evaluation and use of trained panellists to determine the satiety effect of dietary fibre: A randomised controlled trial*, PLoS ONE, 10(5).
- Souza, T. C., Oliveira, L. A., Daniel, M. M., Ferreira, L. G., della Lucia, C. M., Liboredo, J. C. & Anastácio, L. R. (2022), *Lifestyle and eating habits before and during COVID-19 quarantine in Brazil*, Public Health Nutrition, 25(1), 65–75.
- Spivak-Lavi, Z., Peleg, O., Tzischinsky, O., Stein, D. & Latzer, Y. (2021), *Differences in the Factor Structure of the Eating Attitude Test-26 (EAT-26) in Different Cultures in Israel: Jews, Muslims, and Christians*, Nutrients, 13(6), 1899.

- Steenhuis, I. & Poelman, M. (2017), *Portion Size: Latest Developments and Interventions*, Current Obesity Reports, 6(1), 10–17.
- Swinburn, B. & Egger, G. (2002), *Preventive strategies against weight gain and obesity*, Obesity Reviews, 3(4).
- Swinburn, B., Egger, G. & Raza, F. (1999), *Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity*, Preventive Medicine, 29(6).
- Syrad, H., Llewellyn, C. H., Johnson, L., Boniface, D., Jebb, S. A., van Jaarsveld, C. H. M. & Wardle, J. (2016), *Meal size is a critical driver of weight gain in early childhood*, Scientific Reports, 6(1).
- Tapper, K. (2018), *Mindfulness and craving: effects and mechanisms*, Clinical Psychology Review, 59, 101–117.
- Taşlı, H. (2019), *Obezitenin Belirlenmesinde Kullanılan Beden Kitle İndeksi, Bel Çevresi, Bel Kalça Oranı Metotlarının Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tayhan Kartal, F. & Kabakuş Aykut, M. (2019), *Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fizik Kaygısı ve Depresyonun Yeme Bozukluğu Riski ile İlişkisi*, Journal of Nutrition and Dietetics, 1–10.

Temur, H. B. & Ceylan, R. (2020), *Kadınlarda Bazal Metabolizma Hızının Bazı Vücut Kompozisyonları ile Karşılaştırılması*, Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 5(4).

Thaker, V. V. (2017), *Genetic and Epigenetic Causes of Obesity*, Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 28(2), 379–405.

Torbahn, G., Gellhaus, I., Koch, B., von Kries, R., Obermeier, V., Holl, R. W., Fink, K. & van Egmond-Fröhlich, A. (2017), *Reduction of Portion Size and Eating Rate Is Associated with BMI-SDS Reduction in Overweight and Obese Children and Adolescents: Results on Eating and Nutrition Behaviour from the Observational KgAS Study*, Obesity Facts, 10(5), 503–516.

Tronieri, J. S., Wurst, C. M., Pearl, R. L. & Allison, K. C. (2017), *Sex Differences in Obesity and Mental Health*, Current Psychiatry Reports, 19(6), 29.

Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER). (2016), *Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)*, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf> (2 Şubat 2021).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2020), *Her Gün 10 Bin Adım*, <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-12536/her-gun-10-bin-adim.html> (11 Şubat 2021).

Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi (TÖBER). (2015), *Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

U.S. Department of Health and Human Services (USDA) & U.S. Department of Agriculture. (2015), 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition. Available at <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.

Udo, T. & Grilo, C. M. (2018), *Prevalence and Correlates of DSM-5–Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults*, Biological Psychiatry, 84(5), 345–354.

Vainik, U., García-García, I. & Dagher, A. (2019), *Uncontrolled eating: a unifying heritable trait linked with obesity, overeating, personality and the brain*, European Journal of Neuroscience, 50(3), 2430–2445.

Vakili, M., Jafarirad, S., Abedi, P., Amani, R. & Cheraghian, B. (2019), *Visual cues and food intake: Distortion power of plate and spoon size on overweight and obese university staff*, International Journal of Preventive Medicine, 10(1), 82.

van der Klaauw, A. A. & Farooqi, I. S. (2015), *The hunger genes: Pathways to obesity*, Cell, 161(1), 119–132.

van Eck, A., van Stratum, A., Achlada, D., Goldschmidt, B., Scholten, E., Fogliano, V., Stieger, M. & Bolhuis, D. (2020), *Cracker shape modifies ad libitum snack intake of crackers with cheese dip*, British Journal of Nutrition, 124(9), 988–997.

