T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

BESLENME VE DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN KENDİ YEME FARKINDALIKLARI İLE DİYET VE DİYETİSYEN İLE İLGİLİ YAKLAŞIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Halenur KUÇİN GÜLENER

Referans no: 10543854

EDİRNE-2023

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

BESLENME VE DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERİN KENDİ YEME FARKINDALIKLARI İLE DİYET VE DİYETİSYEN İLE İLGİLİ YAKLAŞIMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

(Yüksek Lisans Tezi)

Halenur KUÇİN GÜLENER

Tez no:

EDİRNE-2023

TEŞEKKÜR

Çalışma süresince tez danışmanlığımı yürüten, yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, yolumu aydınlatan sevgili hocam Prof. Dr. Aydan Ercan'a, bu süreçte desteği ile beni mutlu eden Dr. Öğr. Üyesi Leyla Tevfikoğlu Pehlivan'a,Lüleburgaz Devlet Hastanesi yönetimine, mesleki bilgi ve tecrübesiyle bana destek olan Dyt. Özge Çelik, Dyt Özlem Gür ve Dyt. Merve Dönmez'e, her zaman yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili ailem ve eşime teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ **1**

GENEL BİLGİLER **2**

SAĞLIK VE BESLENME **2**

SAĞLIKLI YAŞAM **2**

FARKINDALIK VE YEME DAVRANIŞI **5**

AĞIRLIK YÖNETİMİ VE DİYET **11**

GEREÇ VE YÖNTEMLER **15**

BULGULAR **19**

TARTIŞMA **47**

SONUÇ **63**

ÖZET **66**

SUMMARY **67**

KAYNAKLAR **69**

TABLOLAR LİSTESİ **77**

ÖZGEÇMİŞ **79**

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

%	**:** Yüzde
cm	**:** Santimetre
kg	**:** Kilogram
p	**:** Anlamlılık düzeyi
s	**:** Gözlem Sayısı
SS	**:** Standart sapma
$\bar{X}$	**:** Ortalama
BKİ	**:** Beden Kütle İndeksi
DSÖ	**:**Dünya Sağlık Örgütü
GÖYÖ	**:**Genel Öz Yeterlilik Ölçeği
STEPS	**:**Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevelansı
TBAAA	:Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması
TBSA	**:** Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
YFÖ-30	**:** Yeme Farkındalık Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık; ruhsal, sosyal ve fiziksel açıdantam bir iyilik halinde olma durumudur. Sağlığın sürdürülebilir olması ve kaliteli yaşam sürebilmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemek oldukça önemlidir. Sağlıklı beslenmeve bu süreci yöneten diyetisyenler sağlıklı yaşamın olmazsa olmaz bir parçasıdır (1). Bireylerin sağlıklı olmaları için mevcut vücut ağırlıklarının farkında olmaları ve vücut ağırlıklarını doğru algılamalarıgerekmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmak için bireylerin öz yeterlilik ve farkındalık seviyeleri de etkili bir faktördür (2).

Çalışmamızda bireylerin vücut ağırlık algıları, öz yeterlilik seviyeleri, yeme farkındalıkları ile diyet ve diyetisyene olan yaklaşımları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızın sonucundan elde edilecek bilgilerin diyetisyenlerin danışanlarının endişelerine dair çözümlerinde, bireylerin vücut ağırlık algılarının değerlendirilmesinde, yeme farkındalığının ağırlık yönetimindeki öneminin anlaşılmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK VE BESLENME

Sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir refah içerisinde olma durumu sağlık olarak ifade edilmektedir. Sağlık, bireyin yaşamı boyunca değişiklik gösterebilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimini benimsemek hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam süresince iyilik halinin devamlılığının sağlanması için önemli bir adımdır (1).

Sağlığın korunması ve yaşamın sürdürülmesi için besinlerin kullanılması ise beslenmedir (3). Bireylerin sağlık durumu besin alımlarından etkilenmektedir (4).Ekonomik ve sosyal yapının değişimesi ile günümüzde beslenmeye dair alışkanlıklarda değişmektedir (3). Son yıllarda ne yediklerini fazla önemsemeye başlayan bireyler, hayatta nasıl kalacaklarından ziyade besinlerin sağlıklarını ve yaşam tarzlarını nasıl etkileyeceğine önem vermeye başlamışlardır (4). Yapılan çalışmalar sağlıklı beslenme ile kronik hastalık ve ölüm riskinin azaltılabileceğini göstermiştir (5).

Sağlıksız beslenme kronik hastalık ve ölüm riskini arttırmaktadır. Beslenmenin yanı sıra kronik hastalıklar ile ilişki olan diğer yaşam tarzı faktörleri ise sigara kullanma durumu, vücut kitle indeksi ve fiziksel aktivite seviyesidir. Bu sebeple diyet ve yaşam tarzı değiştirilerek mevcut sorunlar önlenebilecektir (4).

SAĞLIKLI YAŞAM

Sağlığı geliştirme ve korumada akla ilk olarak sağlık profesyonelleri gelse de bireylerin yaşam biçimleri çok daha önemli bir faktördür. Stres, diyet, sigara kullanımı ve egzersiz yaşam biçimini oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavi

edilmesinde doğru yaşam biçimi değişiklikleri önemli bir rol oynamaktadır. Bireyler sağlıklı olma durumunu sürdürlebilir hale getirebilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelidir (6).

Bireyin sağlık durumunda politikalar ve sağlık hizmeti kurumlarının sorumluluğu olmasına rağmen asıl sağlık sorumluluğunun bireyde olduğu belirlenmiştir. Bireylerin sağlığı korumada ve hastalıkların önlenmesinde kişisel payı oldukça büyüktür. Bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik davranışları alışkanlık haline getirmesi sağlık sorumluğu olarak ifade edilmektedir (6). Bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik başvuracağı davranışlar ise değişim, süreklilik ve bilinçli bir çaba gerektirmektedir (1).

Fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve teknolojinin gelişmesine bağlı hareketsizliğin artması yaşam biçimini değiştirerek obezite ile obeziteye bağlı hastalıkların oluşmasına sebep olmuştur (7). Bu sebeple sağlıklı bir yaşam için bireylerin daha fazla ağırlık kazanımının önlenmesi, bireylerin fazla kilodan normal ağırlığına gelmesi, obezite riski oluşturan faktörlerin değiştirlmesi hedeflenmektedir (7). Pek çok faktör sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi üzerinde etkilidir. Özellikle de bireyin sahip olduğu öz yeterlilik seviyesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını önemli düzeyde etkilediği belirlenmiştir (1).

Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik "*kişinin ileri dönük durumları yönetmek için ihtiyaç duyduğu hareket biçimlerini planlama ve gerçekleştirme konusunda kendi yeteneklerine olan inancı*" olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin yaşamlarını değiştirebilecek olaylara etki eden öz yeterlilik inancı bireylerin davranış ve motivasyonlarının önemli yapıtaşıdır. Öz yeterlilik, iç güdüsel ve sezgiseldir; bireyin bir işi gerçekleştirmeye olan inancının oluşmasını sağlamaktadır (8).

Bireylerin davranışı gerçekleştimek için inançlarının yeterli olması davranışı gerçekleştirme ihtimalini arttırıken, inançlarının yetersiz olması öz yeterlilik kuramına göre davranışları gerçekleştirme ihtimallerini azalmaktadır. Bireylerin öz yeterlilik düzeyleri çevreden, tecrübeden, bilgiden ve mevcut durumdan etkilenmektedir. Bireylerin öz yeterlilik inançları, mevcut durum karşısındaki çaba düzeyini, bireylerin yaşam biçimini ve bireylerin amaçlarını etkileyecek kadar önemlidir. Yapılan pek çok araştırmada bireylerin öz yeterlilik düzeyleri ve başarı oranları arasında olumlu yönde ilişki olduğu gözlenmiştir. Yüksek öz yeterlilik seviyesine sahip olan birey mevcut hedefe ulaşmak için bilişsel ve duygusal tecrübelerden yararlanması gerekliliğinin farkındadır (8).

Öz yeterlilik seviyelerinin yaş ile birlikte değiştiği, çocukluk ve yetişkinlik döneminde arttığı, orta yaş döneminde en üst seviyeye ulaştığı ve 60 yaşından sonra azaldığı çalışmalarda kanıtlanmıştır. Sağlık ile ilgili müdahale ve politikalar belirlenirken bireylerin öz yeterlilik seviyeleri dikkate alınmalı ve arttırılmaya yönelik girişimlerde bulunulmalıdır (9).

Fiziksel ve zihinsel sağlığın iyileştirilmesinde bireyin genel öz yeterliliği önemli bir faktördür (9). Öz yeterliliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile de anlamlı ilişki içinde olduğu bildirilmektedir (1).

Öz Yeterlilik ve Sağlıklı Yaşam

Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesinde sahip oldukları öz yeterlilik seviyesinin oldukça etkili olduğu bilinmektedir(1). Özellikle de hasta bireylerin sağlık ile ilgili gelişmelerinde öz yeterliliğin oldukça önemli bir etkiye sahip olduğu kanıtlanmıştır. Sigarayı bırakma, alkol bağımlılığı, ağırlık kaybı ve ağırlık yönetimi gibi sağlık sorumluluğunun bireyde olduğu durumlarda sağlığı teşvik eden davranışlar için öz yeterlilik oldukça önemli bir faktördür (10).

Öz yeterliliği yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla uyguladıkları bilinmektedir ve bu durum yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır(1).Öz yeterlilik ve motivasyonun düşük olmasının fiziksel aktivite uygulamaya engel olabildiği gibi hedeflenen ağırlık kaybına ulaşmayı da engelleyebileceği gözlenmeştir (11). Ağırlık yönetiminde daha yüksek başarınn daha yüksek öz yetertlilik seviyesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir (12).

Obez bireylerin ağırlık kaybı tedavilerinde başarısız olmalarının bireylerin öz yeterliliklerini kaybederek tedaviyi olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar mevcuttur (11).

Öz yeterliliği geliştirmek bireyleri ağırlık kaybına yönelik davranış müdahalelerinde başarıya ulaştırmak için önemlidir. Daha önce yapılan çalışmalarda yeme ve diyete dair öz yeterliliğin artmasıyla bireylerin fiziksel aktivite ve ağırlık kaybına yönelik süreçlerinin olumlu şekilde sürdüğü gözlenmiştir (13).

Genç yetişkin bireylerin günlük aktivitelerde kendi kendine yeterlilik seviyeleri ile sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kendi kendine yeterlilik seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık durumlarının ve hastalık halinde toparlanma durumlarının daha iyi olduğu değerlendirilmiştir (14).

Özyeterliliğin sağlıklı yaşam üzerinde etkisi olduğu gibi bireylerin sağlıkla ilgili olumlu davranış değişikliği kazanmasının da öz yeterliliklerinde bir artış sağladığı

gözlenmiştir (15). Bilinçli farkındalık uygulamalarının ise öz yeterliliği ve sağlıklı iyilik halini arttırdığı gözlenmiştir (16).

Kısacası yapılan pek çok çalışma öz yeterlilik ve sağlık davranışlarında iyileşme ve bunun sürdürülebilirliği arasında güçlü pozitif bir ilişki olduğunu bildirmektedir (17).

Sağlıklı yaşam sürdürebilmek için bireylere sağlık davranışları kazandırılmasında bireylerin öz yeterliliklerinin saptanmasının ilk adım olması önerilmektedir (18). Sağlık profesyonelleri yaşam kalitesini arttırmak için öz yeterlilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik eğitimler düzenleyerek hedeflerine ulaşabilecektir (1).

FARKINDALIK VE YEME DAVRANIŞI

Farkındalık, yargılama olmadan mevcut ana odaklanma olarak tanımlanmaktadır. Anlık deneyime odaklanma, mevcut andaki zihinsel olayları tanımaya çalışma, deneyimi merak etme, açık olma ve kabullenme farkındalığın oluşmasını sağlamaktadır (19).

Türk Dil Kurumu'nun 2011 yılında yaptığı tanıma göre farkındalık; görülmesi veya bilinmesi gereken şeylerden haberdar olmak, kavranması gereken bir şeye dikkat etmektir. Farkındalık, durumun iyi ya da kötü olduğuna bakılmadan mevcut anın tarafsız bir şekilde deneyimlenmesidir (16). Bilinçli farkındalık ise ilk olarak 2500 yıl önce ortaya çıkmıştır ve Budist felsefesine dayanmaktadır (20). Bilinçli farkındalığa sahip bireyler duygu ve düşünceleri ile dış uyaranları ayırt edebilmektedir (21). Bilinçli farkındalık yargılardan uzaklaşarak tecrübeler sayesinde o ana odaklanmayı hedeflemektedir. Bireyin otomatik pilottan çıkıp dikkatini şu an ki deneyimine vermesi olarak düşünülebilir (16).

Bireyler günlük davranışlarını gerçekleştirirken ayrıntılara karşı bilinçli farkındalık halinde olamayabilirler. Yapılan araştırmalar günlük kararların ve davranışların çoğunun otomatik olarak gerçekleştiğini ispatlamışlardır. Bu otomatikleşme bireylere sağlıksız tercihler de yaptırabilmektedir (20).

Otomatik pilot yani otomatikleşme, araç kullanımı veya müzik aleti kullanımı sırasında dikkatin dağılmasını engelleyerek mevcut işin sağlıklı şekilde sonlanmasına yardumcı olabilmektedir ancak bir birey yemek yerken farkında olmadan gün içinde yaşadıklarını düşünmeye devam ettiğinde mevcut andaki yemeğin kokusunu, tadını, verdiği hazzı hissedemeyebilir. Birey ancak yemeği bittiğinde durumun farkına varabilmektedir. Zira bu bireyde yemek yeme davranışı otomatikleşmiştir (22). Yeme davranışı yıllar içersinde edinilen bilişssel ve davranışsal alışkanlıklar ile otomattikleşebilmektedir (21).

Yeme davranışı sürecindeki farkındalık ise yeme farkındalığı olarak belirtilmektedir (23). Yeme farkındalığı diyet dışı yaklaşım olarak ele alınmaktadır. Yeme farkındalığı bireyin fizyolojik ihtiyaçlarının oluşturduğu sinyalleri dikkate alarak bedeninin ihtiyaç duyduğu besinlerin tercih edilmesini öneren ve sağlayan bir yöntemdir (24).

Yeme davranışı beyne iletilen sinyanller ile kontrol edilen homeostatik süreçtir. Besinlerin tüketilmesi ile oluşan hazza yönelik besin tüketimi isteği duygusal açlık olarak ifade edilebilir. Fizyolojik olarak açlık olmasa bile olumluve olumsuz duyguların etkisi ile besin tüketimin başlaması duygusal açlık sebebiyle gerçekleşmektedir. Yeme davranışının neden ve nasıl olduğu, açlık ve tokluksinyalleri ile duygu ve düşüncelerin farkında olunmasını sağlamak amacıyla yeme farkındalık müdahaleleri geliştirilmiştir. Yeme farkındalığı besin seçimlerinin yargılanmadan mevcut andaki tüketilen besinlere odaklanılmasını sağlmaktadır. Yeme farkındalığı alışkanlıklar ile gerçekleştirilen yeme davranışlarının önlenmesini ve stres, depresyon gibi olumsuz durumlardan etkilenerek gerçekleştirilen yeme davranışının azalmasını sağlamaktadır. Yemek yerken yemeğe odaklanarak alınan zevkin farkında olunması, porsiyon boyutlarının küçültülmesi, yavaş yemek yemeye alışılması ve doygunluk hissi oluştuğunda yeme davranışın sonlandırılması gibi günlük yeme farkındalığı oluşturulabilir. Bu sayede beslenme sağlıklı bir şekilde gerçekleşecektir (25).

Yeme farkındalığı müdahaleleri bireylerde farkındalık sağlayarak sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanılmasına yardımcı olmaktadır (23).

Yeme farkındalığının ilk adımı bireyin ne yediğini seçmesidir. Market alışverişi, hazır gıda alımı, yemek hazırlama sırasında yemek seçimi yapılmaktadır. Yeme farkındalığının bir diğer adımı neden yediğini bilmektir. Besinlerin tüketim sebebini bilmek bireylerin besinin sağlık üzerindeki etkisinin farkına varmasını ve zevkli bir besin tüketimi geçirmesini sağlamaktadır. Yeme farkındalığının üçüncü adımı ne kadar yediğinin farkında olmaktır. Yiyeceklerin bireyin fizyolojik ihtiyaçlarına göre tüketilmesini kapsamaktadır. Yeme farkındalığının dördüncü adımı nasıl yediğinin farkında olmaktır. Yeme farkındalığı bireyin besinin tadını, dokusunu, kokusunu hissederek ve acele etmeden yeme davranışını gerçekleştirmesini sağlamaktadır (23).

Yeme farkındalığı uygulamaları yeme alışkanlıklarına müdahale etmektedir. Yeme farkındalığı uygulaması ile birey, duygu durum değişikliği sebebiyle bilinçsiz yeme davranışı gerçekleştirmeyi azaltabilmektedir. Birey günlük hayatında uygulayabileceği basit farkındalık müdahaleleri ile farkındalığını sürdürülebilir hale getirebilmektedir (23).

Bireylerin yeme farkındalıkları ve ağırlık durumları arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada obez bireylerin yeme farkındalıkları arttıkça daha az yemek yemeyi hedefledikleri gözlenmiştir. Aynı çalışmada dishinbisyon ve duygusal yemenin de besin alımını etkilediği gözlenmiştir. Farkındalığın artması ile diyet uygulayan obez bireylerin besin alımını azaltma olasılığının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bireylerin besinler üzerinde gözlem farkındalığının artması, enerjisi yoğun besin tüketimini azaltmaya yardımcı olabileceği gözlenmiştir (25).

Bireylerin, alışkanlıklarının nasıl oluştuğuna ve bu alışkanlıkların nasıl sürdürüldüğüne dair farkındalık kazanması olumsuz olayların gerçekleşmesini azaltabilmektedir (19).

Farkındalık temelli müdahaleler duygusal yeme davranışının engellenmesi, aşırı yeme davranışının engellenmesi, porsiyon kontrolünün sağlanması, besin isteğinin azaltılması gibi ağırlık kaybını sağlayacak davranışların kazanılması ile obezite tedavisinde de yer almaktadır (23).

Besin Seçimini Etkileyen Etmenler

Dünya genelinde mevcut sağlık yükünün büyük bölümünün sağlıksız besin alımı, hareketsizlik ve sigara kullanımının sebep olduğu hastalıklardan oluştuğu bilinmektedir. Tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme, obezite ve bazı kanser türleri gibi özellikle beslenmeyle ilgili olan bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya genelinde artan sağlık sorunlarına neden olmaktadır (26).

Bireyleri daha sağlıklı bir yaşama yönlendirmek için ülke politikaları sağlıklı seçimlere yönelik müdahaleler geliştirmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele etmek için eğitimler, katı düzenlemeler ve gönüllü düzenlemeler yeterli olmamıştır (27).

Sağlıklı yaşam için sağlıklı besin seçimi oldukça önemlidir. Gelecekteki sağlığımız tükettiğimiz besinler tarafından belirlenmektedir. Besin seçimi ise pek çok faktörden etkilenmesi sebebiyle oldukça karmaşıktır. Bu sebeple halk sağlığında sağlıklı beslenmeyi teşvik etmeye yönelik doğru politikalar geliştirmek için besin seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir (26).

Besin seçimi besin özellikleri (besin ögesi içeriği, fiziksel ve kimyasal özellikler), ekonomik ve sosyal faktörler (fiyat, bulunabilirlik, kültür, din, ilan, sosyal baskı) olmak üzere çevresel faktörlerden ve duyusal faktörler(tat, koku, görünüş, doku), fizyolojik faktörler (açlık, tokluk, sindirim, emilim), psikolojik faktörler (yarar, tavır, ruh hal, tercih, kişilik algısı) gibi bireysel özelliklerden etkilenmektedir (28). Bireylerin besin seçimleri diyet

bileşenlerinden, besinlerin lezzetinden, algıladıkları stres düzeyinden, sağlıkla ilgili tutumlarından da etkilenmektedir (27).

Bireylerin genel karar verme mekanizması satın alınabilirlik, bulunabilirlik ve erişilebilirlik olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Bu sebeple besin seçimleri aynı zamanda gıdaların pazarlanma ve etiketlenmelerinden de etkilenmektedir. Gıda pazarlaması bu faktörleri gerek reklamlarla gerek besinlerin hızlı hazırlanabilir olması ileaktif şekilde kullanmaktadır (27).

Kitle iletişim araçlarınında besin seçiminde oldukça etkili olduğu bilinmektedir (29). Özelikle de televizyonun önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (28).

Alışkanlıklar ve ailesel faktörler davranışları etkilediği gibi besin seçimlerini de etkilemektedir (27).

Besin seçimlerini önemli düzeyde etkileyen diğer bir etken olan fizyoloijk durumlar ise sadece açlık ve tokluk olarak düşünülmemelidir. Bireylerin belirli besinleri yeme motivsayonu ve yemekten alınan haz ile ödül mekanizmasının harekete geçmesi de bireylerin besin seçimlerini etkilemektedir. Bu durum besin seçimi kadar besinin ne zaman tüketileceğini de etkilemektedir. Besin alımından önce alınacak miktarada karar verilmektedir. Miktarlara yönelik kararlar öğünler arasındaki açlık ile ilgili olabilmektedir. Besin seçiminde iştah ve tokluk ile ilgili endişe olmadığında ise kararlar lezzet açısından etkilenmektedir (27). Yiyecekler, sadece besin kaynağı değil aynı zamanda estetik deneyim ve zevk kaynağıdır (30).

Duygu durumunun da besin seçimini etkilediği bilinmektedir. Örneğin üzüntülü olma durumunun sağlıksız besin seçimini arttırdığı gözlenmiştir. Ancak yine de duygusal durumların besin seçimine olan etkisi net bir şekilde açıklanamamaktadır.Yüksek duygu durumlarında öz kontrolün bozulması ile besin seçimi kontrolünün de bozulabileceği düşünülmektedir (27).

Bireyin besin satın alma davranışını izlemek amacıyla yemeye hazır salatalarda sağlıklı yaşam profili oluşturan reklamların kullanıldığı çalışmada; satın alınacak besinin adlandırılmasının ve ürüne yönelik ek bilgi verilmesinin sağlıklı besin seçimi yapmayı ve satın almayı olumlu yönde etki ettiği gözlenmiştir. Bireylerin etnik besin tüketimleri ya da besin neofobileri, bireylerin farklı kültürlere açık olma durumunun da besin seçimi ile ilişkili olabileceği bildrilmiştir (30).

Besinin görüntüsü, kokusu, besine dair tecrübeler de besin seçmini etkilemektedir. Özellikle yüksek kalorili besinlerin pazarlanmasında görsel dikkate yönelik reklamlar bu

sebeple ön plandadır. Bu sayede fazla kilolu bireylerin enerji içeriği yüksek besinleri daha fazla tükettiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (27).

Mecvut çalışmaların genelinde sağlık, rahatlık, fiyatlar, aşinalık, ruh hali, sosyal normlar, kaygılar ve lezzetin bireylerin besin seçiminde etkili olduğu belirlenmiştir. İtalyan bireylerde yapılan çalışmada ise bireylerin besin seçiminde sağlık ve çevresel faktörlerin en önemli etken olduğu bildirilmiştir. Bireylerin sosyal, kültürel, ekonomik ve duygusal durumlar ile erişilebilirlikten daha az etkilendiği bildirilmiştir. Pazarlama ve ticari çıkarların bireylerin besin seçiminde çok düşük bir etkiye sahip olduğu gözlenmiştir. Bireyler yemek yemeyi dostluk ve keyif zamanı olarak gördüklerini bildirmişlerdir. Pazarlama ve reklamlar yerine gıda etiketi okumayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Tercih edilecek besinin çevreye zarar vermemiş olmasının da önemsendiği gözlenmiştir (26).

Modern tüketiciler, sağlıkla ilgili daha yüksek bilince sahip olduklarından besinlerle ilgili daha çok bilgiye sahip olmaktadır bu durum modern tüketicilerin besin seçimi ve sağlık yararı üzerinde durmalarını sağlamaktadır (30).

Duygusal yemeye yatkın bireylerin besin seçimi psikolojik etkenlerden daha fazla etkilenirken sağlığa odaklı bireylerin besin seçimi sağlığı etkileyen faktörlerden etkilenmektedir. Gıda israfı ve besin ambalajı da bireylerin besin seçimini etkilemektedir (26).

Bireylerin yaşamlarındaki değişiklikler de besin seçiminin değişmesine sebep olabilmektedir (29).

Yapılan güncel çalışmalarda bireylerin besin seçiminde sürdürlebilirliğin de etkisi olduğu gözlenmektedir (26).

