

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME
FARKINDALIĞININ DİKKAT EKSİKLİĞİ,
HİPERAKTİVİTE, DEPRESYON VE ANKSİYETE
BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

MELEK FATMA NUR TARAĞCIOĞLU

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. VAHDETTİN GÖRMEZ

İSTANBUL, 2022

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME
FARKINDALIĞININ DİKKAT EKSİKLİĞİ,
HİPERAKTİVİTE, DEPRESYON VE ANKSİYETE
BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

MELEK FATMA NUR TARAKÇIOĞLU

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. VAHDETTİN GÖRMEZ

İSTANBUL, 2022

TEZ ONAY SAYFASI

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında Yüksek Lisans Derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri

Unvan – Ad Soyad

Kanaati

İmza

Doç. Dr. Vahdettin Görmez

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal

Dr. Öğr. Üyesi Alperen Bıkmazer

Bu tezin İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Teslim Tarihi

Mühür/İmza

AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Melek Fatma Nur Tarakçıoğlu

İmza:



ÖZ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE YEME FARKINDALIĞININ
DİKKAT EKSİKLİĞİ, HİPERAKTİVİTE, DEPRESYON VE ANKSİYETE
BELİRTİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tarakçıoğlu, Melek Fatma Nur

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Öğrenci Numarası: 194028002

Open Researcher and Contributor ID (ORC-ID): 0000-0001-9265-4834

Ulusal Tez Merkezi Referans Numarası: 10472064

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Vahdettin Görmez

Temmuz 2022, 60 sayfa

Yeme farkındalığı, fiziksel ve duygusal hislerin farkında olarak yeme olarak tanımlanmaktadır. Yeme farkındalığının birtakım psikolojik faktörlerle ilişkisi son yıllarda yapılan çalışmalarla önem kazanmış olsa da depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik belirtilerle ilişkisine yönelik yapılmış kapsamlı çalışmaların sayısı azdır. Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinde yeme farkındalığının depresyon, anksiyete ve dikkat eksikliği hiperaktivite belirtileri ile ilişkisini incelemek ve bu kapsamda yeme farkındalığının yordayıcılarını tespit etmektir. Örneklem 998 katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmada, Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30), Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi (YAB-7), Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve 13 maddelik sosyodemografik form kullanılmıştır. Sosyodemografik değişkenler ile ölçekler arasındaki farkın test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü ANOVA analizleri yapılmıştır. Değişkenler arası ilişkileri belirlemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Yeme farkındalığının yordayıcılarını tespit edebilmek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları son modelde yeme farkındalığının yaş, beden kütle indeksi, depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite belirti şiddeti tarafından anlamlı olarak yordandığı, ancak anksiyete belirti şiddeti tarafından anlamlı olarak yordanmadığı tespit edilmiştir.

Klinik olmayan örnekleme yapılan bu çalışmada hem yaş, beden kütle indeksi gibi fizyolojik değişkenlerin hem de depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri gibi psikiyatrik değişkenlerin yeme farkındalığı ile ilişkisinin ortaya konulması önemlidir. Bu çalışmanın gelecekte yapılacak klinik çalışmalar için bir basamak olması öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite, Yeme Farkındalığı.



ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP OF MINDFUL EATING WITH ATTENTION DEFICIT, HYPERACTIVITY, DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS IN UNIVERSITY STUDENTS

Tarakçıoğlu, Melek Fatma Nur

MA in Clinical Psychology

Student ID: 194028002

Open Researcher and Contributor ID (ORC-ID): 0000-0001-9265-4834

National Thesis Center Reference Number: 10472064

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. Vahdettin Görmez

July 2022, 60 Pages

Mindful eating is defined as eating by being aware of physical and emotional sensations. Although the relationship between mindful eating and some psychological factors has gained importance in recent years, the number of comprehensive studies on its relationship with psychiatric symptoms such as depression and anxiety are scarce. The aim of this study is to examine the relationship of mindful eating with depression, anxiety and attention deficit hyperactivity symptoms in university students and to determine the predictors of mindful eating in this context. The sample consisted of 998 participants. Mindful Eating Questionnaire (MEQ-30), Generalized Anxiety Disorder Test (GAD-7), Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS), and a 13-item sociodemographic form were used in this study. In order to test the difference between sociodemographic variables and scales, independent samples t-test and one-way ANOVA analyzes were performed. Pearson Product Moments Correlation Coefficient was used to determine the relationships between variables. Results of hierarchical regression analysis conducted to determine the predictors of mindful eating showed that in the final model, mindful eating was significantly predicted by age, body mass index, depression and attention deficit hyperactivity symptom severity, but not by anxiety symptom severity. In this study, which was conducted with a non-clinical sample, it is important to find

that both physiological variables such as age and body mass index, and psychiatric variables such as depression and attention deficit hyperactivity disorder symptoms are associated with mindful eating. It is anticipated that this study will be a stepping stone for future clinical studies.

Keywords: Anxiety, Attention Deficit Hyperactivity, Depression, Mindful Eating.



İTHAF

Hayatımın her aşamasında desteğini esirgemeyen sevgili aileme...



TEŞEKKÜR

Bu araştırma için beni yönlendiren, karşılaştığım zorlukları bilgi ve tecrübesi ile aşmamda yardımcı olan değerli Danışman Hocam Doç. Dr. Vahdettin Görmez'e teşekkürlerimi sunarım. Değerli jüri üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal'a ve Dr. Öğr. Üyesi Alperen Bıkmazer'e verdikleri destek için teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin her aşamasında bana destek veren, çocukluğumdan bu yana her zaman örnek aldığım sevgili abim Doç. Dr. Mahmut Cem Tarakçıoğlu'na sonsuz yardımları için teşekkür ediyorum. Akademisyen olma yönünde beni yüreklendiren ve her düştüğümde beni ayağa kaldıran sevgili babam Prof. Dr. Necmettin Tarakçıoğlu'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Veri analizlerinde yardımını esirgmeden saatlerce emek veren ve sabırla gece gündüz tüm sorularımı yanıtlayan değerli arkadaşım ve hocam Dr. Öğr. Üyesi Emine Yücel'e içten teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın yürütülmesinde maddi ve manevi yardımlarını gördüğüm başta Dr. Öğr. Üyesi Gökhan Arslantürk, Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe Karoğlu Eravşar, Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Şükrü Aydın, Dr. Öğr. Üyesi Esra Çebi ve çalışma arkadaşlarım Arş. Gör. Şeyma Begüm Ceylan ve Arş. Gör. Berfin Gökkaya olmak üzere tüm Selçuk Üniversitesi personeline teşekkür ederim.

Yüksek lisans yılları boyunca verdikleri destek için Klinik Çalışma Grubu arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım. Tezimin her aşamasında beni yalnız bırakmayan sevgili annem Sevinç Tarakçıoğlu'na, her an yardıma hazır sevgili ablam Rabia Betül Tekin'e ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Said Tekin'e, tezimi bitirmemi dört gözle bekleyen yeğenlerim Elif, Ahmet, Ömer ve Furkan'a sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.

Melek Fatma Nur Tarakçıoğlu

İSTANBUL, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iv
ABSTRACT	vi
İTHAF.....	viii
TEŞEKKÜR.....	ix
İÇİNDEKİLER.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xii
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	xiii
BÖLÜM I GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	1
1.2. Araştırmanın Önemi	2
BÖLÜM II LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1. Yeme Farkındalığı	3
2.1.1. Yeme Farkındalığının Anksiyete Belirtileri ile İlişkisi	4
2.1.2. Yeme Farkındalığının Depresyon Belirtileri ile İlişkisi	4
2.1.3. Yeme Farkındalığının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile İlişkisi.....	5
2.2. Araştırma Soruları	7
2.3. Araştırma Hipotezleri	7
BÖLÜM III YÖNTEM	8
3.1. Araştırmanın Deseni	8
3.2. Araştırmanın Örnekleme	8
3.3. Veri Toplama Araçları.....	11
3.3.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)	11
3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)	11
3.3.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7).....	12
3.3.4. Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9).....	12
3.3.5. Sosyodemografik Form	12
3.4. Verilerin Analizi	13

BÖLÜM IV BULGULAR	14
4.1. Betimsel İstatistikler.....	14
4.2. Ortalamalar Arası Farkın Test Edilmesi.....	14
4.3. Korelasyon Analizi.....	26
4.4. Hiyerarşik Regresyon Analizi	27
4.5. Hipotezlerin Değerlendirilmesi	31
BÖLÜM V TARTIŞMA	32
5.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulguların Tartışılması	32
5.2. Yeme Farkındalığının Yordayıcılarına Ait Bulguların Tartışılması	38
5.3. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	39
BÖLÜM VI SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
REFERANSLAR.....	42
EKLER	52
EK A	52
EK B	53
EK C	55
EK D	56
EK E	57
EK F	58
EK G.....	59
ÖZGEÇMİŞ	60

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	9
Tablo 3.2. Yaşam Boyunca Alınan Psikiyatrik Tanıların Dağılımı.....	10
Tablo 3.3. Katılımcıların Yaş, Kilo,Boy ve Beden Kütle İndeksi Değişkenlerinin Betimsel İstatistikleri	10
Tablo 4.1. Ölçek Puanlarının Betimsel İstatistikleri.....	14
Tablo 4.2. Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	15
Tablo 4.3. Ölçek Puanlarının Kronik Fiziksel Hastalık Durumuna Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	16
Tablo 4.4. Ölçek Puanlarının İştah Değişimine Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	17
Tablo 4.5. Ölçek Puanlarının Sigara Kullanımına Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	18
Tablo 4.6. Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	19
Tablo 4.7. Ölçek Puanlarının Anksiyete Tanısı Alma Durumuna Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	20
Tablo 4.8. Ölçek Puanlarının Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	21
Tablo 4.9. Ölçek Puanlarının DEHB Tanısı Alma Durumuna Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	22
Tablo 4.10. Ölçek Puanlarının Yeme Bozukluğu Tanısı Alma Durumuna Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	23
Tablo 4.11. Ölçek Puanlarının OKB Tanısı Alma Durumuna Göre <i>T</i> -testi Sonuçları.....	24
Tablo 4.12. Ölçek Puanlarının Beden Kütle İndekslerine Göre Betimsel İstatistikleri.....	25
Tablo 4.13. Ölçek Puanlarının Beden Kütle İndekslerine Göre ANOVA Sonuçları.....	26
Tablo 4.14. Ölçek Puanları ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar.....	27
Tablo 4.15. Yeme Farkındalığının Yordayıcıları Olan Yaş, BKİ, DEHB Tanısı, Yeme Bozukluğu Tanısı, İştah Değişimi ile YAB-7, PHQ-9, Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite /Dürtüsellik Puanlarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	29

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA	Varyans Analizi
ASRS	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
BKİ	Beden Kütle İndeksi
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PHQ-9	Hasta Sağlık Anketi-9
YAB-7	Yaygın Anksiyete Bozukluğu Testi
YFÖ-30	Yeme Farkındalığı Ölçeği
<i>Ort.</i>	Ortalama
<i>SS</i>	Standart Sapma
β	Beta
R^2	Açıklanan Varyans
<i>p</i>	Anlamlılık Düzeyi
<i>r</i>	Korelasyon Katsayısı
<i>n</i>	Katılımcı Sayısı
<i>t</i>	t değeri

BÖLÜM I

GİRİŞ

Yeme farkındalığı, fiziksel ve duygusal hislerin farkında olarak yeme olarak tanımlanmaktadır (Framson vd., 2009). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, yeme farkındalığının birtakım psikolojik faktörlerle ilişkisi araştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda depresyon (Winkens vd., 2018), stres (Arslan, 2019) ve anksiyete (Pintado-Cucarella ve Rodríguez-Salgado, 2016) belirtilerinin yeme farkındalığı ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur.

Yeme farkındalığının ayrıca tıknircasına yeme gibi anormal yeme davranışlarıyla da ilişkili olduğu bulunmuştur (Woolhouse, Knowles ve Crafti, 2012). Yapılan çalışmalara bakıldığında depresyon ve anksiyete belirtilerinin tıknircasına yeme davranışını ve yeme bozukluklarını yordadığına dair bulgular mevcuttur (Schulte, 2016; Shapira ve Courbasson, 2011).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuk ve ergenlerde görülen, erişkinlik döneminde de devam edebilen bir ruhsal rahatsızlıktır (Simon, Czobor, Bálint, Mészáros ve Bitter, 2009). DEHB’de yürütücü işlevlerdeki eksiklik ve öz izleme becerisindeki düşüklük, açlık tokluk hissini farkında olmaksızın yemeye ve bununla birlikte yiyeceklerin aşırı tüketilmesine sebep olabilmektedir (Strimas vd., 2008). DEHB’li bireylerin anormal yeme davranışlarına ve tıknircasına yeme bozukluğuna sahip olma oranları bu bozukluğu olmayan bireylere göre yüksek bulunmuştur (Davis, Levitan, Smith, Tweed ve Curtis, 2006).

1.1. Araştırmanın Amacı

Yeme farkındalığının, beslenme durumları ve psikolojik faktörlerle ilişkisi bulunmaktadır. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığı düzeylerinin dikkat eksikliği hiperaktivite, anksiyete ve depresyon belirtileri ile ilişkisinin

incelenmesi ve bu kapsamda yeme farkındalığının yordayıcılarının tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

Yapılan çalışma sonucunda yeme farkındalığının DEHB, anksiyete ve depresyon belirti şiddetleri yüksek olan bireyler açısından öneminin anlaşılması ve gelecekte bu alana yönelik müdahale çalışmaları yapılabilmesi planlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Yeme farkındalığı son yıllarda yapılan çalışmalarla önem kazanmıştır. Yeme farkındalığının depresyon (Winkens vd., 2018), anksiyete (Pintado-Cucarella ve Rodríguez-Salgado, 2016) gibi psikolojik faktörlerle ilişkisine yönelik yapılmış kapsamlı çalışmaların sayısı azdır. Ülkemizde de yeme farkındalığına yönelik yapılmış çalışmalar genellikle beslenme ve diyetetik alanı kapsamında yoğunlaşmış olup psikoloji alanı kapsamında incelenen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Akın vd., 2022; Arslan, 2019; Köse, Tayfur ve Karayigit, 2021; Sanlier, Kocabas, Ulusoy ve Celik, 2022). Bu çalışmanın yeme farkındalığının psikoloji alanına yönelik yapılacak çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna yönelik yapılmış çalışmalar çoğunlukla çocuk ve ergenlere odaklanmaktadır. Ancak DEHB'nin erişkin populasyonda görülme oranı da yüksektir (Kessler vd., 2006). Çoğu erişkin DEHB'li bireyler anksiyete veya depresyon gibi eştanılar aldığından toplumda tespit edilmesi zorlaşmaktadır (Bron vd., 2016). Bu çalışmanın erişkin DEHB'li bireylere yönelik yapılacak çalışmalara katkı sağlaması beklenmektedir. Literatüre bakıldığında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile yeme farkındalığının ilişkisine dair yapılmış çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu ilişkiye yönelik çalışmanın ilk defa yapılacak olması, yeme sorunlarının hem psikopatolojinin kendisinden hem de kullanılan farmakolojik tedavilerden dolayı yeme ile önemli bir ilişkisi olan DEHB'nin daha iyi anlaşılması anlamında literatüre önemli bir katkı sağlayacaktır.

BÖLÜM II

LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Yeme Farkındalığı

Bilinçli farkındalık (mindfulness), bireyin dikkatini şu anda gerçekleşmekte olanlara yargılamadan kabullenici bir biçimde odaklanması olarak açıklanmıştır. Yaygın tanımı ise şimdi ve burada olanların farkında olma halidir. Bilinçli farkındalık, bireyin hem kendi biliş ve duygularını hem de çevresine yönelik farkındalığını ifade eder (Kabat-Zinn, 2003).

Yeme farkındalığı, bilinçli farkındalıktan türetilmiş bir kavram olup, yemek yerken veya yiyeceklerle ilgili ortamdayken fiziksel ve duygusal hislerin yargılamaksızın farkında olma hali olarak tanımlanmaktadır (Framson vd., 2009). Yeme farkındalığı, kişide neden yediği konusunda bir farkındalık oluşturduğundan, kilo verme veya kilo kontrolünü sağlamada yardımcı olabilmektedir (Beshara, Hutchinson ve Wilson, 2013; Framson vd., 2009).