- van Ittersum, K. & Wansink, B. (2012), Plate size and color suggestibility: *The Delboeuf illusion's bias on serving and eating behavior*, Journal of Consumer Research, 39(2), 215–228.
- van Kleef, E., Shimizu, M., & Wansink, B. (2012), *Serving Bowl Selection Biases the Amount of Food Served*, Journal of Nutrition Education and Behavior, 44(1), 66–70.
- van Strien, T. (2018), *Causes of Emotional Eating and Matched Treatment of Obesity*, Current Diabetes Reports, 18(6), 35.
- Vandewater, E. A. (2006), *Time Well Spent? Relating Television Use to Children's Free-Time Activities*, Pediatrics, 117(2).
- Vargas-Alvarez, M. A., Navas-Carretero, S., Palla, L., Martínez, J. A., & Almiron-Roig, E. (2021), *Impact of Portion Control Tools on Portion Size Awareness, Choice and Intake: Systematic Review and Meta-Analysis*, Nutrients, 13(6), 1978.
- Verschueren, M., Claes, L., Palmeroni, N., Bogaerts, A., Gandhi, A., Moons, P. & Luyckx, K. (2020), Eating Disorder Symptomatology in Adolescent Boys and Girls: Identifying Distinct Developmental Trajectory Classes, Journal of Youth and Adolescence, 49(2), 410–426.

- Versluis, I. & Papies, E. K. (2016), *The Role of Social Norms in the Portion Size Effect: Reducing Normative Relevance Reduces the Effect of Portion Size on Consumption Decisions*, *Frontiers in Psychology*, 7.
- Wansink, B. & van Ittersum, K. (2013), *Portion size me: Plate-size induced consumption norms and win-win solutions for reducing food intake and waste*, *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 19(4), 320–332.
- Wansink, B., Painter, J. E. & North, J. (2005), *Bottomless bowls: Why visual cues of portion size may influence intake*, *Obesity Research*, 13(1), 93–100.
- Wansink, B., van Ittersum, K. & Painter, J. E. (2006), *Ice Cream Illusions*, *American Journal of Preventive Medicine*, 31(3), 240–243.
- Wen, M., Fan, J. X., Kowaleski-Jones, L. & Wan, N. (2018), *Rural-Urban Disparities in Obesity Prevalence Among Working Age Adults in the United States: Exploring the Mechanisms*, *American Journal of Health Promotion*, 32(2), 400–408.
- Winkens, L. H. H., van Strien, T., Brouwer, I. A., Penninx, B. W. J. H. & Visser, M. (2019), *Mindful eating and change in depressive symptoms: Mediation by psychological eating styles*, *Appetite*, 133, 204–211.
- Yıldırım, H. & Kaya Cebioglu, I. (2021), *The relationship between Mediterranean diet adherence and mindful eating among individuals with high education level*, *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi*, 12(4), 737-742.

- Young, L. R. & Nestle, M. (2002), *The Contribution of Expanding Portion Sizes to the US Obesity Epidemic*, *American Journal of Public Health*, 92(2).
- Young, L. R. & Nestle, M. (2007), *Portion sizes and obesity: Responses of fast-food companies*, *Journal of Public Health Policy*, 28(2), 238–248.
- Yu, Z., Indelicato, N. A., Fuglestad, P., Tan, M., Bane, L. & Stice, C. (2018), *Sex differences in disordered eating and food addiction among college students*, *Appetite*, 129, 12–18.
- Zeballos, E. & Todd, J. E. (2020), *The effects of skipping a meal on daily energy intake and diet quality*, *Public Health Nutrition*, 23(18), 3346–3355.
- Zervos, K., Koletsi, M., Mantzios, M., Skopeliti, N., Tsitsas, G. & Naska, A. (2021), *An Eight-Week Mindful Eating Program Applied in a Mediterranean Population With Overweight or Obesity: The EATT Intervention Study*, *Psychological Reports*.
- Zickgraf, H. F., Ellis, J. M. & Essayli, J. H. (2019), *Disentangling orthorexia nervosa from healthy eating and other eating disorder symptoms: Relationships with clinical impairment, comorbidity, and self-reported food choices*, *Appetite*, 134, 40–49.
- Zitron-Emanuel, N. & Ganel, T. (2018), *Food deprivation reduces the susceptibility to size-contrast illusions*, *Appetite*, 128, 138–144.

Zlatevska, N., Dubelaar, C. & Holden, S. S. (2014), *Sizing up the Effect of Portion Size on Consumption: A Meta-Analytic Review*, *Journal of Marketing*, 78(3), 140–154.