Düşük gelir düzeyine sahip bireylerin besin seçiminin ise fiyat ve besine ulaşabilirlikten etkilendiği bildirilmiştir (31).

Ekonomik şartlarla birliktekadın bireyler iş hayatında yer almış ve ev dışında yemek yeme oranı artmıştır dolayısıyla bireyler sağlıksız besin seçimlerine başvurmak zorunda kalmışlardır. Ancak bireylerin sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri ve beslenme bilgi düzeylerini arttırmaları sağlıklı besin seçimini uygulamalarını sağladığı da bilinmektedir (29).

Besin seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi; sağlıksız besin seçimine sebep olanların düzetilmesinde, sağlık sorunlarının çözülmesinde ve sağlığın sürdürülmesinde oldukça önemlidir (29).

Bireyler besin seçiminlerinde tamamen kendi iradeleri olduğunu düşünse de besin alımı otomatik bir davranış olarak da kabul görmektedir. Yapılan çalışmalar yeme davranışının alışkanlıklar ile yönetildiğini bildirmektedir (32).

Bireylerin besin seçimlerinin beslenmelerini ve zamanla beslenme alışkanlıklarını oluşturduğu unutulmamalıdır (29).

Yeme Davranışı Ve Yeme Davranışını Etkileyen Etmenler

Anne karnında başlayıp yaşamın sonuna kadar geçen sürede yaşamın en vazgeçilmez parçası beslenmedir. Yeme davranışları ise beslenme ihtiyacının karşılanması sırasında gerçekleştirilen davranışlardır. Çevre, genetik, hormonlar, duygu durumu, ekonomik durum, sosyodemografik yapı, tecrübeler, inançlar, kitle iletişim araçları, iştah, şişman olma durumu ve beden algısı gibi pek çok faktör bireylerin yeme davranışını etkilemektedir (33).

Bireyler bazı dönemlerde mevcut vücut ağırlıklarını korumak ya da hedefledikleri vücut ağırlığına ulaşmak için besin tüketimlerini kasıtlı ve bilinçli olarak azaltarak kısıtlayıcı yeme davranışına sahip olabilmektedir (34).

Stresli, öfkeli, baskı altında, neşeli ya da üzüntülü duygu durumlarında ise bireylerin normal yeme davranışlarından daha farklı yeme davranışı gerçekleştirdikleri gözlenmiştir (33).

Tüm dünyada obezitenin yaygınlaşması ile fiziksel ve psikolojik etkilere de sebep olan duygusal ve aşırı yeme gibi bozuk yeme davranışları az da olsa tartışılmaya başlanmıştır. Uzun vadede ağırlık kaybına yönelik başarıyı sağlamak, ağırlık nedeniyle oluşan ayrımcılığı ve sebeplerini önlemek, beden imajı algısındaki bozulmaların normalleştirilmesini önlemek, bozulmuş yeme davranışlarını değiştirmeye yönelik girişimlerde bulunmak sağlık hizmetleri açısından önemli hale gelmiştir (19).

Fiziksel aktivite değişikliğini ve sağlıklı beslenmeyi teşvik eden, başlatan ve sürdürülmesini sağlayan farklı pek çok davranış değişikliği tekniği mevcuttur (35).

Davranış değişikliği tekniğinde hedefleri belirleme, davranışların kendi kendine izlenmesi, davranışların sonuçlarına dair geri bildirim sunmak, görevleri ve hedefleri derecelendirmek, diyet kayıt defteri kullanmak başarının uzun vadeli olmasını sağlamaktadır. Davranış değişikliğinin sürdürülmesi için öz düzenlemesinin kolaylaştırılması ve motivasyonun sağlanması da oldukça önemlidir. Davranış değişikliği tekniğinde davranış hedefinin belirlenmesi ve bireyin davranışı kendi kendine izlemesi hem kısa vadede hem de uzun vadede olumlu etkiye sahiptir (35). Alışılmış yeme alışkanlıklarını değiştirmeye yönelik bir diğer yaklaşım ise besinler üzerinde zorlama olmadan seçim yapabilme yeteneğinin oluşmasının sağlanmasıdır (19).

Bireyin farkındalığının arttırılmasının sağlık davranışlarının oluşmasını sağladığı bildirlmektedir (19). Yeme davranışını değiştirmek için yapılan eğitimler ile bireylerin öz yeterlilikleri artmakta ve bireyler aşırı yeme davranışlarını kontrol edebilmektedirler. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmede yeme davranışlarında değişikliklere başvurmak sürdürülebilir bir yöntemdir (13).

AĞIRLIK YÖNETİMİ, DİYETİSYEN, DİYET

Beslenme; sosylojik, psikolojik ve çevresel pek çok faktörden etkilenmekte ve vücudun fizyolojik olarak çalışmasının devamlılığını sağlamaktadır (23).

Beslenme alışkanlıklarında yanlışlıklar ise başta obezite olmak üzere diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı hastalıklar için temel risk faktörlerine ortam oluşturmakta ve sağlık maliyetlerinin de artmasına sebep olmaktadır (29, 36).

Dünya genelinde batı tarzında beslenme giderek yaygınlaşmıştır (37). Dünyada batılılaşma ile besin ögesi içeriği yetersiz, kalori ve doymuş yağ içeriği yüksek besin tüketimi artmıştır. Batı tarzında beslenme; bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığının artmasına sebep olmuştur.Batı tarzında beslenme ile yalnızca kronik hastalıkların görülme sıklığı değil, toplumun beden kütle indeksi de artmaya başlamıştır (24).

Obezitenin artması ile obezite tedavisindeki en uygun diyetin ne olduğu da önemli hale gelmiştir (38).

Beslenme alışkanlıkları yani diyet kalıpları bireylerin edindiği alışkanlıklar doğrultusunda tükettiği gıdaların kombinasyonunu belirtmektedir. Kronik hastalıkların ve obezitenin tedavisinde enerji alımı ve diyet düzenlemelerinden oluşan diyet kalıpları oldukça önemlidir (37). Diyetisyenler diyet önerilerinde yeterliliği, gıda çeşitliliğini, düşük enerji yoğunluğunu ve yüksek besin ögesi içeriğini; sağlıklı diyetin temeli olarak önermektedir (39).

Tıbbi beslenme tedavisinin diyetisyenler tarafından uygulanması ile diyetisyenler bireylere sağlıklı beslenme alanında danışmanlık yapmakta, yaşam tarzı değişiklikleri konusunda yön verici olup ve ağırlık kaybına yönelik önerilerde bulunarak tedavi sağlamaktadır (36).

ObeziteVe Ağırlık Yönetimi Tedavisindeki Diyetisyen Yaklaşımları

Dünya genelinde beslenmeye bağlı sağlık sorunu olan obezitenin artması ile kanıta dayalı önleme ve tedavi yöntemlerine ve bu yöntemleri uygulayabilecek sağlık

profesyonellerine olan ihtiyaç artmıştır. Obezitenin tedavi edilmesinde diyet değişikliği oldukça önemli bir adım olarak kabul edilmektedir. Obeziteyi önlemek ve tedavi etmek için gerekli müdahale olan diyet değişikliği ise diyetiysen eşliğinde yürütülmektedir. Diyetisyenler ağırlıkyönetimi konusunda eğitim almış sağlık profesyonellerdir ve obezite tedavisinde kilit rol oynamaktadırlar (37).

Beslenme ile ilişkili tüm sağlık durumlarında diğer sağlık profesyonellerine göre diyetisyenlerin hastaya daha fazla zaman ayırması ile mevcut beslenme planlamalarının sürdürülebilirliğinin arttığı belirlenmiştir. Diyet danışmanlığı alan bireyler de diyetisyen ile geçirdikleri sürenin diyet danışmanlığı etkilediğini bildirmektedir (38). Diyetisyenlerin bireylerin yaşam tarzlarını değerlendirme yöntemlerinin de diyet danışmanlığıı etkileyebildiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (39).

Ağırlık yönetimi uygulamalarının diyetisyen eşliğinde uygulanmasının başarıyı arttırdığı kanıtlanmış bir gerçektir (40). Kronik hastalıklarda beslenmenin önemi ve bu konudaki diyetisyen rolü halk tarafından yeteri kadar bilinmese de diyetisyenlerin bireylerin sağlık ile ilgili motivasyon ve farkındalıklarında önemli ölçüde etkiye sahip olduğunu göstermiş çalışmalar mevcuttur (38). Bireylerin diyetisyen seçimini etkileyen önemli faktörlerden birinin 'diyetisyenin motive edici olması' olduğu gözlenmiştir (41).

Bireylerin ağırlık yönetimi sağlamak amacıyla diyetisyene başvurmalarındaki önemli faktörün 'birine karşı sorumlu olma' durumu olduğu gözlenmiştir. Birine karşı sorumlu olma isteğine rağmen bireylerin diyetisyenlerin verdiği yaşam tarzı değişikliğine dair önerileri uygulamakta zorlandıklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (42).

Pek çok kez diyet denemesi, yapılan diyetler sonunda kaybedilen kiloların geri kazanılması bireylerin diyetisyene karşı ön yargılı olmasına sebep olabilmekte ve bireylerin yeniden diyete başlamasını geciktirebilmektedir. Kitle iletişim araçlarında bulunan diyet ve diyetisyenler ile ilgili yanlış ve kirli bilgiler bireylerin diyetisyenlere karşı ön yargılı olmalarına sebep olabilmektedir. Diyetisyenler ile iletişim halinde olan bireylerin ise diyetisyenlere karşı ön yargılarının ortadan kalktığı bildirilmektedir. Bireylerin diyet danışmanlığı aldıkları sırada diyetisyenden motivasyon sağlamasını bekledikleri, diyetisyenin güven vermesini bekledikleri ve gerekli durumlarda diyetisyenin kızmasını ancak sürecin genelinde diyetisyenin güler yüzlü olmasını bekledikleri gözlenmiştir (41).

Bireylerin diyetisyene başvurmasını geciktiren ya da diyetisyene karşı ön yargılı olmasına sebep olan bir diğer faktörde diyetisyenlerin bireylerin vücut ağırlığına göre damgalama/yargılama yapma ihtimalleri olduğu gözlenmiştir (43).

Obez bireylerin damgalamaya maruz kalma ile ilgili ön yargıları olduğu gibi bireylerin fazla kilolu veya obez diyetisyenlere karşı ön yargılı olduklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur. 120 sağlıklı yetişkin bireyin dahil ediliği ve bireylerin fazla kilolu veya obez diyetisyenlere karşı tutumlarının incelendiği bir çalışmada; eğitim seviyesi yüksek bireylerin fazla kilolu/obez diyetisyenlere karşı olumlu tutum sergilediği gözlenmiştir. Yaşın artması ile bireylerin daha ince diyetisyenlere karşı olumlu tutum sergiledikleri ve önerilerine uymak için diyetisyenlerin daha ince bir bedene sahip olmasını tercih ettikleri bildirilmektedir. Genç insanların ise fazla kilolu/obez diyetisyenlere olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir. Bireylerin, diyetisyenlerin sahip olduğu vücut ağırlığı, ince beden ve fazla kilo durumunun diyetisyen tavsiyelerine uymak için etkileyici bir faktör olduğu bildirilmiştir (43).

Obezite ve ağırlık yönetimindeki başarının artması için bireylerin diyetisyenlere olan yaklaşımlarını iyi analiz etmek ve bu yaklaşımları olumlu yönde geliştirmek oldukça önemlidir (43).

ObeziteVe Ağırlık Yönetimi Tedavisindeki Diyet Yaklaşımları

Ağırlık kontrolü amacıyla yapılan altı sağlıksız davranış belirlenmiştir. Bu davranışlar diyet hapı kullanımı, açlık, kendi kendine kusma, müshil kullanımı, kas geliştrici takviye kullanımı, anaboliksteroid kullanımı şeklindedir (44).

Besin alımını kaydetme ve kendi kendini izleme yöntemleri de obezite ve ağırlık yönetimi tedavisinde kullanılmaktaıdr (45, 46).

Kendi kendini izleme olarak bilinen bireyin belli aralıklarda ağırlık ölçümü ile ağırlığını takip etmesi ve kaydetmesinin motivasyon üzerinde olumlu etki oluşturarak ağırlık kaybında başarıılı olduğu bilinmektedir (46).

Obeziteyi önlemek, ağırlık kontrolünü sağlamak ve obeziyetyi tedavi etmek için en çok tercih edilen strateji ise harcanandan daha az enerji tüketimini sağlamaktır (19, 45). Ancak batı toplumlarında obez bireylerde yerleşmiş bir şekilde alınan enerjinin harcanan enerjiye eşit olduğu gözlenmiştir. Obezitenin düşünülenden daha karmaşık bir problem olduğu düşünülmektedir (45).

Diyet yaparak besin alımı kısıtlaması ya da porsiyon küçültme gibi geleneksel ağırlık kaybı yöntemlerinin uzun vadede başarılı olmadığı bilinmektedir. Besin alımı kısıtlaması; fizyolojik ihtiyaçlar yerine besin miktarı, türü ve besin tüketim zamanına müdahale etmektedir(24). İki yıldan fazla uygulanan diyet programlarının sonucunda bireylerin %60'ının diyet ile kaybedilen ağırlığın tamamını veya daha fazlasını kazandığı bildirmiştir. Yapılan son çalışmalar besin alımı kısıtlaması ile ağrılık kaybının, artan iştah nedeniyle

ağırlık kazanımına sebep olan hormonal ve metabolik değişikliklere neden olduğunu göstermektedir(19) .Bir diğer şekilde ise kalorilik diyet yapan bireylerin zamanla tıkınırcasına beslendikleri ve bu yüzden ağırlıklarında artış olduğu gözlenmiştir(47).

Bu sebeplerle ağırlık kaybı tedavilerine farkındalık temelli olması sebebiyle yeme farkındalığı müdahalelerinin de eklenmesi önerilmektedir. Mantzios ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada diyet programına ek farkındalık eğitimin yalnızca diyet programının uygulanmasına kıyasla daha etkin ağırlık kaybı sağladığı gözlenmiş olması bu öneriyi desteklemektedir (23).

Diyet yaptıktan sonra bireyler başarısız olduğunda başarısızlığının nedeni farketmeyerek sadece başarısız olduğunu zihnine yerleştirerek bir sonraki denemeye oldukça uzak mesafede kalabilmektedir. Bu durum obezite tedavisinde olumsuzluklara sebep olmaktadır (48).

Yapılan çalışmalarda obez bireylerde mevcut olan bazı düşünce hataları saptanmıştır. Bunlardan bazıları:

- ‘Tatlı gıdalara asla dayanamam.’
- ‘Sevdiğim yiyecekleri gördüğümde yemeden duramam.’
- ‘ İstediğim zaman sıkı bir diyetle hızla kilo verebilirim.’
- ‘Hiç yemek yemeyerek, aşırı egzersiz yaparak, laksatif kullanarak kilo verebilirim.’
- Ya hep ya hiç düşüncesi: Diyete bağlı kalmadım, bundan sonra dikkat etsem de işe yaramaz.
- Duygusal çıkarım: Kilo vermek çok zor, buna katlanamam.
- Kendini kandırma: Bir kere fazla yesem bir şey olmaz.

şeklidedir (11).

Obezite/ağırlık yönetimi tedavisinde diyet uygulamalarına yönelik yapılan çalışmalar diyetin belirgin özelliklerinin bireye özel olarak planlaması gerektiğini ve bireye özel diyetlerin daha başarılı olduğunu bildirmektedir (49). Bireylere sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırabilmek için ilgili beslenme uzmanlarının bireylerin beslenme düzenini değerlendirerek bireye özgü eğitim düzenlemeleri gerekmektedir. Bu eğitimler diyet uygulanmasının sebeplerini ve diyete uyma ile uymanının zararlarını içeren eğitimler olmalıdır (50).

Sürdürülebilir yeterli ve dengeli beslenme eğitimleri ile bireylerin kontrolsüz yeme davranışları ve buna bağlı ağırlık kazanımları ve kayıpları önlenebilecek; davranış değişikliği sağlanarak ve bireylerin sağlığının korunmasının devamlılık sağlanabilecektir (50).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI VE TİPİ

Bu araştırma; 23 Kasım 2020 ve 25 Ocak 2021 tarihleri arasında 45 iş günü boyunca Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran, 18 yaş ve üzeri, en az ilkokul mezunu ve gönüllü 104 yetişkinbireyin kendi yeme farkındalıkları ile diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımları arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte gerçekleştirildi.

Bu araştırma için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.10.2020 tarihli ve TÜTF-BAEK 2020/383 sayılı karar ile onay alındı.

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- 18 yaşından büyük olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Lüleburgaz Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvurmuş olmak

Araştırmaya dahil olmama kriterleri;

- 18 yaşından küçük olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak
- En az ilkokul mezunu olmamak

ARAŞTIRMANIN GENEL PLANI

Araştırmaya katılan bireyler araştırmaya başlamadan önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyup imzalamıştır.

Araştırmanın verileri, Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran bireylerin kendi yeme farkındalıkları ile diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımları arasındaki ilişkinin saptanması hazırlanan anket formuyla elde edildi (Ek 4). Uygulanan anketin bölümleri ile ilgilibilgiler aşağıda verildi. Birinci bölümde katılımcıların demografik özellikleri, ikincibölümde sağlık-hastalık öyküsü ve yaşam biçimi, üçüncü bölümde beslenme bilgi kaynağı, beslenme tutum ve davranışları, dördüncü bölümde antropometrik ölçümleri, beşinci bölümde diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımları, altıncı bölümde genel özyeterlilik ölçeği, yedinci bölümde yeme farkındalık ölçeği ve sekizinci bölümde beden imgesi algısı sorgulandı.

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket Formu

Araştırmanın verileri, 23 Kasım 2020 ve 25 Ocak 2021 tarihleri arasında, örneklemin olduğu hastaneyönetimlerinden izin alınarak toplandı..Araştırmaya gönüllü katılan bireylere sekiz bölümden oluşan anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak verilertoplandı.

Demografik özellikler: Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, iş, aile yapısı ve gelir düzeyi sorgulandı.

Sağlık-hastalık öyküsü ve yaşam biçimi: Doktor tarafından tanısı konulan hastalık varlığı, diyet uygulama durumu, diyetin türü, diyetin kim tarafından düzenlendiği ve diyetin uygulama süresi, son bir yılda düzenli ilaç/besin takviyesi kullanım durumu ve düzenli egzersiz yapma durumu sorgulandı.

Beslenme bilgi kaynağı, beslenme tutum ve davranışları: Bu bölümde bireylerin beslenme bigi durumlarını değerlendirmeleri, beslenme bilgi kaynakları, en önemli öğünleri, öğün atlama durumları, ara öğün yapma durumları, ara öğün yapma nedenleri, ara öğünlerde tükettikleri besinler, bir besine karşı aşırı istek duyduklarında ne yaptıkları ve duygusal durumlarda besin tüketimlerinin etkilenme durumu sorgulandı.

Antropometrik ölçümler: Bu bölümde bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümü DENSİ GL-150 cihazı ile yapıldı. Ölçümler bireylerin ince kıyafetle ve ayakkabısız

olmaları sağlanarak gerçekleştirildi. Ayrıca bu bölümde bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu gönüllükatılımcıların sözel beyanı ile kayıt edildi.

Diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlar: Bu bölümde; popüler web sitelerinde diyet, diyetisyen, diyet ön yargısı vb. kelimeler aratılarakelde edilen sorular ile bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yakşalımları sorgulandı.

Genel özyeterlilik ölçeği: Bu bölümde toplam 17 maddeden oluşan Genel Özyeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) ile bireylerin genel özyeterlliği ölçüldü. Genel Özyeterlilik Ölçeği 1982 yılında Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.Ölçek Fatma Yıldırım ve İnci Özgür İlhan tarafından 2010 yılında Türkçeye uyarlanmış ve güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur. Genel Özyeterlilik Ölçeği; 'hiç', 'çok az', 'yeterince', 'iyi' ve 'çok iyi' olmak üzere 1'den 5'e kadar puanlama sistemi ile puanlanmaktadır. Puan yükseldikçe genel özyeterliliğin de arttığı belirlenmektedir (51).

Yeme farkındalığı ölçeği: Toplam 30 maddeden oluşan Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) ile bireylerin yeme farkındalıkları bu bölümde sorgulandı. Yeme Farkındalık Ölçeği, Gizem Köse ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Yeme Farkındalık Ölçeği; 'hiç', 'nadiren', 'bazen', 'sık sık', 'her zaman' olmak üzere 1'den 5'e kadar puanlama ile puanlanmaktadır. Ölçekte 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 numaralı sorular düz puanlanmaktadır geriye kalan 20 soru ters puanlamaya sahiptir. Yeme Farkındalık Ölçeği; 'Düşünmeden yeme', 'duygusal yeme', 'yeme kobtrolü', 'farkındalık', 'yeme disiplini', 'bilinçli beslenme', 'enterferans(dış emenlerden etkilenme)' olmak üzere7 alt boyuta sahiptir. Ölçek toplam puanı bireyin yeme farkındalık puanını ifade etmektedir (52).

Beden imgesi algı görseli: Kadın ve erkek bireylerin farklı beden kütle indeksine ait numaralandırılmış görseller yer alan beden algısı görseli ile bireylerin beden algıları sorgulandı.

Verilerin İstatiksel Açıdan Değerlendirilmesi

İstatistikseldeğerlendirme, IBM Corp. Released 2010. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. Kullanılarak yapıldı. Niceliksel değişkenler arasındaki ilişkileri incelemede verilerin dağılım özellikleri gözönünde bulundurularak Pearson ya da Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel analizler sonucunda $P<0.05$ değeri, istatistiksel olarak önemli kabul edildi. Araştırma sonucunda anketler ile elde edilen tüm veriler, SPSS Statistics 22,0 (Statistical PackageforSocialSciencesfor Windows) kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirildi ve tanımlayıcı tablolar bu program yardımıyla oluşturuldu. Ortalama (X) ± standart sapma (SD),

minimum ve maksimum değerler kullanıldı. Gruplar arası farklılıklar "x²" ile analiz edildi. Antropometrik ölçümler ve öğün sayıları gibi veriler için betimsel istatistikler (ortalama, alt değer, üst değer, standart sapma) kullanıldı. Kategorik verilerin analizinde "Ki-Kare" testi, sürekli verilerin analizinde normal dağılıma uygunluğu "KolmogorovSmirnov" analizi ile değerlendirildikten sonra normal dağılımı uyan verilerde "Bağımsız gruplarda T" testi, normal dağılıma uymayan verilerde "Mann Whitney U" testi kullanıldı ve kritik p değeri 0,05 olarak kabul edildi (53).

Kategorik veri analizinde tabloların frekans durumuna ve tablodaki hücre sayısına göre Pearson ki-kare testi ve Olabilirlik oran testi kullanılmıştır. Anlamlı bulunanlarda iki oran karşılaştırması uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans (S) ve oran (%) olarak ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyumu Shapiro-Wilk testi ile kontrol edildi. Varyansların homojenliği ise Levene testi ile analiz edilmiştir. Parametrik testlerin varsayımları yerine geldiğinde üç veya daha fazla bağımsız grup ortalamasının karşılaştırılması amacıyla ise tek yönlü varyans analizi ve ardından çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonlar sürekli değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi incelemek için Spearman-rho sıra korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için S (%), sürekli değişkenler için ise ortalama ± standart sapma, ortanca değer veren küçük-en büyük değerler olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı $p<0.05$ düzeyi kabul edildi. Veri setinin analizinde SPSS 23.0 (Statistical PackageforSocialSciences, Ver. 23.0) paket programı kullanılmıştır (46).46. Nie N, Bent D, HullC.Software IC. Statistical Packageforthesocialsciences (SPSS), Version 23.0 paket programı, 2015.