Yeme farkındalığı temelli müdahale yaklaşımları yeme davranışını düzenlemeye yardımcı olarak duygusal yeme ve besin aşermelerini azaltmada (Alberts, Thewissen ve Raes, 2012), kilo kontrolünü sağlamada ve günlük kalori alımını azaltmada yardımcı olmaktadır (Dalen vd., 2010; Timmerman ve Brown, 2012). Yeme farkındalığının ayrıca tıknırcasına yeme gibi anormal yeme davranışlarıyla da ilişkili olduğu bulunmuştur (Woolhouse vd., 2012).

Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada öz-şefkat puanları ile yeme farkındalığı puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Mantzios, Egan, Hussain, Keyte ve Bahia, 2018). Yapılan başka bir çalışmada öz-şefkatin yeme farkındalığını pozitif yönde anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (Taylor, Daiss ve Krietsch, 2015). Yeme farkındalığı davranış ölçeği kullanılarak yapılan başka bir çalışmada, yeme farkındalığının öz şefkatle birlikte daha sağlıklı beslenmeyi sağladığı,

bununla birlikte obezite riskini azalttığı ve yeme bozukluğu geliştirme olasılığını düşürmeye yardımcı olabileceği öne sürülmektedir (Shaw ve Cassidy, 2021).

2019 yılında 535 sağlık çalışanıyla yapılan çalışmada, normal yeme tutumuna sahip olanların yeme farkındalığı puanlarının bozuk yeme tutumuna sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Arslan, 2019).

2.1.1. Yeme Farkındalığının Anksiyete Belirtileri ile İlişkisi

Yeme farkındalığının tıknırcasına yeme gibi anormal yeme davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Woolhouse vd., 2012). Tıknırcasına yeme davranışının yordayıcılarına dair yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına göre algılanan stres düzeyinin tıknırcasına yeme davranışının anlamlı bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (Schulte, 2016). Yapılan başka bir çalışmada yeme farkındalığının tıknırcasına yeme belirtilerini negatif düzeyde anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (Pintado-Cucarella ve Rodríguez-Salgado, 2016).

Hemşirelerle yapılan bir çalışmada mesleki stres puanları ile yeme farkındalığı arasında negatif korelasyon gözlemlenmiştir ve ayrıca mesleki stres puanlarının yeme farkındalığını anlamlı olarak yordadığı sonucuna ulaşmışlardır (Choi ve Lee, 2020). 216 katılımcı üzerinde yürütülen bir çalışma sonucunda yeme farkındalığı düşük olan kişilerin, anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Pintado-Cucarella ve Rodríguez-Salgado, 2016).

2.1.2. Yeme Farkındalığının Depresyon Belirtileri ile İlişkisi

Yeme Farkındalığı Davranış Ölçeği kullanılarak Danimarka, İspanya ve Hollanda'dan toplam 4075 katılımcıdan veri toplanarak yapılmış çalışmada focused eating (odaklanarak yeme), eating with awareness (farkındalıkla yeme) and eating without distraction (dikkat dağılmaksızın yeme) alt boyutları ile depresyon belirtilerinin negatif yönlü ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Winkens vd., 2018). Yeme farkındalığı ile yeme bozuklukları arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur(Giannopoulou, Kotopoulea-Nikolaïdi, Daskou, Martyn ve Patel, 2020).

2011 yılında yapılan çalışmada depresyon ve anksiyete belirtilerinin yeme bozukluğu belirtilerini anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur (Shapira ve Courbasson, 2011)

Sağlık bilimleri alanında öğrenim gören üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yeme farkındalığı ile tıknırcasına yeme ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonucunda yeme farkındalığı puanları ile duygudurum profili ölçeğinin depresyon, stres, öfke ve tükenmişlik alt boyut puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca yeme farkındalığı ile tıknırcasına yeme puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Giannopoulou vd., 2020).

Pakistan'da 309 katılımcı ile çevrimiçi olarak yapılan araştırmada yeme farkındalığı ölçeğinin alt faktörlerinden olan farkındalık, dikkatin çelinmesi, duygusal tepki ve disinhibisyondan alınan puanlar ile ruhsal iyilik hali arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Khan ve Zadeh, 2014). Yapılan başka bir çalışmada da yeme farkındalığı puanlarının ruhsal iyilik haliyle pozitif ilişkili olduğu desteklenmektedir (Choi ve Lee, 2020).

2.1.3. Yeme Farkındalığının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile İlişkisi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu , günlük aktivitelere odaklanmada güçlük, dikkatin dış uyaranlarla çabuk dağılması ile dikkat eksikliği, gün içinde aşırı hareketlilik ve yerinde durmama ile hiperaktivite, düşünmeden hareket etme, diyaloglarda sık sık söz kesme,sabır gerektiren aktivitelerde güçlük ve dürtüsellik belirtileri (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014) ile çocuk ve ergenlerde en sık görülen (Merikangas vd., 2010), erişkinlikle de devam eden (Simon vd., 2009) ruhsal hastalıklardan biridir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yalnızca dikkat eksikliği belirtileriyle, dikkat eksikliği olmaksızın hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile veya hem dikkat eksikliği hem de hiperaktive ve dürtüsellik belirtilerinin olduğu bileşik tipte görülebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).Simon ve diğerleri tarafından 2009 yılında yapılmış meta analiz çalışmasında erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun prevalansı %2.5 olarak bildirilmiştir (Simon vd., 2009).

Bilinçli farkındalık eğitimi, kişinin kendi düşünce ve eylemlerine dikkatini artırmak üzere tasarlanmış, bilişsel temelli bir terapidir (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 2003). Son yıllarda Mindfulness Terapi (MT), DEHB popülasyonlarında devam eden dikkat eksikliği, duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellik konularını araştırmıştır (Hepark vd., 2019; Ptacek, Kuzelova, Papežová ve Stěpánková, 2010).

Bulgular, belirli meditasyon temelli uygulamaların dikkati arttırdığını ve dikkati hem sürdürmede hem de yönlendirmede yer alan beyin bölgelerini aktive ederek DEHB semptomlarını iyileştirebileceğini düşündürmektedir (Modesto-Lowe, Farahmand, Chaplin ve Sarro, 2015). Bu terapi yöntemi kullanılarak dikkati arttırmaya yönelik yapılan birtakım çalışmalar bulunmaktadır (Hepark vd., 2019; Mitchell vd., 2017; Zylowska vd., 2008). Zylowska ve diğerlerinin 2008 yılında yaptıkları çalışmada bilinçli farkındalık temelli eğitimin sonucunda bireylerin öz düzenleme becerilerinde artma, hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği belirtileri ile duygu düzenleme güçlüğünde azalma gözlemlenmiştir (Zylowska vd., 2008). Başka bir çalışmada eğitim sonucunda görsel uzamsal işleme, yürütücü işlevler ve kısa süreli bellekte gelişme gözlemlenmiştir (Zeidan, Johnson, Diamond, David ve Goolkasian, 2010).

DEHB’de yürütücü işlevlerdeki eksiklik, öz izleme becerisindeki düşüklük açlık tokluk hissinin farkında olmaksızın yemek yemeyle birlikte yiyeceklerin aşırı tüketilmesine sebep olabilir (Strimas vd., 2008). DEHB’li bireylerin beden kütle indekslerinin kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Cortese vd., 2008).

Sağlıklı yetişkin kadınlardan oluşan bir örneklem kullanılarak Davis ve diğerleri (2006) tarafından yapılmış çalışmada DEHB semptomlarının, olumsuz duygudurumuna bağlı olarak, açlıktan ziyade çevresel faktörlerden etkilenecek tıknırcasına yeme gibi aşırı yeme biçimleriyle pozitif ilişkili olduğunu ve bu aşırı yemenin, daha yüksek bir beden kütle indeksiyle de ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir (Davis vd., 2006).

Hendrickson ve Rasmussen 2017 yılında yetişkin ve ergenlerle yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada yeme farkındalığı temelli eğitim programının dürtüsel yiyecek

seçimini (impulsive food choice) azalttığını ifade etmişlerdir (Hendrickson ve Rasmussen, 2017).

Psikostimülan tedavilerin hem DEHB belirtilerini hem de tıknırcasına yeme ataklarını düzelttiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Dukarm, 2005; Moghimi, Davis, Bonder, Knyahnytska ve Quilty, 2022).

Bron ve diğerleri (2016) tarafından erişkin örnekleme yapılan çalışmada DEHB semptomları ile majör depresif bozukluk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Bron vd., 2016). Powell ve diğerleri (2021), tekrarlayıcı depresyonu olan kadınların %12.82'sinde DEHB semptomları gösterdiklerini belirtmişlerdir (Powell vd., 2021).

Erişkin DEHB hastalarının bir veya birden fazla anksiyete bozukluğu eştanısı alma oranlarının %26-63 oranlarında olduğu tespit edilmiştir (Barkley, Guevremont, Anastopoulos, DuPaul ve Shelton, 1993; Kooij vd., 2004). Dünya sağlık örgütünün 10 ülkede yaptığı çalışma sonucunda erişkin DEHB hastalarının anksiyete belirlerine sahip olma oranı %38.1 olarak tespit edilmiştir (Fayyad vd., 2007).

2.2. Araştırma Soruları

Çalışmadaki araştırma soruları aşağıda verilmiştir.

1. Anksiyete belirtileri yeme farkındalığı düzeyini yordar mı?
2. Depresyon belirtileri yeme farkındalığı düzeyini yordar mı?
3. DEHB'nin semptom alt kümeleri (dikkat eksikliği ve hiperaktivite/ dürtüsellik) yeme farkındalığını yordar mı?

2.3. Araştırma Hipotezleri

Çalışma kapsamında test edilecek hipotezler aşağıda verilmiştir.

- H₁ : Anksiyete belirtileri yeme farkındalığı düzeyini negatif yönde yordamaktadır.
H₂ : Depresyon belirtileri yeme farkındalığı düzeyini negatif yönde yordamaktadır.
H₃ : DEHB'nin her iki semptom alt kümesiyeme farkındalığı düzeyini negatif yönde yordamaktadır.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın deseni, araştırmanın örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analizine dair bilgiler açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma kesitsel ve nicel bir araştırmadır. İlişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evreni Türkiye'deki üniversitelerin lisans öğrencilerinden oluşmaktadır. Örneklem seçilirken uygun örnekleme (convenience sampling) metodu kullanılmıştır. 2022 Nisan ve Mayıs aylarında tüm üniversite öğrencilerinden Google Survey kullanılarak online form aracılığıyla 514 katılımcıdan, Selçuk Üniversitesi lisans öğrencilerinden kağıt form aracılığıyla 559 katılımcıdan veri toplanmıştır. Toplam 1073 katılımcıya ulaşılmıştır. Ölçekleri eksik dolduran ve beslenmeyi etkileyebilecek kronik fiziksel rahatsızlığı olan 70 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 3.1.'de verilmiştir. Katılımcıların %30'u erkek, %70'i kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların % 22.2'si psikoloji, %10.8'i bilgisayar mühendisliği, % 18.3'ü hukuk, %7.3'ü tıp, %7.3'ü sosyoloji, %7.1'i işletme ve %26.9'u diğer bölümlerin lisans öğrencilerinden oluşmaktadır. Katılımcıların barınma durumları göre dağılımları %59.4'ü öğrenci yurdu, %10.1'i öğrenci evi, %29'u aile evi, %1.5'i ise akraba evi olarak belirtilmiştir. Katılımcıların %88.7'si fiziksel kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %17.8'i düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %21.6'sı yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %19.5'i sigara kullanmaktadır. Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olduğunu belirten katılımcıların oranı %34.2'dir. Katılımcıların BKİ

sınıflandırılmasına göre %12.6'sı Zayıf, %71'i Normal ve % 16.3'ü fazla kilolu-obez kategorisindedir.

Tablo 3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler	n	%
<i>Üniversite</i>	998	100
Selçuk Üniv.	629	63.0
Necmettin Erbakan	168	16.8
Diğer	201	20.1
<i>Bölüm</i>	998	100
Psikoloji	222	22.2
Bilgisayar Müh.	108	10.8
Hukuk	183	18.3
Tıp	73	7.3
Sosyoloji	73	7.3
İşletme	71	7.1
Diğer	268	26.9
<i>Sınıf</i>	998	100
1.Sınıf	376	37.7
2.Sınıf	293	29.4
3.Sınıf	257	25.8
Diğer	72	7.2
<i>Cinsiyet</i>	998	100
Erkek	299	30.0
Kadın	699	70.0
<i>Medeni Hal</i>	998	100
Bekar	974	97.6
Diğer	24	2.4
<i>BKİ (kg/m²)</i>	998	100
Zayıf	126	12.6
Normal	709	71.0
Fazla Kilolu- Obez	163	16.3
<i>Barınma</i>	998	100
Öğrenci Yurdu	593	59.4
Öğrenci Evi	101	10.1
Aile Evi	289	29.0
Akraba Evi	15	1.5
<i>Fiziksel Kronik Hastalık</i>	998	100
Hayır	885	88.7
Evet	113	11.3
<i>Psikiyatrik Tanı</i>	998	100
Hayır	782	78.4
Evet	216	21.6
<i>Sigara Kullanımı</i>	998	100
Hayır	803	80.5
Evet	195	19.5
<i>İştah Değişimi</i>	998	100
Hayır	657	65.8
Evet	341	34.2
<i>Düzenli İlaç Kullanımı</i>	998	100
Hayır	820	82.2
Evet	178	17.8

Katılımcıların yaşamları boyunca aldığı psikiyatrik tanılarının dağılımı Tablo 3.2.'de verilmiştir. Yaşamının bir döneminde DEHB tanısı aldığını belirten katılımcılar örneklemin %5'ini, anksiyete tanısı aldığını belirten katılımcılar örneklemin %12'sini, depresyon tanısı aldığını belirten katılımcılar örneklemin %8.2'sini, yeme bozukluğu tanısı aldığını belirten katılımcılar örneklemin %2.7'sini OKB tanısı aldığını belirten katılımcılar örneklemin %3'ünü ve diğer psikiyatrik tanılarını aldığını belirten katılımcılar katılımcılar örneklemin %0.4'ünü oluşturmaktadır.

Tablo 3.2. Yaşam Boyunca Alınan Psikiyatrik Tanıların Dağılımı

Değişkenler	n	%
<i>DEHB Tanı</i>	998	100
Hayır	948	95.0
Evet	50	5.0
<i>Anksiyete Tanı</i>	998	100
Hayır	878	88.0
Evet	120	12.0
<i>Depresyon Tanı</i>	998	100
Hayır	916	91.8
Evet	82	8.2
<i>Yeme Bozukluğu Tanı</i>	998	100
Hayır	971	97.3
Evet	27	2.7
<i>OKB Tanı</i>	998	100
Hayır	968	97.0
Evet	30	3.0
<i>Diğer Tanı</i>	998	100
Hayır	994	99.6
Evet	4	0.4

Katılımcıların yaş, kilo, boy değişkenlerinin betimsel istatistikleri Tablo 3.3.'te verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları 20.89, boy ortalamaları 168.42 cm, kilo ortalamaları 62.95 kg, BKİ ortalamaları 22.07 kg/m²dir.

Tablo 3.3. Katılımcıların Yaş, Kilo, Boy ve Beden Kütle İndekslerinin Betimsel İstatistikleri

Değişkenler	N	Ort.	SS	Min	Mak.
Yaş	998	20.89	2.72	17.00	49.00
Boy (cm)	998	168.42	8.71	150.00	198.00
Kilo (kg)	998	62.95	13.22	36.00	130.00
BKİ (kg/m ²)	998	22.07	3.56	14.06	46.88

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Araştırmada yeme farkındalığı düzeylerini belirlemek amacıyla Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) kullanılmıştır. Ölçeğin orijinal formu (Framson vd., 2009) tarafından geliştirilmiş olup 28 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılırken orijinal ölçekteki bazı maddelerin değiştirilmesi ve yeni maddelerin eklenmesi ile 30 maddeden ve 7 alt boyuttan oluşan yeni bir ölçek geliştirilmiştir (Köse, Tayfur, Birincioğlu ve Dönmez, 2017) . Yeme Farkındalığı Ölçeği 30 maddelik 5'li likert tiptedir. 1 = “Hiç” 2 = “ Nadiren” 3= “ Bazen” 4 = “ Her Zaman” şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin 20 maddesi ters, 10 maddesi düz olarak kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 30, en yüksek toplam puan 150 olup, ölçekten alınan puanlar arttıkça yeme farkındalığı düzeyi yükselmektedir. Yeme farkındalığı ölçeğinin toplam puanının kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Anderson, Reilly, Schaumberg, Dmochowski ve Anderson, 2016; Mason vd., 2016; Taylor vd., 2015; Yalın, 2021). Bu çalışmada da yeme farkındalığı ölçeğinden alınan toplam puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alfa değeri Köse ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada .73 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada cronbach alfa değeri .79 bulunmuştur.