EKLER

Ek 1: Çalışmanın Etik Kurul Onayı

 Doğu Akdeniz Üniversitesi "Erdem, Bilgi, Gelişim"	Eastern Mediterranean University "Virtue, Knowledge, Advancement"	99628, Gazimağusa, KUZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 E-mail: bayek@emu.edu.tr
---	---	--

Etik Kurulu / Ethics Committee

Sayı: ETK00-2020-0242

17.11.2020

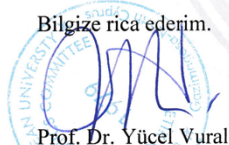
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

Sayın Seliz Bağcılar

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sağlık Etik Alt Kurulu'nun 29.09.2020 tarih ve 2020/06 sayılı toplantısında incelenerek uygun bulunan, Doç. Dr. Ceren Gezer danışmanlığında yürüttüğünüz "**Tabak Büyüklüğünün Sağlıklı Kadınların Besin Tüketimi ve Doygunluk Seviyelerine Etkisi**" adlı doktora tez çalışmanız, Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Bilgize rica ederim.


Prof. Dr. Yücel Vural
Etik Kurulu Başkanı

YV/ns.

www.emu.edu.tr

Ek 2: Helsinki Bildirgesi

Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeleri (Ekim 2013)

Giriş

1. Dünya Tıp Birliği, insanlardan elde edilen ve kime ait olduğu belirlenebilen materyal veya veriler üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere, gönüllülerin yer aldığı tıbbi araştırmalar için etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. Bildirge bir bütün olarak ele alınmalı ve içerdiği maddeler, ilgili bütün diğer maddeler göz önünde bulundurularak uygulanmalıdır.
2. Bildirge, Dünya Tıp Birliği'nin göreviyle tutarlı olarak en başta hekimlere yöneliktir. Dünya Tıp Birliği, gönüllüler üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda yer alan diğer tarafları da bu ilkeleri benimsemeye teşvik etmektedir.

Genel İlkeler

3. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastanın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "Tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın yararına göre davranması gerektiği"ni bildirir.
4. Hekimin görevi, üzerinde tıbbi araştırma yapılan gönüllüler de dahil olmak üzere, insan sağlığını, esenliğini ve haklarını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgisi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.
5. Tıbbi ilerlemeler, en sonunda insanlar üzerinde yapılan çalışmaları da içermek zorunda olan araştırmalara dayanır.
6. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı; hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Kanıtlanmış en iyi girişimler bile güvenilirlik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından, yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.
7. Tıbbi araştırma, üzerinde araştırma yapılan tüm gönüllülere saygıyı destekleyen ve temin eden, onların sağlığını ve haklarını koruyan etik standartlara tabidir.
8. Tıbbi araştırmanın birincil amacı yeni bilgi üretmek olduğu halde, bu amaç araştırmaya katılan gönüllülerin bireysel haklarından ve çıkarlarından asla üstün tutulamaz.
9. Gönüllülerin yaşamını, sağlığını, onurunu, bütünlüğünü, kendisi ile ilgili karar verme hakkını, mahremiyetini ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak, tıbbi araştırmalarda yer alan hekimlerin görevidir. Gönüllüleri koruma sorumluluğu her zaman hekim veya diğer sağlık mesleği uzmanına aittir ve olur vermiş olsalar bile asla gönüllülere ait değildir.
10. Hekimler, gönüllüler üzerindeki araştırmalar konusunda kendi ülkelerinde yürürlükte olan etik, yasal ve düzenleyici kurallar ile standartların yanı sıra, geçerli uluslararası kural ve standartları da göz önünde bulundurmak zorundadır. Hiçbir ulusal veya uluslararası etik, yasal veya düzenleyici kural, bu bildirgede bulunan ve gönüllülerin korunmasına yönelik olan herhangi bir hükmü zayıflatamamalı veya ortadan kaldıramamalıdır.
11. Tıbbi araştırmalar, çevreye verilebilecek olası zararı en aza indirecek şekilde yürütülmelidir.
12. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca etik ve bilimsel açıdan uygun eğitime, yetiştirmeye ve niteliklere sahip bireyler tarafından yürütülmelidir. Hastalar veya sağlıklı gönüllüler üzerindeki araştırmalar, yetkin ve uygun niteliklere sahip bir hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanı gözetiminde yapılmalıdır.
13. Tıbbi araştırmalarda yeterince temsil edilmeyen gruplara, araştırmaya katılım konusunda uygun erişim sağlanmalıdır.
14. Tıbbi araştırma ile sağlık hizmetini birlikte yürüten hekimler, ancak bunun koruyucu, tanısal veya tedavi edici yönden değerli olabileceği durumlarda ve gönüllü olacak hastaların sağlığının bu durumdan olumsuz etkilenmeyeceği konusunda makul gerekçelere sahip olmaları halinde, hastalarını araştırmalarına dahil etmelidir.
15. Bir araştırmada yer almaları nedeniyle zarar gören gönüllülere uygun tazminat ve tedavi temin edilmek zorundadır.