BULGULAR

Bu çalışma,Lüleburgaz Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran dahil edilme kriterlerine uygun, 18 yaş ve üzeri 104 yetişkin katılımcı ile yapıldı. Çalışmaya katılan bireylerin 89'u (%85,57) kadın ve 15'i (%14,42) erkektir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre demografik özelliklerinin dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Bireylerin cinsiyetlerine göre demografik özelliklerinin dağılımı

	Kadın		**Erkek**		**Toplam**	
Yaş Grup	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**
30 yaş ve altı	20	22,5	6	40,0	26	25,0
31-40 yaş arası	23	25,8	-	-	23	22,1
41-50 yaş arası	22	24,7	5	33,3	27	26,0
51 yaş ve üzeri	24	27,0	4	26,7	28	26,9
Eğitim Durumu						
İlköğretim mezunu	44	49,4	4	26,7	48	46,2
Lise mezunu	29	32,6	6	40,0	35	33,7
Yükseköğretim mezunu	16	18,0	5	33,3	21	20,1
Medeni Durum						
Bekar	19	21,3	3	20,0	22	21,1
Evli	70	78,7	12	80	82	78,9
Aile Yapısı						
Çekirdek aile	80	89,9	15	100,0	95	91,3
Geniş aile	9	10,1	0	0,0	9	8,7
Çocuk Sayısı						
Çocuk yok	21	23,6	4	26,7	25	24,0
1 çocuk	15	16,9	4	26,7	19	18,3
2 çocuk	34	38,2	5	33,3	39	37,5
3 çocuk ve üzeri	19	21,3	2	13,3	21	20,2
Gelir Düzeyi						
Geliri giderinden az	29	32,6	1	6,7	30	28,8
Geliri giderine eşit	56	62,9	9	60,0	65	62,5
Gelirigiderinden fazla	4	4,5	5	33,3	9	8,7

Çalışmaya katılan kadın bireylerin çoğunluğu 41-50 yaş(%26,0) ve 51 yaş ve üzeri (%26,9) arasındadır. Erkek bireylerin çoğunluğu ise 30 yaş altıdır (%40,0).Katılımcıların yaş

ortalaması 41,07±12,87 yıldır. Kadın bireylerin yaş ortalaması 40,96±12,62 yıl olarak ve erkek bireylerin yaş ortalaması 41,73±14,78 yıl olarak saptandı (Tablo 1).

Çalışmaya katılan bireylerin %46,1'i ilköğretim mezunu, %33,7'si lise mezunu ve %20,2'si yükseköğretim mezundur. Çalışmaya katılan bireylerin %78,9'u evli, %37,5'i 2 çocuğa sahiptir. Bireylerin %91,3'ü çekirdek aileye sahiptir ve %62,5'inin geliri giderine eşittir(Tablo 1).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre hastalık, diyet uygulamaları ile egzersiz yapma durumlarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Bireylerin cinsiyetlerine göre hastalık, diyet uygulamaları ile egzersiz yapma durumlarının dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam	
Kronik Hastalık Durumu	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**
Var	54	60,7	9	60,0	63	60,6
Yok	35	39,3	6	40,0	41	39,4
Kronik Hastalık Türü*						
Diyabet	24	44,4	4	44,4	28	44,4
Hipertansiyon	17	31,5	2	22,2	19	30,2
Hiperlipidemi	9	16,7	2	22,2	11	17,5
Hipertiroidi	10	18,5	1	11,1	11	17,5
Diğer	23	42,9	4	44,4	27	42,9
Daha Önce Diyet Uygulama Durumu						
Uyguladı	33	37,1	5	33,3	38	36,5
Uygulamadı	56	62,9	10	66,7	66	63,5
Uygulanan Diyet Türü						
Zayıflama diyeti	16	48,5	1	20,0	17	44,7
Diyabetik diyet	12	36,4	3	60,0	5	39,5
Diğer	5	15,1	1	20,0	6	15,8
Diyeti veren						
Diyetisyen	27	81,8	3	60,0	30	79,0
Doktor	3	9,1	1	20,0	4	10,5
Kendi kendine	3	9,1	1	20,0	4	10,5
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu						
Yapıyor	28	31,5	7	46,7	35	33,7
Yapmıyor	61	68,5	8	53,3	69	66,3
Egzersiz Süresi						
<150 dk/hafta	14	50,0	3	42,9	17	48,6
≥150 dk/hafta	14	50,0	4	57,1	18	51,4

*: Birden fazla yanıt verilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %60,6'sı doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığa sahiptir. Doktor tarafından tanı almış bireylerin %63,5'i hastalığına yönelik diyet uygulamadığı ve %36,5'inin hastalığına yönelik diyet uyguladığı; diyet uygulayan bireylerin %44,7'si zayıflama diyeti ve %39,5'i diyabetik diyet uyguladığı belirlenmiştir. Bireylerin %15,8'inin uyguladığı diğer diyetler ise böbrek hastalıklarında tıbbı beslenme tedavisi ve benzerinden oluşmaktadır. Hastalığına yönelik diyet uygulayan bireylerin %79'unun diyetinin diyetisyen tarafından oluşturulduğu ve diyet uygulayan bireylerin diyet uygulama süresinin

ortalama 11,95±38,36 ay olduğu belirlendi (Tablo 2). Bireylerin %66,3'ünün düzenli egzersiz yapmadığı belirlendi (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre ana ve ara öğün tüketim durumlarının dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Bireylerin cinsiyetlerine göre ana ve ara öğün tüketim durumlarının dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam	
Öğün Atlama Durumu	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**
Atlar	70	78,7	9	60,0	79	76,0
Atlamaz	19	21,3	6	40,0	25	24,0
Atlanılan Öğün Durumu						
Sabah						
Her zaman	7	10,0	3	33,3	10	12,6
Sıklıkla	5	7,2	1	11,1	6	7,6
Nadiren	22	31,4	2	22,2	24	30,4
Hiç	36	51,4	3	33,3	39	39,4
Öğle						
Her zaman	17	24,3	1	11,1	18	22,8
Sıklıkla	23	32,9	2	22,2	25	31,6
Nadiren	26	37,1	4	44,5	30	38,0
Hiç	4	5,7	2	22,2	6	7,6
Akşam						
Her zaman	6	8,6	1	11,1	7	8,8
Sıklıkla	3	4,3	1	11,1	4	5,1
Nadiren	15	21,4	0	0,0	15	19,0
Hiç	46	65,7	7	77,8	53	67,1
Ara Öğün Yapma Alışkanlığı Durumu						
Var	43	48,3	5	33,3	48	46,2
Bazen	21	23,6	6	40,0	27	26,0
Yok	25	28,1	4	26,7	29	27,8
Yapılan Ara Öğün Durumu*						
Kuşluk	17	26,6	0	0,0	17	22,7
İkindi	32	50,0	5	45,5	37	49,3
Gece	21	32,8	2	18,2	23	30,7

Çalışmaya katılan bireylerin %76'sının öğün atladığı belirlendi. Bireylerin en sık öğle öğünü atladıkları gözlenmiştir. Bireylerin %67,1'inin akşam öğünü hiç atlamadıkları ve %39.4'ünün sabah öğününü hiç atlamadığı belirlendi (Tablo 3).

Bireylerin %46,2'sinin ara öğün yapma alışkanlığının olduğu belirlendi. Bireylerin %49,3'ünün ara öğün olarak ikindi ara öğünü yaptğı belirlendi (Tablo 3).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgi düzeyi ve beslenme bilgi kaynağının dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgi düzeyi ve beslenme bilgi kaynağının dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam	
Beslenme KonusundaBilgiDüzeyi	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**
Yeterli	37	41,5	5	33,3	42	40,4
Kararsız	20	22,5	5	33,3	25	24,0
Yetersiz	32	36,0	5	33,3	37	35,6
Beslenme Bilgi Kaynağı						
Televizyon	17	19,1	2	13,3	19	18,3
Doktor	16	18,0	4	26,7	20	19,2
Diyetisyen	34	38,2	6	40,0	40	38,5
İnternet	26	29,2	4	26,7	30	28,8
Diğer	14	15,7	1	6,7	15	14,4
En Önemli Öğün Durumu						
Kahvaltı	76	85,4	12	80,0	88	84,7
Öğle yemeği	2	2,2	1	6,7	3	2,9
Akşam yemeği	8	9,0	2	13,3	10	9,5
Hepsi	3	3,4	0	0,0	3	2,9

Çalışmaya katılan bireylerin kendilerine göre beslenme bilgi düzeyleri incelendiğinde %40,4'ükendisini yeterli görürken %59,6'sının kendisini kararsız veya yetersiz gördüğü belirlendi. Bireylerin %38,5'inin beslenme bilgi kaynağı olarak diyetisyene ve %28,8'inin internete başvurduğunu belirlendi. Bireylerin %83,7'sinin en önemli öğün olarak kahvaltı öğününü seçtiği belirlendi (Tablo 4).

Araştırmaya katılan bireylerin beyan ettikleri, algıladıkları ve gerçek antropometrik ölçüm ortalamaları ve karşılaştırmaları Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Bireylerin beyan ettikleri, algıladıkları ve gerçek antropometrik ölçüm ortalamaları ve karşılatırmaları

		Kadın			Erkek			Toplam		
		Beyan Edilen	Ölçülen		Beyan Edilen	Ölçülen		Beyan Edilen	Ölçülen	
		$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p
Vücut Ağırlığı (kg)		78,59±15,20 79(42-122)	79,89±15,44 79,90 (40,7-119,4)	0,573	88,13±22,62 82(61-150)	90,31±23,95 85,80 (61-158,4)	0,724	79,97±16,68 79,50 (42-150)	81,39±17,18 80,60 (40,7-158,4)	0,379
Boy Uzunluğu (m)		1,61±0,06 1,63(1,50-1,86)	1,59±0,06 1,59 (1,48-1,85)	**0,009****	1,70±0,07 1,73(1,60-1,85)	1,70±0,08 1,71(1,60-1,83)	0,360	1,63±0,08 1,63 (1,50-1,85)	1,61±0,08 1,60 (1,49-1,85)	**0,014***
BKİ (kg/m^2)		30,13±5,99 30,40(14,9-47,6)	31,53±6,46 31,40(14,9-50)	0,136	29,41±7,19 28,3(20,5-49,5)	31,08±7,60 30,40(20,4-52,8)	0,431	30,03±6,14 30,10 (14,9-49,5)	31,47±6,60 31,40 (14,9-52,8)	0,072
Görsel Algı	**Zayıf**	21,00±7,68 18,50(14,9-29,6)	21,63±8,68 18,50(14,9-31,4)	0,930	-	-	-	21,00±7,68 18,50 (14,9-49,6)	21,63±8,68 18,50 (14,9-31,4)	0,930
	Normal Kilolu	25,34±3,59 25,30(19,3-32,1)	26,39±4,24 25,80(19,1-34,6)	0,330	23,26±2,86 22,80(20,5-26,9)	25,20±4,48 26,90(20,4-30,4)	0,437	25,01±3,53 25,30 (19,3-32,1)	26,21±4,23 26,30 (19,1-34,6)	0,226
	Şişman	32,79±4,94 32,50(23,3-47,6)	34,39±5,20 34,30(25,4-50)	0,065	32,49±6,72 30,90(25,9-49,5)	34,01±7,21 32,20(27,6-52,8)	0,450	32,75±5,18 31,90 (23,3-49,5)	34,33±5,47 33,60 (25,4-52,8)	0,053

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi
*p<0,05; **p<0,01

Araştırmaya katılan bireylerin beyan ettikleri vücut ağırlığı ortalamalarının 79,97±16,68 kg olduğu, boy ortalamalarının 1,63±0,08 m olduğu ve BKİ ortalamalarının 30,03±6,14 kg/m^2 olduğu, ölçülen vücut ağırlığı ortalamalarının 81,39±17,18 kg olduğu, boy ortalamalarının 1,61±0,08 m olduğu ve BKİ ortalamalarının 31,47±6,60 kg/m^2 olduğu bulundu (Tablo 5).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ değerlerinin kendi beyan ettikleri ve ölçümlerinin karşılaştırılması incelendiğinde, kadınların boy uzunluğu değerleri arasında ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, vücut ağırlığı ve BKİ değerleri arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Sonuç incelendiğinde, kadınların boy uzunluğu değerlerinde beyan ettikleri değerlerin [1,63 (1,50-1,86) ortancası, ölçülen değerlerine [1,59 (1,48-1,85)] göre istatistiksel olarak yüksek bulundu (Tablo 5).

Bireylerin beyan ettikleri vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçüleri kullanılarak hesaplanmış olan beyan edilen BKİ ortalama eğeri kadın bireylerde 1. derece obez ve erkek bireylerde fazla kilolu sınıflamasına dahil olarak belirlenmiştir. Bireylerin ölçümleri yapılarak hesaplanan ölçüm BKİ ortalama değeri ile bireylerin 1. derece obez sınıflamasında olduğu belirlendi.

Kadın bireylerin beyan edilen ve ölçülen vücut ağırlığı arasında anlamlı fark olmamasına rağmen kendi vücut ağırlıklarını ortalama 1,3 kg daha zayıf olarak algıladıkları belirlendi (Tablo 5). Erkek bireylerin beyan edilen ve ölçülen vücut ağırlığı arasında anlamlı fark olmamasına rağmen kendi vücut ağırlıklarını ortalama 2,17 kg daha zayıf olarak algıladıkları belirlendi (Tablo 5). Her iki cinsiyette de ölçülen BKİ'nin ve bireylerin beyan ettikleri boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri ile elde edilen beyan BKİ'ye göre yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 5).

Araştırmaya katılan bireylerin görsel algı düzeylerine göre beyan edilen ve ölçülen BKİ değerleri incelendiğinde, görsel algı düzeyine göre kendisini zayıf olarak algılayan kadınların beyan ettikleri BKİ ortalamalarının 21,00±7,68 kg/m^2 olduğu, ölçülen BKİ ortalamalarının 21,63±8,68 kg/m^2 olduğu ve aslında normal ağırlıkta oldukları belirlendi. Görsel algı düzeyine göre kendisini normal kilolu olarak algılayan kadınların beyan ettikleri BKİ ortalamalarının 25,34±3,59 kg/m^2 olduğu, ölçülen BKİ ortalamalarının 26,39±4,24 kg/m^2 olduğu ve aslında fazla kilolu oldukları belirlendi. Görsel algı düzeyine göre kendisini

şişman olarak kadınların beyan ettikleri BKİ ortalamalarının 32,79±4,94 kg/m^2 olduğu, ölçülen BKİ ortalamalarının 34,39±5,20 kg/m^2 olduğu ve aslında hepsinin obez olduğu bulunmuştur. Normal kilolu, fazla kilolu veya obez kadın bireylerin görsellere göre kendilerini daha zayıf algıladıkları belirlendi (Tablo 5).

Araştırmaya katılan bireylerin görsel algı düzeylerine göre beyan edilen ve ölçülen BKİ değerleri incelendiğinde, görsel algı düzeyine göre kendisini normal kilolu olarak algılayan erkeklerin beyan ettikleri BKİ ortalamalarının 23,26±2,86 kg/m^2 olduğu, ölçülen BKİ ortalamalarının 25,20±4,48 kg/m^2 olduğu; beyan ettikleri BKI'ye normal ağırlıkta ve ölçülen BKI'ye göre fazla kilolu oldukları gözlendi. Görsel algı düzeyine göre kendisini fazla kilolu/obez olarak algılayan erkeklerin beyan ettikleri BKİ ortalamalarının 32,49±6,72 kg/m^2 olduğu, ölçülen BKİ ortalamalarının 34,01±7,21 kg/m^{2}olduğu ve iki BKI'ye göre de obez oldukları belirlendi (Tablo 5).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre görsel algı düzeylerine göre kendi beyan ettikleri ve ölçülen BKİ değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde, görsel algı düzeylerine göre zayıf, normal kilolu ve fazla kilolu/obez olan kadınların beyan edilen ve ölçülen BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), görsel algı düzeylerine göre normal kilolu ve fazla kilolu/obez olan erkeklerin beyan edilen ve ölçülen BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 5).

Araştırmaya katılan bireylerin görsel algılarına göre beyan ettikleri ve ölçülerek hesaplanan BKİ sınıflamalarına göre dağılımıTablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Bireylerin görsel algılarına göre beyan ettikleri ve ölçülerek hesaplanan BKİ sınıflamalarına göre dağılımı

	Görsel Algı															
	Kadın								Erkek							
	Zayıf		Normal Kilolu		Fazla Kilolu		Obez		Zayıf		Normal Kilolu		Fazla Kilolu		Obez	
Beyan Edilen BKİ Grup	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**
Normal Kilolu	2	66,7	11	40,7	2	3,8	-	-	-	-	3	60,0	-	-	-	-
Fazla Kilolu	1	33,3	13	48,1	11	21,2	2	28,6	-	-	2	40,0	4	44,4	-	-
1. derece obez	-	-	3	11,2	25	48,1	2	28,6	-	-	-	-	4	44,4	-	-
2. derece obez	-	-	-	-	14	26,9	3	42,8	-	-	-	-	1	11,1	1	100,0
Ölçülen BKİ Grup																
Normal Kilolu	2	66,7	10	37,0	-	-	-	-	-	-	2	40,0	-	-	-	-
Fazla Kilolu	-	-	12	44,4	8	15,4	-	-	-	-	2	40,0	3	33,3	-	0,0
1. derece obez	1	33,3	5	18,5	25	48,1	3	42,9	-	-	1	20,0	5	55,6	-	-
2. derece obez	-	-	-	-	19	36,5	4	57,1	-	-	-	-	1	11,1	1	100,0

Çalışmamıza katılan kadın bireylerin %13,5'inin normal kilolu, %22,5'inin fazla kilolu ve %64'ünün obez ver erkek bireylerin %13,3'ünün normal kilolu, %33,3'ünün fazla kilolu ve %8'inin obez olduğu belirlendi. Her iki cinsiyet grubunda da bireylerin çoğunluğunun fazla kilolu veya obez olduğu gözlendi.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre beyan edilen ve ölçülen BKİ sınıflamalarının görsel algı gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, zayıf görsel algı grubunda olan kadınların beyan edilen BKİ gruplarına göre %66,7'sinin normal kilolu ve %33,3'ünün fazla kilolu olduğu, ölçülen BKİ gruplarına göre %66,7'sinin normal kilolu ve %33,3'ünün 1. derece obez olduğu, normal kilolu görsel algı grubunda olan kadınların beyan edilen BKİ gruplarına göre %40,7'sinin normal kilolu, %48,1'inin fazla kilolu ve %11,2'sinin 1. derece obez olduğu, ölçülen BKİ gruplarına göre %37'sinin normal kilolu, %44,4'ünün fazla kilolu ve %18,5'inin 1. derece obez olduğu, fazla kilolu görsel algı grubunda olan kadınların beyan edilen BKİ gruplarına göre %3,8'inin normal kilolu, %21,2'sinin fazla kilolu %48,1'inin 1. derece obez ve %26,9'unun 2. derece obez olduğu, ölçülen BKİ gruplarına göre %15,4'ünün fazla kilolu, %48,1'inin 1. derece obez ve %36,5'inin 2. derece obez olduğu, obez görsel algı grubunda olan kadınların beyan edilen BKİ gruplarına göre %28,6'sının fazla kilolu, %28,6'sının 1. derece obez ve %42,8'inin 2. derece obez olduğu, ölçülen BKİ gruplarına göre %42,9'unun 1. derece obez ve %57,1'inin 2. derece obez olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre beyan edilen ve ölçülen BKİ sınıflamalarının görsel algı gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, normal kilolu görsel algı grubunda olan erkeklerin beyan edilen BKİ gruplarına göre %60'ının normal kilolu ve %40'ının fazla kilolu olduğu, ölçülen BKİ gruplarına göre %40'ının normal kilolu, %40'ının fazla kilolu ve %20'sinin 1. derece obez olduğu, fazla kilolu görsel algı grubunda olan erkeklerin beyan edilen BKİ gruplarına göre %44,4'ünün fazla kilolu, %44,4'ünü 1. derece obez ve %11,1'inin 2. derece obez olduğu, ölçülen BKİ gruplarına göre %33,3'ünün fazla kilolu, %55,6'sının 1. derece obez ve %11,1'inin 2. derece obez olduğu, obez görsel algı grubunda olan erkeklerin beyan edilen BKİ gruplarına göre %100'ünün 2. derece obez olduğu, ölçülen BKİ gruplarına göre %100'ünün 2. derece obez olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine ve toplama göre diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarının dağılımları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarının dağılımları

	Kadın				Erkek				Toplam			
	Katılıyorum		Katılmıyorum		Katılıyorum		Katılıyorum		Katılıyorum		Katılıyorum	
Diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlar	**s**	**%**	**s**	**n**	**s**	**n**	**s**	**%**	**s**	**%**	**s**	**%**
Diyetisyene gelirken, diyetisyen ücreti hakkında endişelenirim.	26	29,2	63	70,8	4	26,7	11	73,3	30	28,8	74	71,2
Diyetisyen zayıf olur.	47	52,8	42	47,2	9	60,0	6	40,0	56	53,8	48	46,2
Diyetisyenler herkese aynı diyet listesini verir.	3	3,4	86	96,6	3	20,0	12	80,0	6	5,7	98	94,2
Diyetime uymazsam diyetisyenim beni azarlar.	29	32,6	60	67,4	3	20,0	12	80,0	32	30,7	72	69,2
Diyetisyenlerin görevi sadece zayıflatmaktır.	20	22,5	69	77,5	3	20,0	12	80,0	23	22,1	81	77,9
Kilomu/ vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim.	39	43,8	50	56,2	7	46,7	8	53,3	46	44,2	58	55,8
Diyetisyenime anlamadığım yerleri tekrar sorabilirim.	89	100,0	0	0,0	14	93,3	1	6,7	103	99,0	1	1,0
Diyetisyenin kontrole çağırma sıklığı diyete uyumu etkiler.	58	65,2	31	34,8	9	60,0	6	40,0	67	64,4	37	35,6
Diyetisyenin bana ayırdığı vakit, diyeti anlamam için yeterlidir.	87	97,8	2	2,2	15	100,0	0	0,0	102	98,0	2	1,9
Diyet listesinde yer alan yiyecekler pahalı olur.	23	25,8	66	74,2	4	26,7	11	73,3	27	25,9	77	74,0
İnternetten alınan bilgiler diyet yapmak için yeterlidir.	3	3,4	86	96,6	0	0,0	15	100,0	3	2,8	101	97,1
Diyet yapmak aç kalmak demektir.	8	9,0	81	91,0	2	13,3	13	86,7	10	9,6	94	90,4
Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım.	21	23,6	68	76,4	0	0,0	15	100,0	21	20,1	83	79,8
Diyet yaptığım sürenin uzaması diyete uyumumu etkiler.	46	51,7	43	48,3	3	20,0	12	80,0	49	47,1	55	52,9
Diyet listesinde her zaman tüketmediğim yiyecekler yer alır.	22	24,7	67	75,3	5	33,3	10	66,7	27	25,9	77	74,0
Diyet yaparken kendime ayrı yemekler hazırlamam gerekir.	62	69,7	27	30,3	9	60,0	6	40,0	71	68,2	33	31,7
Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim.	54	60,7	35	39,3	7	46,7	8	53,3	61	58,6	43	41,3
Diyetlerde tatlı yasaktır.	43	48,3	46	51,7	10	66,7	5	33,3	53	50,9	51	49,0
Diyet listesinin tamamını uygulayabilirim.	75	84,3	14	15,7	14	93,3	1	6,7	89	85,5	15	14,4
Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur.	52	58,4	37	41,6	8	53,3	7	46,7	60	57,6	44	42,3
Diyette iken tatsız, tuzsuz yemek yemek zorunda kalırız.	37	41,6	52	58,4	9	60,0	6	40,0	46	44,2	58	55,8
Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim.	27	30,3	62	69,7	4	26,7	11	73,3	31	29,8	73	70,2
Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir.	81	91,0	8	9,0	12	80,0	3	20,0	93	89,4	11	10,6
Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem.	18	20,2	71	79,8	2	13,3	13	86,7	20	19,2	84	80,8
Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir.	23	25,8	66	74,2	3	20,0	12	80,0	26	25,0	78	75,0

Araştırmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarının dağılımları incelendiğinde, bireylerin %94,2'sinin diyetisyenlerin herkese aynı diyet listesini verdiğini düşünmediklerini belirttiği, %77,9'unun diyetisyenlerin görevinin sadece zayıflatmak olmadığını belirttiği, %44,2'sinin kilosunu / vücut ağırlığını kendisinin kontrol edebileceğini belirttiği, %99'unun diyetisyenine anlamadığı yerleri tekrar sorabileceğini, sadece %9,6'sının diyet yapmanın aç kalmak olduğunu belirttiği, %79,8'inin diyetisyenin kilosu hakkında eleştiride bulunmasından korkmadığı, %25,9'unun diyet listesinde her zaman tüketmediği yiyeceklerin yer aldığını belirttiği, %85,5'inin diyet listesinin tamamını uygulayabileceğini belirttiği, %89,4'ünün diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesinin güncelleneceğini belirttiği, %19,2'sinin diyetisyene gittiğinin bilinmesini istemediğini belirttiği, %25'inin diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemesi gerektiğini belirttiği gözlendi (Tablo 7).