3.3.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite belirti şiddetini değerlendirmek için ASRS (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği) kullanılmıştır. Orijinal formu (Kessler vd., 2005) tarafından geliştirilmiştir. DSM-IV dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı kriterlerinden oluşturulmuştur. 18 maddeli 4'lü likert tipte olup, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır. 0 = “Asla” 1 = “ Nadiren” 2= “ Bazen” 3 = “Sık” 4 = “ Çok Sık” şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçek puanları 0 ile 72 arasında değişebilmektedir. Tüm maddeler düz kodlanmakta olup ölçek puanları arttıkça dikkat eksikliği hiperaktivite belirti şiddeti artmaktadır. (Doğan, Öncü, Varol-Saraçoğlu ve Küçükgöncü, 2009) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Doğan ve diğerleri tarafından

yapılan çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri .88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada cronbach alfa değeri .82 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7)

Bu çalışmada anksiyete belirti şiddetini ölçmek amacıyla YAB-7 (Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi) kullanılmıştır. Orijinal formu (Spitzer, Kroenke, Williams ve Löwe, 2006) tarafından geliştirilmiştir. DSM-IV-TR yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterlerinden esinlenmiş 7 maddeli 4'lü likert tipte bir ölçektir. 0 = “Hiç” 1 = “ Birçok Gün” 2= “ Günlerin Yarısından Fazla” 3 = “ Hemen Hemen Her Gün” şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçek puanları 0 ile 21 arasında değişebilmektedir. Tüm maddeler düz kodlanmakta olup ölçek puanları arttıkça anksiyete belirti şiddeti artmaktadır. (Konkan, Şenormancı, Güçlü, Aydın ve Sungur, 2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. 7 maddeli 4'lü likert tipte tek boyutlu bir ölçektir. Cronbach alfa değeri .85 olarak bulunmuştur (Konkan vd., 2013). Bu çalışmada cronbach alfa değeri .89 bulunmuştur.

3.3.4. Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9)

Bu çalışmada depresyon belirti şiddetini ölçmek amacıyla PHQ-9 (Hasta- Sağlık Anketi-9) kullanılmıştır. Orijinal formu (Kroenke, Spitzer ve Williams, 2001) tarafından geliştirilmiştir. Maddeleri DSM-4 majör depresyon bozukluğu tanı kriterlerinden oluşturulmuş olup 9 maddeli 4'lü likert tipte bir ölçektir. 0 = “Hiç” 1 = “ Birçok Gün” 2= “ Günlerin Yarısından Fazla” 3 = “ Hemen Hemen Her Gün” şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçek puanları 0 ile 27 arasında değişebilmektedir. Tüm maddeler düz kodlanmakta olup ölçek puanları arttıkça depresyon belirti şiddeti artmaktadır. (Sari vd., 2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmış cronbach alfa değeri .84 olarak bulunmuştur (Sari vd., 2016). Bu çalışmada cronbach alfa değeri .86 bulunmuştur.

3.3.5. Sosyodemografik Form

Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanmış 13 maddelik sosyodemografik form kullanılmıştır. Sosyodemografik formda katılımcılara ait cinsiyet, yaş, üniversite,

bölüm ve sınıfları, medeni hal, barınma durumu, yaşamları boyunca alınan psikiyatrik tanılar, fiziksel kronik rahatsızlığın varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, son 2 hafta içerisindeki iştah değişimi ve beden kütle indeksinin hesaplanabilmesi amacıyla boy ve kilo değerleri sorulmuştur. BKİ değeri kilo değerinin (kg) ,boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. BKİ değerleri 18.5kg/m²den küçük olanlar Zayıf, 18.5kg/m² ile 24.9 18.5kg/m²olanlar normal, 25 kg/m² ile 29.9 kg/m²olanlar Fazla Kilolu, 30 18.5kg/m² ve üzeri olanlar obez olarak sınıflandırılmaktadır (World Health Organization). Bu çalışmada fazla kilolu ve obez sınıftaki değerler birleştirilmiş ve BKİ değeri 25 kg/m² ve üzeri olanlar Fazla Kilolu-Obez olarak adlandırılmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmada verilerin analizi için SPSS 23.00 paket programı kullanılmıştır. Uç değerlerin tespiti için “Mahalanobis” uzaklık değeri hesaplanmış olup 5 katılımcının cevaplarının uç değer olarak tespit edilmesinden kaynaklı analize dahil edilmemiştir. Ölçeklerin ortalama puanları bakımından online (493) ve yüz yüze (505) toplanan veriler arasında t testi sonucunda anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$). Dolayısıyla online ve yüz yüze veri toplanan katılımcılar birleştirilmiş ve toplam 998 katılımcı analize alınmıştır. YFÖ, ASRS, PHQ-9 ve YAB-7 ölçeklerinden alınan puanların çarpıklık ve basıklık kat sayıları -1 ve +1 aralığında olduğundan normal dağılım göstermiş olup, parametrik testler kullanılmıştır. Ortalamalar arası farkın test edilmesi için bağımsız gruplar *t*-testi ve tek yönlü ANOVA analizleri , değişkenler arasındaki ilişkiye dair Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı, hipotezlerin testi için hiyerarşik regresyon analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde yapılan analizlere ait bulgular açıklanmıştır. Bu bölümde çalışmada kullanılan ölçek puanlarının betimsel istatistikleri, ortalamalar arası farkın test edilmesi için yapılan *t*-testi ve ANOVA analizleri, değişkenler arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi, hipotezlerinin testi için yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçları ve hipotezlerin değerlendirilmesi yer almaktadır.

4.1. Betimsel İstatistikler

Çalışmada kullanılan ölçek puanlarının betimsel istatistikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Katılımcıların YFÖ ortalamaları 96.96, YAB-7 ortalamaları 9.53, PHQ-9 ortalamaları 11.26, ASRS ortalamaları 31.88, dikkat eksikliği alt boyutu ortalamaları 16.41 ve hiperaktivite/ dürtüsellik alt boyut ortalamaları 15.47'dir.

Tablo 4.1. Ölçek Puanlarının Betimsel İstatistikleri

Değişkenler	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>Min.</i>	<i>Mak.</i>
YFÖ-30	998	96.96	13.21	54.00	132.00
YAB-7	998	9.53	5.41	0.00	21.00
PHQ-9	998	11.26	6.37	0.00	27.00
ASRS	998	31.88	9.09	4.00	66.00
Dikkat Eksikliği	998	16.41	5.46	1.00	36.00
Hiperaktivite / Dürtüsellik	998	15.47	5.08	1.00	30.00

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

4.2. Ortalamalar Arası Farkın Test Edilmesi

Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için bağımsız gruplar *t*-testi yapılmıştır. Bu analizin sonuçları Tablo 4.2.'de verilmiştir. Kadınların yeme farkındalığı ortalamaları ile

erkeklerin yeme farkındalığı ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .89$).

Tablo 4.2.'de görüldüğü üzere kadınların YAB-7 puanlarının ($Ort. = 9.97, SS = 5.45$) erkeklere ($Ort. = 8.51, SS = 5.19$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -3.93, p < .001$. Kadınların PHQ-9 puanlarının ($Ort. = 11.54, SS = 6.39$) erkeklere ($Ort. = 10.60, SS = 6.28$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.15, p < .05$. Kadınların ASRS toplam puanlarının ($Ort. = 32.54, SS = 8.97$), erkeklere ($Ort. = 30.34, SS = 9.20$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -3.52, p < .001$. Kadınların dikkat eksikliği alt boyut puanlarının ($Ort. = 16.82, SS = 5.42$), erkeklere ($Ort. = 15.45, SS = 5.43$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -3.66, p < .001$. Kadınların hiperaktivite/ dürtüsellik alt boyut puanlarının ($Ort. = 15.72, SS = 5.06$), erkeklere ($Ort. = 14.89, SS = 5.12$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.36, p < .05$.

Tablo 4.2. Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	Cinsiyet	n	Ort.	SS	sd	t	p
YFÖ-30	Erkek	299	97.05	12.82	996	.14	0.89
	Kadın	699	96.92	13.38			
YAB-7	Erkek	299	8.51	5.19	996	-3.93	<.001***
	Kadın	699	9.97	5.45			
PHQ-9	Erkek	299	10.60	6.28	996	-2.15	<.05*
	Kadın	699	11.54	6.39			
ASRS Toplam	Erkek	299	30.34	9.20	996	-3.52	<.001***
	Kadın	699	32.54	8.97			
Dikkat Eksikliği	Erkek	299	15.45	5.43	996	-3.66	<.001***
	Kadın	699	16.82	5.42			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Erkek	299	14.89	5.12	996	-2.36	<.05*
	Kadın	699	15.72	5.06			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Fiziksel kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar t -testi sonuçları Tablo 4.3.'te verilmiştir. Fiziksel kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların yeme farkındalığı puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .18$).

Tablo 4.3.'te görüldüğü üzere fiziksel kronik hastalığı olanların YAB-7 puanlarının ($Ort. = 10.54, SS = 5.32$) olmayanlara ($Ort. = 9.40, SS = 5.42$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.11, p < .05$. Fiziksel kronik hastalığı olanların PHQ-9 puanlarının ($Ort. = 13.14, SS = 6.42$) olmayanlara ($Ort. = 11.02, SS = 6.33$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -3.35, p < .01$. Fiziksel kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların, ASRS ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .68$).

Tablo 4.3. Ölçek Puanlarının Kronik Fiziksel Hastalık Durumuna Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	Fiziksel Hastalık	<i>n</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
YFÖ-30	Hayır	885	97.16	13.17	996	1.33	0.18
	Evet	113	95.40	13.45			
YAB-7	Hayır	885	9.40	5.42	996	-2.11	<.05*
	Evet	113	10.54	5.32			
PHQ-9	Hayır	885	11.02	6.33	996	-3.35	<.01**
	Evet	113	13.14	6.42			
ASRS	Hayır	885	31.84	9.06	996	-0.42	.68
	Evet	113	32.22	9.36			
Dikkat Eksikliği	Hayır	885	16.44	5.47	996	0.42	.68
	Evet	113	16.21	5.35			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	885	15.40	5.00	134.71	-1.07	.29
	Evet	113	16.01	5.76			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olan ve olmayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar t -testi sonuçları Tablo 4.4.'te verilmiştir. Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının ($Ort. = 95.08, SS = 13.15$) olmayanlara ($Ort. = 97.94, SS = 13.15$) göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür, $t(996) = 3.26, p < .01$.

Tablo 4.4.'te görüldüğü üzere son iki hafta içerisinde iştahında değişim olan katılımcıların YAB-7 puanlarının ($Ort. = 11.58, SS = 5.41$), olmayanlara ($Ort. = 8.47, SS = 5.11$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -8.93, p < .001$. Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olan katılımcıların PHQ-9 puanlarının ($Ort. = 13.82, SS = 6.52$) olmayanlara ($Ort. = 9.93, SS = 5.87$) göre anlamlı düzeyde

daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(628.87) = -9.23, p < .001$. Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olan katılımcıların ASRS toplam puanlarının ($Ort. = 34.32, SS = 9.42$), olmayanlara ($Ort. = 30.62, SS = 8.65$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -6.22, p < .001$. Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olan katılımcıların dikkat eksikliği alt boyut puanlarının ($Ort. = 17.60, SS = 5.72$), olmayanlara ($Ort. = 15.80, SS = 5.21$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -5.02, p < .001$. Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olan katılımcıların hiperaktivite/ dürtüsellik alt boyut puanlarının ($Ort. = 16.72, SS = 5.39$), olmayanlara ($Ort. = 14.82, SS = 4.81$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(623.78) = -5.47, p < .001$.

Tablo 4.4. Ölçek Puanlarının İştah Değişimine Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	İştah Değişimi	n	Ort.	SS	sd	t	p
YFÖ-30	Hayır	657	97.94	13.15	996	3.26	<.01**
	Evet	341	95.08	13.15			
YAB-7	Hayır	657	8.47	5.11	996	-8.93	<.001***
	Evet	341	11.58	5.41			
PHQ-9	Hayır	657	9.93	5.87	628.87	-9.23	<.001***
	Evet	341	13.82	6.52			
ASRS Toplam	Hayır	657	30.62	8.65	996	-6.22	<.001***
	Evet	341	34.32	9.42			
Dikkat Eksikliği	Hayır	657	15.80	5.21	996	-5.02	<.001***
	Evet	341	17.60	5.72			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	657	14.82	4.81	623.78	-5.47	<.001***
	Evet	341	16.72	5.39			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar t-testi sonuçları Tablo 4.5.'te verilmiştir. Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların yeme farkındalığı ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .24$).

Tablo 4.5.'te görüldüğü üzere sigara kullananların YAB-7 puanları ($Ort. = 10.38, SS = 5.67$) kullanmayanlara ($Ort. = 9.32, SS = 5.33$) göre anlamlı düzeyde daha yüksektir, $t(996) = -2.46, p < .01$. Sigara kullananların PHQ-9 puanları ($Ort. = 12.87, SS = 6.77$), kullanmayanlara ($Ort. = 10.87, SS = 6.21$) göre anlamlı düzeyde daha yüksektir, $t(278.72) = -3.76, p < .001$. Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların, ASRS puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .28$).

Tablo 4.5. Ölçek Puanlarının Sigara Kullanımına Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	Sigara Kullanımı	n	Ort.	SS	sd	t	p
YFÖ-30	Hayır	803	97.20	12.97	996	1.18	.24
	Evet	195	95.96	14.14			
YAB-7	Hayır	803	9.32	5.33	996	-2.46	.01**
	Evet	195	10.38	5.67			
PHQ-9	Hayır	803	10.87	6.21	278.72	-3.76	<.001***
	Evet	195	12.87	6.77			
ASRS Toplam	Hayır	803	31.72	8.83	270.32	-1.08	.28
	Evet	195	32.57	10.10			
Dikkat Eksikliği	Hayır	803	16.37	5.35	277.35	-0.52	.60
	Evet	195	16.61	5.88			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	803	15.35	4.94	270.84	-1.39	.17
	Evet	195	15.96	5.64			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı alan ve almayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar t -testi sonuçları Tablo 4.6.'da verilmiştir. Yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı alan katılımcıların yeme farkındalığı puanları ($Ort. = 94.40$, $SS = 14.42$), almayanlara ($Ort. = 97.67$, $SS = 12.78$) göre anlamlı düzeyde daha düşüktür, $t(314.29) = 3.02$, $p < .01$. Yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı katılımcıların YAB-7 puanlarının ($Ort. = 11.79$, $SS = 5.44$) almayanlara ($Ort. = 8.90$, $SS = 5.24$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -6.97$, $p < .001$.

Tablo 4.6.'da görüldüğü üzere yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı alan katılımcıların PHQ-9 puanlarının ($Ort. = 14.30$, $SS = 6.64$) almayanlara ($Ort. = 10.42$, $SS = 6.04$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(319.82) = -8.16$, $p < .001$. Yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı alan katılımcıların ASRS toplam puanlarının ($Ort. = 35.30$, $SS = 9.57$) almayanlara ($Ort. = 30.94$, $SS = 8.73$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -6.36$, $p < .001$. Yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı alan katılımcıların dikkat eksikliği alt boyut puanlarının ($Ort. = 18.19$, $SS = 5.81$) almayanlara ($Ort. = 15.92$, $SS = 5.25$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(318.68) = -5.18$, $p < .001$. Yaşamları boyunca en az bir psikiyatrik tanı alan katılımcıların hiperaktivite/ dürtüsellik alt boyut puanlarının ($Ort. = 17.11$, $SS = 5.38$) almayanlara ($Ort. = 15.02$, $SS = 4.91$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(320.84) = -5.15$, $p < .001$.