Riskler, Sakıncalar ve Yararlar

16. Tıbbi uygulamalarda ve tıbbi araştırmalarda, girişimlerin çoğu riskler ve sakıncalar içermektedir. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca amacın taşıdığı önem gönüllülerin maruz kalacakları risklere ve sakıncalara ağır bastığında yapılmalıdır.

17. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma öncesinde, araştırmaya katılan bireylere veya gruplara yönelik öngörülebilir riskler ve sakıncalar; kendilerinin ve araştırma konusu olan durumdan etkilenen diğer bireylerin veya grupların göreceği tahmin edilebilen faydayla karşılaştırılarak dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir. Riskleri en düşük düzeyde tutacak önlemler alınmalıdır. Riskler, araştırmacı tarafından sürekli olarak izlenmeli, değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
18. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde bunlarla baş edilebileceğinden emin olmadıkça, gönüllüler üzerindeki araştırmalarda yer almamalıdır. Hekimler, saptanan riskler yararlılardan daha fazla olduğunda veya olumlu ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtlara ulaşıldığında, araştırmayı derhal sona erdirmelidirler. Risklerin potansiyel yararlılara ağır bastığı görüldüğünde veya kesin sonuçlara ilişkin yeterli kanıt elde edildiğinde; hekimler çalışmaya devam etmeyi, çalışmayı değiştirmeyi veya hemen durdurmayı değerlendirmelidir.

İstismara Açık Gruplar ve Bireyler

19. Bazı gruplar ve bireyler özellikle istismara açıktır, bu grup ve kişilerin istismar edilme veya ek zarar görme olasılıkları daha fazla olabilir. İstismara açık tüm gruplara ve bireylere, özel olarak düşünülmüş koruma sağlanmalıdır.
20. İstismara açık bir grup üzerindeki tıbbi araştırmalar, yalnızca söz konusu grubun sağlık gereksinimlerine ve önceliklerine yanıt verir özellikte olmaları ve istismara açık olmayan başka bir grup üzerinde yürütülemeyecek olmaları halinde kabul edilebilir. Ek olarak, bu grup araştırmadan elde edilen bilgilerden, uygulamalardan veya girişimlerden yarar görmelidir.

Bilimsel Gereklilikler ve Araştırma Protokolleri

21. Gönüllüler üzerindeki tıbbi araştırmalar; genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, kapsamlı bilimsel literatür bilgisini, ilgili diğer bilgi kaynaklarını, yeterli laboratuvar ve uygun hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik haline saygılı olunmalıdır.
22. Gönüllüler üzerinde yapılacak bütün araştırmaların tasarım ve uygulaması, araştırma protokolünde açık bir şekilde tanımlanmalı ve gerekçelendirilmelidir. Protokol, dikkate alınan etik düşüncelere ilişkin bir beyan içermeli ve bu bildirmede öngörülen ilkelerin nasıl ele alınacağını belirtmelidir. Protokol; finansmanı, destekleyiciyi/destekleyicileri, kurumsal bağları, olası çıkar çatışmalarını, gönüllülere sunulan teşvikleri ve araştırmaya katılmaları sonucu zarar görebilecek gönüllülerin tedavi edilmesi ve/veya tazmin edilmesine ilişkin hükümleri içermelidir. Protokol, gönüllülerin araştırma sürecinde gördüğü tedavilere araştırmadan sonra da devam edebilmeleri veya diğer uygun tedavi veya faydalara erişimleri konusundaki düzenlemeleri tanımlamalıdır. Klinik çalışmalarda protokol, ayrıca, çalışma sonrası sağlanacak olanaklarla ilgili uygun düzenlemeleri de tanımlamak zorundadır.

Araştırma Etik Kurulları

23. Araştırma protokolü, çalışma başlamadan önce değerlendirme, yorum, rehberlik ve onay için ilgili araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul, işleyişinde saydam olmak; araştırmacı, destekleyici ve diğer unsurlardan bağımsız olmak ve gerekli nitelikleri taşımak zorundadır. Kurul, araştırmanın yapıldığı ülke veya ülkelerin yasa ve yönetmeliklerinin yanı sıra, geçerli uluslararası kural ve standartları dikkate almalı, ancak bunlar bu bildirmede gönüllülerin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya yok saymamalıdır. Etik Kurulun sürdürülmekte olan çalışmaları izleme hakkı olmalıdır. Araştırmacılar izleme bilgilerini, özellikle de herhangi bir ciddi advers olayla ilgili bilgileri kurula sunmak zorundadır. Kurul tarafından değerlendirilmedikçe ve onay verilmedikçe protokole hiçbir değişiklik yapılamaz. Çalışma bittikten sonra, araştırmacılar, çalışmanın bulgularını ve sonuçlarını içeren bir nihai raporu etik kurula sunmak zorundadır.