Araştırmaya katılan bireylerin GÖYÖ ve YFÖ-30 puan ortalamarı ve karşılaştırması Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Bireylerin GÖYÖ ve YFÖ-30 puan ortalamarı ve karşılaştırması

Ölçekler	Cinsiyet			Toplam
	Kadın	Erkek		
	X ± SD Medyan (min-max)	X ± SD Medyan (min-max)	p	X ± SD Medyan (min-max)
GÖYÖ	68,6±11,4 71 (33-85	72,3±6,3 71 (61-85)	0,350	68,88±10,86 71 (33-85)
YFÖ	3,42±0,65 3,4 (1,6-4,8)	3,17±0,59 3,1 (1,9-4)	0,172	3,38±0,65 3,4 (1,6-4,8)

Bağımsız Örneklem T Testi, Mann-Whitney U Testi.
*p<0,05

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre GÖYÖ toplam puanları arasındaki karşılaştırma incelendiğinde, "GÖYÖ Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05) bulunmuştur (Tablo 8). Kadın bireylerin GÖYÖ puan ortalaması 68,6±11,4 ve erkek bireylerin 72,3±6,3 olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen erkek bireylerin kadın bireylere kıyasla daha yüksek GÖYÖ puanına sahip olduğu belirlendi (Tablo 8).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre YFÖ-30 toplam puanları arasındaki karşılaştırma incelendiğinde, "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında anlamlı fark olmadığı (p>0,05) bulunmuştur (Tablo 8). Kadın bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,42±0,65 ve erkek bireylerin 3,17±0,59olduğu, istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen kadın bireylerin erkek bireylere kıyasla daha yüksek YFÖ-30 puanına sahip olduğu belirlendi (Tablo 8).

Tüm bireylerim GÖYÖ puan ortalaması 68,88±10,86, YFÖ-30 puan ortalaması 3,38±0,65olarak bulumdu. GÖYÖ ve YFÖ-30 puanlarında kadın ve erkek bireylerin farklı puanlara sahip olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasının sebebi örneklemin büyük bir çoğunluğunun kadın bireyden oluşması olduğu gözlendi (Tablo 8).

Araştırmaya katılan bireylerin ölçülen, beyan edilerek hesaplanan ve algıladıkları BKI'ye göre GÖYÖ ve YFÖ-30 puan ortalamarı ve karşılaştırması Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Bireylerin ölçülen, beyan edilerek hesaplanan ve algıladıkları BKI'yegöre GÖYÖ ve YFÖ-30 puan ortalamarı ve karşılaştırması

	Ölçekler					
	GÖYÖ			**YFÖ-30**		
	Kadın	**Erkek**	**Toplam**	**Kadın**	**Erkek**	**Toplam**
	X±SS Medyan (min-max)	**X±SS Medyan (min-max)**	**X±SS Medyan (min-max)**	**X±SS Medyan (min-max)**	**X±SS Medyan (min-max)**	**X±SS Medyan (min-max)**
Ölçülen BKI						
Normal kilolu	67,08±12,57 69(42-82)	69,00±1,41 69 (68-70)	67,36±11,59 69 (42-82)	3,36±0,43 3,40 (2,5-4,1)	2,91±0,11 2,90 (2,8-3)	3,29±0,43 3,30(2,5-4,1)
Fazla kilolu	67,70±13,39 71,50 (45-85)	76,20±6,06 73 (71-85)	69,40±12,65 72 (45-85)	3,60±0,71 3,70 (2,3-4,6)	3,55±0,56 3,80 (2,7-4)	3,59±0,68 3,80 (2,3-4,6)
1. derece obez	68,88±10,67 69,50 (33-85)	71,17±7,11 70,50 (61-81)	69,22±10,18 70 (33-85)	3,34±0,73 3,40 (1,6-4,8)	3,08±0,50 3 (2,3-3,7)	3,30±0,70 3,30 (1,6-4,8)
2. derece obez	68,61±10,51 72 (39-84)	69,50±6,36 69,50 (65-74)	68,68±10,15 72 (39-84)	3,39±0,55 3,40 (2,5-4,4)	2,72±1,05 2,70 (2-3,5)	3,34±0,60 3,40 (2-4,4)
p	0,998	0,307	0,902	0,528	0,363	0,301
Beyan BKI						
Normal kilolu	65,80±13,32 64 (42-85)	74,33±9,29 70 (68-85)	67,22±12,92 69 (42-85)	3,27±0,58 3,30 (2,5-4,4)	3,28±0,65 3 (2,8-4)	3,27±0,57 3,20 (2,5-4,4)
Fazla kilolu	69,56±10,85 72 (48-85)	70,67±6,35 72 (61-80)	69,76±10,10 72 (48-85)	3,57±0,69 3,70 (2,3-4,6)	3,29±0,64 3,50 (2,3-4)	3,52±0,68 3,70 (2,3-4,6)
1. derece obez	69,50±10,47 71 (39-85)	74,75±5,19 74 (70-81)	70,12±10,08 71 (39-85)	3,37±0,70 3,40 (1,6-4,8)	3,13±0,35 3 (2,8-3,6)	3,34±0,67 3,30 (1,6-4,8)
2. derece obez	66,41±12,28 70 (33-81)	69,50±6,36 69,50 (65-74)	66,74±11,72 70 (33-81)	3,38±0,57 3,40 (2,3-4,3)	2,72±1,05 2,70 (2-3,5)	3,31±0,62 3,40 (2-4,3)
p	0,753	0,798	0,771	0,496	0,778	0,511
Görsel Algı						
Zayıf	70,33±9,45 67 (63-81)	-	70,33±9,45 67 (63-81)	3,74±0,51 3,50 (3,4-4,3)	-	3,74±0,51 3,50 (3,4-4,3)
Normal kilolu	69,85±12,00 74 (42-85)	72,60±7,30 70 (67-85)	70,28±11,35 73 (42-85)	3,54±0,66 3,60 (2,3-4,6)	3,24±0,58 3 (2,7-4)	3,49±0,65 3,60 (2,3-4,6)
Fazla kilolu/obez	67,49±11,25 70 (33-85)	72,20±6,23 71,50 (61-81)	68,17±10,76 70 (33-85)	3,34±0,65 3,30 (1,6-4,8)	3,13±0,63 3,20 (2-4)	3,31±0,65 3,30 (1,6-4,8)
p	0,455	0,913	0,481	0,301	0,764	0,274

Bağımsız Örneklem T Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruksal-Wallis H Testi, Tek Yönlü ANOVA Testi
*p<0,05

Çalışmaya katılan bireylerin ölçülen, beyan edilen ve algılanan BKİ gruplarına göre GÖYÖ toplam puanları ve YFÖ-30 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 9).

Araştırmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımları ile gerçek ve beyan ettikleri BKI ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Bireylerin diyetisyen, diyete ilişkin yaklaşımları ile ölçülen ve beyan edilen BKİ değerlerinin karşılaştırılması

	Katılan			Katılmayan		
	Ölçülen BKI	Beyan edilen BKI		ÖlçülenBKI	Beyan edilen BKI	
	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p
Diyetisyene gelirken, diyetisyen ücreti hakkında endişelenirim.	33,08±5,87 32,10 (21,8-50)	31,76±5,48 31,60 (21,8-46,7)	0,375	30,81±6,80 31 (15-52,8)	29,33±6,29 29,50 (14,9-49,5)	0,109
Diyetisyen zayıf olur.	32,55±6,43 31,60 (2,4-52,8)	30,95±6,08 30,30 (20-49,5)	0,116	30,20±6,63 30,10 (15-50)	28,96±6,11 29,70 (14,9-47,6)	0,339
Diyetisyenler herkese aynı diyet listesini verir.	31,76±4,70 31,20 (26,9-39,1)	29,28±4,90 29,10 (22,8-35,6)	0,392	31,45±6,71 31,40 (15-52,8)	30,08±6,23 30,10 (14,9-49,5)	0,140
Diyetime uymazsam diyetisyenim beni azarlar.	32,74±6,83 32,70 (18,5-50)	31,24±6,41 30,90 (18,5-46,7	0,368	30,90±6,46 30,90 (15-52,8)	29,49±5,99 29,70 (14,9-49,5)	0,121
Diyetisyenlerin görevi sadece zayıflatmaktır.	34,85±6,26 34,60 (25,6-52,8)	33,27±6,11 33,10 (22,8-49,5)	0,388	30,50±6,41 30,50 (15-50)	29,11±5,87 29,40 (14,9-47,6)	0,151
Kilomu/ vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim.	31,02±6,57 30 (18,5-52,8)	29,60±6,11 28,70 (18,5-49,5)	0,288	31,82±6,65 31,50 (15-50)	30,37±6,20 30,50 (14,9-47,6)	0,099
Diyetisyenime anlamadığım yerleri tekrar sorabilirim.	31,47±6,63 31,40 (15-52,8)	30,02±6,17 30,10 (14,9-49,5)	0,106	30,90±0,00 30,90 (30,9-30,9)	30,76±0,00 30,80 (30,8-30,8)	1,000
Diyetisyenin kontrole çağırma sıklığı diyete uyumu etkiler.	30,43±7,00 30,40 (15-52,8)	29,07±6,58 28,20 (14,9-49,5)	0,168	33,34±5,40 33,40 (20,4-50)	31,77±4,87 32 (20,5-46,7)	0,195
Diyetisyenin bana ayırdığı vakit, diyeti anlamam için yeterlidir.	31,35±6,39 31,40 (15-52,8)	29,91±5,93 30,10 (14,9-49,5)	0,098	37,57±16,94 37,60 (25,6-49,6)	36,09±16,23 36,10 (24,6-47,6)	0,439
Diyet listesinde yer alan yiyecekler pahalı olur.	33,00±6,07 33,70 (21,3-50)	31,41±6,25 31,60 (20-47,6)	0,348	30,93±6,73 31,10 (15-52,8)	29,55±6,07 29,80 (14,9-49,5)	0,183
İnternetten alınan bilgiler diyet yapmak için yeterlidir.	27,64±6,40 25,60 (22,5-34,8)	27,02±6,72 24,60 (21,9-34,6)	0,914	31,58±6,60 31,40 (15-52,8)	30,12±6,14 30,10 (14,9-49,5)	0,068
Diyet yapmak aç kalmak demektir.	33,70±5,23 33,40 (25,6-45,1	31,39±5,92 29,40 (24,6-43,2)	0,368	31,23±6,71 31,40 (15-52,8)	29,88±6,18 30,10 (14,9-49,5)	0,118
Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım.	31,02±6,85 32,10 (21,3-45,1	29,92±6,21 30,40 (20-43,2)	0,589	31,58±6,57 31,40 (15-52,8)	30,06±6,17 30,10 (14,9-49,5)	0,070
Diyet yaptığım sürenin uzaması diyete uyumumu etkiler.	30,48±6,87 30,50 (15-52,8)	29,14±6,34 29,60 (14,9-49,5)	0,186	32,34±6,27 33,10 (19,1-49,6)	30,82±5,91 31,30 (19,3-47,6)	0,194
Diyet listesinde her zaman tüketmediğim yiyecekler yer alır.	31,98±7,44 31,6 (15-52,8)	30,32±6,83 29,70 (14,9-49,5)	0,398	31,29±6,32 31,10 (18,5-50)	29,93±5,93 30,10 (18,5-47,6)	0,171
Diyet yaparken kendime ayrı yemekler hazırlamam gerekir.	32,09±6,46 31,40 (15-52,8)	30,65±6,06 30,40 (14,9-49,5)	0,172	30,12±6,78 30,50 (18,5-49,6)	28,70±6,21 29,40 (18,5-47,6)	0,378
Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim.	31,27±5,45 31,40 (18,5-43,9)	29,97±5,17 30,10 (18,5-43,1)	0,180	31,75±8,01 31,40 (15-52,8)	30,11±7,37 30,10 (14,9-49,5)	0,197
Diyetlerde tatlı yasaktır.	33,16±5,25 33,10 (25,6-52,8)	31,54±5,22 31,20 (22,8-49,5)	0,061	29,71±7,40 29,60 (15-50)	28,46±6,67 28,20 (14,9-46,7)	0,372
Diyet listesinin tamamını uygulayabilirim.	31,65±6,57 31,40 (18,5-52,8)	30,25±6,07 30,10 (18,5-49,5)	0,119	30,34±6,87 31,60 (15-43,9)	28,70±6,62 28,30 (14,9-43,1)	0,511
Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur.	32,54±6,85 32,80 (15-52,8)	30,92±6,47 31,10 (14,9-49,5)	0,187	30,01±6,00 29,60 (19,1-49,6)	28,81±5,52 28,40 (19,3-47,6)	0,334

Tablo 10 Devamı. Bireylerin diyetisyen, diyete ilişkin yaklaşımları ile ölçülen ve beyan edilen BKİ değerlerinin karşılaştırılması

Diyette iken tatsız, tuzsuz yemek yemek zorunda kalırız.	32,47±6,31 31,80 (21,3-52,8)	30,88±6,16 30,50 (20-49,5)	0,174	30,67±6,76 30,70 (15-50)	29,35±6,10 29,80 (14,9-49,7)	0,273
Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim.	31,14±4,90 32,10 (18,5-38,4)	29,73±4,79 30,50 (18,5-37,5)	0,257	31,61±7,22 30,90 (15-52,8)	30,16±6,66 29,80 (14,9-49,5)	0,210
Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir.	31,44±6,36 31,40 (15-52,8)	29,96±5,88 30,10 (14,9-49,5)	0,103	31,72±8,74 32,80 (20,4-49,6)	30,69±8,40 31,30 (20,5-47,6)	0,762
Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem.	33,14±8,19 31,40 (21,3-52,8)	31,38±7,88 29,70 (20-49,5)	0,337	31,07±6,15 31,40 (15-50)	29,71±5,67 30,10 (14,9-46,7)	0,139
Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir.	34,36±5,56 34,40 (25,6-50)	32,18±5,47 32 (22,8-46,7)	0,160	30,50±6,66 30,50 (15-52,8)	29,31±6,22 29,60 (14,9-49,5)	0,252

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan bireylerindiyetisyen, diyete ilişkin yaklaşımları ile ölçülen ve beyan edilen BKİ değerlerinin karşılaştırılması incelendiğinde, diyetisyen ve diyete ilişkin yaklaşımların tamamına katılan bireylerin ölçülen ve beyan edilen BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 10).

Araştırmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre GÖYÖ alt faktör ve toplam puanlarının karşılaştırmaları incelenmiş ve sonuçlar Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11.Bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre GÖYÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	Katılıyorum		Katılmıyorum		
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	p
Diyetisyene gelirken, diyetisyen ücreti hakkında endişelenirim.	67,20±12,95	70,5 (33-85)	69,57±9,91	71 (42-85)	0,532
Diyetisyen zayıf olur.	68,48±10,41	70 (33-85)	69,35±11,45	72 (42-85)	0,378
Diyetisyenler herkese aynı diyet listesini verir.	66,33±14,77	64 (52-85)	69,04±10,66	71 (33-85)	0,722
Diyetime uymazsam diyetisyenim beni azarlar.	67,66±12,56	71 (52-85)	69,43±10,06	71 (42-85)	0,667
Diyetisyenlerin görevi sadece zayıflatmaktır.	66,61±13,70	72 (33-85)	69,53±9,92	71 (42-85)	0,621
Kilomu/ vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim.	68,37±12,33	71 (33-85)	69,29±9,63	71 (42-85)	0,976
Diyetisyenime anlamadığım yerleri tekrar sorabilirim.	68,87±10,91	71 (33-85)	70,00±0,00	70 (70-70)	0,855
Diyetisyenin kontrole çağırma sıklığı diyete uyumu etkiler.	67,96±12,00	71 (33-85)	70,57±8,29	71 (52-85)	0,499
Diyetisyenin bana ayırdığı vakit, diyeti anlamam için yeterlidir.	68,87±10,75	71 (33-85)	69,50±21,92	69,5 (54-85)	0,822
Diyet listesinde yer alan yiyecekler pahalı olur.	66,52±12,38	70 (33-85)	69,71±10,23	71 (39-85)	0,279
İnternetten alınan bilgiler diyet yapmak için yeterlidir.	59,33±16,26	56 (45-77)	69,17±10,65	71 (33-85)	0,268
Diyet yapmak aç kalmak demektir.	64,40±9,85	66,5 (45-77)	69,36±10,90	71 (33-85)	0,124
Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım.	65,52±13,58	67 (33-85)	69,73±9,98	71 (39-85)	0,209
Diyet yaptığım sürenin uzaması diyete uyumumu etkiler.	67,41±12,17	71 (33-85)	70,20±9,46	71 (49-85)	0,367
Diyet listesinde her zaman tüketmediğim yiyecekler yer alır.	65,67±11,78	71 (33-84)	70,01±10,36	71 (39-85)	0,100
Diyet yaparken kendime ayrı yemekler hazırlamam gerekir.	68,30±11,53	71 (33-85)	70,15±9,30	71 (52-85)	0,610
Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim.	70,25±11,56	72 (33-85)	66,95±9,58	70 (39-81)	0,066
Diyetlerde tatlı yasaktır.	69,75±10,91	72 (33-85)	67,98±10,84	71 (39-84)	0,423
Diyet listesinin tamamını uygulayabilirim.	69,28±11,29	72 (33-85)	66,53±7,71	67 (51-77)	0,132
Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur.	66,83±11,26	69 (33-85)	71,68±9,73	72,5 (48-85)	**0,018***
Diyette iken tatsız, tuzsuz yemek yemek zorunda kalırız.	66,80±11,73	68,5 (33-85)	70,53±9,91	72 (42-85)	0,093
Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim.	67,00±11,63	67 (33-85)	69,68±10,50	72 (39-85)	0,212
Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir.	68,97±11,03	71 (33-85)	68,18±9,68	68 (53-80)	0,668
Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem.	63,40±12,93	64 (33-85)	70,19±9,96	72 (39-85)	**0,015***
Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir.	64,96±11,92	67 (33-85)	70,19±10,23	72 (39-85)	**0,024***

Mann-Whitney U Testi.
*p<0,05.

Araştırmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre GÖYÖ toplam puanları arasındaki karşılaştırma incelendiğinde, "Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "GÖYÖ Toplam" puanı arasında ($p<0,05$), "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "GÖYÖ Toplam" puanı arasında ($p<0,05$) ve "Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "GÖYÖ Toplam" puanı arasında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, diğer tüm diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlara göre "GÖYÖ Toplam" puanları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlendi. Sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya katılan bireylerin "GÖYÖ Toplam" "Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur" ifadesine katılmayan bireylerin ortancası, katılan bireylere göre, "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem" ifadesine katılmayan bireylerin ortancası, katılan bireylere göre, "Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir" ifadesine katılmayan bireylerin ortancası, katılan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulundu (Tablo 11).

Araştırmaya katılan bilerden"Diyeti bir kez bozduktan sonradevam etmek zordur" ifadesine, "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem" ifadesine katılan bireylerin katılamayan bireylere kıyasla ve "Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir." ifadesine katılmayan bireylerin katılan bireylere kıyasla anlamlı olarak daha düşük GÖYÖ puanına sahip olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanlarının karşılaştırmaları incelenmiş ve sonuçlar Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre YFÖ-30 toplam puanlarının karşılaştırılması

	Katılıyorum		Katılmıyorum		
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$	Medyan (min-max)	p
Diyetisyene gelirken, diyetisyen ücreti hakkında endişelenirim.	3,29±0,54	3,3 (2,3-4,3)	3,41±0,68	3,4 (1,6-4,8)	0,388
Diyetisyen zayıf olur.	3,30±0,68	3,3 (1,6-4,4)	3,47±0,60	3,4 (2-4,8)	0,178
Diyetisyenler herkese aynı diyet listesini verir.	3,47±0,61	3,7 (2,7-4)	3,37±0,65	3,4 (1,6-4,8)	0,736
Diyetime uymazsam diyetisyenim beni azarlar.	3,20±0,65	3,2 (1,6-4,3)	3,46±0,63	3,4 (1,9-4,8)	0,052
Diyetisyenlerin görevi sadece zayıflatmaktır.	3,35±0,67	3,4 (1,9-4,6)	3,39±0,64	3,4 (1,6-4,8)	0,774
Kilomu/ vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim.	3,53±0,70	3,7 (1,6-4,8)	3,26±0,57	3,2 (2-4,4)	**0,035***
Diyetisyenime anlamadığım yerleri tekrar sorabilirim.	3,38±0,65	3,4 (1,6-4,8)	3,13±0,00	3,1 (3,1-3,1)	0,571
Diyetisyenin kontrole çağırma sıklığı diyete uyumu etkiler.	3,34±0,61	3,4 (1,9-4,4)	3,45±0,70	3,6 (1,6-4,8)	0,436
Diyetisyenin bana ayırdığı vakit, diyeti anlamam için yeterlidir.	3,39±0,64	3,4 (1,6-4,8)	2,71±0,34	2,7 (2,5-2,9)	0,102
Diyet listesinde yer alan yiyecekler pahalı olur.	3,32±0,61	3,4 (2,3-4,4)	3,40±0,66	3,4 (1,6-4,8)	0,555
İnternetten alınan bilgiler diyet yapmak için yeterlidir.	2,66±0,55	2,9 (2-3)	3,40±0,64	3,4 (1,6-4,8)	0,051
Diyet yapmak aç kalmak demektir.	2,82±0,52	2,8 (2-3,7)	3,44±0,63	3,4 (1,6-4,8)	**0,004****
Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım.	3,08±0,66	3,2 (1,6-4,3)	3,45±0,62	3,5 (1,9-4,8)	**0,018***
Diyet yaptığım sürenin uzaması diyete uyumumu etkiler.	3,27±0,67	3,2 (1,9-4,6)	3,48±0,61	3,6 (1,6-4,8)	0,097
Diyet listesinde her zaman tüketmediğim yiyecekler yer alır.	3,30±0,66	3,2 (1,9-4,4)	3,41±0,64	3,5 (1,6-4,8)	0,456
Diyet yaparken kendime ayrı yemekler hazırlamam gerekir.	3,40±0,65	3,4 (1,6-4,8)	3,34±0,64	3,5 (2-4,4)	0,688
Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim.	3,56±0,62	3,7 (1,6-4,8)	3,12±0,60	3,1 (1,9-4,6)	**0,000*****
Diyetlerde tatlı yasaktır.	3,36±0,74	3,4 (1,6-4,8)	3,40±0,54	3,4 (2,3-4,4)	0,761
Diyet listesinin tamamını uygulayabilirim.	3,43±0,63	3,4 (1,6-4,8)	3,10±0,71	3,2 (2-4,3)	0,068
Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur.	3,18±0,64	3,2 (1,6-4,6)	3,65±0,55	3,7 (2,3-4,8)	**0,000*****
Diyette iken tatsız, tuzsuz yemek yemek zorunda kalırız.	3,28±0,69	3,3 (1,6-4,8)	3,46±0,61	3,4 (2-4,6)	0,165
Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim.	3,12±0,62	3,1 (1,6-4,3)	3,49±0,63	3,5 (1,9-4,8)	**0,006****
Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir.	3,42±0,64	3,4 (1,6-4,8)	3,02±0,56	2,9 (2-3,9)	**0,047***
Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem.	3,04±0,75	2,8 (1,9-4,8)	3,46±0,60	3,5 (1,6-4,6)	**0,005****
Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir.	3,29±0,70	3,2 (1,6-4,6)	3,41±0,63	3,4 (1,9-4,8)	0,424

t: Bağımsız Örneklem T Testi, Mann-Whitney U Testi.
*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001.

Araştırmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre YFÖ-30 toplam puanları arasındaki karşılaştırma incelendiğinde, "Kilomu / vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$), "Diyet yapmak aç kalmak demektir" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,01$), "Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$), "Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,001$), "Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,001$), "Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,01$), "Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$) ve "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, diğer tüm diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlara göre "YFÖ-30 Toplam" puanları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, çalışmaya katılan bireylerin "YFÖ-30 Toplam" puanlarında "Kilomu / vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim" ifadesine katılan bireylerin ortalaması, katılmayan bireylere göre, "Diyet yapmak aç kalmak demektir" ifadesine katılmayan bireylerinortalaması, katılan bireylere göre, "Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım" ifadesine katılmayan bireylerin ortalaması, katılan bireylere göre, "Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim" ifadesine katılan bireylerin ortalaması, katılmayan bireylere göre, "Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur" ifadesine katılmayan bireylerin ortalaması, katılan bireylere göre, "Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim" ifadesine katılmayan bireylerin ortalaması, katılan bireylere göre, "Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir" ifadesine katılan bireylerin ortalaması, katılmayan bireylere göre ve "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem" ifadesine katılmayan bireylerin ortancası, katılan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgi düzeylerinin ölçülen, beyan edilen BKİ değerleri, GÖYÖ ve YFÖ-30 toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgi düzeylerinin ölçülen, beyan edilen BKİ değerleri, GÖYÖ ve YFÖ-30 toplam puanlarının karşılaştırılması

	Beslenme Bilgi Düzeyi											
	Yetersiz				Kararsız				Yeterli			
	Kadın	Erkek		Toplam	Kadın	Erkek		Toplam	Kadın	Erkek		Toplam
	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)	p	$\bar{X} \pm SS$ Medyan (min-max)
Ölçülen BKİ	30,90±6,76 31,8 (15-50)	35,04±10,35 31,6 (26,9-31,5)	0,244	31,46±7,30 31,6 (15-52,8)	32,61±7,50 31,5 (19,1-49,6)	28,44±7,64 30,9 (20,4-37,5)	0,278	31,78±7,56 31,4 (19,1-49,6)	31,49±5,66 31,4 (18,5-45,1)	29,76±2,45 29,5 (27,6-33,6)	0,505	31,29±5,39 30,8 (18,5-45,1)
Beyan Edilen BKİ	29,18±6,05 29,9 (14,9-46,7)	33,49±9,52 31,2 (25,3-49,5)	0,179	29,76±6,62 30,4 (14,9-49,5)	31,24±7,16 31 (19,3-47,6)	28,00±7,17 30,8 (20,5-36,7)	0,376	30,59±7,14 30,8 (19,3-47,6)	30,37±5,25 30,1 (18,5-43,2)	26,75±2,60 27 (22,8-29,7)	0,141	29,94±5,13 29,7 (18,5-43,2)
GÖYÖ	66,38±11,56 67 (39-85)	75,80±4,44 74 (71-81)	0,083	67,65±11,31 71 (39-85)	64,95±11,76 69 (33-81)	70,00±4,42 70 (65-77)	0,563	65,96±10,82 69 (33-81)	71,78±10,29 73 (49-85)	71,20±8,84 71 (61-85)	0,627	71,71±10,03 72 (49-85)
YFÖ-30	3,14±0,68 3,2 (1,6-4,4)	3,00±0,72 3 (2-3,8)	0,658	3,12±0,68 3,1 (1,6-4,4)	3,40±0,62 3,3 (2,3-4,4)	3,05±0,27 3 (2,8-3,5)	0,224	3,33±0,58 3,2 (2,3-4,4)	3,66±0,56 3,7 (2,4-4,8)	3,46±0,69 3,7 (2,3-4)	0,482	3,63±0,57 3,7 (2,3-4,8)

t: Bağımsız Örneklem T Testi; U: Mann-Whitney U Testi

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine ve beslenme bilgi düzeylerine göre ölçülen, beyan edilen BKİ değerleri, GÖYÖ ve YFÖ-30 toplam puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde, yetersiz beslenme bilgi düzeyine sahip olduğunu ifade eden kadınların ve erkeklerin ölçülen BKİ, beyan edilen BKİ değerleri, GÖYÖ ve YFÖ-30 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 13).

Araştırmaya katılan kararsız beslenme bilgi düzeyine sahip olduğunu ifade eden kadınların ve erkeklerin ölçülen BKİ, beyan edilen BKİ değerleri, GÖYÖ ve YFÖ-30 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 13).

Araştırmaya katılan yeterli beslenme bilgi düzeyine sahip olduğunu ifade eden kadınların ve erkeklerin ölçülen BKİ, beyan edilen BKİ değerleri, GÖYÖ ve YFÖ-30 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 13).

Araştırmaya katılan yetersiz beslenme bilgi düzeyine sahip olduğunu ifade eden bireylerin YFÖ-30 toplam puan ortalaması $3,12\pm0,68$, beslenme bilgi düzeyi hakkında kararsız olduğunu ifade eden bireylerin YFÖ-30 toplam puan ortalaması $3,33\pm0,58$,yeterli beslenme bilgi düzeyine sahip olduğunu ifade eden bireylerin YFÖ-30 toplam puan ortalaması $3,63\pm0,57$'dir. Bireylerin beslenme bilgi düzeyi arttıkça YFÖ-30 toplam puanının arttığı gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre ölçülen, beyan edilen ve algıla nan BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçlar Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 143. Bireylerin cinsiyetlerine göre ölçülen, beyan edilen ve algılanan BKİ değerlerinin GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	Ölçülen BKİ				Beyan Edilen BKİ				Algılanan BKİ			
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek	
	s	p	s	p	s	p	s	p	s	p	s	p
Başlama	-0,014	0,898	-0,065	0,819	0,021	0,843	-0,036	0,899	-0,146	0,173	0,042	0,881
Yılmama	0,084	0,437	-0,315	0,252	0,070	0,517	-0,232	0,406	-0,141	0,186	-0,115	0,683
SürdürmeÇabası / Israr	0,106	0,322	0,066	0,815	0,072	0,502	0,149	0,596	-0,051	0,638	0,183	0,513
GÖYÖToplam	0,036	0,741	-0,075	0,790	0,044	0,684	0,068	0,810	-0,156	0,145	0,160	0,569
DüşünmedenYeme	-0,083	0,439	0,149	0,597	-0,053	0,620	0,061	0,829	**-0,235**	**0,027***	0,080	0,778
DuygusalYeme	-0,048	0,657	-0,225	0,420	-0,051	0,632	-0,277	0,318	**-0,292**	**0,006****	-0,333	0,225
YemeKontrolü	-0,044	0,679	-0,236	0,398	-0,046	0,670	-0,085	0,763	-0,198	0,063	0,052	0,854
Farkındalık	0,196	0,065	-0,384	0,158	0,160	0,135	-0,339	0,217	0,015	0,887	-0,485	0,067
YemeDisiplini	-0,020	0,851	-0,168	0,551	-0,007	0,950	-0,160	0,568	-0,029	0,789	-0,011	0,969
BilinçliBeslenme	-0,027	0,799	0,127	0,652	-0,006	0,953	0,212	0,448	-0,048	0,654	0,279	0,314
Enterferans	0,140	0,192	-0,369	0,176	0,121	0,257	-0,265	0,341	-0,047	0,660	-0,172	0,539
YFÖ-30Toplam	0,010	0,926	-0,236	0,398	0,007	0,951	-0,221	0,428	-0,207	0,052	-0,150	0,594

s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı
*p<0,05; **p<0,01

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre ölçülen BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların ve erkeklerin ölçülen BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 14).

Araştırmaya katılan kadınların ve erkeklerin beyan edilen BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 14).

Araştırmaya katılan kadınların algılanan BKİ değerleri ile YFÖ-30'un "Düşünmeden Yeme" alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf ($s=-0,235$; $p<0,05$) ve "Duygusal Yeme" alt faktör puanı arasında anlamlı negatif zayıf ($s=-0,292$; $p<0,01$) korelasyon olduğu, YFÖ-30'un diğer alt faktör ve toplam puanları, GÖYÖ alt faktör ve toplam puanları arasında anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, kadınların algılanan BKİ değerleri arttıkça YFÖ-30'un "Düşünmeden Yeme"alt faktör puanında %23,5'lik azalma ve "Duygusal Yeme" alt faktör puanında %29,2'lik azalma olduğu bulunmuştur (Tablo 14).

Araştırmaya katılan erkeklerin algılanan BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur (Tablo 14).

Araştırmaya katılan bireylerin YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları ile GÖYÖ alt faktör ve toplam puanları arasındaki ilişki durumu incelenmiş ve sonuçlar Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Bireylerin YFÖ-30 ile GÖYÖ alt faktör ve toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	Başlama		**Yılmama**		**Sürdürme Çabası / Israr**		**GÖYÖ Toplam**	
Duygusal Yeme	**0,284**	**0,003****	0,157	0,112	0,166	0,093	**0,241**	**0,014***
Yeme Kontrolü	**0,199**	**0,043***	0,126	0,203	**0,207**	**0,035***	**0,201**	**0,041***
Farkındalık	0,094	0,345	0,125	0,206	**0,223**	**0,023***	0,133	0,180
Yeme Disiplini	0,146	0,139	**0,194**	**0,048***	0,153	0,120	0,173	0,079
Bilinçli Beslenme	0,172	0,082	**0,238**	**0,015***	0,067	0,498	**0,218**	**0,026***
Enterferans	**0,207**	**0,035***	**0,318**	**0,001****	0,137	0,164	**0,275**	**0,005****
YFÖ-30 Toplam	**0,329**	**0,001****	**0,289**	**0,003****	**0,193**	**0,049***	**0,330**	**0,001****

s: Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı
*p<0,05;**p<0,01

Araştırmaya katılan bireylerin GÖYÖ'nün "Başalama" alt faktör puanı ile YFÖ-30'un "Duygusal Yeme" alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf (s=0,284; p<0,01), "Yeme Kontrolü" alt faktör puanı arasında anlamlı pozitif çok zayıf (s=0,199; p<0,05), "Enterferans" alt faktör puanı arasında pozitif zayıf (s=0,207; p<0,05) ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında pozitif zayıf (s=0,329; p<0,01) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, GÖYÖ'nün "Başlama" alt faktör puanı arttıkça YFÖ-30'un "Duygusal Yeme" alt faktör puanında %28,4'lük artma, "Yeme Kontrolü" alt faktör puanında %19,9'luk artma, "Enterferans" alt faktör puanı arasında %20,7'lik artma ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında %32,9'luk artma olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Araştırmaya katılan bireylerin GÖYÖ'nün "Yılmama" alt faktör puanı ile YFÖ-30'un "Yeme Disiplini" alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif çok zayıf (s=0,194; p<0,05), "Bilinçli Beslenme" alt faktör puanı arasında anlamlı pozitif zayıf (s=0,238; p<0,05), "Enterferans" alt faktör puanı arasında pozitif zayıf (s=0,318; p<0,01) ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında pozitif zayıf (s=0,289; p<0,01) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, GÖYÖ'nün "Yılmama" alt faktör puanı arttıkça YFÖ-30'un "Yeme Disiplini" alt faktör puanında %19,4'lük artma, "Bilinçli Beslenme" alt faktör puanında %23,8'lik artma, "Enterferans" alt faktör puanı arasında %31,8'lik artma ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında %28,9'luk artma olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Araştırmaya katılan bireylerin GÖYÖ'nün "Sürdürme Çabası / Israr" alt faktör puanı ile YFÖ-30'un "Yeme Kontrolü" alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf (s=0,207; p<0,05), "Farkındalık" alt faktör puanı arasında anlamlı pozitif zayıf (s=0,223; p<0,05) ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında pozitif çok zayıf (s=0,193; p<0,05) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, GÖYÖ'nün "Sürdürme Çabası / Israr" alt faktör puanı arttıkça YFÖ-30'un "Yeme Kontrolü" alt faktör puanında %20,7'lik artma, "Farkındalık" alt faktör puanında %22,3'lük artma ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında %19,3'lük artma olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Araştırmaya katılan bireylerin GÖYÖ'nün "GÖYÖ Toplam" puanı ile YFÖ-30'un "Duygusal Yeme" alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf (s=0,241; p<0,05), "Yeme Kontrolü" alt faktör puanı arasında anlamlı pozitif zayıf (s=0,201; p<0,05), "Bilinçli Beslenme" alt faktör puanı arasında pozitif zayıf (s=0,218; p<0,05), "Enterferans" alt faktör puanı arasında pozitif zayıf (s=0,275; p<0,01) ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında pozitif zayıf (s=0,330; p<0,01) korelasyon olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde, GÖYÖ'nün "GÖYÖ Toplam" puanı arttıkça YFÖ-30'un "Duygusal Yeme" alt faktör puanında %24,1'lik artma, "Yeme Kontrolü" alt faktör puanında %20,1'lik artma, "Bilinçli

Beslenme" alt faktör puanı arasında %21,8'lik artma, "Enterferans" alt faktör puanı arasında %27,5'lik artma ve "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında %33'lük artma olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

TARTIŞMA

Bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi sağlığın sağlanması ve sürdürülebilmesi için ön şarttır. Sağlığı korumak, sürdürmek ve yaşam kalitesinin arttırılması için beslenme bilinçli şekilde sağlanmalıdır (54). Sağlıklı beslenmenin ise farkındalık sağlanması ile arttırabildiği gözlenmiştir (55).

Bu çalışma bireylerin kendi yeme farkındalıkları ile diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımları arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla Lüleburgaz Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran yaş ortalamsı 41,07±12,87 yıl olan 104 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirildi.

Literatür taraması sonucunda, Türkiye' de bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımları ile yeme farkındalığı arasındaki ilişkiyi saptayan çalışma gözlenmemiştir.

Çalışmmızadahil olan bireylerin %46,2'si ilköğretim mezunu, %78,9'u evli, %62,5'inin geliri giderine eşit ve %60,6'sının en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Yaşam tarzı müdahaleleri sağlık ve beslenme ile ilgili tedavilerin ana yapısıdır. Eczacı, hekim, diyetisyen, psikolog ve hemşirenin dahil olduğu mutidisipliner bir ekip tarafından sürecin yürütülmesinin başarıyı arttıdığı bildirilmektedir (56). Diyetisyenler diyet önerileri oluştururken sağlıklı diyetin temelini oluşturmaktadırlar (57). Obez bireylerin davranış değişikliklerini tek başlarına yapmaya çalışmalarının başarılı olmadığı, diyetisyen desteği ile gerçekleştirilen davranış değişikliklerinin başarılı sonuçlar ortaya çıkardığı bilinmektedir(58).

Beslenme eğitiminin beslenme alışkanlıklarına etkisinin incelendiği çalışmada beslenme ve diyet polikliniğine başvuran bireylerin %18,75'inin daha önce diyetisyen

danışmanlığı aldığını bildirmiştir (59). Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'na göre bireylerin %17,4'ünün son 1 yıl içinde zayıflamak için diyet uyguladığı belirlenmiştir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017 verilerine göre bireylerin %9,1'inin son bir yıl içinde vücut ağrılığı kaybetmek için diyet ya da başka bir girişimde bulunduğunu belirlenmiştir (60). Bizim çalışmamızda bireylerin % 36,5'inin daha önce diyet uygladığı ve diyet uygulayanların %79'unun diyetisyen tarafından hazırlanmış diyeti uyguladığı gözlendi.

TBSA 2010'a göre erkek bireylerin %52,2'si ve kadın bireylerin %54,1'i sedenter/hafif aktivite düzeyine sahiptir.Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (STEPS) 2017'de <150 dk/gün orta düzey aktivite yapanlar bireylerin %43,6'sını oluşturmaktadır (60). Bizim çalışmamızda ise bireylerin %66,3'ünün düzenli egzersiz yapmadığı belirlendi.

Yapılan çalışmalarda günün en önemli öğünü kahvaltı olarak bildirmektedir (61). Kahvaltının ağırlık yönetimindeki önemi üzerine yapılan sistematik derlemede kahvaltı öğününün önemini vurgulamaktadır (62). Çalışmamıza dahil olan bireylerin de % 83,7'sinin kahvaltı öğününü en önemli öğün olarak bildirdikleri belirlendi. Ancak yine de bireylerin %60,6'sının kahvaltı öğünü atladığı belirlendi. Öğün atlama ile ilgili çalışmalarda genellikle kahvaltı öğünün atlandığı bildirse de öğle öğününün atlandığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (63). TBSA 2017 verilerine göre 15 yaş üzeri bireylerin %15'inin kahvaltı öğününü , %24,7'sinin öğle öğüününü ve %3,7'sinin akşam öğününü atladğı belirlenmiştir (60). Bizim çalışmamızda ise tüm bireylerin yarısından fazlasının (%76'sının) öğün atladığı belirlendi.

Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran bireylerin yeme farkındalık durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada erkek bireylerin %47'si beslenme bilgi düzeyini orta olarak ifade ederken %27'sinin beslenme bilgi düzeyini bilmediğini ifade ettiği ve kadın bireylerin %50'si beslenme bilgi düzeyini orta olarak ifade ederken %26,3'ünün beslenme bilgi düzeyini bilmediğini ifade ettiği bildirilmiştir. Bireylerin beslenme bilgi kaynağı olarak sırasıyla en çok internete, doktor/diyetisyene ve televizyona başvurduğu gözlenmiştir (64). Bizim çalışmamızda bireylerin %40'ının beslenme bilgisini yeterli bulduğu ve beslenme bilgi kaynağı olarak sırasıyla en çok diyetisyene, internete ve doktora başvurduğu belirlendi.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 Türkiye verilerine göre 20 yaş ve üzeri erkek bireylerin %38'i fazla kilolu, %21,7'si obez ve kadın bireylerin %30,1'i fazla kilolu, %34'ü obez olarak bildirilmektedir (65). TBSA 2017 verilerine göre 19 yaş ve üzeri kadın bireylerin %2.1'i zayıf, %26.0'sı normal, %29.2'si fazla kilolu, %35.6'sı obez, %7.0'si ise

morbidobezdir. 19 yaş ve üzeri erkek bireylerin %1.6'sı zayıf, %27.7'si normal, %36.6'sı fazla kilolu, %30.0'u obez, %4.1'i ise morbidobezdirBizim(60). Çalışmamızda ise kadın bireylerin %13,5'i normal kilolu, %22,5'i fazla kilolu ve %64'ü obezken erkek bireylerin %13,3'ü normal kilolu, %33,3'ü fazla kilolu ve %8'i obezdir. Her iki cinsiyet grubunda da literatürü destekleyecek şekilde bireylerin çoğunluğu fazla kilolu veya obezdir.

TBSA 2017'de 19 yaş ve üzeri bireylerin BKİ ortalaması 28,3±6,15 kg/m²'dir. Kadın bireylerin ise vücut ağırlığı ortalamsı 71,9±15,85 kg, boy uzunluğu ortalamaları 157.2±7.09 cm ve BKİ ortalaması 29,2±6,95 kg/m²'dir. Erkek bireylerin vücut ağırlığı ortalamsı 80,9±15,18 kg, boy uzunluğu ortalamaları 172.0±7,61 cm ve BKİ ortalaması 27,4±5,15 kg/m²'dir. TBSA 2017'de her iki cinsiyetin BKİ ortalmasının DSÖ sınıflamasına göre fazla kilolu olduğu gözlenmiştir (60). Bizim çalışmamızda da kadın bireylerin ölçülen vücut ağırlığı ortalamaları 79,89±15,44 kg, boy ortalamaları 1,59±0,06 m ve BKİ ortalamaları 31,53±6,46 kg/m^2'dir. Erkek bireylerinölçülen vücut ağırlığı ortalamaları 90,31±23,95 kg, boy ortalamaları 1,70±0,08 m ve BKİ ortalamaları 31,08±7,60 kg/m^2'dir. Bizim çalışmamızda kadın ve erkek bireylerin mevcut vücut ağrılıkları Türkiye örnekleminden farklı olarak daha fazladır. Her iki cinsiyette de bireylerin BKİ ortalmasının DSÖ sınıflamasına göre 1. derece obezdir.

Bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ değerlerine olan algılarını araştıran çalışmalar incelendiğinde Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'nda(TBAAA) beyan edilen BKİ'ye göre bireylerin BKİ ortalaması 26,6 kg/m²'dir, kadın bireylerin BKİ ortalaması 26,8 kg/m² ve erkek bireylerin BKİ ortalaması 26,2 kg/m²'dir (65). Bizim çalışmamızda ise beyan edilen BKİ ortalaması kadın bireylerde 30,13 kg/m^2'dir ve erkek bireylerde 29,41 kg/m^2'dir ve bireylerin kendilerini daha zayıf olarak beyan ettikleri ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir.

2600'ün üzerinde erkek bireyin dahil edildiği bir çalışmada ortalama BKİ 31,3 kg/m²'dir. Kendilerini zayıf olarak algılayan erkek bireylerin ortalama BKİ'si 27,9 kg/m², kendilerini sağlıklı ağırlıkta algılayan erkek bireylerin ortalama BKİ'Si 27,9 kg/m² ve kendilerini fazla kilolu algılayan erkek bireylerin ortalama BKİ'si 34,5 kg/m²'dir. Erkek bireylerin kendilerini mevcut oldukları ağırlıktan daha zayıf algıladıları belirlenmiştir (66).

Bizim çalışmamıza katılan erkek bireylerin BKİ ortalamaları 31,08 kg/m²'dir. Ancak beyan edilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ile hesaplanan beyan edilen BKİ 29,41 kg/m²'dir. Kendisini normal kilolu algılyanekrek bireylerin beyan ettikleri BKİ ortalamaları 23,2

kg/m²'dir ve BKİ sınıflamasında normal kilolu aralığındadır. Ancak bireylerin ölçümler ile elde edilen gerçek BKİ ortalamları 25,2 kg/m²'dir ve sınıra yakın da olsa fazla kilolu BKİ sınıflamasına dahildir. Kendisini fazla kilolu/obez olarak algılyanekrek bireylerin beyan ettikleri BKİ ortalamaları 32,49 kg/m²'dir ve ölçümler ile elde edilen gerçek BKİ ortalamları 34,01 kg/m²'dir ve obez BKİ sınıflamasına dahildir. Çalışmamızda erkek bireylerin literatürü destekleyecek şekilde kendilerini mevcut durumdan daha zayıf algıladıkları ancak örneklemdeki erkek birey sayısının az olması sebebiyle bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

2550'ün üzerinde kadın bireyin dahil edildiği bir çalışmada ortalama BKİ 32,9 kg/m²'dir. Kendilerini zayıf olarak algılayan kadın bireylerin ortalama BKİ'si 32,9 kg/m², kendilerini sağlıklı ağırlıkta algılayan kadın bireylerin ortalama BKİ'Si 27,7 kg/m² ve kendilerini fazla kilolu algılayan kadın bireylerin ortalama BKİ'si 33,9 kg/m²'dir. Kadın bireylerin kendilerini mevcut oldukları ağırlıktan daha zayıf algıladıları belirlenmiştir (66).

Bizim çalışmamıza katılan kadın bireylerin BKİ ortalamaları 31,53 kg/m²'dir. Ancak beyan edilen vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ile hesaplanan beyan edilen BKİ 30,13 kg/m²'dir. Kendisini normal kilolu algılyan kadın bireylerin beyan ettikleri BKİ ortalamaları 25,34 kg/m²'dir ve BKİ sınıflamasında fazla kilolu aralığındadır. Ancak bireylerin ölçümler ile elde edilen gerçek BKİ ortalamları 26,39 kg/m²'dir ve fazla kilolu BKİ sınıflamasına dahildir. Kendisini fazla kilolu/obez olarak algılyan kadın bireylerin beyan ettikleri BKİ ortalamaları 32,79 kg/m²'dir ve ölçümler ile elde edilen gerçek BKİ ortalamları 34,39 kg/m²'dir (Tablo 6). Çalışmamızda kadın bireylerin literatürü destekleyecek şekilde kendilerini mevcut durumdan daha zayıf algıladıkları ancak bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür.

Beden ağırlığı ve boy uzunluğu algısınn kadın ve erkeklerde farklı olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (67).

1562 birey ile yapılan çalışmda yetişkin bireylerin boy uuznluklarını mevcut durumdan daha uzun algıladıkları bildirilmiştir (68). Çalışmamız özellikle kadın bireylerde boy uzunluğu algısında literatürü desteklemektedir. 45-87 yaş arası bireylerde yapılan yaşa bağlı antropometrik ölçüm değişiklikleri ile ilgili çalışmada boy uzunluğunda kadın bireylerde 9 cm ve erkek bireylerde 3,6 cm azalma olduğu gözlenmiştir ve yaş ile en çok etkilenen antropometrik ölçümün boy uzunluğu olduğu bildirilmiştir. Boy uzunluğundaki bu değişim önemli nedenlerinden biri fizyolojik değişimlerdir. Boy uzunluğunun orta yaştan itibaren kısaldığı bilinmektedir (69). Kadın birey olmak ve menepoz süreçleri yapısal ve genetik osteorporoz ve boy kısalması riskini oluşturmaktadır. Kadın bireylerde yıllar içersinde gençlik

yıllarına kıyasla 10-15 cm'e kadar daha kısa boy uzunluğu gözlendiği bildirilmiştir. Kadın bireylerde boy kısalma durumu erkek bireylere kıyasla daha erken başlayabilmektedir. Kadın bireylerin boy uzunluğunu daha uzun algılamalarından birinin sebebi erken boy kısalmasının geç farkına varmaları olduğu düşünülmektedir (70).

Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 40,96 yıl olan kadın bireylerin boy uzunluklarını mevcut durumdan daha uzun algıladıkları ve bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Vücut algısı bireylerin kendini nasıl gördüğü ile ilişkilidir aynı zamanda bireyin iç ve dış dünyasının farkında olması ile ilişkili de olabilmektedir (47). Bireylerin vücut algısı sadece boy, ağırlık, vücut görünümü ile ilgili hissedilen bilişsel unsurlardan etkilenmekten ziyade bireyin deneyimleri ve fikirlerinden de etkilenmektedir (47). Bireyin algıladığı ağırlık durumu ile gerçekte olduğu ağırlık durumu farklı olduğunda ağırlık yanlış algısı ya da beden ağırlığı yanlış algısı ortaya çıkmış olur. Ağırlık algısının yanlışlığının yönü ağırlık durumuna göre farklı olabilmektedir (66). Zayıf bireyler kendilerini oldukları ağırlıktan daha fazla vücut ağırlığına sahip olarak algılarken obez bireylerde ağırlıklarının farkında olmaksızın kendilerini normal ağırlıkta ya da mevcut ağırlıklarından daha zayıf olarak algılayabilmektedir (71). Araştırmacılar, kendilerini oldukları ağırlıktan daha zayıf algılayan obez bireylerin, sağlık için davranış değişikliği uygulamak istemeyeceklerinden endişelendiklerini bildirmektedir. Kendilerini mevcut ağırlık durumlarından daha ağır olarak algılayan bireylerin ise ağırlık kaybetmek için sağlıksız yeme davranışlarına başvurma durumu bakımından risk altında olduğu düşünülmektedir. Mevcut ağırlık durumlarından ziyade algılanan ağırlık durumunun ağırlık yönetimi davranışlarında daha etkili olduğu yıllar içersinde anlaşılmıştır (72). Bireylerin ideal vücut ağırlıklarını koruyabilmesi için vücut ağırlıklarını doğru algıyabilmeleri son derece önemlidir. Afrika'da bireylerin daha büyük vücut ölçülerine sahip olmaları sağlık ve esenlik olarak algılanmaktadır. Başka bir çalışmada ise fazlo kilolu bireylerin obeziteyi sağlık açısından riskli görmedikleri ve buna bağlı olarak da fazla kilolu bireylerin ağırlık kaybetme gibi bir hedeflerinin olmadığı görülmüştür (73). Çin Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada DSÖ'nün Asya nüfusu için belirlediği BKİ'ye göre bireylerin %50,8'inin kendisini mevcut oldukları ağırlıktan daha ağır algıladıkları, bireylerin hangi vücut ağırlığına sahip olduğuna bakılmaksızın %46'sının mevcut vücut ağırlığını yanlış algıladıkları bildirilmiştir. Bireylerin ağırlık algılarında bozulmalar olduğu ve bu durumun bireylerin ağırlık kontrolü davranışlarını etkileyeceği

düşünülmektedir. Bu algı bozukluğu Amerika'da üniversite öğrencisi kadın bireylerde de gözlenmiştir (74).

Dünya genelinde yapılan diğer çalışmalarda fazla kilolu ve obez bireylerin doğru beden ağırlığı algısına sahip olma durumunun oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Dünya genelinde obez bireylerin dörtte üçü ve fazla kilolu bireylerin üçte iksinin doğru beden ağırlığı algısına sahip olmadığı belirlenmiştir (65).

Türkiye'de obezite ve fazla kilolu olma durumu hızla artmasının bireylerin ağırlık algılarını da etkileyebileceği düşünülmektedir. Ağırlık artışının kadın ve erkek bireylerin vücut algısını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (75).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadın bireylerin %18,8'i hafif şişman, %6,4'ü obez ve erkek bireylerin %28,3'ü hafif şişman, %9,9'u obezdir. Erkek bireylerde kendilerini fazla kilolu olarak algılama durumu %23,7 iken kadın bireylerde durum %41,5 olarak bulunmuştur. Erkek bireylerin vücut ağırlıklarından memnun oldukları kadın bireylerin ise kendilerini fazla kilolu olarak algıladıkları görülmüştür (75).

TBAAA 2011'de bireylerin %10,5'inin kendisini zayıf, %51,9'unun kendisini normal kilolu, %29,4'ünün kendisini fazla kilolu ve %8,2'sinin kendisniobez olarak algıladığı belirlenmiştir. Bireylerin %49,7'sinin doğru beden ağırlığı algısına sahip olduğu bildirlmektedir. Ancak çalışmada BKİ ve beden ağırlığı algısı arasındaki tutarlılığın zayıf olduğu belirlenmiştir. BKİ'ye göre fazla kilolu bireyleirn sadece %38,7'si kendisini fazla kilolu olarak algılarken %5,6'sı obez, %54,3'ü normal kilolu ve %2,3'ü zayıf algıladığını bildirmiştir. BKİ'ye göre obez olan bireylerin sadece %25,8'si kendisini obez olarak algılarken %54,2'si fazla kilolu, %18,9'u normla kilolu ve %1,1'i zayıf olarak algıladığını bildirmiştir (65).

Türkiye Sağlık Araştırması 2019'a göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %3,8'i zayıf, %40,1'i normal kilolu, %35'i fazla kilolu ve %21,1'inin obez olduğu belirlenmiştir. Kadın bireylerin %4,9'u zayıf, %40'ı normal kilolu, %30,4'ü fazla kilolu, %24,8'i obez ve erkek bireylerin %2,7'si zayıf, %40,3'ü normal kilolu %39,7'si fazla kilolu, %17,3'ü obez olarak belirlenmiştir (76).

Aile Hekimliğine başvuran 187 bireyin dahil olduğu bir çalışmada sözel bildiri ile elde edilen BKİ'ye göre bireylerin %15,1'i obez, %34,9'u fazla kilolu, %45,7'i normal ağırlıkta ve %4,3'ü zayıf olarak bildirilmiştir. Ölçüm yapılarak elde edilen sonuçlarda ise %15'i obez, %35,3'ü fazla kilolu, %46,5'i normal ağırlıkta ve %3,2'si zayıf olarak gözlenmiştir. Sözel

bildirilen ve ölçülen BKI arasında farklılık gözlenmediği ve bu durumun bireylerin boy ve ağırlık farkındalıklarınn yüksek olduğunu gösterdiği bildirilmiştir (77).

Ülkemizde bireylerin doğru beden ağılığı algısında sahip olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi beden ağılığı algısının doğruluğunun düşük olduğunu bildirien çalışmalar da mevcuttur. Beslenme ve Diyet polikliniğine başvuran bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ise kendisini normal ağırlıkta olarak algılayan bireylerin %58,1'i fazla kilolu olduğu, kendisni fazla kilolu olarak algılayan bireylerin ise %54,1'i aslında obez olduğu ve kendisini obezolrak algılayan bireylerin tamamımın obez olduğu bildirilmektedir (78).

Bizim çalışmamızda beden imgesi görsel algısına göre kendisini normal kilolu algılayan kadın bireylerin %44,4'ü fazla kilolu ve %18,5'i 1. derece obezdir. Kendisini fazla kilolu olarak algılayan kadın bireylerin %84,6'sı aslında obezdir ve kendisini obez olarak algıyan kadın bireylerin tamamı obezdir. Kendisini normal kilolu algılayan erkek bireylerin %40'ı fazla kilolu ve %20'si 1. derece obezdir. Kendisini fazla kilolu olarak algılayan erkek bireylerin %66,7'si aslında obezdir ve kendisini obez olarak algıyan erkek bireylerin tamamı obezdir. Kadın ve erkek bireyler hangi BKİ sınıflamasına dahil olurlarsa olsunlar kendilerini mevcut durumdan daha zayıf olarak algıladıkları belirlendi.

Yapılan çalışmalardan elde edilen veriler bireylerin mevcut ağırlık durumları ve ağırlık algıları arasında sapmalar olduğu gibi bireylerin ağırlık hedefleri ve bu hedeflere yönelik davranış girişimleri arasında da sapmalar olduğunu bildirmektedir. Ağırlık algısı yanlışları ile bireylerin ağırlık kaybına yönelik hedefleri ve popülasyonda obezitenin artması arasında ilişki olabileceği gözlenmiştir. Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde bireylere uygun ağırlık hedeflerinin belirlenmesi, uygun diyet ve egzersiz planlarının oluşturulmasının yanı sıra bireylerin ağırlık algılarını geliştirecek girişimlere ihtiyaç olduğu gözlenmiştir. Bu sürecin diyetisyenin de dahil olduğu multudisipliner bir ekip ile yürütülmesinin gerekliliği yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (74).

Diyetisyenler dünya genelinde beslenmeye bağlı hastalıkları önleme ve tedavi etmede başrolde yer almaktadır (79). Diyetisyenler sağlıklı vücut ağrılığına sahip olmak için diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren tedavi yönetmleri geliştirmektedir (80). Beslenmenin yaşam kalitesine olan etkisinin anlaşılması ile diyetlerin kişiye özel olması gerekliliği daha da önem kazanmıştır (81). Ancak başta obezite olmak üzere beslenmeye bağlı pek çok hastalığın görülme sıklığının artması ile bireyler sık sık diyet denemesi girişiminde bulunmaya başlamıştır. Başarısızlık ile sonuçlanan denemeler sonrasında bireylerde diyet ve diyetisyenlere karşı ön yargılı yaklaşımlar gelişmiştir (41).

Avusturalya'da yapılan bir çalışmada bireylerin diyetisyene başvurmaları sırasındaki endişelerinden birinin maliyet olduğu bildirilmiştir(38). Beslenme ve diyet polikliniğine başvuran bireylerin yeme tutum ve davranışlarının diyet algıları ile ilişkilerinin incelendiği bir çalışmada çalışmaya katılan bireylerin sadece %4,6'sının diyetisyen ücreti hakkında endişelendiği bildirimiştir(78). Özellikle kronik hastalıklara sahip bireylerin diyetisyene başvurmaları sırasında maliyete dikkat ettikleri de bildirilmiştir (38). Bizim çalışmamızda ise kadın bireylerin %29,2'sinin ve erkek bireylerin %26,7'sının diyetisyene gelirken diyetisyen ücreti hakkında endişelendiği bireylerin çoğunluğunun ise böyle bir endişeye sahip olmadığı belirlenmiştir.

120 yetişkin birey ile yapılan bir çalışmada bireylerin daha ince diyetisyenlere başvurma eğiliminde oldukları ve bu durumun yaş arttıkça arttığı bildirilmiştir. Bireylerin diyetisyen önerilerine uyması için diyetisyenin ince/ zayıf bir bedene sahip olmasının önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (43). Bizim çalışmamızda da kadın bireylerin %52,8'inin ve erkek bireylerin %60'ının "Diyetisyenler zayıf olur." düşüncesine katıldıkları belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalar sonucunda beslenme planlarının ve diyet tedavilerinin bireye özgü olması gerektiği kanıtlanmıştır. Beslenme ve diyet polikliniğine başvuran bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylein sadece %1,6'sının diyetisyenin herkese aynı listeyi verdiğinie dair bir düşüncesi olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise kadın bireylerin %96,6'sı ve erkek bireylerin %80'i diyetisyenlerin herkese aynı listeyi vermediğni düşündüğü belirlenmiştir.

Bireylerin diyet motivasyonlarını sağlamak amacıyla diyetisyenin kendilerine kızabileceğini bildirikleri çalışmalar bulunmaktadır (41). Polikliniğe başvuran bireyler üzerinde yapılan bir çalışamda ise bireylerin %3,2'sinin diyetisyenin kendisine kızması hakkında endişe duyduğu bildirilmiştir (78). Bizim çalışmamızda ise bireylerin çoğunluğunun diyete uyulmadığında kendilerine kızılmasına dair bir endişe duymadıkları belirlenmiştir.

Diyetisyenlerin görevi bireylerin hastalıklarına yönelik beslenme tedavisi oluşturmak,toplumun sağlığını geliştirmeye yöenlik ve hastalıklardan korunmaya yönelik beslenme planları oluşturmaktı (82). Ancak çalışmamıza katılan kadın bireylerin %22,5'inin ve erkek bireylerin %20'sinin diyetisyenlerin görevinin sadece zayıflatmak olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Beslenme ve Diyet polikliniğine başvurmuş 905 bireyin dahil edildiği çalışmada bireylerin %57,6'sının kendi başına diyet yapabileceklerini düşündükleri bildirilmiştir(41). BKİ> 30 kg/m² olan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylere müdahale edilmesi ve

kendi kendilerini takip etme yöntemi ile sağlanan ağırlık kaybı farkı incelenmiş bireylerin müdahalaler ile daha fazla ağırlık kaybettiği ancak kendi kendini izleme yöntemi ile de başarılı oldukları bildirilmiştir. Kendi kendini izleme döneminin uzaması ile başarının azaldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (83). Obez bireylerin davranış değişikliklerini tek başlarına yapmaya çalışmalarının başarılı olmadığı, diyetisyen desteği ile gerçekleştirilen davranış değişikliklerinin başarılı sonuçlar ortaya koyduğu da bilinen bir gerçektir (84). Bireylerin birine karşı sorumlu olma durumunun başarıya olan etkisi sebebiyle de diyetisyene başvuruduğu düşünülmektedir (42). Bizim çalışmamızda ise kadın ve erkek bireylerin yaklaşık yarısının ağırlığını kendi kontrol edebileceğine inandığı belirlenmiştir.

Etkili diyet danışmanlığının belirlenmesi üzerine yapılan bir çalışmada diyetisyen ile geri bildirim içeren bir iletişimde olmak önemli maddelerden biri olarak belirlenmiştir (39). Bizim çalışmamıza katılan kadın bireylerin ve erkek bireylerin %90'ından fazlasının diyetisyenine anlamadığı yeri sorabileceği ve %60'ından fazlasının da diyetisyenin kontrole çağırma sıklığı ile diyete uyma durumunun etkilenebileceğini bildirdiği belirlenmiştir.

Ağırlık yönetimi danışmanlıklarında görüşme sıklığının ve süresinin sürecin etkinliği sağlayacak yeterlilikte olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (85).

Polikliniğe başvuran bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada ise bireylerin yalnızca %3,4'ünün diyetisyenin kendisine yeteri kadar zaman ayırması konusunda endişe duyduğu bildirilmiştir (78). Bizim çalışmamızda da diğer çalışma ile uyumlu şekilde sadece kadın bireylerin %2,2'sinin diyetisyenin kendisine ayırdığı zamanın diyeti anlaması için yeterli olmayacağını düşündüğü belirlenmiştir.

Besleme ve Diyet Polikliniğine başvuran 905 bireyin dahil edildiği bir çalışmada bireylerin %71'inin sağlıklı ve sürdürülebilir bir diyetin uygulanabilir olması için ekonomik olması gerektiğini düşündükleri bildirilmektedir (41). Bizim çalışmamızda ise bireylerin çoğunluğunun "Diyet listesinde yer alan yiyecekler pahalı olur." düşüncesine katılmadığı belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda bireylerin beslenme bilgilerine ya da diyet ile ilgili bilgilere ulaşmak için interneti sık tercih ettikleri gözlenmiştir. Polikliniğe başvuran bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %46'sının beslenme bilgilerine ulaşmak için interneti tercih ettikleri bildirilmektedir (86). Bizim çalışmamızda ise bireylerin büyük bir çoğunluğunun internetten alınan bilgilerin diyet yapmak için yeterli olmadığını düşündüğü belirlenmiştir.

Bireylerin ağırlık yönetiminde kilo kaybı sağlamak için besin alımlarını kısıtladıklarını ve aç kaldıklarını bildiren çalışmalar mevcuttur (87). Polikliniğe başvuran bireyler üzerinde

yapılan çalışmada diyetisyenlerin de bireyleri aç bırakabileceğini düşünen bireyler olduğu bildirilmiştir (78). Bizim çalışmamızda ise bireylerin çoğunluğunun diyet yapmanın aç kalmak olduğu düşüncesine katılmadığı gözlenmiştir.

Bireyleirn diyet değişikliği yapmalarında ve diyetisyene başvurmalarında gecikmeye sebep olan önemli bir faktörün vücut ağırlıkları hakkında eleştiriye veya damgalamaya maruz kalmaktan korkmak olduğu belirlenmiştir (43,88). Çalışmamıza dahil olan erkek bireylerde böyle bir endişe olmasa da kadın bireylerin %23,6'sı diyetisyenin kilosunu eleştirmesinden korktuğu belirlenmiştir.

Bireylerin beslenme alışkanlıklarında olumlu değişiklikler oluşturulabilmesi için diyet listelerinde sürdülebilirliğinin ve bireyin mecvut beslenme düzenine en yakın beslenme düzenin oluşturulmasının başarıyı arttırdığı bilinen bir gerçektir (38). Ancak toplum açısından sabit bir diyet standartdı oluşturmak ve bunu bireylere dayatmak kolay bir yöntem olarak görülmektedir bu sebeple bireylerin diyetisyenlerin hazırlayacağı diyet listelerine karşı ön yargıları olduğu bildirilmektedir (86). Bireylerin diyet süresince kendisine özel yemekler hazırlama ile ilgili endişeleri olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (78). Bizim çalışmamızda da bu ön yargılara paralel şekilde bireylerin %25'inden fazlasının diyet listelerinde normalde tüketmedikleri besinlerin bulunacağını düşündükleri ve bireylerin %60'ından fazlasının diyet sürecinde kendisine ayrı yemek hazrılaması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi hedefi sadece sağlıklı beslenmeden değil düzenli egzersiz desteğinden de oluşmaktadır (86). Ancak bizim çalışmamıza katılan bireylerin neredeyse yarısının sadece diyet yaparak hedefe ulaşabileceklerini düşündükleri belirlenmiştir.

Araştırmalarda diyet listelerinde yasaklar olmadığında uygulamanın ve başarının arttığı gözlenmiştir (20). Diyet polikliniğine başvuranlar ile yapılan bir çalışmada bireylerin %5,8'inin diyet sürecinde sevdiği besinlerin yasaklanacağı düşündüğü bildirilmiştir (78). Bizim çalışmamızda ise kadın bireylerin neredeyse yarısının ve erkek bireylerin büyük çoğunluğunun diyet listelerinde tatlının yasaklanacağını düşündükleri ve bireylerin yaklaşık yarısının diyette tatsız, tuzsuz yemekler yemek zorunda kalacaklarını düşündükleri belirlenmiştir. Aynı zamanda bireylerin sadece üçte birinin 'Diyet yasak demektir ve uymada zorlanırım.' düşüncesine katıldığı belirlenmiştir ve tüm bu düşüncelere rağmen bireylerin büyük bir çoğunluğunun diyet listesinin tamamını uygulayabileceğini düşündüğü belirlenmiştir.

Beslenme ve diyet polikliniğine başvuran bireylerin diyet ve diyetisyen algılarının incelendiği bir çalışmada; başvuru ücreti hakkında endişelenen bireylerin %88,6'sının, diyete uyabilecek miyim diye endişelenenlerin %86,7'sinin, anlatılanları anlama konusunda endişelenenlerin %77,8'inin, diyetisyenin kendisini eleştireceğinden endişelenenlerin %96,7'sinin, bilgilerinin başkaları tarafından görülmesi hakkında endişe duyanların %81,8'inin, sevdiği yiyeceklerin yasaklanması hakkında enişe duyanların %84,1'inin, aç kalma konusunda endişe duyanların %94,1'inin, diyet sırasında özel yemek hazırlama konusunda endişe duyanların %86,2'sinin fazla kilolu veya obez olduğu (BKİ>25.0 kg/m²) bildirilmiştir (78).

Bizim çalışmamızda ise diyetisyen ve diyet ile ilgili endişesi olan bireylerin BKİ>25 kg/m²'dir. Diyet ve diyetisyen hakkında endişesi olan bireylerin ölçülen BKİ ortalamalarının beyan ettikleri antropometrik ölçümler ile elde edilen BKİ ortalamadan daha yüksek olduğu yani endişe duyan bireylerin kendilerini mevcut durumdan daha zayıf algıladıkları ancak bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı gözlenmiştir.

Öz yeterlilik ve BKİ arasında pozitif ilişki olduğunu bildiren veya yüksek BKİ'ye sahip bireylerin düşük öz yeterlilğe sahip olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (89). Bizim çalışmamızda ise literatürden farklı olarak bireylerin ölçülen BKİ gruplarına ile öz yeterlilikleri ve GÖYÖ toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlenmiştrir.

Sağlık çalışanı olan ve olmayan bireylerin yeme farkındalıklarının incelendiği 398 bireyin dahil edildiği bir çalışmada fazla kilolu ve obez bireylerin YFÖ-30 toplam puan ortalamasının zayıf ve normal kilolu bireylere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük bulunduğu bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da YFÖ-30 toplam puan ortalaması ile BKİ arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (90). Yetişkin bireylerin yeme farkındalığı ve diyet kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği 207 bireyin dahil edildiği bir çalışmada YFÖ-30 toplam puanının BKİ değeri yüksek olan bireylere kıyasla normal kilolu bireylerde daha yüksek olarak bildirilmiştir. Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmamda da fazla kilolu ve obez öğrencilerin YFÖ-30 toplam puanının normal kilolu öğrencilere kıyasla düşük olduğu bildirilmiştir (91). Bizim çalışmamızda ise literartürden farklı olarak bireylerin ölçülen BKİ gruplarına göre YFÖ-30 toplam puanları arasındaki karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.

Yetişkin bireylerde yeme farkındalığı ve BKİ arasındaki ilişkinin incelendiği 546 bireyin dahil edildiği çalışmada BKİ sınıflamasında zayıf olan bireylerin YFÖ-30 puan

ortalaması 3,41±0,46, normal kilolu bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,37±0,45, fazla kilolu bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,18±0,47, obez bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,11±0,52 olarak bildirilmiştir ve BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (92). Bizim çalışmamızda ise BKİ sınıflamasında zayıf olan bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,29±0,43, normal kilolu bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,59±0,68, fazla kilolu bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,30±0,70, obez bireylerin YFÖ-30 puan ortalaması 3,34±0,60 olarak belirlenmiştir ve literatürden farklı olarak BKİ sınıflamasına göre YFÖ-30 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir.Yeme Farkındalığı Ölçeği'nin (YFÖ-30) beyan edilen antropometrik ölçümler ve BKİ sınıflamasına göre incelendiği araştırmaların sayısının yeteriz olması bizim çalışmamızın yorumunu zorlaştırmıştır.

Yapılan çalışmalar bireylerin öz yeterlilik seviyeleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uyumlu şekilde artabileceğini bildirmektedir (93). 2110 bireyin dahil edildiği bir çalışmaya göre ağılık kaybı, ağırlık yönetimi gibi kendi kendini kontrol etmeyi de gerektiren sağlık gelişmelerinde öz yeterliliğin oldukça önemli bir etikye sahip olduğu gözlenmiştir. Özellikle de olumsuz durumlar ile başa çıkabilmek için yüksek öz yeterlilik seviyesine sahip olunması gerekliliği vurgulanmıştır (94). Öz yeterlilik ve diyet ile ilgili yapılan çalışmalarda öz yeterlilik seviyesinin diyet ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (95). Yaklaşık %25'inin obez olduğu 260 bireyin dahil edildiği bir çalışmada bireylerin öz yeterlilik seviyeleri ile ağırlık yönetimlerinin ilişkili olduğu, yüksek öz yeterlilik seviyesinin obezite ile mücadele de önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir (96). Düşük öz yeterliliğe sahip bireylerin başarısız diyet uygulamaları sonrasında başarısızlık sebeplerini analiz etmeden sadece başarısızlığa odaklanmalarının diyeti sürdürmeyi veya diyete yeniden başlamayı engelleyebildiği gözlenmiştir (48). Bizim çalışmamızda da " Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur." Düşüncesine katılan bireylerin katılmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyda daha düşük GÖYÖ puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada BKİ'si 43,5 kg/m² olan yaş ortalaması 39,9 olan bireylerin genel öz yeterlilik seviyelerinin yüksek olmasına rağmen diyet uygulamalarında kısıtlyacı ya da yasaklayıcı diyet uygulamalarına başvurdukları gözlenmiştir (97). Bizim çalışmamızda ise farklı olarak "Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir." şeklinde ifade edilmiş olan yasaklayıcı düşünceye katılan bireylerin daha düşük GÖYÖ puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Obezite ve ağırlık kontrolü tedavilerinde motivasyon, farkındalık ve öz yeterliliğin tedaviyi olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (10). Ağırlık kaybında sürekli başarısız olan bireylerin öz yetetrliliklerinde düşme olduğu gözlenmiştir (98). Obez bireylerin düşük öz yeterliliğe sahip olduğu ve bu durumun da motivasyonu düşürerek tedavinin sürdürlebilirliğini olumsuz etkilediği ve bireyler de tedaviyi gizlemeye sebep olabildiği gözlenmiştir (10). Bizim çalışmamızda da literatürü destekleyecek şekilde "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem." düşüncesine katılan bireylerin katılmayanlara kıyasla daha düşük GÖYÖ puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

Obezite tedavisinde geleneksel yaklaşımlardan ziyade yeme farkındalığının yeme davranışı ile ilgili duygu ve alışkanlıkların farkına varılmasını sağlayarak daha kalıcı çözümler ürettiği bilinen bir gerçektir. Yüksek yeme farkındalık düzeyine sahip bireylerin aşırı yeme davranışında bulunmadıkları, duygusal yeme davranışından kaçındıkları, porsiyon kontrolünde başarılı oldukları ve bu davranışlar sayesinde ağırlık kontrolü sağlayarak obezite ile mücadelede daha başarılı oldukları gözlenmiştir (22). Genç yetişkin bireyler ile yapılan bir çalışmada bireylerin diyet programına ek kendi kendilerini takip etmelerinin farkındalığı arttırarak diyetin etkinliğini arttırdığı bildirilmiştir (99). Bizim çalışmamızda da "Kilomu/vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim." düşüncesine katılan bireylerin daha yüksek YFÖ-30 puanına sahip olduğu ve yüksek farkındalığa sahip bireylerin kendi kendilerini kontrolünün daha iyi olduğu ile ilgili literatür bilgisini desteklediği gözlenmiştir.