Tablo 4.6. Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	Psikiyatrik Tanı	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
YFÖ-30	Hayır	782	97.67	12.78	314.29	3.02	<.01**
	Evet	216	94.40	14.42			
YAB-7	Hayır	782	8.90	5.24	996	-6.97	<.001***
	Evet	216	11.79	5.44			
PHQ-9	Hayır	782	10.42	6.04	319.82	-8.16	<.001***
	Evet	216	14.30	6.64			
ASRS	Hayır	782	30.94	8.73	996	-6.36	<.001***
	Toplam	Evet	216	35.30			
Dikkat Eksikliği	Hayır	782	15.92	5.25	318.68	-5.18	<.001***
	Evet	216	18.19	5.81			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	782	15.02	4.91	320.84	-5.15	<.001***
	Evet	216	17.11	5.38			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Yaşamlarının bir döneminde anksiyete tanısı alan ve almayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar *t*-testi sonuçları Tablo 4.7.'de verilmiştir. Yaşamlarının bir döneminde anksiyete tanısı alan ve almayan katılımcıların yeme farkındalığı puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .09$).

Tablo 4.7.'de görüldüğü üzere yaşamlarının bir döneminde anksiyete tanısı alan katılımcıların YAB-7 puanlarının ($Ort. = 12.17$, $SS = 5.38$) almayanlara ($Ort. = 9.17$, $SS = 5.32$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -5.78$, $p < .001$. Yaşamlarının bir döneminde anksiyete tanısı alan katılımcıların PHQ-9 puanlarının ($Ort. = 14.34$, $SS = 6.39$) almayanlara ($Ort. = 10.84$, $SS = 6.25$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -5.74$, $p < .001$. Yaşamlarını bir döneminde anksiyete tanısı alan katılımcıların ASRS toplam puanları ($Ort. = 35.68$, $SS = 9.30$) almayanlara ($Ort. = 31.37$, $SS = 8.94$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -4.94$, $p < .001$. Yaşamlarının bir döneminde anksiyete tanısı alan katılımcıların dikkat eksikliği alt boyut puanlarının ($Ort. = 18.59$, $SS = 5.68$) almayanlara ($Ort. = 16.12$, $SS = 5.36$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -4.71$, $p < .001$. Yaşamlarının bir döneminde anksiyete tanısı alan katılımcıların hiperaktivite/ dürtüsellik alt boyut puanlarının ($Ort. = 17.09$, $SS = 5.22$) almayanlara ($Ort. = 15.25$, $SS = 5.03$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -3.74$, $p < .001$.

Tablo 4.7. Ölçek Puanlarının Anksiyete Tanısı Alma Durumuna Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	Anksiyete Tanı	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
YFÖ-30	Hayır	878	97.22	13.04	996	1.71	.09
	Evet	120	95.03	14.30			
YAB-7	Hayır	878	9.17	5.32	996	-5.78	<.001***
	Evet	120	12.17	5.38			
PHQ-9	Hayır	878	10.84	6.25	996	-5.74	<.001***
	Evet	120	14.34	6.39			
ASRS Toplam	Hayır	878	31.37	8.94	996	-4.94	<.001***
	Evet	120	35.68	9.30			
Dikkat Eksikliği	Hayır	878	16.12	5.36	996	-4.71	<.001***
	Evet	120	18.59	5.68			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	878	15.25	5.03	996	-3.74	<.001***
	Evet	120	17.09	5.22			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
p* < .05; *p* < .01; ****p* < .001

Yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan ve almayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar *t* testi sonuçları Tablo 4.8.'de verilmiştir. Yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan ve almayan katılımcıların yeme farkındalığı ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır (*p* = .24).

Tablo 4.8.'de görüldüğü üzere yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan katılımcıların YAB-7 puanlarının (*Ort.* = 11.66, *SS* = 5.54) almayanlara (*Ort.* = 9.34, *SS* = 5.37) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, *t*(996) = -3.74, *p* < .001. Yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan katılımcıların PHQ-9 puanlarının (*Ort.* = 15.16, *SS* = 7.09) almayanlara (*Ort.* = 10.91, *SS* = 6.19) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, *t*(996) = -5.88, *p* < .001. Yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan katılımcıların ASRS toplam puanlarının (*Ort.* = 35.40, *SS* = 10.49) almayanlara (*Ort.* = 31.57, *SS* = 8.89) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, *t*(91.71) = -3.20, *p* < .01. Yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan katılımcıların dikkat eksikliği alt boyut puanlarının (*Ort.* = 18.72, *SS* = 6.18) almayanlara (*Ort.* = 16.21, *SS* = 5.34) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, *t*(92.18) = -3.56, *p* < .01. Yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan ve almayan katılımcıların

hiperaktivite/ dürtüsellik alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .05$).

Tablo 4.8. Ölçek Puanlarının Depresyon Tanısı Alma Durumuna Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	Depresyon Tanı	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
YFÖ-30	Hayır	916	97.11	13.08	996	1.18	.24
	Evet	82	95.32	14.60			
YAB-7	Hayır	916	9.34	5.37	996	-3.74	<.001***
	Evet	82	11.66	5.54			
PHQ-9	Hayır	916	10.91	6.19	996	-5.88	<.001***
	Evet	82	15.16	7.09			
ASRS Toplam	Hayır	916	31.57	8.89	91.71	-3.20	<.01**
	Evet	82	35.40	10.49			
Dikkat Eksikliği	Hayır	916	16.21	5.34	92.18	-3.56	<.01**
	Evet	82	18.72	6.18			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	916	15.36	5.00	91.64	-1.96	.05
	Evet	82	16.68	5.92			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan ve almayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar *t*-testi sonuçları Tablo 4.9.'da verilmiştir. Yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının (*Ort.* = 91.57, *SS* = 13.04) almayanlara (*Ort.* = 97.24, *SS* = 13.17) göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür, $t(996) = 2.97, p < .01$.

Tablo 4.9.'da görüldüğü üzere yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan katılımcıların YAB-7 puanlarının (*Ort.* = 11.45, *SS* = 5.29) almayanlara (*Ort.* = 9.43, *SS* = 5.40) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.58, p < .05$. Yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan katılımcıların PHQ-9 puanlarının (*Ort.* = 14.03, *SS* = 7.49) almayanlara (*Ort.* = 11.12, *SS* = 6.28) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(52.69) = -2.70, p < .01$. Yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan katılımcıların ASRS toplam puanlarının (*Ort.* = 38.16, *SS* = 10.52) almayanlara (*Ort.* = 31.55, *SS* = 8.89) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -5.07, p < .001$. Yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan katılımcıların dikkat eksikliği alt boyut puanlarının (*Ort.* = 19.08, *SS* = 6.39)

almayanlara ($Ort. = 16.27, SS = 5.37$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -3.56, p < .001$. Yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan katılımcıların hiperaktivite/dürtüsellik alt boyut puanlarının ($Ort. = 19.08, SS = 5.35$) almayanlara ($Ort. = 15.28, SS = 5.01$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -5.21, p < .001$.

Tablo 4.9. Ölçek Puanlarının DEHB Tanısı Alma Durumuna Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	DEHB Tanı	n	Ort.	SS	sd	t	p
YFÖ-30	Hayır	948	97.24	13.17	996	2.97	<.01**
	Evet	50	91.57	13.04			
YAB-7	Hayır	948	9.43	5.40	996	-2.58	<.05*
	Evet	50	11.45	5.29			
PHQ-9	Hayır	948	11.12	6.28	52.69	-2.70	<.01**
	Evet	50	14.03	7.49			
ASRS	Hayır	948	31.55	8.89	996	-5.07	<.001***
	Toplam	Evet	50	38.16			
Dikkat Eksikliği	Hayır	948	16.27	5.37	996	-3.56	<.001***
	Evet	50	19.08	6.39			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	948	15.28	5.01	996	-5.21	<.001***
	Evet	50	19.08	5.35			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Yaşamlarının bir döneminde yeme bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar t -testi sonuçları Tablo 4.10.'da verilmiştir. Yaşamlarının bir döneminde yeme bozukluğu tanısı alan katılımcıların yeme farkındalığı puanlarının ($Ort. = 89.78, SS = 17.98$) almayanlara ($Ort. = 97.16, SS = 13.01$) göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür, $t(26.76) = 2.12, p < .05$.

Tablo 4.10.'da görüldüğü üzere yaşamlarının bir döneminde yeme bozukluğu tanısı alan katılımcıların YAB-7 puanlarının ($Ort. = 12.41, SS = 5.87$) almayanlara ($Ort. = 9.45, SS = 5.38$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.81, p < .01$. Yaşamlarının bir döneminde yeme bozukluğu tanısı alan katılımcıların PHQ-9 puanlarının ($Ort. = 16.41, SS = 6.14$) almayanlara ($Ort. = 11.12, SS = 6.32$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -4.29, p < .001$. Yaşamlarının bir döneminde yeme bozukluğu tanısı alan katılımcıların ASRS toplam

puanlarının ($Ort. = 35.96$, $SS = 10.22$) almayanlara ($Ort. = 31.77$, $SS = 9.04$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.37$, $p < .05$. Yaşamlarının bir döneminde DEHB tanısı alan katılımcıların dikkat eksikliği alt boyut puanlarının ($Ort. = 18.63$, $SS = 5.94$) almayanlara ($Ort. = 16.35$, $SS = 5.43$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.14$, $p < .05$. Yaşamlarının bir döneminde yeme bozukluğu tanısı alan ve almayan katılımcıların hiperaktivite/ dürtüsellik alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .05$).

Tablo 4.10. Ölçek Puanlarının Yeme Bozukluğu Tanısı Alma Durumuna Göre T-testi Sonuçları

Ölçekler	Yeme Bozukluğu Tanı	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
YFÖ-30	Hayır	971	97.16	13.01	26.76	2.12	<.05*
	Evet	27	89.78	17.98			
YAB-7	Hayır	971	9.45	5.38	996	-2.81	<.01**
	Evet	27	12.41	5.87			
PHQ-9	Hayır	971	11.12	6.32	996	-4.29	<.001***
	Evet	27	16.41	6.14			
ASRS	Hayır	971	31.77	9.04	996	-2.37	<.05*
	Toplam	Evet	27	35.96			
Dikkat Eksikliği	Hayır	971	16.35	5.43	996	-2.14	<.05*
	Evet	27	18.63	5.94			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	971	15.42	5.08	996	-1.93	.05
	Evet	27	17.33	5.15			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Yaşamlarının bir döneminde OKB tanısı alan ve almayan katılımcıların ölçek ortalamalarında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek için yapılan bağımsız gruplar t -testi sonuçları Tablo 4.11.'de verilmiştir. Yaşamlarının bir döneminde OKB tanısı alan ve almayan katılımcıların yeme farkındalığı puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .29$).

Tablo 4.11'de görüldüğü üzere yaşamlarının bir döneminde OKB tanısı alan katılımcıların YAB-7 puanlarının ($Ort. = 12.67$, $SS = 5.23$) almayanlara ($Ort. = 9.43$, $SS = 5.39$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -3.24$, $p < .01$. Yaşamlarının bir döneminde OKB tanısı alan katılımcıların PHQ-9 puanlarının

(*Ort.* = 16.15, *SS* = 5.31) almayanlara (*Ort.* = 11.11, *SS* = 6.34) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -4.30, p < .001$.

Tablo 4.11’de görüldüğü üzere yaşamlarının bir döneminde OKB tanısı alan katılımcıların ASRS toplam puanlarının (*Ort.* = 36.43, *SS* = 11.22) almayanlara (*Ort.* = 31.74, *SS* = 8.99) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(30.16) = -2.27, p < .05$. Yaşamlarının bir döneminde OKB tanısı alan ve almayan katılımcıların dikkat eksikliği alt boyut puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır ($p = .09$). Yaşamlarının bir döneminde OKB tanısı alan katılımcıların hiperaktivite/dürtüsellik alt boyut puanlarının (*Ort.* = 17.87, *SS* = 5.85) almayanlara (*Ort.* = 15.40, *SS* = 5.05) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür, $t(996) = -2.63, p < .01$.

Tablo 4.11. Ölçek Puanlarının OKB Tanısı Alma Durumuna Göre *T*-testi Sonuçları

Ölçekler	OKB Tanı	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>sd</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
YFÖ-30	Hayır	968	97.04	13.19	996	1.05	.29
	Evet	30	94.47	13.90			
YAB-7	Hayır	968	9.43	5.39	996	-3.24	<.01**
	Evet	30	12.67	5.23			
PHQ-9	Hayır	968	11.11	6.34	996	-4.30	<.001***
	Evet	30	16.15	5.31			
ASRS Toplam	Hayır	968	31.74	8.99	30.16	-2.27	<.05*
	Evet	30	36.43	11.22			
Dikkat Eksikliği	Hayır	968	16.35	5.40	30.14	-1.76	.09
	Evet	30	18.57	6.83			
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Hayır	968	15.40	5.05	996	-2.63	<.01**
	Evet	30	17.87	5.85			

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Ölçek puanlarının BKİ kategorilerine göre betimsel istatistikleri Tablo 4.12.’te verilmiştir.

Tablo 4.12. Ölçek Puanlarının Beden Kütle İndekslerine Göre Betimsel İstatistikleri

Ölçekler	BKİ Kategorileri	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>
YFÖ-30	1 Zayıf	126	100.87	13.06
	2 Normal	709	97.34	13.24
	3 Fazla Kilolu- Obez	163	92.28	11.91
YAB-7	1 Zayıf	126	10.44	5.47
	2 Normal	709	9.33	5.47
	3 Fazla Kilolu- Obez	163	9.71	5.08
PHQ-9	1 Zayıf	126	11.45	6.36
	2 Normal	709	10.96	6.39
	3 Fazla Kilolu- Obez	163	12.41	6.19
ASRS Toplam	1 Zayıf	126	32.30	8.38
	2 Normal	709	31.69	9.35
	3 Fazla Kilolu- Obez	163	32.43	8.45
Dikkat Eksikliği	1 Zayıf	126	16.84	4.89
	2 Normal	709	16.30	5.60
	3 Fazla Kilolu- Obez	163	16.60	5.24
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	1 Zayıf	126	15.46	5.14
	2 Normal	709	15.39	5.12
	3 Fazla Kilolu- Obez	163	15.82	4.91

BKİ= Beden Kütle İndeksi, YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Ölçeklerden alınan puanların BKİ kategorilerine göre farklılıklarını belirleyebilmek üzere yapılan tek yönlü ANOVA analizi sonuçları Tablo 4.13.' te verilmiştir. ANOVA analizi sonuçlarına göre katılımcıların YAB-7 puanlarında BKİ kategorilerine göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir, ($F(2,995) = 2.38, p = .09$). Katılımcıların ASRS puanlarında BKİ kategorilerine göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmiştir, ($F(2,995) = .58, p = .56$). Katılımcıların YFÖ puanlarında BKİ kategorilerine göre anlamlı bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir, ($F(2,995) = 16.55, p < .001$). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc analizi yapılmıştır.

Tablo 4.13.'te görüldüğü üzere yapılan Tukey HSD testinde zayıf kategorisindeki katılımcıların ($Ort. = 100.87, SS = 13.06$) yeme farkındalığı puanlarının normal ($Ort. = 97.34, SS = 13.24$) ve fazla kilolu-obez ($Ort. = 92.28, SS = 11.91$) kategorisindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların PHQ-9 puanlarının BKİ kategorilerine göre anlamlı bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir,

($F(2,995) = 3.49, p < .05$). Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc analizi yapılmıştır. Yapılan Tukey HSD testine göre normal kategorisindeki katılımcıların ($Ort. = 10.96, SS = 6.39$) PHQ-9 ortalamalarının, fazla kilolu-obez ($Ort. = 12.41, SS = 6.19$) kategorisindeki katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13. Ölçek Puanlarının Beden Kütle İndekslerine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek Puanları	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
YFÖ -30	Gruplar Arası	5603.64	2	2801.82	16.55	<.001***	1-2, 1-3, 2-3
	Grup İçi	168400.65	995	169.25			
	Toplam	174004.29	997				
YAB-7	Gruplar Arası	138.99	2	69.50	2.38	.09	
	Grup İçi	29090.22	995	29.24			
	Toplam	29229.21	997				
PHQ-9	Gruplar Arası	281.74	2	140.87	3.49	<.05*	2-3
	Grup İçi	40177.56	995	40.38			
	Toplam	40459.30	997				
ASRS Toplam	Gruplar Arası	96.39	2	48.19	0.58	0.56	
	Grup İçi	82286.88	995	82.70			
	Toplam	82383.27	997				
Dikkat Eksikliği	Gruplar Arası	37.98	2	18.99	0.64	0.53	
	Grup İçi	29649.80	995	29.80			
	Toplam	29687.78	997				
Hiperaktivite/ Dürtüsellik	Gruplar Arası	24.62	2	12.31	0.48	0.62	
	Grup İçi	25793.36	995	25.92			
	Toplam	25817.98	997				

YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

4.3. Korelasyon Analizi

Çalışmada kullanılan ölçek puanları ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çift yönlü pearson momentler çarpımı korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.14.'te verilmiştir. Yaş ve BKİ değerleri sürekli değişken olarak ele alınmıştır.