Mahremiyet ve Gizlilik

24. Araştırmaya katılan gönüllülerin mahremiyetinin ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak için her türlü önlemin alınması gerekir.

Bilgilendirilmiş Olur

25. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip bireylerin araştırmaya katılımları gönüllü olmalıdır. Her ne kadar aile üyelerine veya toplum liderlerine danışmak uygun görülse de, bilgilendirilmiş olur

verme yetisine sahip hiçbir birey, serbest iradesi ile kabul etmedikçe hiçbir araştırma çalışmasına dahil edilemez.

26. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip bireyler üzerinde yapılacak bir çalışmada her gönüllü adayının; benimsenen amaçlar, yöntemler, finansman kaynakları, bütün olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağları, araştırmadan beklenen yararlar, olası tehlikeler, araştırmanın vereceği rahatsızlıklar, çalışma sonrası sağlanacak olanaklar ve çalışmanın diğer ilgili yönleri hakkında yeterince bilgilendirilmesi zorunludur. Gönüllü adayının; araştırmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda katılım olurlarını geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmesi zorunludur. Gönüllü adaylarının özgül bilgi gereksinimlerinin yanı sıra bilgi verme konusunda kullanılan yöntemlere de özel dikkat gösterilmelidir. Gönüllü adayının bu bilgileri anlaması temin edildikten sonra hekim veya uygun niteliklere sahip başka bir birey, tercihen yazılı olarak, gönüllünün serbest iradesiyle verilmiş bilgilendirilmiş olurlarını almak zorundadır. Eğer, onay yazılı olarak alınamıyor ise; gönüllü olurlarının, tanık huzurunda resmi olarak belgelenmesi zorunludur. Tüm tıbbi araştırma gönüllülerine, çalışmanın genel sonuçları ve bulguları hakkında bilgilendirilme seçeneği sunulmalıdır.
27. Bir araştırma için bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınırken, hekim, kendisiyle gönüllü arasında bir bağımlılık ilişkisi olup olmadığı veya baskı altında olur verilip verilmediği konusunda özellikle dikkatli olmak zorundadır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda, bilgilendirilmiş gönüllü olurlarının; tamamen bu konunun dışında olan ve konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir kişi tarafından alınması zorunludur.
28. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip olmayan bir gönüllü adayı söz konusu olduğunda, hekim bu kişinin kanunî temsilcisinden olur almak zorundadır. Bu bireyler; ilgili araştırmanın gönüllü adayı tarafından temsil edilen bir grubun sağlığını ilerlettiği, bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip gönüllülerle gerçekleştirilemediği ve araştırmanın gönüllüye sadece en az derecede risk ve sakınca getirdiği durumlar dışında, kendilerine fayda sağlaması ihtimali olmayan bir çalışmaya dahil edilemez.
29. Bilgilendirilmiş olur verme yetisine sahip olmayan bir gönüllü adayı, araştırmaya katılma kararı hususunda olur verebiliyorsa; hekim, kanunî temsilcinin onayına ek olarak gönüllünün olurlarını da almak zorundadır. Gönüllü adayı ret kararı vermiş ise buna saygı duyulmalıdır.
30. Bilinci yerinde olmayan hastalar gibi fiziksel veya zihinsel olarak olur verme yetisi bulunmayan gönüllü içerecek bir araştırma, ancak bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermeyi engelleyen fiziksel veya zihinsel koşulun araştırma popülasyonunun zorunlu bir karakteristik özelliği olması durumunda yapılabilir. Hekim bu durumlarda kanunî temsilcinin bilgilendirilmiş gönüllü olurlarını almak zorundadır. Eğer böyle bir temsilci mevcut değilse ve araştırma ertelenemiyorsa; bilgilendirilmiş gönüllü oluru vermelerini engelleyen durumda olan gönüllüleri araştırmaya dahil etmenin özel gerekçelerinin araştırma protokolünde belirtilmiş olması ve bunun bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması kaydıyla araştırma, bilgilendirilmiş gönüllü oluru olmadan devam edebilir. Araştırmada kalmaya ilişkin olur, gönüllüden veya kanunî temsilcisinden mümkün olan en kısa sürede alınmak zorundadır.
31. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmek zorundadır. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi veya hastanın çalışmadan çekilme kararı alması, hekim hasta ilişkisini asla olumsuz etkilememesi zorunludur.
32. Biyo-bankalarda veya benzeri depolama yerlerinde bulundurulacak materyal veya veriler gibi kime ait olduğu belirlenebilen materyal veya verilerin kullanılacağı bir tıbbi araştırma için hekim; verilerin toplanması, analizi, saklanması ve/veya yeniden kullanımı konusunda onay almak zorundadır. Bu onayın elde edilmesinin söz konusu araştırma için olanaksız olduğu veya pratik olmadığı istisnai durumlar olabilir. Bu durumlarda araştırma, yalnızca bir araştırma etik kurulunun değerlendirme ve onayından sonra yapılabilir.