Obezite tedavisinde başvurulan enerji ve besin alımı kısıtlamasıının uzun vadede başarı sağlamadığı bilinmektedir (100). Obezite ve ağırlık yönetiminde yeme davranışı değişiklikleri uygulamalarının daha sürdürülebilir olmasına rağmen yalnızca öz yeterlilik ve farkındalık seviyesi yüksek bireylerin bu sürdürülebilir yöntemi uygulayabildikleri bildirilmektedir (101). Yeme farkındalığına sahip bireylerin yeme davranışlarında kısıtlma ya da kurallara yer vermek yerine kendi tecrübelerine ve fizyolojik açlık-tokluk durumlarına odaklandığı bildirilmektedir (20). Düşük yeme farkındalığa sahip bireylerin ise ağırlık yönetiminde kalori ve besin alımı kısıtlamasına başvrudukları bildirilmektedir (22). Bizim çalışmamızda da "Diyet yapmak aç kalmak demektir" şeklinde ifade edilmiş olan diyetin besin ve enerji alımını kısıtladığını ifade eden düşünceye katılan bireylerin daha düşük yeme farkındalığına ve YFÖ-30 puanına sahip olduğu gözlenniştir.

Yüksek BKİ'ye sahip bireylerin sağlık profesyonelleri tarafından vücut ağırlığı ile ilgili damgalamaya maruz kaldıklarını hatta bu sebeple sağlık hizmetlerine başvurmaktan kaçındıklarını bildiren pek çok araştırma mevcuttur. Özellikle düşük farkındalık seviyesine

sahip bireylerin damgalamaya dair endişelerinin diyetisyene başvurmayı geciktirdiği ve diyetisyen danışmanlığı almanın gizlenmesine sebep olabildiği bildirilmiştir (43). Bizim çaılışmamızda da "Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasınadan korkarım." Düşüncesi ve "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem." düşüncesine katılan bireylerin katılmayanlara kıyasla daha düşük yeme farkındalığına ve YFÖ-30 puanına sahip olduğu gözlenmiştir.

Yüksek yeme farkındalığına sahip bireylerin sadece diyet uygulamaktan ziyade vücutlarını kabul ederek sürülebilir hedeflere yöneldikleri bildirilmektedir (20). Aynı zamanda yüksek yeme farkındalığına sahip bireylerin daha doğru ve sağlıklı yeme davranışı alışkanlıklarına sahip olduğu bu sayede de obezite tedavilerinde daha başarılı oldukları gözlenmiştir (102). Bizim çalışmamızda da "Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim." düşüncesine katılan bireylerin katılmayanlara kıyasla daha yüksek YFÖ-30 puanına sahip olduğu gözlenmiştir.

Beslenme ve Diyet polikliniğine başvurmuş 905 bireyin dahil edildiği çalışmada bireylerin %11,6'sının diyeti bir kez bozduktan sonra devam edemeyeceklerini düşündükleri bildirilmiştir (41). Yüksek yeme farkındalığına sahip bireylerin diyeti bozduktan sonra duyulan suçluluk duygusunu farkederek sağlıksız beslenme davranışları yerine sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürebilir hale getirdikleri bildirilmektedir (20). Bizim çalışmamızda da literatürü destekler nitelikte "Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur." düşüncesine katılan bireylerin katılmayanlara kıyasla daha düşük YFÖ-30 puanına sahip olduğu gözlenmiştir.

Yeme farkındalığı, bireylerin besin seçimlerinin farkında olmalarını sağlamaktadır. Yüksek yeme farkındalığına sahip bireylerin yasaklar yerine sürdürülebilir beslenme alışkanlıklarına sahip olması sayesinde diyet uygulamaları hakkında ön yargıya sahip olmadıkları bildirilmektedir ve bu durumun da bireylerin diyete olan uyumunu kolaylaştırdığı gözlenmiştir (22). Bizim çalışmamızda da literatürü destekler nitelikte "Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim." düşüncesine katılan bireylerin katılmayanlara kıyasla daha düşük YFÖ-30 puanına sahip olduğu gözlenmiştir.

Bireye özel ve sürdürülebilir ağırlık yönetimi müdahalelerinin diğer yöntemlere kıyasla daha başarılı sonuçlar ortaya çıkardığı bildirilmektedir. Yüksek yeme farkındalığına sahip bireylerin sürdürebilir ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahip olduğu gözlenmiştir. Yapılan araştırmalarda diyet tedavilerinin sürdürülebilir olabilmesi için bireylere farkındalık kazandırarak davranış değişikliğinin hedeflenmesi ve diyetisyenlerin görüşmelerinde bireye

özel hedefler belirlemesi önerilmektedir (20). Bizim çalışmamızda da yüksek YFÖ-30 puanına sahip bireylerin "Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir." düşüncesine katıldığı gözlenmiştir.

905 bireyin yeme farkındalık durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada YFÖ-30 toplam puanı ile bireylerin beslenme bilgi düzeyleri öz değerlendirmeleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. Ancak yinede YFÖ-30 toplam puanının beslenme bilgi düzeyi çok iyi, iyi ve orta olanların kötü ve çok kötü olanlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (64). Bizim çalışmamızda da literatürü destekler şekilde beslenme bilgi düzeylerini yeterli olarak ifade eden bireylerin yetersiz olarak ifade eden bireylerden daha yüksek YFÖ-30 toplam puanına sahip olduğu gözlenmiştir.

18-49 yaş arası 546 bireyin dahil edildiği yeme farkındalığı ve BKİ ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada; bireylerin BKİ değeri arttıkça"farkındalık" alt faktörünün istatistiksel açıdan anlamlı olarak arrtığı bildirilmiştir. Bireylerin BKİ değeri arttıkça "disinhibisyon", "duygusal yeme", "yeme kontrolü", "bilinçli beslenme" alt faktörlerinin istatistiksel açıdan anlamlı olarak azaldığı; "yeme disiplini" ve "enterferans" alt faktörlerinin de azaldığı ancak bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir. Mevcut çalışmada yüksek BKİ düşük YFÖ-30 puanı ile ilişkilendirilmiştir (92). Uluslararası yapılan bir çalışmada ise BKİ ile yeme farkındalığı ve tüm alt faktörleri arasında negatif yönlü ilişki olduğu bildirilmiştir. Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada ise BKİ ile " disinhibisyon" ve " yeme kontrolü arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir. Ancak BKİ ile "duygusal yeme" ve "disinhibisyon" faktöleri arasında negatif ilişki olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (92). 20-50 yaş arası 207 bireyin dahil edildiği yeme farkındalığının diyet kalitesi ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada normal BKİ'ye sahip bireylerin YFÖ-30 toplam puanının yüksek BKİ'ye sahip bireylerin YFÖ-30 toplam puanına kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu ve bireylerin yeme farkındalığı arttıkça BKİ'nin azaldığı bildirilmiştir. Kadın bireylerin BKİ değerleri ile "düşünmeden yeme", "duygusal yeme", "bilinçli beslenme", "enterferans", ve YFÖ-30 toplam puanının negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişkide olduğu bildirilmiştir. Erkek bireylerin BKİ değerleri ile "düşünmeden yeme", "duygusal yeme", "yeme kontrolü", "enterferans", ve YFÖ-30 toplam puanının negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişkide olduğu bildirilmiştir (91). Kadın bireylerde "bilinçli beslenme" alt faktör puanları arttıkça BKİ'lerinin azaldığı bildirilmiştir (91). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise "yeme kontrolü", "farkındalık", "yeme disiplini" ve "bilinçli beslenme" alt faktör puanları azaldığında; YFÖ-30 toplam puanı, "disinhibisyon", "duygusal

yeme", "enterferans" alt faktör puanları arttığında BKİ'nin azaldığı bildirilmiştir (91). Yapılan pek çok çalışmada bireylerin BKİ değeri arttıkça yeme farkındalıklarının azaldığı bildirilmektedir (92). Tüm bu sonuçlar yeme farkındalığının ağırlık yönetimindeki etkisini kanıtlar nitelikte olmuştur fakat YFÖ-30 alt boyutları ve BKİ arasındaki ilişkiye dair çalışmaların az sayıda yapılmış olması bizim çalışmamızı yorumlamayı zorlaştırmıştır (92).

Bizim çalışmamızda ise literatürden farklı olarak kadın ve erkek bireylerin ölçülen BKİ ve beyan edilen BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı bulunmuştur (Tablo 14). Erkek bireylerin algılanan BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı sadece kadın bireylerin algılanan BKİ değerleri arttıkça YFÖ-30'un "Düşünmeden Yeme"alt faktör puanında ve "Duygusal Yeme" alt faktör puanında azalma olduğu bulunmuştur (Tablo 14).

546 bireyin dahil edildiği yeme farkındalığının beden kütle indeksi ile ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada YFÖ-30 puanı arttıkça YFÖ-30 alt faktörlernin arttığı, Sezgisel Yeme Ölçeği puanının da arttığı gözlenmiştir (93). 905 Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran bireyiler ile yapılan bir çalışmada YFÖ30 ve Yeme Tutum Testi toplam puanı arasında istatistiksel açıdan pozitif korelesyon olduğu bildirilmiştir (64). Bizim çalışmamızda da GÖYÖ toplam puanı arttıkça YFÖ-30 toplam puanın arttığı gözlenmiştir (Tablo 15).

SONUÇLAR

Tanımlayıcı- kesitsel nitelikte olan bu araştırmanın verileri, 23 Kasın 2020 ve 25 Ocak 2021 tarihleri arasında Lüleburgaz Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran gönüllü bireylerin katılımı ile toplanmıştır.

Çalışma sonunda aşağıdaki sonuçlar elde edildi;

1. Çalışmaya katılan kadın bireylerin beyan edilen ve ölçülen vücut ağırlığı ve BKİ'leri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
2. Çalışmaya katılan kadın bireylerin beyan edilen ve ölçülen boy uzunluklar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).
3. Çalışmaya katılan erkek bireylerin beyan edilen ve ölçülen vücut ağırlığı, boy uzunluğu ve BKİ'leri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
4. Her iki cinsiyette de görsel algıya göre algılanan vücut ağırlığı düzeyinin ölçülen BKİ'nin ve bireylerin beyan ettikleri boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri ile elde edilen beyan BKİ'ye göre istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi($p>0,05$).
5. Kadın bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 68,6±11,4'tür. Erkek bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 72,3±6,3'tür.
6. Kadın bireylerin Yeme Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması ise 3,42±0,65'dir. Erkek bireylerin Yeme Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması ise 3,17±0,59'dur.
7. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre "GÖYÖ Toplam" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.
8. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre "YFÖ-30" puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

9. Çalışmaya katılan bireylerin ölçülen, beyan edilerek hesaplanan ve algıladıkları BKI'ye"GÖYÖ" ve "YFÖ-30" toplam puan ortalamarı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.
10. Çalışmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımları ile gerçek ve beyan ettikleri BKI ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.
11. Çalışmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre GÖYÖ toplam puanları arasındaki karşılaştırma incelendiğinde, "Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "GÖYÖ Toplam" puanı arasında ($p<0,05$), "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "GÖYÖ Toplam" puanı arasında ($p<0,05$) ve "Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "GÖYÖ Toplam" puanı arasında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, diğer tüm diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlara göre "GÖYÖ Toplam" puanları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlendi.
12. Araştırmaya katılan bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre YFÖ-30 toplam puanları arasındaki karşılaştırma incelendiğinde, "Kilomu / vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$), "Diyet yapmak aç kalmak demektir" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,01$), "Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$), "Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,001$), "Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,001$), "Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,01$), "Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$) ve "Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, diğer tüm diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlara göre "YFÖ-30 Toplam" puanları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

13. Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre ölçülen BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, kadınların ve erkeklerin ölçülen BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.
14. Çalışmaya katılan kadınların ve erkeklerin beyan edilen BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.
15. Çalışmaya katılan kadınların algılanan BKİ değerleri ile YFÖ-30'un "Düşünmeden Yeme" alt faktör puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf ($s=-0,235$; $p<0,05$) ve "Duygusal Yeme" alt faktör puanı arasında anlamlı negatif zayıf ($s=-0,292$; $p<0,01$) korelasyon olduğu, YFÖ-30'un diğer alt faktör ve toplam puanları, GÖYÖ alt faktör ve toplam puanları arasında anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.
16. Çalışmaya katılan erkeklerin algılanan BKİ değerleri ile GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.
17. Çalışmaya katılan bireylerin "GÖYÖ Toplam" puanı arttıkça "YFÖ-30 Toplam puanının %33 oranında arttığı gözlenmiştir($s=0,330$; $p<0,01$).

ÖNERİLER

1. Sağlıklı bir yaşam tarzıyla yeterli ve dengeli beslenme; kronik hastalık gelişimi, önlenmesi ve yönetimi için gereklidir. Yeterli ve dengeli beslenme bireye özgü enerji ve besin çeşitliliği ile sağlanmaktadır. Diyetisyenler yeterli ve dengeli beslenme ile sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesinde kilit görevdedirler. Ağırlık yönetimi için diyetisyene başvuran bireylere daha faydalı olabilmek için endişelerini iyi analiz edilmeli ve bu endişelere yönelik çözümler üretilmelidir.
2. Bireylerin mevcut ağırlıklarını doğru algılamaları ağırlık yönetimi ve obezite tedavisinde oldukça önemlidir. Her yaş ve cinsiyetteki bireylerin doğru beden ağırlığı algısına sahip olmaları sağlanmalıdır.
3. Yeme farkındalığı ve öz yeterlilik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlanmasına önemlidir. Ağırlık yönetimi, obezite ve diğer tıbbi beslenme tedavilerinde diyetisyenler, bireylerin öz yeterlilik ve yeme farkındalıklarını arttıracak müdahalelerde bulunmalıdır.

ÖZET

Bu araştırma, Lüleburgaz Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran 104 gönüllü katılımcıyla yürütülmüştür. Bu çalışmanın amacı bireylerin yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi ile diyet ve diyetisyene olan yaklaşımları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Tüm bireylere demografik özellikleri, sağlık- hastalık öyküleri,beslenme tutum ve davranışları,genel öz yeterlik ölçeği ve yeme farkındalık ölçeği, beden algısı görseli içeren anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 41,07±12,87 yıldır. Bireylerin beyan edilen BKI ve ölçülen BKI'leri arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Kadın bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 68,6±11,4'tür. Erkek bireylerin Genel Özyeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması 72,3±6,3'tür.Kadın bireylerin Yeme Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması ise 3,42±0,65'dir. Erkek bireylerin Yeme Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalaması ise 3,17±0,59'dur. Araştırmaya katılan bireylerin "Kilomu / vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$), "Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım" ifadesine katılan ve katılmayan bireyler ile "YFÖ-30 Toplam" puanı arasında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak bireylerin beden algıları, beyan edilen BKİ ile ölçülen BKİ'leri arasında anlamlı farklılık olmadığı gözlenmiştir.Ancak yetişkin bireylerin genel öz yeterlilik ve beden algıları ile diyetisyen yaklaşımlarını ve bunlara bağlı sorunların tespiti için daha büyük örnekleme ve geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: genel öz yeterlilik, yeme farkındalığı, beden algısı,

DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN THE OWN EATING AWARENESS OF INDIVIDUALS AND THEIR APPROACHES TO THE DIET AND DIETICIAN

SUMMARY

This research was carried out with 104 volunteer participants who applied to Lüleburgaz State Hospital Nutrition and Diet Polyclinic. The aim of this study is to determine the relationship between the evaluation of eating awareness of individuals and their approach to diet and dietician. A questionnaire including demographic characteristics, health-illness histories, nutritional attitudes and behaviors, general self-efficacy scale and eating awareness scale, body image image was applied to all individuals. The mean age of the individuals participating in the study was 41.07±12.87 years. It was determined that there was no significant difference between the declared BMI and the measured BMI of the individuals. The mean score of the General Self-Efficacy Scale of female individuals is 68.6±11.4. The total mean score of the General Self-Efficacy Scale of the male individuals is 72.3±6.3. The total mean of the Eating Awareness Scale of the female individuals is 3.42±0.65. The total mean score of the Eating Awareness Scale of male individuals is 3.17±0.59. Between the individuals who participated in the research with the statement "I can control my weight / body weight" and those who did not agree with the "YFÖ-30 Total" score ($p<0.05$), the individuals who agreed with or did not agree with the statement "I am afraid that the dietitian will criticize my weight" and "YFÖ-30" A statistically significant difference was found between the -30 Total" score ($p<0.05$). As a result, it has been observed that there is no significant difference between individuals' body perceptions, declared BMI and measured

BMI. However, larger sampling and comprehensive studies are needed to determine the general self-efficacy and body perceptions of adult individuals, as well as dietitian approaches and related problems.

Keywords:general self-efficacy, eatingawareness, body image

KAYNAKLAR

1. Özpulat F. Öz yeterlilik düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):37-44.

2. Wang Y, Xu L, Qİn W, Zhang J, Xia Y, Jing X et all. Gender difference in general self-efficacy among young-old elderly aged 60–74 in rural shandong China: A cross-sectional survey. Int J Environ Res Public Health. 2019;16:1-12.

3. Devran BS, Kızıltan G. Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan adölesan ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;2(2):47-60.

4. Fransen HP, Boer JMA, Beulens JWJ, Wit GAd, Bueno-de-Mesquita HB, Hoekstra J, et al. Associations between lifestyle factors and an unhealthy diet. Eur J Public Health. 2016;27(2):274-8.

5. Chae W, Ju YJ, Shin J, Jang S-I. Association between eating behaviour and diet quality: eating alone vs. eating with others. Nutr J. 2018;17(117):1-11.

6. Zehirlioglu L, Mert H. Kronik hastalıklara yeni yaklaşım: Yaşam tarzı tıbbı. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;12(2):341-50.

7. Menekli T, Fadıloğlu Ç, Aykar FŞ. Obez bireylerde davranış değişimi: Transeoretij model yaklaşımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2019;7(1):39-57.

8. Arseven A. Öz yeterlilik: Bir kavram analizi. Journal of Turkish Studies. 2016;11:63-80.

9. Isaac V, Wu C-Y, McLachlan CS, Lee M-B. Associations between health-related self-efficacy and suicidality. BMC Psychiatry 2018;18(126):1-8.

10. Ünal GÖ. Obezitenin psikiyatrik yönü, tedavisinde davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2018;7(1):31-41.

11. Salvo V, Kristeller J, Marin İ, Sanudo A, Lourenço B, Schveitzer M, Almeida V, Morillo H et all Mindfulness as a complementary intervention in the treatment of overweight and obesity in primary health care: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2018;19:277.

12. Goode RW, Kalarchian MA, Craighead L, Conroy MB, Wallace J, Eack SM et all. The feasibility of a binge eating intervention in black women with obesity. Eat Behav. 2018;29:83-90.

13. Toren SJvd, Grieken Av, Kroon ML, Mulder WC, Vanneste YTM, Raat H. Young adults' self-sufficiency in daily life: the relationship with contextual factors and health indicators. BMC Psychology. 2020;8(89):1-12.

14. Jones RA, Lawlor ER, Birch JM, Patet MI, Werneck AO, Hoare E et all. The impact of adult behavioural weight management interventions on mental health: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2020;22(4):1-18.

15. Aktepe İ, Tolan Ö. Bilinçli farkındalık: Güncel bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(4):534-361.

16. Wang D-H, Kogashiwa M, Mori N, Yamashita S, Fujii W, Ueda N et all. Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption in a Japanese population. Int J Environ Res Public Health. 2016;5(13):786-97.

17. Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (Sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2017;8(3):137-44.

18. Brewer JA, Ruf A, Beccia LA, Essien GI, Finn ML, Lutterveld R et all. Can mindfulness address maladaptive eating behaviors? Why traditional diet plans fail and how new mechanistic insights may lead to novel interventions. Front Psychol. 2018;9(1418).

19. İnci B, Ergen A, editors. Bilinçli farkındalığın (mindfulness) sürdürülebilir tüketim bağlamında incelenmesi. PPAD Pazarlama Kongresi; 2019; Kuşadası, Aydın, Türkiye.

20. Üstündağ EG. Spor salonunda spor yapan bireylerde yeme farkındalığı ile ortoreksiya nervoza belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mersin, Türkiye: Çağ Üniversitesi; 2020.

21. Koçer C. Bilinçli farkındalığın anlamlı işe etkisi sürecinde örgütsel farkındalığın moderatör (düzenleyici) rolü. Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi; 2019.

22. Çolak H, Aktaç Ş. Ağırlık yönetimine yeni bir yaklaşım: Yeme farkındalığı. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019;3(3):212-22.

23. Kuseyri G, Kızıltan G. Üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışının beslenme durumu üzerine etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlk Bilimleri Dergisi. 2019;4(3):202-19.

24. Robinson E, Proctor M, Oldham M, Masic U. The effect of heightened awareness of observation on consumption of a multi-item laboratory test meal in females. Physiol Behav. 2016;163:129-35.

25. Wongprawmas R, Mora C, Pellegrini N, Guine RPF, Carini E, Sogari G, et al. Food choice determinants and perceptions of a healthy diet among Italian consumers. Foods. 2021;10(318):1-23.

26. Leng G, Adan RAH, Belot M, Brunstrom JM, Graaf Kd, Dickson SL, et al. Conference on 'New technology in nutrition research and practice' Symposium 3: Novel strategies for behaviour changes. Proceedings of the Nutrition Society. 2017;76:316-27.

27. Tutar S. Kadınların besin satın alma ve besin tüketimlerine basın ve reklamların etkileri İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi; 2012.

28. Güngör EÖ. Sağlıklı beslenmede bireysel ve grup eğitiminin bireylerin beslenme alışkanlıkları ve besin seçimleri üzerine etkisi. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2019.

29. Prinyawiwatkul W. Relationships between emotion, acceptance, food choice, and consumption: Some new perspectives. Foods. 2020;9(1573):1-3.

30. Korkmaz S. Ünye ilçesinde çalışan/çalışmayan kadınların besin satın alma ve besin tüketimlerine medyanın etkisi. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2017.

31. Fürtjes S, King JA, Goeke C, Seidel M, Goschke T, Horstmann A, et al. Automatic and controlled processing: Implications for eating behavior. Nutrients. 2020;12(1097):1-13.

32. Deveci B, Deveci B, Avcıkurt C. Yeme davranışı: Gastronomi ve mutfak sanatları öğrencileri üzerine bir araştırma. Journal of Tourism and Gastronomy Studies. 2017;5(3):118-34.

33. Demirçi T. Bir vakıf hastanesinde çalışan vardiyalı ve vardiyasız sağlık personellerinin yeme davranışları ve uyku kalitelerinin karşılaştırılması. İstanbul: Biruni Üniversitesi; 2017.

34. Samdal GB, Eide GE, Barth T, Williams G, Meland E. Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses. Int J of Behav Nutr and Phys Act. 2017;14(1):(42).

35. Chen J, Allman-Farinelli M. Development and validation of a tool to measure dietitians' self-efficacy with using mobile health apps in dietetic practice. J Nutr Educ Behav. 2018;50(5):565-75.

36. Echouffo-Tcheugui JB, Ahima RS. Does diet quality or nutrient quantity contribute more to health? J Clin Invest. 2019;129(10):3969-70.

37. Willams LT, Barnes K, Topu L, Ross LJ, Sladdin İ, Mitchell LJ. How effective are dietitians in weight management? a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Healthcare (Basel) 2019;7(1):20.

38. Davidson RA, Reidlinger PD. A review of the growth and development of Australian practice nursing: Insights for the dietetic workforce. Nutr Diet 2022;79(4):497-548.

39. Barkmeijer A, Molder H, Janssen M, Wittenaar HJ. Towards effective dietary counseling: a scoping review**.** Patient Educ Couns 2022;105(7):1801-1817.

40. Bathke MM, Baxter SD, Halliday TM, Lynch A, Malik N, Raynor HA et al. Weight management ınterventions provided by a dietitian for adults with overweight or obesity: An evidence analysis center systematic review and meta-analysis. J Acad Nutr Diet 2022;25:2212-2672.