Tablo 4.14.'te görüldüğü üzere yeme farkındalığı ile YAB-7 ($r(998) = -.26, p < .001$), PHQ-9 ($r(998) = -.33, p < .001$), ASRS toplam ($r(998) = -.44, p < .001$) ve alt boyutlarından dikkat eksikliği ($r(998) = -.38, p < .001$), hiperaktivite/ dürtüsellik ($r(998) = -.37, p < .001$) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yeme farkındalığı ile yaş ($r(998) = .08, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunurken, beden kütle indeksi ($r(998) = -.20, p < .001$) ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. YAB-7 ile PHQ-9 ($r(998) = .75, p < .001$), ASRS ($r(998) = .52, p < .001$) ve alt boyutlarından dikkat eksikliği ($r(998) = .42, p < .001$), hiperaktivite/ dürtüsellik ($r(998) = .48, p < .001$) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. YAB-7 ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r(998) = -.12, p < .001$). PHQ-9 ile ASRS ($r(998) = .53, p < .001$) ve alt boyutlarından dikkat eksikliği ($r(998) = .47, p < .001$), hiperaktivite/dürtüsellik ($r(998) = .43, p < .001$) pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. YAB-7 ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r(998) = -.09, p < .01$). ASRS ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r(998) = -.08, p < .01$).

Tablo 4.14. Ölçek Puanları ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

Değişken	1	2	3	4	5	6	7	8
1. YFÖ-30	-							
2. YAB-7	-.26***	-						
3. PHQ-9	-.33***	.75***	-					
4. ASRS Toplam	-.44***	.52***	.53***	-				
5. Dikkat Eksikliği	-.38***	.42***	.47***	.87***	-			
6. Hiperaktivite/Dürtüsellik	-.37***	.48***	.43***	.85***	.48***	-		
7. Yaş	.08**	-.12***	-.09**	-.08**	-.08*	-.06*	-	
8. BKİ	-.20***	-.03	.05	.01	-.01	.03	.16***	-

BKİ= Beden Kütle İndeksi, YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

4.4. Hiyerarşik Regresyon Analizi

Yapılan analizler sonucunda yeme farkındalığı ile ilişkili olduğu tespit edilen bağımsız değişkenlerden yeme bozukluğu tanısı alma durumu, DEHB tanısı alma durumu, son iki hafta içerisindeki iştah değişimi, yaş, beden kütle indeksi ile YAB-7, PHQ-9, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının yeme farkındalığını hangi oranda

yordadığını tespit edebilmek amacıyla dört basamaklı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. DEHB ve yeme bozukluğu tanısı için kodlamada tanı alanlar 1 olmayanlar 0 olarak kodlanmıştır. İştah değişimi için iştahta değişim olanlar 1 olmayanlar 0 olarak kodlanmıştır. Yaş ve beden kütle indeksi sürekli değişken olarak analize alınmıştır. Yordayıcı değişkenler arasında çoklu doğrusallık problemi olup olmadığı incelenmiştir. Tolerans değerlerinin .10'dan büyük ve VIF değerlerinin 10'dan küçük olduğu tespit edilmiştir. Bu değerler, bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusallık problemi olmadığını göstermektedir. YFÖ-30 puanlarının bağımlı değişken olarak atandığı hiyerarşik regresyon analizinin birinci basamağına sosyodemografik değişkenlerden olan DEHB tanısı alma durumu, yeme bozukluğu tanısı alma durumu, son iki hafta içerisindeki iştah değişimi, yaş ve beden kütle indeksi eklenmiştir. İkinci basamağına YAB-7 puanları eklenmiştir. Üçüncü basamağına PHQ-9 puanları eklenmiştir. Dördüncü basamağına ise ASRS ölçeğinin alt boyutları olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik puanları birlikte eklenmiştir.

Yeme farkındalığının yordayıcıları olan yaş, BKİ, DEHB tanısı, yeme bozukluğu tanısı, iştah değişimi ile YAB-7, PHQ-9, dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik puanlarına ilişkin hiyerarşik regresyon analizi sonuçları Tablo 4.15.'te verilmiştir.

Tablo 4.15.'te görüldüğü üzere birinci basamakta test edilen modelin yeme farkındalığını yordayıcılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, ($R^2 = .07$, $F(5,992) = 14.95$, $p < .001$). DEHB tanısı alma durumu ($\beta = -.06$, $t(992) = -2.02$, $p < .05$), yeme bozukluğu tanısı alma durumu ($\beta = -.06$, $t(992) = -1.97$, $p < .05$) son iki hafta içerisindeki iştah değişimi ($\beta = -.09$, $t(992) = -2.97$, $p < .01$), yaş ($\beta = .10$, $t(992) = 3.34$, $p < .001$) ve beden kütle indeksi ($\beta = -.21$, $t(992) = -6.63$, $p < .001$) değişkenlerinin yeme farkındalığını anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir. İkinci basamakta test edilen modelin yeme farkındalığını yordayıcılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, ($R^2 = .12$, $F(6,991) = 23.15$, $p < .001$). İkinci basamakta eklenen YAB-7 puanlarının modele katkısının anlamlı olduğu bulunmuş ve açıklanan varyansa %5'lik katkı sağlamıştır, ($\Delta R^2 = .05$, $\Delta F(1,991) = 59.73$, $p < .001$). DEHB tanısı alma durumu, yeme bozukluğu tanısı alma durumu, son iki hafta içerisindeki iştah değişimi, yaş ve beden kütle indeksinin etkisi kontrol edildiğinde, YAB-7 puanlarının yeme farkındalığını anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir ($\beta = -.24$, $t(991) = -7.73$, $p < .001$).

Tablo 4.15. Yeme Farkındalığının Yordayıcıları Olan Yaş, BKİ, DEHB Tanısı, Yeme Bozukluğu Tanısı, İştah Değişimi ile YAB-7, PHQ-9, Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite/Dürtüsellik Puanlarına İlişkin Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Yordayıcılar	R	R ²	Ad. R ²	R ² Değişimi	R ² Değişimi için F	B	B'nin Standart Hatası	β	t
1. Basamak	.26	.07	.06	.07	14.95***				
DEHB Tanı						-3.78	1.87	-.06	-2.02*
Yeme Bozukluğu Tanı						-4.95	2.52	-.06	-1.97*
İştah Değişimi						-2.55	.86	-.09	-2.97**
Yaş						.51	.15	.10	3.34***
BKİ						-.77	.12	-.21	-6.63***
2. Basamak	.35	.12	.12	.05	59.73***				
DEHB Tanı						-2.92	1.82	-.05	-1.60
Yeme Bozukluğu Tanı						-3.77	2.45	-.05	-1.54
İştah Değişimi						-.84	.86	-.03	-0.97
Yaş						.40	.15	.08	2.69**
BKİ						-.79	.11	-.21	-6.98***
YAB-7						-.59	.08	-.24	-7.73***
3. Basamak	.39	.15	.15	.03	36.90***				
DEHB Tanı						-2.52	1.79	-.04	-1.40
Yeme Bozukluğu Tanı						-2.53	2.42	-.03	-1.05
İştah Değişimi						-.16	.86	-.01	-0.19
Yaş						.39	.14	.08	2.68**
BKİ						-.71	.11	-.19	-6.38***
YAB-7						-.11	.11	-.05	-1.01
PHQ-9						-.57	.09	-.27	-6.07***
4. Basamak	.50	.25	.24	.09	60.44***				
DEHB Tanı						-.16	1.71	.00	-1.10
Yeme Bozukluğu Tanı						-2.64	2.28	-.03	-1.16
İştah Değişimi						.09	.81	.00	.11
Yaş						.36	.14	.07	2.62**
BKİ						-.71	.11	-.19	-6.71***
YAB-7						.14	.11	.06	1.36
PHQ-9						-.34	.09	-.16	-3.72***
Dikkat Eksikliği						-.52	.08	-.22	-6.43***
Hiperaktivite/Dürtüsellik						-.55	.09	-.21	-6.27***

BKİ= Beden Kütle İndeksi, YFÖ-30= Yeme Farkındalığı Ölçeği, YAB-7= Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi, PHQ-9= Hasta Sağlık Anketi-9, ASRS= Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

İkinci basamakta test edilen modelde, DEHB tanısı alma durumu ($p = .11$), yeme bozukluğu tanısı alma durumu ($p = .12$) ve son iki hafta içerisindeki iştah değişimi (p

=.33) değişkenlerinin yeme farkındalığını istatistiksel olarak anlamlı yordamadıkları, dolayısıyla bu basamakta yordayıcı özelliklerini kaybettiği tespit edilmiştir. Yaş ($\beta = .08$, $t(991) = 2.69$, $p < .01$) ve beden kütle indeksinin ($\beta = -2.21$, $t(991) = -6.98$, $p < .001$) ikinci basamakta da yeme farkındalığını anlamlı olarak yordamaya devam ettiği tespit edilmiştir. Üçüncü basamakta test edilen modelin yeme farkındalığını yordayıcılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, ($R^2 = .15$, $F(7,990) = 25.84$, $p < .001$). Üçüncü basamakta eklenen PHQ-9 puanlarının modele katkısının anlamlı olduğu bulunmuş ve açıklanan varyansa %3'lük katkı sağlamıştır, ($\Delta R^2 = .03$, $\Delta F(1,990) = 36.90$, $p < .001$). DEHB tanısı alma durumu, yeme bozukluğu tanısı alma durumu, son iki hafta içerisindeki iştah değişimi, yaş ve beden kütle indeksi ve YAB-7 puanlarının etkisi kontrol edildiğinde, PHQ-9 puanlarının yeme farkındalığını anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir ($\beta = -.27$, $t(990) = -6.07$, $p < .001$). Üçüncü basamakta test edilen modelde, DEHB tanısı alma durumu ($p = .16$), yeme bozukluğu tanısı alma durumu ($p = .30$), son iki hafta içerisindeki iştah değişimi ($p = .85$) ve YAB-7 puanlarının ($p = .31$) yeme farkındalığını istatistiksel olarak anlamlı yordamadıkları, dolayısıyla bu basamakta YAB-7 puanlarının yordayıcı özelliğini kaybettiği tespit edilmiştir. Yaş ($\beta = .08$, $t(990) = 2.68$, $p < .01$) ve beden kütle indeksinin ($\beta = -.19$, $t(990) = -6.38$, $p < .001$) üçüncü basamakta da yeme farkındalığını anlamlı olarak yordamaya devam ettiği tespit edilmiştir.

Tablo 4.15'te görüldüğü üzere dördüncü basamakta test edilen modelin yeme farkındalığını yordayıcılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, ($R^2 = .25$, $F(9,988) = 35.93$, $p < .001$). Dördüncü basamakta eklenen dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının modele katkısı anlamlı olduğu bulunmuş ve açıklanan varyansa %9'lük katkı sağlamıştır, ($\Delta R^2 = .09$, $\Delta F(2,988) = 60.44$, $p < .001$). DEHB tanısı alma durumu, yeme bozukluğu tanısı alma durumu, son iki hafta içerisindeki iştah değişimi, yaş, beden kütle indeksi, YAB-7 ve PHQ-9 puanlarının etkisi kontrol edildiğinde, dikkat eksikliği ($\beta = -.22$, $t(988) = -6.43$, $p < .001$) ve hiperaktivite/dürtüsellik ($\beta = -.21$, $t(988) = -6.27$, $p < .001$) puanlarının yeme farkındalığını anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir. Dördüncü basamakta test edilen modelde, DEHB tanısı alma durumu ($p = .92$), yeme bozukluğu tanısı alma durumu ($p = .25$), son iki hafta içerisindeki iştah değişimi ($p = .92$) ve YAB-7 puanlarının ($p = .17$) yeme farkındalığını istatistiksel olarak anlamlı yordamadıkları tespit edilmiştir. Yaş ($\beta = .07$, $t(988) = 2.62$, $p < .01$), beden kütle indeksi ($\beta = -.19$, $t(988) =$

-6.71, $p < .001$) ve PHQ-9 puanlarının ($\beta = -.16$, $t(988) = -3.72$, $p < .001$) dördüncü basamakta da yeme farkındalığını anlamlı olarak yordamaya devam ettiği tespit edilmiştir.

4.5. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

H₁ : Anksiyete belirtileri yeme farkındalığı düzeyini negatif yönde yordamaktadır.

H₁ hipotezini test etmek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizinin ikinci basamağında eklenen YAB-7 puanlarının modele katkısı anlamlı bulunmuştur ve birinci basamaktaki değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde yeme farkındalığı puanlarının yeme farkındalığı düzeyini negatif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Ancak YAB-7 puanlarının üçüncü ve dördüncü basamakta test edilen modelde yeme farkındalığını yordayıcılığını kaybettiği görülmektedir. Bu bulgular sonucunda H₁ hipotezi reddedilmiştir.

H₂ : Depresyon belirtileri yeme farkındalığı düzeyini negatif yönde yordamaktadır.

H₂ hipotezini test etmek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizinin üçüncü basamağında eklenen PHQ-9 puanlarının modele katkısı anlamlı bulunmuştur ve diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde yeme farkındalığı puanlarının yeme farkındalığı düzeyini negatif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. PHQ-9 puanlarının son modelde yeme farkındalığını yordayıcılığı devam ettiği tespit edilmiştir. Bu bulgular sonucunda H₂ hipotezinin desteklendiği görülmüştür.

H₃ : DEHB'nin, her iki semptom alt kümesiyeme farkındalığı düzeyini negatif yönde yordamaktadır.

H₃ hipotezini test etmek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizinin dördüncü basamağında eklenen dikkat eksikliği ve hiperaktivite/ dürtüsellik puanlarının modele katkısı anlamlı bulunmuştur ve son modelde diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde hem dikkat eksikliği puanlarının hem de hiperaktivite/dürtüsellik puanlarının yeme farkındalığını negatif yönde anlamlı olarak yordadığı görülmüştür. Bu bulgular sonucunda H₃ hipotezinin desteklendiği görülmüştür.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu bölümde bir önceki bölümde verilen bulguların daha önceki yapılan çalışmalar ile tartışılması ve bu çalışmanın sınırlılıklarına yer verilmiştir.

5.1. Sosyodemografik Değişkenlere Ait Bulguların Tartışılması

Cinsiyete dair bulgular ele alındığında bu çalışmada kadın ve erkeklerin yeme farkındalığı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu daha önceki yapılan çalışmalarla uyumludur (Demirbas, Kutlu ve Kurnaz, 2021; Köse vd., 2021; Sanlier vd., 2022). Kadınların anksiyete belirti şiddeti bu çalışmada erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. 9721 katılımcı ile yapılan çalışmada da kadınların anksiyete belirti şiddeti erkeklerden yüksek bulunmuştur (Hinz vd., 2017). Kadınların depresyon belirti düzeyleri de bu çalışmada erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. (Kocalevent, Hinz ve Brähler, 2013) tarafından 5018 katılımcı ile yapılan kesitsel çalışmada da benzer bulguya ulaşılmıştır. Bu çalışmada kadınların dikkat eksikliği hiperaktivite belirti şiddetinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Doğan ve diğerleri tarafından ASRS ölçeği kullanılarak 579 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada benzer sonuca ulaşılmıştır (Doğan vd., 2009). Erişkinlerde DEHB'nin cinsiyetle ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda çeşitli sonuçlar ortaya çıkmıştır. Yapılan prevalans çalışmalarında erkeklerin DEHB tanısı alma durumları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Kessler vd., 2006; Willcutt, 2012). Ancak ASRS ölçeği kullanılarak 2092 katılımcıyla yapılan çalışmada cinsiyetler arası farklılık bulunamamıştır (Das, Cherbuin, Butterworth, Anstey ve Easteal, 2012). Yaş arttıkça DEHB belirtileri azaldığından cinsiyetler arası farklılık azalabilmektedir (Willcutt, 2012). Gelecek çalışmalarda aynı yaş aralığına sahip erkek ve kadın katılımcılarla oluşan bir örnekleme bu bulgunun test edilmesi daha net bir bakış açısı kazandıracaktır. Ayrıca bu çalışmanın klinik örneklemeden oluşmaması ve DEHB'nin belirti şiddeti üzerinden değerlendirilmesi bu farklılığa yol açmış olabilir.

Bu çalışmada yeme farkındalığı düzeylerinde kronik fiziksel hastalığı bulunanlar ile bulunmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu durum iştahı etkileyebilecek kronik fiziksel rahatsızlığı olan katılımcıların çalışmadan çıkarılmasından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada kronik fiziksel hastalığı olan katılımcıların anksiyete belirti şiddetlerinin kronik hastalığı olmayan bireylere göre yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin anksiyete bozukluğu tanısı alma oranlarının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (Afari, Schmalting, Barnhart ve Buchwald, 2001; Thomas, Jones, Scarinci ve Brantley, 2003). Bu çalışmada kronik fiziksel hastalığı olan katılımcıların depresyon belirtilerinin şiddeti kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin depresyona yatkınlığı yapılan çalışmalarda da yüksek bulunmuştur (Thomas vd., 2003; von Siemens vd., 2019). Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite belirti şiddetinde kronik fiziksel hastalığa göre farklılaşma bulunamamıştır. Bu bulgu DEHB'li bireylerin alerji (Yang, Yang ve Wang, 2018), astım (Fasmer vd., 2011) ve nörolojik hastalıklara (Salem vd., 2018; Salpekar, 2018) sahip olma olasılığının diğer bireylere oranla daha yüksek bulunduğu çalışmalar ile uyumsuz görünmektedir. Ancak DEHB'li bireylerin fiziksel kronik hastalığa sahip olma durumlarına bu bireylerdeki beslenme alışkanlıkları, uyku problemleri, obezite, madde kullanım bozukluğu ve çevresel etkenlerin de yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Tufan ve Yaluç, 2009).

Yeme farkındalığı düzeylerinde sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında bu çalışmada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu daha önceki çalışmalarla uyumludur (Akın vd., 2022; Önen ve Sandıkçı, 2021). Bu çalışmada sigara kullananların anksiyete belirti şiddeti kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları ile sigara kullanımı arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Breslau ve Klein, 1999; Fluharty, Taylor, Grabski ve Munafò, 2017; Hinz vd., 2017). Depresyon belirti şiddetinin bu çalışmada sigara kullananlar bireylerde kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla uyumludur (Chaiton, Cohen, O'Loughlin ve Rehm, 2009; Fluharty vd., 2017; Steuber ve Danner, 2006). Bu çalışmada sigara kullanan bireyler ile kullanmayanlar arasında DEHB belirti şiddeti açısından bir farklılık bulunamamıştır. Önceki çalışmalar incelendiğinde bu bulgu uyumsuz olarak görünmektedir. Çalışmalarda sigara kullanımı ile DEHB arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur

(Milberger, Biederman, Faraone, Chen ve Jones, 1997; Zamboni vd., 2021). Bu bulgudaki farklılığa, DEHB belirtilerini etkileyen başka faktör ve değişkenlerin varlığı da yol açmış olabilir.

Bu çalışmada yeme farkındalığı son iki hafta içerisinde iştahında değişim olduğunu belirten katılımcılarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Winkens ve diğerlerinin 2019 yılında yaptıkları çalışmada iştahta artış yaşadığını belirten katılımcıların yeme farkındalığı diğer katılımcılara göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Bu çalışmada son iki hafta içerisinde iştahta değişiminin olup olmamasına göre değerlendirme yapılmıştır. Gelecek çalışmalarda iştahta azalma ve artma durumu da incelenerek bu ayırımın yapılması, sonuçların karşılaştırılması adına önemlidir. Son iki hafta içerisinde iştahında değişim olduğunu belirten katılımcılarda anksiyete belirti şiddeti, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu yapılan çalışmalarla uyumludur (Lee, 2020; Simms, Grös, Watson ve O'Hara, 2008). Depresyon belirti şiddeti son iki hafta içerisinde iştahında değişim olduğunu belirten katılımcılarda olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Son iki hafta içerisinde iştahta azalma veya artma depresyon tanı kriterlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Dolayısıyla bu çalışmada iştahta değişim yaşayan katılımcıların depresyon belirti şiddetinin yüksek bulunması, sonuçların tutarlılığını göstermektedir. (Maxwell ve Cole, 2009) tarafından yapılmış çalışmada bu bulgu ile uyumlu sonuçlar bulunmuştur. Bu çalışmada DEHB belirti şiddeti son iki hafta içerisinde iştahında değişim olduğunu belirten katılımcılarda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Son iki haftadaki iştah değişimi ve DEHB ile yapılmış çalışmaya rastlanılmadığından karşılaştırma yapabilmek mümkün değildir.

Bu çalışmada yaşamlarının bir döneminde yeme bozukluğu tanısı alanların yeme farkındalığı düzeyleri olmayanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Bu bulgunun önceki çalışmalarla benzer nitelikte olduğu söylenebilir. (Pintado-Cucarella ve Rodríguez-Salgado, 2016) tarafından yapılan çalışmada tıknırcasına yeme ile yeme farkındalığı arasında negatif ilişki bulunmuştur. Ayrıca yeme farkındalığı temelli müdahale çalışmaları sonucunda tıknırcasına yeme ataklarında düşüş gözlemlenmesi ve yeme bozukluklarını tedavi etmede yeme farkındalığı tekniklerinin kullanılması bu ilişkiyi doğrular niteliktedir (Anderson vd., 2016; Dalen vd., 2010; Sojcher, Gould Fogerite ve Perlman, 2012). Anksiyete belirti şiddeti bu çalışmada yeme bozukluğu

tanısı alanlarda almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur. Yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları ile anksiyete bozukluklarının komorbiditesi yüksek bulunmuştur (Pallister ve Waller, 2008; Swinbourne ve Touyz, 2007). Bu çalışmada yeme bozukluğu tanısı alanların depresyon belirti şiddeti almayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur ve önceki çalışmalarla uyumludur (Fennig ve Hadas, 2010). DEHB belirti şiddeti de bu çalışmada yeme bozukluğu tanısı alanlarda almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu DEHB ve yeme bozukluğunun komorbiditesinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (Nazar vd., 2016; Ptacek vd., 2016).

Bu çalışmada yeme farkındalığı puanlarında yaşamlarının bir döneminde anksiyete tanısı alanlar ile almayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak YAB-7 puan ortalamaları ile yeme farkındalığı arasındaki korelasyona bakıldığında, anksiyete belirti şiddeti arttıkça yeme farkındalığının azaldığı görülmektedir. Bu bulguyla uyumlu olarak (Pintado-Cucarella ve Rodríguez-Salgado, 2016) tarafından yapılan çalışmada da anksiyete belirtileri ile yeme farkındalığı arasında negatif ilişki bulunmuştur. Yaşamının bir döneminde anksiyete tanısı alma durumunda bir farklılık gözlemlenmezken, anksiyete belirti şiddeti puanlarında farklılık gözlenmesi anksiyete bozukluğunun belirti şiddeti üzerinden değerlendirilmesinden kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada anksiyete tanısı alanların anksiyete belirti düzeyi almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Konkan vd., 2013; Spitzer vd., 2006) Anksiyete tanısı alanların depresyon belirti şiddeti almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada anksiyete ve depresyon ölçekleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgular literatürle uyumludur (Teymoori vd., 2020; Wang vd., 2022). DEHB belirti şiddeti bu çalışmada anksiyete tanısı alan katılımcılarda almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca DEHB ve anksiyete belirtileri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla uyumludur (Barkley vd., 1993; Fayyad vd., 2007).

Bu çalışmada yaşamlarının bir döneminde depresyon tanısı alan katılımcıların yeme farkındalığı ile almayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak korelasyona bakıldığında depresyon belirtileri arttıkça yeme farkındalığının düştüğü görülmektedir. (Winkens, van Strien, Brouwer, Penninx ve Visser, 2019) tarafından yapılan çalışma bu bulguyu desteklemektedir. Yaşamının bir döneminde depresyon

tanısı alma durumunda bir farklılık gözlemlenmezken, depresyon belirti şiddeti puanlarında farklılık gözlenmesi depresyonun belirti şiddeti üzerinden değerlendirilmesinden kaynaklanmış olabilir. Depresyon tanısı alanların anksiyete belirti şiddeti almayanlara göre bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur ve önceki çalışmalarla uyumludur (Teymoori vd., 2020; Wang vd., 2022). Bu çalışmada depresyon tanısı alan katılımcıların DEHB belirti şiddeti almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca korelasyona bakıldığında DEHB belirti şiddeti arttıkça depresyon belirti şiddetinin de arttığı bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla uyumludur (Bron vd., 2016; Powell vd., 2021).

Yeme farkındalığı düzeylerinde yaşamının bir döneminde OKB tanısı alanlar ile almayanlar arasında bu çalışmada anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgu bu çalışmada ilk defa test edildiğinden literatüre dair bir karşılaştırma yapabilmek mümkün değildir. Bu çalışmada depresyon ve anksiyete belirti şiddeti OKB tanısı olanlarda olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşıldığı tespit edilmiştir (Inozu Mermerkaya vd., 2021; Rutter ve Brown, 2017). Bu çalışmada DEHB belirti şiddeti OKB tanısı alanlarda almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. OKB tanısına en sık eşlik eden tanılardan birinin DEHB olduğunu gösteren Geller tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada da bu ilişki desteklenmektedir (Geller, 2006).

Bu çalışmada yeme farkındalığı puanlarında DEHB tanısı alanların puanları almayanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Ayrıca ASRS toplam puanları ve alt boyutlarıyla yeme farkındalığı arasındaki korelasyona bakıldığında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/ dürtüsellik belirti şiddeti arttıkça yeme farkındalığının azaldığı görülmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite ve yeme farkındalığı arasındaki ilişki bu çalışmada ilk defa test edildiğinden literatüre dair bir karşılaştırma yapabilmek mümkün değildir. DEHB tanısı alanların almayanlara göre anksiyete ve depresyon belirti şiddetlerinin yüksek olduğu bu çalışmada bulunmuştur. Bulgu önceki yapılan çalışmalarla uyumludur (Bron vd., 2016; Powell vd., 2021). DEHB tanısı alanların ASRS puanları ve alt boyutları almayanlara göre yüksek bulunmuştur. (Kessler vd., 2007) tarafından yapılan çalışmada benzer bulguya ulaşılmıştır.

Bu çalışmada beden kütle indeksi arttıkça yeme farkındalığı düzeyinin düştüğü tespit edilmiştir. Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla uyumludur (Framson vd., 2009; Moor, Scott ve McIntosh, 2013; Özkan ve Bilici, 2021). Ayrıca BKİ kategorileri ele alındığında bu çalışmada zayıf kategorisindeki bireylerin yeme farkındalığı, normal ve hafif kilolu/ obez kategorisindeki bireylere göre yüksek bulunmuştur. 446 kişiyle yapılan bir çalışmada da beden kütle indeksi fazla kilolu ve obez kategorisinde bulunan kadın katılımcıların yeme farkındalığının, normal kategorideki kadın katılımcılara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Demirbas vd., 2021). Anksiyete belirti şiddeti ile BKİ arasında bu çalışmada anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu literatürle uyumludur (Al-Daghri vd., 2014; Brown, Schiraldi ve Wroblewski, 2009). Bu çalışmada BKİ arttıkça depresyon belirti şiddetinin de arttığı bulunmuştur. (Saules vd., 2009) tarafından 1063 kişiyle yapılmış çalışmada da BKİ ile depresyon belirti şiddeti pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca BKİ kategorilerine bakıldığında depresyon belirti şiddeti normal bireylerde fazla kilolu/obez kategorisindeki bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Önceki çalışmalara bakıldığında obezite ile depresyon arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu bulunmuştur (Stunkard, Faith ve Allison, 2003). 177 bin 47 kişiyle yapılmış çalışmada BKİ zayıf kategorisinde bulunan bireyler ile fazla kilolu ve obez olan bireylerin depresyon belirti şiddeti normal BKİ değerine sahip bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Zhao vd., 2009). Bu çalışmada BKİ değeri zayıf kategorisinde bulunan bireylerin depresyon belirti şiddetinde anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. Bu sonucun farklılığı katılımcıların depresyon düzeyini etkileyen başka değişkenlerin de bulunmasından kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmada DEHB belirti şiddetiyle beden kütle indeksi arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamamıştır. Önceki çalışmalara bakıldığında DEHB'li bireylerin daha yüksek bir beden kütle indeksine sahip olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Cortese vd., 2008; Davis vd., 2006). Bu çalışmadaki katılımcıların BKİ ortalamalarının 22.06 kg/m² olduğu görülmektedir. Davis ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada BKİ ortalamaları 26.9 kg/m² bulunmuştur. Bu çalışmadaki BKİ ortalamalarının düşük olması DEHB belirti şiddeti ile BKİ arasında anlamlı fark bulunamamasına sebep olmuş olabilir.

Bu çalışmada yaş arttıkça yeme farkındalığı düzeyinin de arttığı görülmektedir. Önceki çalışmalara bakıldığında bu bulgunun uyumlu olduğu görülmektedir (Önen ve Sandıkçı, 2021; Perera ve Silva, 2022). Bu çalışmada yaş arttıkça anksiyete belirti

şiddetinin azaldığı bulunmuştur. 8267 kişiyle yapılan çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır (Nwachukwu vd., 2020). Yaş arttıkça bu çalışmada depresyon belirtilerinin azaldığı görülmektedir. 442 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada da depresyon belirtileri ile yaş arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (Abdel Wahed ve Hassan, 2017). Bu çalışmada yaş arttıkça DEHB şiddetinin azaldığı bulunmuştur. Bulgu yapılan çalışmalarla uyumludur (Simon vd., 2009).

5.2. Yeme Farkındalığının Yordayıcılarına Ait Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada yeme farkındalığı ile ilişkili olduğu tespit edilen değişkenlerin yeme farkındalığını hangi oranda yordadığını tespit edebilmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analizin ilk basamağına atılan sosyodemografik değişkenlerden yaş ve beden kütle indeksi son modelde dahi yordayıcı gücünü kaybetmemiştir. Bu sebepten yordayıcı gücü en yüksek olan değişkenlerin yaş ve beden kütle indeksi olduğu söylenebilmektedir. Literatürde yaş ve BKİ değişkenlerinin yeme farkındalığını yordayıcılığı çoklu doğrusal regresyon analizleriyle test edilmiştir ve bu çalışmayla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Choi ve Lee tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada yaşın yeme farkındalığı ölçeğinin duygusal tepki alt boyutunu pozitif düzeyde anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir. Her ne kadar BKİ değişkeni yordayıcı olarak direkt analize alınmamış olsa da 205 hemşire ile yapılmış çalışmada obezite varlığının yeme farkındalığını negatif düzeyde anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir (Choi ve Lee, 2020).

Yeme farkındalığını yordamada ikinci basamakta gücünü kaybeden DEHB, yeme bozukluğu tanısı ve iştah değişiminin modele eklenen YAB-7 puanlarıyla birlikte yordayıcı gücünü kaybettiği söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle anksiyete belirti şiddeti modele eklendiğinde DEHB, yeme bozukluğu tanısı ve iştah değişimi yeme farkındalığını yordayıcı özelliğini yitirmektedir.

Yeme farkındalığını yordamada üçüncü basamakta gücünü kaybeden YAB-7 puanlarının modele eklenen PHQ-9 puanlarıyla birlikte yordayıcı gücünü kaybettiği söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle depresyon belirti şiddeti modele eklendiğinde anksiyete belirti şiddeti yeme farkındalığını yordayıcı özelliğini yitirmektedir. Choi ve Lee tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada mesleki stresin yeme farkındalığını

negatif düzeyde yordadığı tespit edilmiştir. Ancak bu çalışmada son modelde anksiyete puanları depresyon ile birlikte değerlendirilmiştir ve literatürde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yeme farkındalığını yordayıcılığının birlikte test edildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada PHQ-9 ile ölçülen depresyon puanlarının yeme farkındalığını yordamada YAB-7 ile ölçülen anksiyete puanlarından daha güçlü bir etkisinin olması, anksiyete belirtilerinin yordayıcı etkisini kaybetmesine sebep olmuş olabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda anksiyete belirti şiddetini ölçen başka ölçekler kullanılarak anksiyete puanlarının yeme farkındalığını yordayıcı gücünün tekrardan test edilmesi, bu bulguya dair daha net bir değerlendirme yapılmasını sağlayacaktır.

Son modelde dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutlarının eklenmesiyle yordayıcı gücünü korumaya devam eden PHQ-9 puanlarının yeme farkındalığının önemli bir yordayıcısı olduğu söylenebilmektedir. Başka bir ifadeyle diğer değişkenler kontrol edildiğinde dahi depresyon belirti şiddeti arttıkça yeme farkındalığı düşmektedir. Bu sonuçlar önceki yapılmış çalışmalarla benzerlik taşımaktadır (Winkens vd., 2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik puanları dördüncü basamakta modele eklenen diğer değişkenlerin etkisi kontrol edildiğinde dahi yeme farkındalığını negatif yönde anlamlı olarak yordamıştır. Başka bir ifadeyle sosyodemografik değişkenler ile depresyon ve anksiyete puanlarının etkisi kontrol edildiğinde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirti şiddeti arttıkça yeme farkındalığı düşmektedir. Bu hipotez daha önceki çalışmalarda test edilmemiştir. Ancak dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun bilinçli farkındalık ile negatif yönde ilişkili olması, yeme farkındalığı ile ilişkisini açıklayabilir (Modesto-Lowe vd., 2015). Ayrıca DEHB'li bireylerin anormal yeme davranışlarına sahip olma olasılığının yüksek olması da bu ilişkinin nedenlerinden biri olabilir (Davis vd., 2006). Gelecekte yapılacak çalışmalarda bu ilişkiye yönelik aracı değişkenlerin incelenmesinin bu bulgunun açıklanabilirliğini arttırması beklenmektedir.

5.3. Çalışmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olması sonuçların farkı zaman ve durumlarda test edilmesiyle farklılaşma gösterme ihtimaline sebep olabilmektedir.

Klinik olmayan örnekleme yapılan bu çalışmada hem yaş, beden kütle indeksi gibi fizyolojik değişkenlerin hem de depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri gibi psikiyatrik değişkenlerin yeme farkındalığı ile ilişkisinin ortaya konulması önemlidir. Çalışmada depresyon, anksiyete ve DEHB'nin klinik örnekleme değil yalnızca belirti şiddeti üzerinden değerlendirilmesi sınırlılıklardan biridir.

Çalışmanın 998 üniversite öğrencisinden oluşması ve uygun örnekleme metodunun kullanılması sonuçların genellenebilirliğini düşürmektedir.

Sosyodemografik değişkenlerde psikiyatrik tanı öyküsü ile ilgili soruda yaşam boyunca alınan psikiyatrik tanının sorulmuş olması tanıların akut veya geçmiş dönemde olmasının ayırt edilmesini güçleştirmektedir. Ayrıca sonuçlar tamamen katılımcıların öz bildirimine bağlıdır ve bu durum sınırlılık oluşturmaktadır.

Çalışmanın 998 kişiden oluşan büyük bir örnekleme yapılmış olması güçlü yönlerinden bir olarak kabul edilebilir.

Yeme farkındalığının DEHB ile ilişkisine yönelik yapılan ilk çalışmalardan biri olması çalışmanın özgün niteliğini desteklemektedir. Yeme farkındalığını etkileyen psikiyatrik belirtilerin hiyerarşik regresyonla incelenmesine yönelik yapılan ilk çalışmalardan biri olması da özgün niteliği desteklemektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada yeme farkındalığının anksiyete, depresyon ve DEHB belirtileri ile ilişkisi incelenmiştir. Bu ilişkiyi anlamaya yönelik hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda son modelde yaş, beden kütle indeksi, depresyon belirti şiddeti ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin yeme farkındalığını anlamlı olarak yordadıkları tespit edilmiştir. Ancak anksiyete belirtilerinin son modelde yeme farkındalığını anlamlı olarak yordamadığı tespit edilmiştir. DEHB belirti şiddeti arttıkça yeme farkındalığı düzeyi düşmektedir. Yeme farkındalığının depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite belirti şiddeti ile ilişkisi gelecekte bu bireylere yönelik yapılacak müdahale çalışmalarla desteklenmelidir.

Anksiyete, depresyon ve DEHB belirtilerine dair bulguların, gelecekte yapılacak çalışmalarda farklı ölçeklerle test edilmesi sonuçların karşılaştırılabilmesi adına önemlidir.

Yeme farkındalığının psikolojik faktörlerle ilişkisine dair önemli bulgular sunan bu çalışmanın psikoloji alanı kapsamında yapılacak çalışmalara ışık tutması beklenmektedir. Yeme farkındalığının psikiyatrik sorunlar ile ilişkisi klinik örnekleme yapılacak çalışmalarla desteklenmelidir.

REFERANSLAR

- Abdel Wahed, W. Y. ve Hassan, S. K. (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77–84. doi:10.1016/j.ajme.2016.01.005
- Afari, N., Schmalting, K. B., Barnhart, S. ve Buchwald, D. (2001). Psychiatric comorbidity and functional status in adult patients with asthma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(4), 245–252. doi:10.1023/A:1011912712262
- Akın, S., Yılmaz Akyüz, E., Bülbül, E., Tekce, K., Türk, S., Kaplanoğlu, F., ... Demir, Y. (2022). Bir Devlet Üniversitesi'nde Okumakta Olan Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Obezite Görülme Sıklığı ve Obezite Farkındalık Düzeyi ile Yeme Alışkanlıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 32(1), 92–102.
- Al-Daghri, N. M., Al-Othman, A., Al-Attas, O. S., Alkharfy, K. M., Alokail, M. S., Albanyan, A., ... Chrousos, G. P. (2014). Stress and cardiometabolic manifestations among Saudi students entering universities: a cross-sectional observational study. *BMC Public Health*, 14(1), 391. doi:10.1186/1471-2458-14-391
- Alberts, H. J. E. M., Thewissen, R. ve Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847–851. doi:10.1016/j.appet.2012.01.009
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (E. Köroğlu, Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, L. M., Reilly, E. E., Schaumberg, K., Dmochowski, S. ve Anderson, D. A. (2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 83–90. doi:10.1007/s40519-015-0210-3
- Arslan, M. (2019). The relationship between healthcare professionals' mindful eating, eating attitudes, and body mass index. *Progress in Nutrition*, 21(4), 900–908. doi:10.23751/pn.v21i4.8574
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. doi:10.1093/clipsy.bpg015
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J. ve Shelton, T. L. (1993). Driving-related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: A 3- to 5-year follow-up survey. *Pediatrics*, 92(2), 212–218. doi:10.1542/peds.92.2.212

- Beshara, M., Hutchinson, A. D. ve Wilson, C. (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, 67, 25–29. doi:10.1016/j.appet.2013.03.012
- Breslau, N. ve Klein, D. F. (1999). Smoking and panic attacks: An epidemiologic investigation. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1141–1147. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1141
- Bron, T. I., Bijlenga, D., Verduijn, J., Penninx, B. W. J. H., Beekman, A. T. F. ve Kooij, J. J. S. (2016). Prevalence of ADHD symptoms across clinical stages of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 197, 29–35. doi:10.1016/j.jad.2016.02.053
- Brown, S. L., Schiraldi, G. R. ve Wroblewski, P. P. (2009). Association of Eating Behaviors and Obesity with Psychosocial and Familial Influences. *American Journal of Health Education*, 40(2), 80–89. doi:10.1080/19325037.2009.10599082
- Chaiton, M. O., Cohen, J. E., O’Loughlin, J. ve Rehm, J. (2009). A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health*, 9(1), 356. doi:10.1186/1471-2458-9-356
- Choi, S. ve Lee, H. (2020). Associations of mindful eating with dietary intake pattern, occupational stress, and mental well-being among clinical nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 355–362. doi:10.1111/ppc.12441
- Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M., ... Mouren, M.-C. (2008). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: A Systematic Review of the Literature. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 48(6), 524–537. doi:10.1080/10408390701540124
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L. ve Begay, D. (2010). Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine*, 18(6), 260–264. doi:10.1016/j.ctim.2010.09.008
- Das, D., Cherbuin, N., Butterworth, P., Anstey, K. J. ve Easteal, S. (2012). A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *PLoS ONE*, 7(2), e31500. doi:10.1371/journal.pone.0031500
- Davis, C., Levitan, R. D., Smith, M., Tweed, S. ve Curtis, C. (2006). Associations among overeating, overweight, and attention deficit/hyperactivity disorder: A structural equation modelling approach. *Eating Behaviors*, 7(3), 266–274. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.09.006

- Demirbas, N., Kutlu, R. ve Kurnaz, A. (2021). The Relationship between Mindful Eating and Body Mass Index and Body Compositions in Adults. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 77(5), 1–9. doi:10.1159/000518675
- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G. ve Küçükgöncü, S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77–87.
- Dukarm, C. P. (2005). Bulimia nervosa and attention deficit hyperactivity disorder: a possible role for stimulant medication. *Journal of Women's Health*, 14(4), 345–350.
- Fasmer, O. B., Riise, T., Eagan, T. M., Lund, A., Dilsaver, S. C., Hundal, Ø. ve Oedegaard, K. J. (2011). Comorbidity of Asthma With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 564–571. doi:10.1177/10870547110372493
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402–409. doi:10.1192/bjp.bp.106.034389
- Fennig, S. ve Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(1), 32–39. doi:10.3109/08039480903265751
- Fluharty, M., Taylor, A. E., Grabski, M. ve Munafò, M. R. (2017). The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(1), 3–13. doi:10.1093/ntr/ntw140
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S. ve Benitez, D. (2009). Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. doi:10.1016/j.jada.2009.05.006
- Geller, D. A. (2006). Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 353–370. doi:10.1016/j.psc.2006.02.012
- Giannopoulou, I., Kotopoulea-Nikolaidi, M., Daskou, S., Martyn, K. ve Patel, A. (2020). Mindfulness in Eating Is Inversely Related to Binge Eating and Mood Disturbances in University Students in Health-Related Disciplines. *Nutrients*, 12(2), 396. doi:10.3390/nu12020396
- Hendrickson, K. L. ve Rasmussen, E. B. (2017). Mindful eating reduces impulsive food choice in adolescents and adults. *Health Psychology*, 36(3), 226–235. doi:10.1037/hea0000440

- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L. A., Donders, R., Kan, C. C. ve Speckens, A. E. M. (2019). The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 351–362. doi:10.1177/1087054715613587
- Hinz, A., Klein, A. M., Brähler, E., Glaesmer, H., Luck, T., Riedel-Heller, S. G., ... Hilbert, A. (2017). Psychometric evaluation of the Generalized Anxiety Disorder Screener GAD-7, based on a large German general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 210, 338–344. doi:10.1016/j.jad.2016.12.012
- Inozu Mermerkaya, M., Keser, E., Erel Gozagac, S., Akin, B., Hacıomeroglu, A. B. ve Ozmenler, K. N. (2021). The Investigation of Transdiagnostic Role of Obsessive Beliefs: Comparison of Clinical Groups Diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder, Anxiety Disorders and Depression with University Students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 33(1), 22–31. doi:10.5080/u25933
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi:10.1093/clipsy.bpg016
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T. ve Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 52–65. doi:10.1002/MPR.208
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256. doi:10.1017/S0033291704002892
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... Zaslavsky, A. M. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.716
- Khan, Z. ve Zadeh, Z. F. (2014). Mindful Eating and it's Relationship with Mental Well-being. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 69–73. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.330
- Kocalevent, R.-D., Hinz, A. ve Brähler, E. (2013). Standardization of the depression screener Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 551–555. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.04.006
- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E. ve Sungur, M. Z. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(1), 53–58. doi:10.4274/npa.y6308

- Kooij, J. J. S., Burger, H., Boonstra, A. M., der Linden, P. D., Kalma, L. E. ve Buitelaar, J. K. (2004). Efficacy and safety of methylphenidate in 45 adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized placebo-controlled double-blind cross-over trial. *Psychological medicine*, 34(6), 973–982.
- Köse, G., Tayfur, M., Birinciöglu, İ. ve Dönmez, A. (2017). Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 3(27), 1. doi:10.5455/jcbpr.250644
- Köse, G., Tayfur, M. ve Karayigit, R. (2021). BMI, Physical Activity, Sleep Quality, Eating Attitudes, Emotions: Which One is Affected by Mindful Eating? *Progress in Nutrition*, 23(1), e2021002–e2021002. doi:10.23751/pn.v23i1.9194
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. ve Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
- Mantzios, M., Egan, H., Hussain, M., Keyte, R. ve Bahia, H. (2018). Mindfulness, self-compassion, and mindful eating in relation to fat and sugar consumption: an exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 833–840. doi:10.1007/s40519-018-0548-4
- Mason, A. E., Epel, E. S., Kristeller, J., Moran, P. J., Dallman, M., Lustig, R. H., ... Daubenmier, J. (2016). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the SHINE randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(2), 201–213. doi:10.1007/s10865-015-9692-8
- Maxwell, M. A. ve Cole, D. A. (2009). Weight change and appetite disturbance as symptoms of adolescent depression: Toward an integrative biopsychosocial model. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 260–273. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.007
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K. ve Koretz, D. S. (2010). Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, 125(1), 75–81. doi:10.1542/peds.2008-2598
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Chen, L. ve Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 37–44. doi:10.1097/00004583-199701000-00015

- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C. ve Kollins, S. H. (2017). A Pilot Trial of Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Impact on Core Symptoms, Executive Functioning, and Emotion Dysregulation. *Journal of attention disorders*, 21(13), 1105. doi:10.1177/1087054713513328
- Modesto-Lowe, V., Farahmand, P., Chaplin, M. ve Sarro, L. (2015). Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder? *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 397. doi:10.5498/10.5498/wjp.v5.i4.397
- Moghimi, E., Davis, C., Bonder, R., Knyahnytska, Y. ve Quilty, L. (2022). Exploring women's experiences of treatment for binge eating disorder: Methylphenidate vs. cognitive behavioural therapy. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 114, 110492. doi:10.1016/j.pnpbp.2021.110492
- Moor, K. R., Scott, A. J. ve McIntosh, W. D. (2013). Mindful Eating and Its Relationship to Body Mass Index and Physical Activity Among University Students. *Mindfulness*, 4(3), 269–274. doi:10.1007/s12671-012-0124-3
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P. ve Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12), 1045–1057. doi:10.1002/eat.22643
- Nwachukwu, I., Nkire, N., Shalaby, R., Hrabok, M., Vuong, W., Gusnowski, A., ... Agyapong, V. I. O. (2020). Covid-19 pandemic: Age-related differences in measures of stress, anxiety and depression in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–10. doi:10.3390/ijerph17176366
- Önen, C. ve Sandıkçı, M. B. (2021). Reflection of Eating Awareness and Life Engagement of University Students on the Coronavirus (COVID-19) Pandemic. *Progress in Nutrition*, 23(S2), e2021265. doi:10.23751/pn.v23iS2.12079
- Özkan, N. ve Bilici, S. (2021). Are anthropometric measurements an indicator of intuitive and mindful eating? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(2), 639–648. doi:10.1007/s40519-020-00904-9
- Pallister, E. ve Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 366–386. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.001
- Perera, T. ve Silva, T. (2022). Challenges and Opportunities for Mindful Eating During the Pandemic. *Current Developments in Nutrition*, 6(Supplement_1), 156–156. doi:10.1093/cdn/nzac051.072
- Pintado-Cucarella, S. ve Rodríguez-Salgado, P. (2016). Mindful eating and its relationship with body mass index, binge eating, anxiety and negative affect. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 8(2), 19–24. doi:10.1016/j.jbhsi.2016.11.003

- Powell, V., Agha, S. S., Jones, R. B., Eyre, O., Stephens, A., Weavers, B., ... Rice, F. (2021). ADHD in adults with recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1153–1160. doi:10.1016/j.jad.2021.09.010
- Ptacek, R., Kuzelova, H., Papežová, H. ve Stěpánková, T. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder and eating disorders. *Prague Medical Report*, 111, 175–181.
- Ptacek, R., Stefano, G., Weissenberger, S., Akotia, D., Raboch, J., Papezova, H., ... Domkarova, L. (2016). Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 571. doi:10.2147/NDT.S68763
- Rutter, L. A. ve Brown, T. A. (2017). Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) in Outpatients with Anxiety and Mood Disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 140–146. doi:10.1007/s10862-016-9571-9
- Salem, H., Vivas, D., Cao, F., Kazimi, I. F., Teixeira, A. L. ve Zeni, C. P. (2018). ADHD is associated with migraine: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3), 267–277. doi:10.1007/s00787-017-1045-4
- Salpekar, J. (2018). Links between epilepsy and ADHD: Time to focus and act. *Epilepsy Currents*, 18(3), 160–161. doi:10.5698/1535-7597.18.3.160
- Sanlier, N., Kocabas, Ş., Ulusoy, H. G. ve Celik, B. (2022). The Relationship between Adults' Perceptions, Attitudes of COVID-19, Intuitive Eating, and Mindful Eating Behaviors. *Ecology of Food and Nutrition*, 61(1), 90–109. doi:10.1080/03670244.2021.1968849
- Sari, Y. E., Kokoglu, B., Balcioglu, H., Bilge, U., Colak, E. ve Unluoglu, I. (2016). Turkish reliability of the patient health questionnaire-9. *Biomedical Research (India)*, 27(Special Issue), 460–462.
- Saules, K. K., Collings, A. S., Hoodin, F., Angelella, N. E., Alschuler, K., Ivezaj, V., ... Wiedemann, A. A. (2009). The contributions of weight problem perception, BMI, gender, mood, and smoking status to binge eating among college students. *Eating Behaviors*, 10(1), 1–9. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.07.010
- Schulte, S. J. (2016). Predictors of binge eating in male and female youths in the United Arab Emirates. *Appetite*, 105, 312–319. doi:10.1016/J.APPET.2016.06.004
- Shapira, L. B. ve Courbasson, C. M. (2011). Depression and anxiety: Predictors of eating disorder symptoms and substance addiction severity. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 4(3), 222–238. doi:10.1080/17523281.2011.578074

- Shaw, R. ve Cassidy, T. (2022). Self-Compassion, Mindful Eating, Eating Attitudes and Wellbeing Among Emerging Adults. *The Journal of Psychology*, 156(1), 33–47. doi:10.1080/00223980.2021.1992334
- Simms, L. J., Grös, D. F., Watson, D. ve O’Hara, M. W. (2008). Parsing the general and specific components of depression and anxiety with bifactor modeling. *Depression and Anxiety*, 25(7), E34–E46. doi:10.1002/da.20432
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á. ve Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204–211. doi:10.1192/bjp.bp.107.048827
- Sojcher, R., Gould Fogerite, S. ve Perlman, A. (2012). Evidence and Potential Mechanisms for Mindfulness Practices and Energy Psychology for Obesity and Binge-Eating Disorder. *EXPLORE*, 8(5), 271–276. doi:10.1016/J.EXPLORE.2012.06.003
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. ve Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Steuber, T. L. ve Danner, F. (2006). Adolescent smoking and depression: Which comes first? *Addictive Behaviors*, 31(1), 133–136. doi:10.1016/j.addbeh.2005.04.010
- Strimas, R., Davis, C., Patte, K., Curtis, C., Reid, C. ve McCool, C. (2008). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder, overeating, and body mass index in men. *Eating Behaviors*, 9(4), 516–518. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.07.005
- Stunkard, A. J., Faith, M. S. ve Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54(3), 330–337. doi:10.1016/S0006-3223(03)00608-5
- Swinbourne, J. M. ve Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253–274. doi:10.1002/erv.784
- Taylor, M. B., Daiss, S. ve Krietsch, K. (2015). Associations among self-compassion, mindful eating, eating disorder symptomatology, and body mass index in college students. *Translational Issues in Psychological Science*, 1(3), 229–238. doi:10.1037/tps0000035
- Teymoori, A., Gorbunova, A., Haghish, F. E., Real, R., Zeldovich, M., Wu, Y. J., ... Steinbüchel, N. V. (2020). Factorial structure and validity of depression (Phq-9) and anxiety (gad-7) scales after traumatic brain injury. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 873. doi:10.3390/jcm9030873
- Thomas, J., Jones, G., Scarinci, I. ve Brantley, P. (2003). A Descriptive and Comparative Study of the Prevalence of Depressive and Anxiety Disorders in Low-Income Adults With Type 2 Diabetes and Other Chronic Illnesses. *Diabetes Care*, 26(8), 2311–2317. doi:10.2337/diacare.26.8.2311

- Timmerman, G. M. ve Brown, A. (2012). The Effect of a Mindful Restaurant Eating Intervention on Weight Management in Women. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(1), 22–28. doi:10.1016/j.jneb.2011.03.143
- Tufan, A. E. ve Yaluğ, İ. (2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda tıbbi eş tanılar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 187–200. www.capps.org/archives/vol1/ adresinden erişildi.
- von Siemens, S. M., Jörres, R. A., Behr, J., Alter, P., Lutter, J., Lucke, T., ... Kahnert, K. (2019). Effect of COPD severity and comorbidities on the result of the PHQ-9 tool for the diagnosis of depression: results from the COSYCONET cohort study. *Respiratory Research*, 20(1), 30. doi:10.1186/s12931-019-0997-y
- Wang, X., Lin, J., Liu, Q., Lv, X., Wang, G., Wei, J., ... Si, T. (2022). Major depressive disorder comorbid with general anxiety disorder: Associations among neuroticism, adult stress, and the inflammatory index. *Journal of Psychiatric Research*, 148, 307–314. doi:10.1016/j.jpsychires.2022.02.013
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. doi:10.1007/s13311-012-0135-8
- Winkens, L. H. H., van Strien, T., Brouwer, I. A., Penninx, B. W. J. H. ve Visser, M. (2019). Mindful eating and change in depressive symptoms: Mediation by psychological eating styles. *Appetite*, 133, 204–211. doi:10.1016/j.appet.2018.11.009
- Winkens, L. H. H., van Strien, T., Brouwer, I. A., Penninx, B. W. J. H., Visser, M. ve Lähteenmäki, L. (2018). Associations of mindful eating domains with depressive symptoms and depression in three European countries. *Journal of Affective Disorders*, 228, 26–32. doi:10.1016/j.jad.2017.11.069
- Woolhouse, H., Knowles, A. ve Crafti, N. (2012). Adding Mindfulness to CBT Programs for Binge Eating: A Mixed-Methods Evaluation. *Eating Disorders*, 20(4), 321–339. doi:10.1080/10640266.2012.691791
- World Health Organization. (y.y.). Body mass index (BMI). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index> adresinden erişildi.
- Yalın, K. (2021). *Yeme tutumlarını yordamada öz anlayış ve yeme farkındalığının rolü.* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) Işık Üniversitesi, İstanbul.
- Yang, C. F., Yang, C. C. ve Wang, I. J. (2018). Association between allergic diseases, allergic sensitization and attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A large-scale, population-based study. *Journal of the Chinese Medical Association*, 81(3), 277–283. doi:10.1016/j.jcma.2017.07.016

- Zamboni, L., Marchetti, P., Congiu, A., Giordano, R., Fusina, F., Carli, S., ... Lugoboni, F. (2021). ASRS Questionnaire and Tobacco Use: Not Just a Cigarette. A Screening Study in an Italian Young Adult Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2920. doi:10.3390/ijerph18062920
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z. ve Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597–605. doi:10.1016/j.concog.2010.03.014
- Zhao, G., Ford, E. S., Dhingra, S., Li, C., Strine, T. W. ve Mokdad, A. H. (2009). Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *International Journal of Obesity*, 33(2), 257–266. doi:10.1038/ijo.2008.268
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., ... Smalley, S. L. (2008). Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737–746. doi:10.1177/1087054707308502

EKLER

EK A

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Psikoloji Bölümü Araştırma Görevlisi Melek Fatma Nur Tarakçıoğlu tarafından, Doç. Dr. Vahdettin Görmez danışmanlığında İbn Haldun Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı kapsamında yürütülen tez çalışması için yapılmaktadır.

Araştırma kapsamında sizden bir dizi soruya cevap vermeniz beklenmektedir. Lütfen soruları dikkatli bir şekilde okuyarak kendinize en uygun gelen cevap/cevapları işaretleyiniz. Soruları cevaplamanız yaklaşık 10 dakika sürmektedir.

Bu araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılım için tek şart üniversite lisans öğrencisi olmaktır. Dilediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu araştırmada sizlere kimlik belirleyici herhangi bir soru yöneltilmeyecek ve araştırma ile ilgili bütün kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak isterseniz, xxxxxx@ibnhaldun.edu.tr e-posta adresi üzerinden Arş. Gör. Melek Fatma Nur Tarakçıoğlu ile irtibata geçebilirsiniz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çalışmadan çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Evet Hayır

EK B

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

- 1) Üniversiteniz: _____
- 2) Bölümünüz: _____
- 3) Sınıfınız
a) Hazırlık b) 1.Sınıf c) 2. Sınıf d) 3. Sınıf e) 4. Sınıf f) 5. Sınıf g) 6. Sınıf h) Diğer _____
- 4) Cinsiyetiniz:
a) Kadın b) Erkek
- 5) Medeni Haliniz:
a) Bekar b) Evli c) Dul (Eşi vefat etmiş) d) Boşanmış
- 6) Yaşınız _____
- 7) Boy Uzunluğunuz _____ cm
Kilonuz _____ kg
- 8) Nerede kalıyorsunuz?
a) Öğrenci Yurdu c) Aile Evi
b) Öğrenci Evi d) Akraba Evi
- 9) Doktor tarafından teşhis edilmiş herhangi bir fiziksel (psikiyatrik olmayan) kronik rahatsızlığınız var mı?
a) Evet.
Yanıtınız evet ise lütfen rahatsızlığınızı belirtiniz _____
b) Hayır.
- 10) Yaşamınızın herhangi bir dönemde aşağıdaki tanılardan birini aldınız mı? Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.
a) Hayır.
b) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
c) Depresyon
d) Anksiyete Bozukluğu (Anksiyete, Yaygın Kaygı, Sosyal Fobi, Panik Bozukluk, Fobi vb.)
e) Obsesif Kompulsif Bozukluk
f) Yeme Bozuklukları (Tıkınırcasına Yeme, Anoreksiya Nervoza, Bulumiya Nervoza vb.)

- g) Bipolar Bozukluk
- h) Şizofreni
- i) Diğer _____

11) Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet.
- b) Hayır.

12) Son iki hafta içerisinde iştahınızda bir değişim oldu mu?

- a) Evet.
- b) Hayır.

13) Düzenli ilaç kullanımınız var mı?

- a) Evet.
- b) Hayır.



EK C

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ(YFÖ-30)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. (1 = Hiç, 2= Nadiren, 3= Bazen, 4 = Sık Sık, 5 = Her Zaman)	1	2	3	4	5
1. Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.	1	2	3	4	5
2. Ana öğünümü ekmezsiz yiyemem.	1	2	3	4	5
3. Lokmalarımı çiğnemedemden yutarım.	1	2	3	4	5
4. Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.	1	2	3	4	5
5. Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.	1	2	3	4	5
6. Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.	1	2	3	4	5
7. Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçırım.	1	2	3	4	5
8. Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.	1	2	3	4	5
9. Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5
10. Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.	1	2	3	4	5
11. Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.	1	2	3	4	5
12. Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
13. Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.	1	2	3	4	5
14. Birdenbire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.	1	2	3	4	5
15. Yediğim her lokmanın tadına varırım.	1	2	3	4	5
16. Sık sık diyet yaparım.	1	2	3	4	5
17. Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.	1	2	3	4	5
18. Öğün saatlerim bellidir.	1	2	3	4	5
19. Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.	1	2	3	4	5
20. Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.	1	2	3	4	5
21. Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.	1	2	3	4	5
22. Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.	1	2	3	4	5
23. Canım sıkılınca yerim.	1	2	3	4	5
24. Sağlıklı beslenirim.	1	2	3	4	5
25. Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.	1	2	3	4	5
26. Yediğimi fark etmeden atıştırırım.	1	2	3	4	5
27. Küçük lokmalarla yerim.	1	2	3	4	5
28. Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.	1	2	3	4	5
29. Yerken otomatik pilota bağlarım.	1	2	3	4	5
30. Mutlu olmak için çikolata yerim.	1	2	3	4	5

EK D

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE KENDİ BİLDİRİM
ÖLÇEĞİ(ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları **yanıtlarken son 6 ay içinde** nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz. (0 = Asla, 1= Nadiren, 2= Bazen , 3 = Sık, 4 = Çok Sık)

A BÖLÜMÜ		0	1	2	3	4
1.	Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?	0	1	2	3	4
2.	Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?	0	1	2	3	4
3.	Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?	0	1	2	3	4
4.	Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?	0	1	2	3	4
5.	Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?	0	1	2	3	4
6.	Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?	0	1	2	3	4
B BÖLÜMÜ		0	1	2	3	4
7.	Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0	1	2	3	4
8.	Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
9.	Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	0	1	2	3	4
10.	Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?	0	1	2	3	4
11.	Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?	0	1	2	3	4
12.	Orada oturmanız beklediğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?	0	1	2	3	4
13.	Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?	0	1	2	3	4
14.	Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
15.	Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?	0	1	2	3	4
16.	Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?	0	1	2	3	4
17.	Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
18.	Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?	0	1	2	3	4

EKE

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TESTİ-7(YAB-7)

Lütfen son 2 hafta içinde yaşadıklarınız ve durumumuzu düşününüz. Sizin için uygun olan seçiminizi 4 dereceli çizelgede işaretleyiniz. (0=Hiç, 1= Birçok Gün, 2=Günlerin Yarısından Fazlasında, 3=Hemen Hemen Her Gün) anlamına gelmektedir.		0	1	2	3
1.	Sinirli, kaygılı ve endişeli misiniz?	0	1	2	3
2.	Endişelerinizi kontrol edememe, durduramama?	0	1	2	3
3.	Farklı konularda çok fazla endişelenme?	0	1	2	3
4.	Gevşeyip, rahatlayamama?	0	1	2	3
5.	Yerinizde duramayacak kadar kıpır, kıpır huzursuz olma?	0	1	2	3
6.	Çabuk sinirlenme, kızma ya da huzursuz olma?	0	1	2	3
7.	Çok kötü bir şey olacak diye korkma?	0	1	2	3
TOPLAM					

EK F

HASTA SAĞLIK ANKETİ (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? Cevabınızı işaretleyiniz. (0) Hiç, (1) Birkaç gün, (2) Günlerin yarısından fazla, (3) Hemen hemen her gün	0	1	2	3
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyuma	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3
TOPLAM				
<p>Bu sorunlardan <u>herhangi birini</u> işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar <u>zorluk yarattı</u>? İşaretleyiniz.</p> <p><input type="checkbox"/> Hiç zorluk yaratmadı. <input type="checkbox"/> Oldukça zorluk yarattı. <input type="checkbox"/> Çok zorluk yarattı. <input type="checkbox"/> Aşırı derecede zorluk yarattı.</p>				

EK G

ETİK KURUL İZİN BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.04.2022-12837



T.C.
İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği
Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-71395021-020-12837
Konu : Melek Fatma Nur TARAKÇIOĞLU-
Etik Kurul Kararı

15.04.2022

İLGİLİ MAKAMA

Kurulumuza başvuran Melek Fatma Nur TARAKÇIOĞLU'nun "Üniversite Öğrencilerinde Yeme Farkındalığının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite, Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkinin İncelenmesi" isimli projesi; amaç, araştırma türü, veri toplama araçları, süreç ve işlemler, veri analizleri dikkate alınmak suretiyle 22.03.2022 tarihinde değerlendirilerek 2022/03-6 karar numarası ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Alev ERKİLET
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS58HK7NC Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ibn-haldun-universitesi-ebys>
Adres: Başak Mah. Ordu Cad. No:3 P.K. 34480 Başakşehir / İstanbul Bilgi için: Neslihan Pala
Telefon:0212 692 0212 Faks:0212 551 6464 Unvanı: Sekreter
Kep:ihu@hs01.kep.tr e-Posta:info@ihu.edu.tr Elektronik Ağ:www.ihu.edu.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Ad ve Soyad:

Melek Fatma Nur Tarakçıoğlu

İletişim Bilgileri:

E-posta (1): xxxxxxxxxxxx@ihu.edu.tr

E-posta (2): xxxxxxxxxxxx@selcuk.edu.tr

Eğitim:

2015 – 2019 Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Lisans, İstanbul Medipol
Üniversitesi, Türkiye

2019-2022 Klinik Psikoloji Yüksek Lisans, İbn Haldun Üniversitesi,
Türkiye

İş Deneyimi:

2020 – Selçuk Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
Araştırma Görevlisi