Plasebo Kullanımı

33. Yeni bir girişimin; yararları, riskleri, sakınca ve etkililiği, aşağıdaki durumlar dışında, kullanılmakta olan kanıtlanmış en iyi girişim(ler)le karşılaştırılarak denenmelidir:
Mevcut kanıtlanmış yöntemin olmadığı durumlarda plasebo kullanımı veya hiçbir girişimde bulunulmaması kabul edilebilir; veya,
Kanıtlanmış en iyi yöntemden daha az etkili bir girişimde bulunmanın veya plasebo kullanmanın veya hiçbir girişimde bulunmamanın, bir girişimin etkililiğini veya güvenliğini saptamak için gerekli olduğuna dair reddedilemez ve bilimsel açıdan sağlam yöntemsel gerekçeler bulunduğu,

ve kanıtlanmış en iyi yöntemden daha az etkili girişim uygulanacak veya plasebo verilecek veya hiçbir girişimde bulunulmayacak hastaların, kanıtlanmış en iyi girişimin uygulanmamasına bağlı olarak, ilave ciddi veya geri dönüşsüz zarara uğramayacak olmaları halinde. Bu seçeneğin istismar edilmesinden kaçınmak için azami dikkat gösterilmelidir.

Çalışma Sonrası Sağlanacak Olanaklar

34. Klinik bir deneme öncesinde; destekleyiciler, araştırmacılar ve ev sahibi ülke hükümetleri, tüm katılımcıların deneme sırasında yararlı olduğu saptanan girişimlere araştırma sonrasında da erişmelerini sağlayacak düzenlemeler yapmalıdır. Bu bilginin bilgilendirilmiş olur alma sürecinde katılımcılara da açıklanması zorunludur.

Araştırmaların Kayıt Edilmesi, Bulguların Yayınlanması ve Yaygınlaştırılması

35. İnsanlar üzerinde yapılacak her araştırma, ilk gönüllü araştırmaya dahil edilmeden önce kamuya açık bir veritabanına kaydedilmelidir.
36. Araştırmacılar, yazarlar, destekleyiciler, editörler ve yayıncıların tümünün araştırma sonuçlarının yayınlanmasına ve yaygınlaştırılmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırmacıların, gönüllüler üzerinde yürüttükleri çalışmanın sonuçlarını toplumsal kullanıma sunma görevi bulunmaktadır ve yazarlar, raporlarının doğru ve eksiksiz olmasından sorumludurlar. İlgili tüm taraflar, kabul edilmiş etik raporlama kılavuzlarına bağlı kalmalıdır. Araştırmadan elde edilmiş olumsuz ve yetersiz sonuçlar da, olumlu sonuçlar gibi, yayınlanmak veya başka yollarla topluma duyurulmak zorundadır. Finansman kaynakları, kurumsal bağlar ve çıkar çatışmaları yayında beyan edilmek zorundadır. Bu Bildirgede yer alan ilkelere uymayan araştırma bildirileri yayına kabul edilmemelidir.

Klinik Uygulamalarda Kanıtlanmamış Girişimlerin Kullanımı

37. Bir hastalığın tedavisinde kanıtlanmış girişimler mevcut değilse veya bilinen diğer girişimler etkisiz olmuşsa; hekim, hayat kurtarma, sağlığı düzeltme veya acıyı hafifletme konusunda işe yarayacağı kanaatinde olursa uzman görüşüne başvurmak ve hastadan veya yasal temsilcisinden bilgilendirilmiş olur almak kaydıyla, kanıtlanmamış bir girişimi hastaya uygulayabilir. Bundan sonra, bu girişim, güvenilirlik ve etkililik açısından araştırma konusu yapılmalıdır. Bütün vakalarda, yeni bilgilerin kayıt edilmesi zorunludur ve bu bilgiler, uygun olduğu durumlarda, kamuya açık hale getirilmelidir.

Ek 3: ABD’ne Bağlı alışma Protokol Kayıt Sistemindeki Kaydı

NIH National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information Contact ClinicalTrials.gov						
ClinicalTrials.gov PRS Protocol Registration & Results System BETA About Geliş Bağcılar EasternMÜ						
Records—Default View						
10 per page Viewing 1 - 1 1 records Clear Filters Customize Columns Search All Columns Q						
Unique Protocol ID	Tags	NCT Number	Secondary IDs	Brief Title	Record Status	
Search this column	Select...	Search this column	Select...	Search this column	Select...	
EMU-ETK00-2020-0242		NCT05205798		The effect of plate size on food consumption and satiety	Approved	

Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



Anket No:.....

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sağlık Etik Alt Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Bu form ile “Tabak Büyüklüğünün Sağlıklı Kadınların Besin Tüketimi ve Doygunluk Seviyesine Etkisi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir. Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer ve Uzm. Dyt. Seliz Bağcılar sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı: Bu çalışmanın amacı, Mağusa ilçesinde yaşayan 19-35 yaş arasındaki sağlıklı yetişkin kadın bireylerin besin tüketimleri sırasında kullandıkları tabağın büyüklüğünün besin tüketimi ve doyumluk seviyelerine etkisi belirlenmesidir.

Araştırmanın Yöntemi: Bu anket çalışması yaklaşık 12 dakika sürecek olup araştırmacı tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme methodu ile uygulanacaktır. Uzm. Dyt. Seliz Bağcılar tarafından katılımcıların antropometrik ölçümleri alınacaktır. Çalışma sırasında katılımcıların etkileneceği herhangi bir yan etki bulunmamaktadır. Bu anket çalışmasının sonuçları doğrultusunda, uygun niteliğe sahip bireyler bir sonraki çalışmaya davet edileceklerdir.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler: Gereksiniminiz olduğunuzda **araştırmacı** ile lütfen iletişime geçiniz.

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı: Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Uzm. Dyt. Seliz Bağcılar ile iletişim kurabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı:	Görüşme Tanığı:	Araştırmacı:
Adı, soyadı:	Adı, soyadı:	Adı soyadı: Uzm. Dyt. Seliz Bağcılar
Adres:	Adres:	Adres: Gazimağusa
Tel:	Tel:	Tel: [REDACTED]
İmza:	İmza:	İmza: [REDACTED]
Tarih:	Tarih:	Tarih: [REDACTED]

Ek 5: Bireylere Uygulanan Anket

I. GENEL BİLGİLER:

1. Doğum tarihiniz nedir? / /
2. Hangi ilçede yaşıyorsunuz? Eğer bir köyde yaşıyorsanız, köyünüz hangi kazaya bağlıdır?:
☐ Mağusa ☐ Girne ☐ Güzelyurt
☐ Lefkoşa ☐ İskele ☐ Lefke
3. Eğitim durumunuz nedir? Lütfen en son diploma aldığınız eğitim durumunu işaretleyiniz.
☐ Okur-yazar değil ☐ İlkokul ☐ Lise ☐ Lisansüstü
☐ Okur-yazar ☐ Ortaokul ☐ Üniversite
4. Mesleğiniz nedir?:
☐ Çalışmıyor
☐ Memur
☐ Serbest meslek
☐ Diğer (Belirtiniz:)
5. Sigara kullanıyor musunuz?:
☐ Evet ☐ Hayır
6. Şu anda uyguladığınız bir diyet var mı?:
☐ Var ☐ Yok
7. Doktor tarafından tanısı konmuş hastalığınız var mı?:
☐ Var ☐ Yok
8. Varsa lütfen işaretleyiniz. Eğer yok ise, lütfen soruya geçiniz.
☐ Hipertansiyon ☐ Deri Hastalıkları
☐ Diyabet ☐ Karaciğer Hastalıkları
☐ Osteoporoz ☐ Barsak Hastalıkları
☐ Mide Hastalıkları ☐ Sinir Sistemi Hastalıkları
☐ Böbrek Hastalıkları ☐ Üreme Sistemi Hastalıkları
☐ Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları ☐ Kalp Hastalıkları
☐ Solunum Sistemi Hastalıkları ☐ Besin Alerjisi
☐ Diğer (Belirtiniz:)
9. Her gün düzenli olarak kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
Belirtiniz:
10. Besin takviyeleri kullanıyor musunuz?
☐ Evet ☐ Hayır
Belirtiniz:
11. Gebe misiniz?:
☐ Evet ☐ Hayır
12. Emziriyor musunuz?:
☐ Evet ☐ Hayır

II. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ:

İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içinde **10 dakika** veya **üstünde** süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. **Geçen 7 gün** içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. soruya geçiniz.) Haftada gün

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim Günde dakika Günde saat

Geçen 7 gün içerisinde yaptığınız **orta** dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. **Geçen 7 gün** içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi **orta** dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. soruya geçiniz.) Haftada gün

4. Bu günlerin birinde **orta** dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim Günde dakika Günde saat

Geçen 7 gün içerisinde **yürüyerek** geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. **Geçen 7 gün** içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

☐ Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz.) Haftada gün

6. Bu günlerden birinde **yürüyerek** genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim Günde dakika Günde saat

Son soru, son **bir hafta** içinde **oturarak geçirdiğiniz** zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. **Geçen 7 gün** içerisinde, günde **oturarak** ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim Günde dakika Günde saat

III. BESLENME ALIŞKANLIKLARI:

1. Herhangi bir besine karşı alerjiniz var mı?:

☐ Var ☐ Yok

2. Belirli bir besine karşı seçici misiniz?:

☐ Evet ☐ Hayır

3. Aşağıdaki belirtilen öğünleri düzenli olarak yapıyorsanız “evet”i, yapmıyorsanız “hayır”ı işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
Kahvaltı		
Kuşluk		
Öğle		
İkinci		
Akşam		

IV. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER:

Vücut Ağırlığı (kg):		Yağ Yüzdesi (%):	
Boy Uzunluğu (m):		Yağsız Vücut Kütlesi (kg):	
Bel çevresi (cm):		Toplam Vücut Suyu (kg):	
Kalça çevresi (cm):		Boyun çevresi (cm):	
Yağ Kütlesi (kg):			

V. YEME TUTUM TESTİ (YTT-26):

Bu bir test değildir; “doğru” veya “yanlış” yanıt yoktur. İçtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Her soruda size uygunluk derecesine karşılık gelen kutunun içerisine “X” işareti koyarak cevaplayınız.

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

VI. 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.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2. Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3. Lokmalarımı çiğnemedten yutarım.					
4. Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5. Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6. Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7. Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8. Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9. Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10. Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11. Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12. Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13. Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14. Birdenbire 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. Sıkıntıdan yerim.					
24. Sağlıklı beslenirim.					
25. Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26. Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27. Küçük lokmalarla yerim.					
28. Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29. Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30. Mutlu olmak için çikolata yerim.					

Ek 6: Deney Grubunda Bulunan Bireylere Uygulanan Açlık

Durumlarına İlişkin VAS Formu

1. Şu anda kendinizi ne kadar aç hissediyorsunuz?

Hiç  Çok açım.

2. Şu anda kendinizi ne kadar tok hissediyorsunuz?

Hiç  Tamamen tokum.

3. Şu anda yeme isteğiniz ne kadardır?

Çok az  Çok fazla

4. Şu anda ne kadar yemek yiyebileceğinizi düşünüyorsunuz?

Çok az  Çok fazla

Ek 7: Deney Grubunda Bulunan Bireylere Uygulanan Duygu

Durumlarına İlişkin VAS Formu

Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Hiç mutlu değilim.	Son derece mutluyum.
Hiç hüzünlü değilim.	Son derece hüzünlüyüm.
Hiç hoşnut değilim.	Son derece hoşnuttum.
Hiç kaygılı değilim.	Son derece kaygılıyım.
Hiç düşmanca değilim.	Son derece düşmancayım.
Hiç üzgün değilim.	Son derece üzgünüm.
Hiç tedirgin değilim.	Son derece tedirginim
Hiç memnun değilim.	Son derece memnunum.
Hiç depresif değilim.	Son derece depresifim.
Hiç sinirli değilim.	Son derece sinirliyim.
Hiç umutsuz değilim.	Son derece umutsuzum.
Hiç gergin değilim.	Son derece gerginim.
Hiç neşeli değilim.	Son derece neşeliyim.
Hiç neşeli değilim.	Son derece neşeliyim.
Hiç tepesi atmış değilim.	Son derece tepesi atmışım.
Hiç ızdırıp içinde değilim.	Son derece ızdırıp içindeyim.
Hiç huzursuz değilim.	Son derece huzursuzum.
Hiç perişan değilim.	Son derece perişanım.
Hiç aykırı değilim.	Son derece aykırıyım.