41. Albay Ç. Yetişkin Bireylerin Diyet ve Diyetisyen Algısının Sürdürlebiliriği ve Yeme Alışkanlıklarına Etkisi (Tez). İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.

42. Jones N, Furlanetto DLC, Jackson JA, Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. J Hum Nutr Diet 2007;20(5):486-494.

43. Caasiano GS, Ferreira JP, Buckland NJ, Cunha DT. Do registered dietitians, nutrition students, and laypeople perceive ındividuals with obesity differently? Int J Environ Res Public Health 2021;18(17):8925.

44. Tran A, Suharlim C, Mattie H, Davison K, Agenor M, Austin B. Dating app use and unhealthy weight control behaviors among a sample of U.S. adults: a cross-sectional study. J Eat Disord. 2019;7(16):1-12.

45. Benton D, Young HA. Reducing calorie intake may not help you lose body weight. Perspec Psychol Sci. 2017;12(5):703-14.

46. Frie K, Hartmann-Boyce J, Jebb S, Oke J, Aveyard P. Patterns in weight and physical activity tracking data preceding a stop in weight monitoring: Observational analysis. J Med Internet Res. 2020;22:(3).

47. Bacacı M. 18-65 Yaş arası bireylerde vücut algısının yeme tutumu ve depresyon üzerine etkisinin incelenmesi. Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi; 2019.

48. Gedik G. Bilinçli farkındalık ve kendini kabul. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;6(71):615-26.

49. Smethers AD, Rolls BJ. Dietary management of obesity: Cornerstones of heaalthy eating patterns. Med Clin North Am. 2018;102(1):107-24.

50. Serin Y, Şanlıer N. Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2018;9(2):135-46.

51. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel özyeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;21(4):301-8.

52. Köse G, Tayfur M, Birincioğlu İ, Dönmez A. Yeme farkındalığı ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2016;3:125-34.

53. Hayran M, Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatik 2019.

54. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal yeme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27(1):70-82.

55. Lattimore P. Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating. Eat Weight Disord. 2020;25(3):649-57.

56. Kahan S, Care AJM. Overweight and obesity management strategies. Am J Manag Care. 2016;22(7):186-96.

57. Alkerwi Aa, Sauvageot N, Malan L, Shivappa N, Hébert JR. Association between nutritional awareness and diet quality: Evidence from the observation of cardiovascular risk factors in luxembourg (ORISCAV-LUX) study. Nutrients 2015;7(4)2823-38.

58. Imanaka M, Ando M, Kitamura T, Kawamura T. Impact of registered dietitian expertise in health guidance for weight loss. Plos One. 2016;11(3):1-8.

59. Güngör EÖ, Sağlıklı Beslenmede Bireysel ve Grup Eğitiminin Bireylerin Beslenme Alışkanlıları ve Besin Seçimi Üzerine Etkisi (Tez). Ankara:Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2019.

60. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 1132, Ankara; 2019.

61. Zhang L, Cordeiro LS, Lui J, Ma Y. The association between breakfast skipping and body weight, nutrient ıntake, and metabolic measures among participants with metabolic syndrome. Nutrients 2017;9:384-398.

62. Sievert K, Hussain SM, Page MJ, Wang Y, Hughes HJ, Malek M et al. Effect of breakfast on weight and energy intake: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.BMJ 2019;364:142.

63. Devran BS, Kızıltan G. Doğu anadolu bölgesinde yaşayan adölesan ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.2018;2(2):47-60.

64. Kitiş Ç. Hastanelerin Diyet Polikliniklerine Başvuran Hastaların Yeme Tutumları ve Yeme Farkındalıklarının Belirlenmesi (Tez).Konya:Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2019.

65. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması 2012. T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel

66. Sonneville KR, Thurston Ib Milliren CE, Gooding HC, Richmond TK. Weight misperception among young adults with overweight/obesity associated with disordered eating behaviors. Int J Eat Disord 2016;49(10):937-346.

67. Rounsefel K, Gibson S, McLean S, Blair M, Molenaar A, Brennan L, Rtuby H et al. Social media, body image and ood choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. Nutr Diet 2020;77:19-40.

68. Olfert M, Barr LM, Charlier CM, Famodu Oa, Zhou W, Mathews AE et al. Self reported vs. measured height, weight, and bmı in young adults. Int J. Environ Res. Public Health 2018;15(10):2216.

69. Atamtürk D. Orta ve ileri yaştaki bireylerin antropometrik ölçülerinde yaşa bağlı olarak meydana gelen değişimler.Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 2010;1(3):13-22.

70. Tüzün EH. Kadınlarda Osteoporoz ve Rehabilitasyonu. Aile ve Kadın Sempozyumu Bildiri Kitabı s1, Kırıkkale, 2013.

71. Koçyiğit E, Arsetişkin Bireylerde Vücut Farkındalığı ve Antropometrik Ölçümlerle İlişkisi. Bes Diy Derg 2018;46(3):248-256.

72. Patte Ka, Laxer RE, Qian W, Leatherdale ST. An analysis of weight perception and physical activty and dietary behaviours among youth in the COMPASS study. SSm-Population Health 2016;2:841-849.

73. Agyapong FN. Body weight, obesity perception, and actions to achieve desired weight among rural and urban ghanaian adults. J Obesity 2020;46:1-8.

74. Tanenbaum HC, Felicitas QJ, Li Y, Tobias M, Chou C, Palmer PH et al. Overweight perception: associations with weight control goals, attempts and practices among Chinese female college students. J Acad Nutr Diet 2016;116(3):458-466.

75. Önal S, Özdemir A, Özer BK, Acar S, Sağır M, Yavuz CM ve ark. Üniversite öğrencilerinde beden algısı ve beden kitle endisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. DTCF Dergisi 2019;59(1):543-558.

76. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 1132, Ankara; 2019.

77. Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ, Kurt Y,Yüce A, Bilgin M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastaların boy ve kilo farkındalıklarının ve fiziksel egzersiz durumlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal 2016;16(3):285-292.

78. Soydemir G. Beslenme ve diyet polikliniğine başvuran hastaların yeme tutum ve davranışları ile diyet algılarının değerlendirilmesi (Tez).Ankara; Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.

79. Jamieson J, Palermo C, Hay M, Epi GD, Gibson S. Assessment practices for dietetics trainees: A systematic review. J Acad Nutr Diet 2019;119(2):272-292.

80. Barrea L, Altieri B, Polese B, Conno BD, Muscogiuri G, Colao A et al. Nutritionist and obesity: brief overview on efficacy, safety, and drug interactions of the main weight-loss dietary supplements. Int J Obes Suppl 2019;9(1):32-49.

81. Merdol TK. Beslenme ve diyetetik biliminin dünü, bugünü ve geleceği. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016;1(1):1-5.

82. Merdol TK. Danışman diyetisyen/beslenme ve diyet uzmanı olmanın dayanılmaz hafifliği. Bes Diy Derg 2020;48(2):1-4.

83. Frie K, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyar P. Effectiveness of a self-regulation intervention for weight loss: A randomized controlled trial. British Journal of Health Psychology 2020;25:652-676.

84. Imanaka M, Ando M, Kitamura T, Kawamura T. Impact of registered dietitian expertise in health guidance for weight loss. Plos One. 2016;11(3):1-8.

85. Kahan S. Overweight and obesity management strategies. Am J Manag Care 2016;22(7):186-196.

86. Martinighi M, Silva E. Quality of diet plans for weight loss featured in women's magazines. A cross-sectional descriptive study. Sao Paulo Med J. 2017;135(4):339-346.

87. Kuseyri G, Kızıltan G. Üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığı ve sezgisel yeme davranışının beslenme durumu üzerine etkisi.Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019;4(3):202-219.

88. Cihan G. Obez Bireylerde Damgalama Hissi ile Yeme Davranışları ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Tez). Ankara; Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2019.

89. Üstündağ EG. Spor Salonunda Spor Yapan Bireylerde Yeme Farkındalığı ile Ortoreksiya Nervoza Belirtileri Arasındaki ilişkinin İncelenmesi (Tez).Mersin; Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2020.

90. Özcan B. Egzersiz Yapan ve Yapmayan Obez Kadınların Yaşam Doyumu ve Öz yeterlilik Düzeyleri (Tez).Mersin; Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2017.

91. Koca B. Sağlık Çalışanı Olan ve Olmayan Bireylerin Yeme Farkındalığı ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutumlarının İncelenmesi (Tez). İstanbul; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2023.

92. Doğan GB. Yetişkin Bireylerin Yeme Farkındalığı ile Diyet Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (Tez). Ankara; Hacetepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2022.

93. Atlıhan BG. Yetişkin Bireylerde Yeme Farkındalığı ve Sezgisel Yemenin Beden Kütle İndeksi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi (Tez). İstanbul; İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.

94. Wang Y, Xu L, Qin W, Zhang J, Xia Y, Jing X et al. Gender difference in general self-efficacy among young-old elderly aged 60-74 in rural shandong China: A cross sectional survey. Int J Environ Res Public Health 2019;16:5070.

95. Isaac V, Wu C, McLachlan Cs, Lee MB. Associations between health-related self-efficacy and suicidality.

96. Sevinç S, Argon G. Kalp hastalarında beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesinde öz yeterlilik ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;30(2):19-33.

97. Bouhlal S, McBride C, Trived NS, Agurs-Collins T, Persky S. Identifying eating behavior phenotypes and their correlates: a novel direction toward improving weight management interventions. Appetite 2017;1:142-150.

98. Sekula M, Boniecka I, Pasnik K. Assessment of health behaviors, nutritional behaviors, and self-efficacy in patients with morbid obesity. Psychiatr Pol 2019;53(5):1125-1137.

99. Okumuşoğlu S. Diyet yapan kadınlarda beden algısı, benlik saygısı, yaş ve vücut kitle indeki ilişkisinin araştırılması. Ulakbilge 2017;5(13):1171-1181.

100. Kerr DA, Harray AJ, Pollar CM, Dhaliwal SS, Delp EJ, Howat PA et al. The connecting health and technology study: a 6-month randomized controlled trial to improve nutrition behaviours using a mobile food record and text messaging support in young adults.Int J Behav Nutr Phys Act 2016;13:52.

101. Sayın F, Kuşdemir Ş, Büyüksütçü G, Çetinkaya ŞM, Seyfi S, Zeren E.Tip 2 diyabetli obez bireylerin yeme farkındalığı düzeyleri ile metabolik parametreleri arasındaki ilişki. Türk Diyab Obez 2019;2:93-98.

102. Goode RW, Kalarcihan MA, Craighead L, Conroy MB, Wallace J,Eack Sm et al. The feasibility of a binge eating ıntervention in black women with obesity. Eat Behav 2018;29:83-90.

103. Salvo V, Kristeller J, Marin JM, Sanudo A, Lourenço BH,Schveitzer MC et al. Mindfulness as a complementary intervention in the treatment of overweight and obesity in primary health care: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2018; 19:277.

TABLOLAR LİSTESİ

TABLOLAR

Tablo 1. Bireylerin cinsiyetlerine göre demografik özelliklerinin dağılımı 19
Tablo 2. Bireylerin cinsiyetlerine göre hastalık, diyet uygulamaları ve egzersiz yapma durumlarının dağılımı 20
Tablo 3. Bireylerin cinsiyetlerine göre ana ve ara öğün tüketim durumlarının dağılımları 21
Tablo 4. Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgi düzeyi ve beslenme bilgi kaynağının dağılımı 22
Tablo 5: Bireylerin beyan ettikleri, algıladıkları ve gerçek antropometrik ölçüm ortalamaları ve karşılatırmaları 23
Tablo 6. Bireylerin görsel algılarına göre beyan ettikleri ve ölçülerek hesaplanan BKİ sınıflamalarına göre dağılımı..... 27
Tablo 7. Bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarının dağılımları..... 29
Tablo 8. Bireylerin GÖYÖ ve YFÖ-30 puan ortalamaları ve karşılaştırılması..... 30
Tablo 9. Bireylerin ölçülen, beyan edilerek hesaplanan ve algıladıkları BKI'ye göre GÖYÖ ve YFÖ-30 puan ortalamarı ve karşılaştırması..... 31
Tablo 10. Bireylerin diyetisyen, diyete ilişkin yaklaşımları ile gerçek ve beyan edttikleri BKI ortalamalarının karşılaştırılması 33
Tablo 11. Bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre GÖYÖ toplam puanlarının karşılaştırılması 36
Tablo 12. Bireylerin diyet ve diyetisyen ile ilgili yaklaşımlarına göre YFÖ-30 toplam puanlarının karşılaştırılması 38

Tablo 13. Bireylerin cinsiyetlerine göre beslenme bilgi düzeylerinin ölçüşen, beyan edilen ve algılanan BKİ değerlerinin GÖYÖ ve YFÖ-30 toplam puanlarının karşılaştırılması 41
Tablo 14. Bireylerin cinsiyetlerine göre ölçülen, beyan edilen ve algılanan BKİ değerlerinin GÖYÖ ve YFÖ-30 alt faktör ve toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları..... 43
Tablo 15. Bireylerin YFÖ-30 ve GÖYÖ alt faktör ve toplam puanları arasındaki korelasyon katsayıları 44

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAY BELGESİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2020/383	
	PROTOKOL ADI	Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Kendi Yeme Farkındalıkları ile Diyet ve Diyetisyen ile İlgili Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin Saptanması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Aydan ERCAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 16/15**	**Tarih:12.10.2020**	
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aydan ERCAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Halenur KUÇİN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Işık GÖRKER Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK-2 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. "Beslenme ve Diyet Polikliniğine BaşvuranBireylerin Kendi Yeme Farkındalıkları ile Diyet ve Diyetisyen İle İlgili YaklaşımlarıArasındakiİlişinin Saptanması'' başlıklı yüksek lisans tez çalışmam için katılımınıza ihtiyaç duymaktayım. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.10.2020 tarih ve 16/15 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Anket formu, sekiz ana bölümden meydana gelmektedir. Deografik Özellikler, Sağlık-Hastalık Öyküsü-yaşam Biçimi, Beslenme Bilgi Kaynağı, Beslenme Tutum ve Daravnışları,Antropometrik Ölçümler, Diyet ve Diyetiysen İle İlgili Yaklaşımlar, Genel Özyeterlilik Ölçeği,Yeme FarkındalığıÖlçeği, Beden İmgesi Algı Görseli bölümleri anketi oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra da araştırmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırma kapsamında kimlik bilgisi(ad-soyad) alınmayacak olup elde edilecek sonuçlar kişisel değerlendirme amaçlı kullanılmayacaktır.

Araştırma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (HALENUR KUÇİN) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve araştırmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:**

  Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Kendi Yeme Farkındalıkları ile Diyetve Diyetisyen İle İlgili Yaklaşımları Arasındaki İlişinin Saptanması

- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:**

Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Kendi Yeme Farkındalıkları ile Diyetve Diyetisyen İle İlgili Yaklaşımları Arasındaki İlişinin Saptanması

- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:**

  Aydan ERCAN - Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik

- **Araştırmanın amacı:**

  Sayın Katılımcı, yapılan çalışmanın amacı bireylerin yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi ile diyet ve diyetisyene olan yaklaşımları arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Çalışmanın aşama ve sonucu ile ilgili sizlere bilgilendirme yapılması ve çalışmadan yarar sağlamanız amaçlanmaktadır.

- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):**

  Tez çalışması.

- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:**

  02.11.2020 (60 İş Günü)

- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**

  Etik kurul onayının ardından 02/11/2020 tarihinden itibaren 60 iş günü içinde LüleburgazDevlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılanlardır.

- **Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:**

Kırklareli ili Lüleburgaz İlçesindeki bireyler araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymalarıve gönüllü olmalarışartı ile araştırmaya alınacaklardır. Anket formunun tüm kısımlarıaraştırmacı tarafından doldurulacaktır. Bireylere sekiz bölümden oluşan anket uygulanacaktır.

Anket bölümleri şu şekildedir:

- Demografik Özellikler
- Sağlık- Hastalık Öyküsü ve Yaşam biçimi
- Beslenme Bilgi Kaynağı, Beslenme Tutum ve Davranışları
- Antropometrik Ölçümler

- Diyet ve Diyetisyen ile İlgili Yaklaşımlar
- Genel Özyeterlilik Ölçeği
- Yeme FarkındalığıÖlçeği
- Beden İmgesi Algı Görseli

- **Araştırmanın deneysel kısımları:**

  Araştırmanın deneysel kısmı bulunmamaktadır.

- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı: -**

- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**

- 18 yaşından büyük olmak.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.
- En az ilkokul mezunu olmak.
- Lüleburgaz Devlet Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvurmuş olmak.

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:**
  Gönüllüler için doğrudan bir yarar beklenmemektedir.

- **Gönüllünün sorumlulukları:**

  Çalışmada gönüllülerin herhangi bir sorumluluğu yoktur.

- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:**

  Gönüllülerin maruz kalabilecekleri risk veya rahatsızlıklar bulunmamaktadır.

- **Risklere karşı alınan önlemler:**

  Çalışmada herhangi bir risk bulunmamaktadır.

- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:**

  Gönüllülere alternatif bir yöntem uygulanmayacaktır.

- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:**

Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluşması durumu söz konusu olmadığından tazminat verilmeyecek ve tedavi sağlanmayacaktır.

- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:**

  Gönüllülere ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:**

- Gönüllünün isteği doğrultusunda bir neden belirtmeden araştırmaya katılımını sonlandırabilecektir.

- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?**

  Araştırma sonuçları tez çalışması olarak yayınlanacaktır. Sonuçlar hakkında bilgi almak isteyen gönüllüler için bilgilendirme yapılacaktır.

- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**

  Halenur Kuçin

- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:**
  Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal elde edilmeyecektir.

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu araştırmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Araştırma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak,araştırma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; araştırma sonuçlarının bilimsel toplantılardasunulabileceğiya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Araştırma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- ***Gönüllünün; (El yazısı ile)***

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

EK-3 İZİN FORMU

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

KIRKLARELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Halenur KUÇİN
Kurumu	Lüleburgaz Devlet Hastanesi
Araştırma Yapılacak İller	Kırklareli
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Lüleburgaz Devlet Hastanesi
Araştırmanın Konusu	"Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Kendi Yeme Farkındalıkları ile Diyet ve Diyetisyen ile İlgili Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin Saptanması"
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (x) Var / ( ) Yok Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu (x) Var / ( ) Yok Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (x) Var / ( ) Yok Araştırma İzin Taahhütnamesi (x) Var / ( ) Yok Kurum-Kişi Talebi (x) Var / ( ) Yok Etik Kurul Kararı (x) Var / ( ) Yok Anket (x) Var / ( ) Yok Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu (x) Var / ( ) Yok Ölçek Özgeçmiş Formu
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	23/11//2020 - 25/01/2021

KOMİSYON KARARI

Araştırma Başvurusu, Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.

KARAR TARİHİ : 30.12.2020
KARAR NO : 60

EK-4 ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bireylerin yeme farkındalıkları ile diyet ve diyetisyene yaklaşımlarının saptanması üzerine bir çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmanın sonunda elde edilecek veriler, bireylerin daha etkili beslenme programlarının düzenlenmesi amacı ile kullanılacaktır.Ankette yer alan sorulara vereceğiniz cevaplar yalnıza bu araştırmada kullanılacak olup, diğer kurum ve kişilerle paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya katılarak vereceğiniz değerli katkılar için şimdiden teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

Anket no: ……

1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.	**Cinsiyet:**	1. Kadın 2. Erkek
2.	**Doğum tarihi/ Yaş:**	...../...../..... (gün/ay/yıl) :.....
3.	**En son mezun olduğunuz okul:**	1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Yüksekokul/ üniversite mezunu 7. Yüksek Lisans ve üzeri
4.	**Medeni durum:**	1. Bekar 2. Evli 3. Dul
5.	**Sahip olduğunuz çocuk sayısı:**	1. Çocuk yok 2. Bir 3. İki 4. Üç ve üzeri
6.	**Aile yapısı:**	1. Çekirdek 2. Geniş
7.	**Gelir düzeyi:**	1. Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden fazla

2. SAĞLIK-HASTALIK ÖYKÜSÜ VE YAŞAM BİÇİMİ

8.	**Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?**	1.Hayır	2.Evet	
9.	**Daha önce sağlık sorununuza yönelik bir diyet uyguladınız mı?**	1.Evet	2.Hayır	
10.	**Yukarıdaki 10. soruya cevabınız evet ise hangi diyet olduğunu, kim tarafından önerildiğini ve ne kadar süre uyguladığınızı belirtiniz:**	Diyet türü nedir?	Kim tarafından uygulandı?	Ne kadar süre uygulandı?
11.	**Düzenli egzersiz/spor yapıyor musunuz?**	1.Hayır		
		2. Evet a. <150 dk/hafta	b. >150 dk/hafta	

3. BESLENME BİLGİ KAYNAĞI, BESLENME TUTUM VE DAVRANIŞLARI

12. Beslenme konusundaki bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

1. Çok yetersiz
2. Yetersiz
3.Kararsız
4. Yeterli
5. Çok yeterli

13. Beslenme konusundaki bilgilerinizi hangi kaynaktan alırsınız?

14. Sizce en önemli öğün hangisidir?

15. Öğün atlama durumu

	Öğün atlama sıklığı			
Öğünler	**Her zaman**	**Sıklıkla**	**Nadiren**	**Hiç**
Sabah				
Öğlen				
Akşam				

16. Ara öğün yapma alışkanlığınız var mı?

1.Evet ise hangi ara öğün:..... 2. Bazen 3. Hayır

4.ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

	BEYAN EDİLEN	ÖLÇÜM
VÜCUT AĞIRLIĞI (KG)		
BOY UZUNLUĞU (CM)		

5. DİYET VE DİYETİSYEN İLE İLGİLİ YAKLAŞIMLAR

SORU NO	SORULAR	KATILIYORUM	KATILMIYORUM
1.	Diyetisyene gelirken, diyetisyen ücreti hakkında endişelenirim.		
2.	Diyetisyen zayıf olur.		
3.	Diyetisyenler herkese aynı diyet listesini verir.		
4.	Diyetime uymazsam diyetisyenim beni azarlar.		
5.	Diyetisyenlerin görevi sadece zayıflatmaktır.		
6.	Kilomu/ vücut ağırlığımı kendim kontrol edebilirim.		
7.	Diyetisyenime anlamadığım yerleri tekrar sorabilirim.		
8.	Diyetisyenin kontrole çağırma sıklığı diyete uyumu etkiler.		
9.	Diyetisyenin bana ayırdığı vakit, diyeti anlamam için yeterlidir.		
10.	Diyet listesinde yer alan yiyecekler pahalı olur.		
11.	İnternetten alınan bilgiler diyet yapmak için yeterlidir.		
12.	Diyet yapmak aç kalmak demektir.		
13.	Diyetisyenin kilom hakkında eleştiride bulunmasından korkarım.		
14.	Diyet yaptığım sürenin uzaması diyete uyumumu etkiler.		
15.	Diyet listesinde her zaman tüketmediğim yiyecekler yer alır.		
16.	Diyet yaparken kendime ayrı yemekler hazırlamam gerekir.		
17.	Sadece diyet yaparak hedefime ulaşabilirim.		
18.	Diyetlerde tatlı yasaktır.		
19.	Diyet listesinin tamamını uygulayabilirim.		
20.	Diyeti bir kez bozduktan sonra devam etmek zordur.		
21.	Diyette iken tatsız, tuzsuz yemek yemek zorunda kalırız.		
22.	Diyet yasak demektir ve diyete uyma konusunda endişelenirim.		
23.	Diyetisyen kontrollerinin her seferinde diyet listesi güncellenir.		
24.	Diyetisyene gittiğimin bilinmesini istemem.		
25.	Diyet yaparken kesinlikle ekmek tüketilmemelidir.		

6. GENEL ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

SORULAR		**DEĞERLENDİRME**				
		Hiç	**Çok Az**	**Yeterince**	**İyi**	**Çok İyi**
1	Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Her şeyi yarım bırakırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Başarısızlık benim azmimi arttırır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	Kendine güvenen biriyim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	Kolayca pes ederim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

7. YEME FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Bu ölçek sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir. Size uygun seçeneği belirtiniz.

		1. Hiç	2. Nadiren	3. Bazen	4. Sık sık	5. Her zaman
1	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3	Lokmalarımı çiğnemeden yutarım.					
4	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söylerler.					
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 kaloirili besinlerden uzak dururum.					
12	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16	Sık sık diyet yaparım.					
17	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18	Öğün saatlerim bellidir.					
19	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23	Canım sıkılınca yerim.					
24	Sağlıklı beslenirim.					
25	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27	Küçük lokmalarla yerim.					
28	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

8. BEDEN İMGESİ ALGI GÖRSELİ

Aşağıdaki görselde kendi görünümünüzü işaretleyiniz/belirleyiniz:

