

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİR KPSS KURSUNDAKİ ÖĞRENCİLERİN YEME
DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN ETMENLER, BENLİK
SAYGISI VE DEPRESYON

Merve Hale YÜCELİ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BİR KPSS KURSUNDAKİ ÖĞRENCİLERİN YEME
DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN ETMENLER, BENLİK
SAYGISI VE DEPRESYON

Merve Hale YÜCELİ
120701014

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Funda ŞENSOY

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

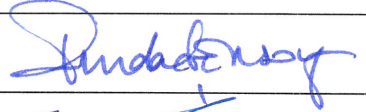
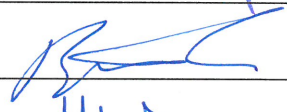

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Merve Hale Yüceli
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik
Danışman : Dr. Öğr.Üyesi Funda Şensoy

Öğrenci No : 164006022
Tez Savunma Tarihi: 31.07.2019
Tez Savunma Saati: 14.30

Tez Konusu : KPSS ÖĞRENCİLERİNİN YEME DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN ETMENLER,
BENLİK SAYGISI VE DEPRESYON

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL 'ne
OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Funda Şensoy (Fenerbahçe Üniversitesi)	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Burcu Yeşilkaya	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Nermin Eroğlu (Fenerbahçe Üniversitesi)	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Fuat Nihat Özaydın		
Dr. Öğr.Üyesi Anıl Tosun (Fenerbahçe Üniversitesi)		

ÖZET

Bu tez çalışması Adana/Kozan ilçe merkezinde bulunan KPSS kursuna kayıtlı öğrencilerin yeme davranışı ve etkileyen faktörler ile benlik saygısı ve depresyonun birbirleriyle ilişkilerinin saptanması amacıyla yapılmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket kullanılarak toplanmıştır. Ankette, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 9 soru bulunmaktadır. Ek olarak olguların yeme davranışını değerlendiren 33 soruluk Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ), benlik saygılarını değerlendiren Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve depresyon puanını belirten Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği ankete dahil edilmiştir. Öğrencilerin BKİ değerlendirildiğinde %60,9 kadın ve %39,1 erkek katılımcıdan oluşan evrenimizde %1,4'ü obez ve %39,9'u fazla kilolu birey bulunmuştur. Obez öğrencilerin %50'si kadın, %50'si erkek; ve fazla kilolu öğrencilerin %34,5'i kadın, %65,5'i erkek olarak saptanmıştır. Erkeklere oranla kadın katılımcılarımızda duygusal yeme davranışının fazla olduğu görülmüştür. Diğer yeme davranışlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bireylerin BKİ değerleri yükseldikçe dışsal yeme davranışında azalma, kısıtlayıcı yeme davranışında artma görülmüştür. BKİ ile duygusal yeme davranışı, benlik saygısı ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Katılımcıların depresyon ihtimalleri arttıkça duygusal yeme davranışında artış görülmüştür. Katılımcılarda benlik saygısı azaldıkça depresyon puanlarında artış saptanmıştır. Katılımcıların benlik saygısı düzeyleri ile yeme davranışları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Alkol kullanmayanların dışsal yeme puanında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptanmıştır.

Yeme davranışını etkileyen birbiriyle ilişkili çok fazla etken bulunmaktadır. Bu etkenlerden yola çıkarak yeme davranışı bozukluğu, yemeye bağlı psikolojik ve fizyolojik hastalıklar ile obezitenin gerçekleşmeden önce tedbirini almak kolaylaşabilir. Aynı zamanda, topluma yönelik eğitimler ve yeni tedavi yöntemlerinin bulunmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Yeme davranışı, DEBQ, Birinci basamak, depresyon, benlik saygısı.

ABSTRACT

THE FACTORS OF INFLUENCE EATING BEHAVIOURS, SELF ESTEEM AND DEPRESSION OF THE PPSE EXAM STUDENTS

Our study is conducted in Adana/ Kozan county centre to define the students' attending the course for PPSE (Public Personal Selection Examination)- eating behaviours and influencing factors, together with the relationship between self esteem, depression and eating behaviour.

Parameters collected by a survey prepared by the investigator. In that survey there were 9 questions, which is to determine the participants' sociodemographic characteristics. Additionally, The Dutch Eating Behaviors (DEBQ) survey with 33 questions evaluating the eating behaviors of the cases, Rosenberg Self-esteem Scale evaluating the self esteem and Beck Depression Inventory for Primary Care BDÖ-BB Scale evaluating the depression status added to the survey. When the data evaluated participants' BMI, in our universe of 69.9% female and 39.1% male participants; 1.4% were obese and 39.9% were overweight. It was determined that from obese participants, 50% were female, 50% were male; and from the overweight participants, 34.5% were female, 65.5% were male. In the female participants, emotional eating behaviour were considerably higher compared to the males. It was observed that when the BMI of participants increased, external eating behavior decreased and restrained eating behavior is also increased. There was also no relationship between the BMI of participants and emotional eating behaviours, self esteem and depression. It is observed that when the participants' depression was increasing, self esteem was increasing. When the participants' self esteem was decreasing, depression was increasing. There wasn't any relationship between eating behaviour and self esteem. Both in females and males, the ones who don't drink alcohol, external eating behaviour is found istatistically decreased.

There are lots of factors which are influencing eating behaviours and most of them are related with each other. With the definition of these factors and their relations with each other, early diagnosis of eating disorder behaviours, eating disorders and obesity may take place; also, this may guide us to define community oriented education and new treatment modalities.

Key words: Eating Behaviour, DEBQ, First Step, Depression, Self Esteem.

ÖNSÖZ

Hayatım boyunca beni maddi ve manevi olarak destekleyen ve teşvik eden, her koşulda bana sonsuz güvenen çok değerli aileme çok teşekkür ediyorum.

Araştırmam boyunca akademik bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Funda ŞENSOY'a teşekkür ederim.

Merve Hale YÜCELİ

Haziran / 2019

BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı akademik kurallara, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı bir yola başvurmaksızın hazırladığımı, yararlandığım eserleri etik dışı davranışlar olmaksızın elde ettiğimi ve kaynakçada gösterdiğimi doğrularım. Bu tezin patent ve telif haklarını ihlal edici olmadığını beyan ederim.

Merve Hale YÜCELİ



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.YEME DAVRANIŞI.....	3
2.1.1.Yeme Davranışı Teorileri.....	4
2.1.2.1.Duygusal Yeme Teorisi (Emosyonel Yeme).....	4
2.1.2.2.Kısıtlama Teorisi.....	5
2.1.2.3.Dışsalık teorisi.....	6
2.1.2.Yeme Mekanizması.....	7
2.1.2.1.Yeme Davranışının Fizyolojik Yanı	7
2.1.2.2.Yeme Davranışının Psikolojik Yanı	8
2.1.3.Yeme bağımlılığı.....	10
2.2.YEME BOZUKLUKLARI.....	11
2.2.1.Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi.....	13
2.2.2. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	15
2.2.3.Anoreksiya Nervoza.....	15
2.2.3.1.Aneroksiya Nervoza (AN) Tam Kriterleri.....	16
2.2.3.2.Aneroksiya Nervoza (AN) Semptomları.....	17
2.2.3.3.Aneroksiya Nervoza (AN) Tedavisi.....	17
2.2.4.Bulimiya Nervoza.....	18
2.2.4.1.Bulimiya Nervoza (BN) Tam Kriterleri.....	19

2.2.4.2.Bulimiya Nervoza (BN) Semptomları.....	20
2.2.4.3.Bulimiya Nervoza (BN) Tedavisi.....	20
2.2.5.Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Yeme Bozuklukları..	21
2.2.5.1.BTA Tanı Kriterleri.....	22
2.2.5.2.Tıkıncasına yeme bozukluğu (Binge Eating).....	22
2.2.5.2.1.TYB Tanı Kriterleri.....	23
2.2.6.Diğer (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları.....	23
2.2.6.1.Ortoreksiya Nervoza.....	23
2.2.6.2. Picky Eating (Kuş Gibi Beslenme).....	24
2.2.6.3. Night Eating Syndrome (Gece Yeme Sendromu).....	25
2.2.6.4.Bigoreksiya (Kas Dismorfisi).....	25
2.2.6.5.Pika.....	26
2.3.OBEZİTE.....	27
2.4.YEME BOZUKLUKLARI, OBEZİTE VE PSİKIYATRİK EŞ TANILARI..	31
2.5.BENLİK SAYGISI.....	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	34
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	34
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	34
3.4. Araştırmada Veri Toplama Araçları.....	34
3.4.1. Anket formu.....	34
3.4.2. Antropometrik Ölçümler.....	35
3.4.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ).....	36
3.4.4. Duygusal Yeme.....	36
3.4.5. Kısıtlayıcı Yeme.....	36
3.4.6. Dışsal Yeme.....	37
3.4.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	37
3.4.8. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ-BB).....	37
3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	38
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	38
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	38
3.6. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi.....	38
3.7. Araştırmanın Güçlü Yanları – Kısıtlılıkları.....	38
3.8. Araştırmanın Etik Kuralları.....	39

4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKÇA.....	54
EKLER.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	69



TABLolar LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Yeme Bozukluklarının Oluşumundaki Risk Faktörleri.....	14
Tablo 2. AN ve BN’de Görülen Tıbbi Durumlar.....	21
Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü’ne Göre Uluslararası Obezite Sınıflandırması (Yetişkinlerde Beden Kütle İndeksine Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması.....	27
Tablo 4. Yeme Davranışını ve Buna Bağlı Olarak Obezitenin Gelişimini ve/veya Sürmesini Etkileyen Kısa ve Uzun Süreli Davranışlara Ait Faktörler.....	30
Tablo 5. BKİ Değerlerine Göre Obezite Sınıflandırması.....	34
Tablo 6. Alt ölçeklerdeki Maddeler ve Madde Sayısı.....	35
Tablo 7. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Dağılımları.....	39
Tablo 8. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile Cinsiyet ve Eğitim Düzeyleri Değişkenleri Arasındaki Dağılımları.....	40
Tablo 9. Katılımcıların Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği Puanları ile Cinsiyet Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 10. Katılımcıların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları ile Cinsiyet Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	42
Tablo 11. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile Yeme Davranışı, Benlik Saygısı ve Depresyon İlişkisi.....	42
Tablo 12. Katılımcıların Benlik Saygısı ile Yeme Davranışları ve Depresyon İlişkisi.....	43
Tablo 13. Katılımcıların Yeme Davranışları ile Depresyon İlişkisi.....	43
Tablo 14. Yeme Davranışlarının Cinsiyete Göre Dağılımları.....	44
Tablo 15. Yeme Davranışlarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımları.....	44
Tablo 16. Katılımcıların Yeme Davranışları ile Sigara ve Alkol Kullanımı İlişkisi.....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Katılımcıların Beden Kütle İndeksi Sınıflamasına Göre Dağılımları.....40



SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

ark :	Arkadaşları
AN:	Anoreksiya Nervoza
BDÖ-BB:	Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği
BKİ:	Beden Kütle İndeksi
BMH:	Bazal Metabolik Hız
BN:	Bulimiya Nervoza
BTAYB:	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu
CHO:	Karbonhidrat
DA:	Dopamin
D2:	Dopamin Reseptörü
DEBQ:	Hollanda Yeme Davranışı Anketi
DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
dL:	Desilitre
DMH:	Dinlenme Metabolik Hız
DSM-V:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EAT-40:	Yeme Tutum Testi
g:	Gram
kg:	Kilogram
kkal:	Kilokalori

KPSS:	Kamu Personeli Seçme Sınavı
mg:	Miligram
α-MSH:	α -melanosit-uyarıcı Hormon
NaCl:	Sodyum Klorür
NpY:	Nöropeptid Y
NTS:	Nucleus Tractus Solitarius
örn:	Örneğin
POMC:	Proopiomelano-kortin
RBSÖ:	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
TYB:	Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu
vb :	Ve benzeri

1.GİRİŞ

Yemek yeme öğrenilerek geliştirilebilen, fizyolojik ve biyolojik bir ihtiyaçtır. Yeme davranışı sadece ihtiyaç gereği yemek yeme olayını ifade etmez. Psikolojik durumla yeme ölçüsü, yeme sıklığı ve yemek tercihi arasında fizyolojik ve biyolojik ihtiyaçlarla alakası olmayan bir bağ bulunmaktadır. Bireylerde yeme davranışının sevinç, keder, anksiyete ve kızgınlık gibi değişik psikolojik durumlara göre farklılık gösterdiği kabul edilmektedir (1).

Bozuk yeme davranışı olan insanlarda düzeltme sürecinin ilk adımları; düzeltilecek yeme davranışının tanımlanması, hangi stimulanların yeme davranışı bozukluğuna neden olduğunun ve bu davranışların nasıl pekiştirildiğinin belirlenmesidir (2). Görünen yeme davranışı ile bu davranışın altında yatan sebepleri ortaya çıkarmak, istenmeyen davranışların da başlangıçta kontrolüne imkan verebilmektedir. İnsanların normal olarak gördüğü, benimsediği ve alıştığı bir yeme düzeni vardır. Bireyin yaşam şekli, tat alışkanlığı ve manevi değerleri ile şekil bulan yeme alışkanlıkları özellikle aile olmak üzere çok değişiklik gösterir ve sonuçta normal yeme ve bozuk yeme davranışı bir diğerinden ayırt edilemez olur (3). Bireyi olması gereken ve sağlıklı yeme davranışına özendirmek için en başta onun yeme davranışının psikolojik olarak nasıl etkilendiğinin ve ne şekilde güdülendiğinin bilinmesi gerekmektedir (4).

Bireylerin neden yediğini belirleyen 3 teori bulunur: Duygusal yeme teorisi, kısıtlı yeme teorisi ve dışsal yeme teorisi. Bu teorilerden de anlaşılacağı gibi kişilerin yemek yemelerine aç olmanın yanı sıra farklı nedenler eşlik eder ve anormal yeme davranışı meydana gelir. Bu sebeplerle de yeme bozuklukları, obezite ve düşük benlik saygısı problemleri ortaya çıkar (5).

Duygusal yeme teorisinde, yeme davranışının duygu durumunun etkisi altında olduğu belirtilmektedir. Acıkmanın işareti olarak insan psikolojisinin değişik ruh hallerinden etkilenmesi gösterilmektedir. Kısıtlı yeme teorisi, bilinçli besin sınırlandırılmasının derecesidir (6). Kısıtlama teorisi, aşırı beslenmeyi diyetle bağlar. Buradaki kısıtlama bireyin yemek yeme anında ihtiyacı kadar olan yiyeceği yemeye yönelik bir kısıtlama değil, yemeği arzu ettiği miktardan daha az yemeye yönelik bir çaba sarf ederek gerçekleştirdiği kısıtlamadır (7). Dışsal yeme teorisi ise yemeğin koku, görünüşü ve tadının etkilerine dikkati çekmektedir (8). Yeme davranışı bu gibi ikazlara

verilen yanıttır. Kişinin besin tüketim miktarı bütün bu uyarılara karşı koyabilmesi ile belirlenmektedir. Dışsal yeme besin ortamdakken meydana gelmektedir. Dışsal yeme davranışında bulunan kişiler yiyeceklerin fiziki niteliklerine karşı koyamayan ve aç olmadıklarında bile o besini tüketen kişilerdir (9).

Yeme bozuklukları ender olarak yalnız başına görülür, bu bozukluklarla birlikte psikiyatrik bozuklukların görülme yüzdesi de oldukça yüksektir. Yeme bozukluklarıyla en fazla birlikte görünen psikiyatrik eş tanı depresyondur. Bununla birlikte anksiyete ve madde kullanımı ile de yüksek ilişki görülmüştür (10). Düşük benlik saygısı da yeme davranışı bozuklukları için mühim bir tehlike olarak değerlendirilmiştir (11).

Bu çalışma da bu bilgilerin ışığında ve yapılan araştırmaların sonuçlarından yola çıkarak bireylerin yemek yeme nedenlerini, yeme davranışlarını etkileyen faktörler ile benlik saygısı, depresyon ve yeme davranışının birbirleriyle ilişkilerini araştırarak yeme davranışı bozukluklarının ve obezitenin erken evrede tanınmasını sağlamayı amaçlamaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.YEME DAVRANIŞI

Beslenme; büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır. Beslenme insan ihtiyaçlarının ilk sırada geleni ve zorunlu gereksinimidir. Yemek yemeden yaşanılan bir hayat mümkün değildir (1).

Diğer davranışlar gibi yemek yeme de bir davranış biçimidir. Yemek yeme öğrenilerek geliştirilebilen, fizyolojik ve biyolojik bir ihtiyaçtır (2).

Psikolojik olarak bakıldığında yeme davranışı sadece beslenme durumunu anlatmaz. Psikolojik durumla yeme ölçüsü, yeme sıklığı ve yemek tercihi arasında fizyolojik ve biyolojik ihtiyaçlarla alakası olmayan bir bağ bulunmaktadır. Bireylerde yeme davranışının sevinç, keder, anksiyete ve kızgınlık gibi değişik psikolojik durumlara göre farklılık gösterdiği kabul edilmektedir (3). Bireyin ağırlığı ile ilgili problemlerini ve yeme davranışı bozukluğu tehlike faktörlerini öngörmede, yeme davranışının değerlendirilmesi mühim bir yer tutar (4).

Yeme tutumu ve davranışlarının incelenmesi, farklı açılardan ele alınan ve çok tartışılan bir konu durumunda bulunmaktadır. Yeme davranışındaki varyasyonlar yeme bozuklukları da dahil pek çok değişik problemin meydana gelmesine sebebiyet vermektedir. Beslenmenin fizyolojik tarafı kadar psikolojik tarafı da bulunduğu için, beslenmenin psikolojik tarafının da konuşulması gerektiği artık daha sık dile gelmektedir (5).

Yeme tutumunu şekillendiren durumların anlaşılır olmasının ve çözümlenmesinin önemi büyüktür. Düzeltmesi gereken davranışın belirlenmesi, hangi stimulanların davranış bozukluğuna neden olduğunun ve nasıl pekiştirildiğinin bulunması davranışın düzeltim sürecinin başında gelen ilk adımdır (6).

Görünen tutum ile bu davranışın altında yatan sebepleri gün yüzüne çıkarmak, istenmeyen yeme davranışlarının önceden kontrol altında olmasına olanak sağlayabilmektedir. Tüm bireylerin alıştığı ve genellikle normal gibi düşündüğü bir yeme düzeni mevcuttur. Kişinin yaşam şekli, tat alışkanlığı ve manevi değerleri ile şekil bulan yeme alışkanlıkları özellikle aile olmak üzere çok değişiklik gösterir ve sonuçta normal yeme ve bozuk yeme davranışı bir diğerinden ayırt edilemez olur. Kişinin

yemekle olan ilişkisini ve yeme davranış şeklini temel alan kavram “normal yeme” kavramıdır. Kişinin fizyolojik ihtiyaçlarının en iyi şekilde giderilmesini sağlayan beslenme biçimi ise “sağlıklı yeme”dir (7). Kişiyi normal ve sağlıklı yemeye yönlendirmek için en başta yeme davranışının zihinsel olarak nasıl etkilendiğinin ve ne şekilde motive olduğunun bilinmesi gerekmektedir (8).

2.1.2.Yeme Davranışı Teorileri

Yeme davranış şekli kendiliğinden meydana gelen bir durum değildir. Bireyi meydana getiren manevi değerlerden, toplumdaki ve kişinin psikolojik durumundan fazlasıyla etkilenmektedir. Son yıllarda geliştirilen teorilere göre yeme davranış biçiminin değişkenleri ve vücut ağırlığı kontrolü amacıyla yetersiz besin alımının olduğu konularına ağırlık verilmeye çalışıldığı belirtilmektedir (9).

1986’da Van Strien bazı kişilerin diğerlerinden fazla yeme sebeplerini anlatmak amacıyla üç değişik beslenme alışkanlığı teorisi meydana sürmüştür. Çalışmaların üzerinde durduğu bu teoriler; duygusal yeme teorisi, kısıtlama teorisi ve dışsal yeme teorisidir (10).

2.1.2.1.Duygusal Yeme Teorisi (Emosyonel Yeme)

Duyguların kontrol ettiği yeme davranışının önemine vurgu yapmaktadır. Acıkmanın belirtisi olarak kişilerin psikolojisinin negatif duygu yoğunluğundan etkilenmesi vurgulanmaktadır (9). Olumlu ya da olumsuz, emosyonel ikazın yeme davranışı farklılığına neden olduğu; yeme sıklığının, ne ve ne ölçüde yendiğinin psikolojik gereksinim ile alakalı olduğu değişik araştırmaların konusu olmuş, güçlü bir bağın bulunduğu öngörülmüştür. Olumsuz emosyonlar veya stres halinde oluşan fizyolojik reaksiyonlar yemekten sonra oluşan doyma sevgisine benzediği için, negatif emosyonlar karşısında besin tüketiminin düşmesi ve iştah kaybı olması gereken bir fizyolojik yanıt olarak değerlendirilirken negatif emosyonel stimulanlar karşısında görülen yeme davranış artışı ise “emosyonel yeme” olarak isimlendirilmiş ve ‘yersiz’ bir reaksiyon olarak değerlendirilmiştir. Negatif emosyonlara cevap olarak verilen bu fazla yeme tepkisinin daha çok yeme bozukluğu olan kadınlarda, obez kişilerde ve normal kilolu olup da diyet yapan bireylerde bulunduğu saptanmıştır. Bu sebeple, emosyonlar ile yeme davranışı arasındaki bağın az da olsa bireye ait özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (11, 12).

Emosyonel yemede iki durum mevcuttur; ilki duygu yoğunluğunu (can sıkıntısı, boşluk, yalnızlık gibi) gidermek maksatıyla, ikincisi de daha fazla rastlanan, net bir duyguya (öfke, hiddet, rahatsızlık, hoşnutsuzluk gibi) tepki şeklinde olan yemedir (13).

Duygusal yeme sadece acıkma hissiyle yani yemek yemenin zorunlu bir hal aldığı durumda değil bazı emosyonlara tepki olarak meydana geldiği düşünülen bir yeme davranışı olarak tanımlanmıştır. Duygusal yeme davranışının genellikle evde yalnızken toplumdan uzak bir şekilde gizli yapılmaya çalışıldığı tespit edilmiştir. Duygusal yeme çoğunlukla düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları ve yeme bozukluklarıyla bağlantılı bulunmuştur. Ayrıca beden kütle indeksi (BKİ) fazla bireylerde duygusal yeme davranışının fazla görüldüğü saptanmıştır (14). Yapılan bir çalışma obez kadınlarda negatif emosyonlara tepki olarak yemenin açlığa oranla çok fazla gerçekleştiğini göstermiştir (15).

Ebeveyn davranışları ve aile içi iletişim, duygusal yeme davranışının meydana gelmesine sebebiyet vermektedir. Bilhassa çocukluk döneminde yeme davranışı anında ebeveynlerin çokça kontrolcü olmasının duygusal yemenin meydana gelmesinde büyük katkısı vardır. Çocuğa yeme konusunda baskı yapılması, ödül sunulması veya besinin avutma maksatlı kullanılması gibi baskı içeren davranışlar sık sergilendiğinde çocuklarda acıkma ya da doyma gibi hislerin ortaya çıkmasında sıkıntılar oluşmaktadır. Acıktıklarını ve doyduklarını anlayamayan çocuklar ileriki dönemlerde acıkmaksızın duygu durumlarına bağlı olarak besin tüketimine yönelenmektedirler (16).

Negatif duygu durumuyla fazla yemenin arasındaki bağ ortaya koyulmuştur fakat hangi olumsuz duyguların fazla yemeyi meydana getirdiği tam olarak bilinmemektedir. Aşırı besin alımının sıkıntı, depresyon, yorgunluk gibi duygular sırasında, düşük miktarda besin alımının da korku, gerilim ve ağrı duygu durumları sırasında olduğu düşünülmektedir (17, 18).

2.1.2.2.Kısıtlama Teorisi

Bilinçli besin sınırlandırılmasının derecesidir (9). Kısıtlama teorisi, aşırı beslenmeyi diyetle bağlar (12). Bu kısıtlama bireyin besin tüketimi anında fizyolojik olarak ihtiyaç duyduğu gıdayı tüketmeye yönelik değil, tüketmek istediği miktardan daha az yemeye yönelik kendini zorladığı bir kısıtlamadır. Olması gereken ağırlıktaki

kişilerin kısıtlayıcı yeme davranışlarının kilo düşmekten ziyade kilo koruma amaçlı olduğu söylenmektedir (19).

Kısıtlayıcı yeme davranışına sahip olan kişilerde kısıtlamanın bir sebeple uygulanamaması suçluluk duygusuna sebebiyet verir. Kısıtlayıcı yeme davranışının sebebiyet verdiği yeme ataklarında bireyin vücudu kısıtlama boyunca eksiklik çektiği gıdayı seçememekte ve sanki aşırı açlık durumu hissine kapılmaktadır. Bu açlık hissiyle birlikte metabolik hız da azalmaktadır ve bu durum ağırlık kazanımı ile sonuçlanmaktadır (11).

Duygusal yemede herhangi bir olumsuz duygu karşısında şekerli ve yağlı yiyeceklerin tüketilmesinde artış gözlenirken, kısıtlayıcı yemede yiyeceğin çeşidinden ziyade miktarında artış gözlenmektedir (19).

Duygusal yeme davranışında birey olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yer ancak kısıtlayıcı yeme davranışında böyle bir amaç yoktur. Bununla birlikte kısıtlayıcı yeme davranışı sergileyen bireylerin olumlu ve olumsuz emosyonlar tarafından etkilenmesi sonucunda duygusal yeme davranışı gösterdikleri gözlenmektedir, aşırı yeme durumu ortaya çıkmaktadır. Bu durum bireylerin duygu durumlarını etkileyerek kısıtlama kontrollerini yitirmelerini sağlamaktadır (12).

Düzenli olarak bir sistem içinde kısıtlayıcı yeme davranışında bulunan veya devamlı diyet yapan bireyler diyetlerini bozan besinlere karşı duygusal yeme içinde bulunanlara göre genellikle daha kolay dayanma gücü göstermektedirler. Bu gücün sebebi ise daha zayıf olma isteği, duygusal yeme davranışı gösterenlere oranla daha sakin ve daha güçlü bir öz yapıya ehil olmalarından kaynaklanmaktadır (12, 19).

2.1.2.3.Dışsallık Teorisi

Dışsallık teorisi yemeğin koku, görünüşü ve tadının etkilerine dikkati çekmektedir (9). Bu gibi dışsal faktörler besin bireyle aynı ortamdayken dikkat çeker ve buna bağlı dışsal yeme gerçekleşir. Diğer yeme davranışları gibi bunda da yemek için aç olmak gerekmez. (11).

Dışsal yeme davranışı sergileyen bireyler, besinle ilgili meydana gelen koku ve görünüş gibi bir stimülana cevap verme eğilimindedirler. Psikosomatik teoriye göre

duygusal yeme davranışına sahip olan bireyler dışsal bir stimülana tepki değil bireyin duygularında ortaya çıkan değişikliğe cevap olarak yerler (20).

2.1.3.Yeme Mekanizması

2.1.3.1.Yeme Davranışının Fizyolojik Yanı (Homeostatik Yeme)

“Açlık” terimi eskiden beri biyolojik olarak enerji ihtiyacı sonucu oluşan hissi anlatmak amacıyla kullanılmaktaydı. Ama günümüzde bu his “homeostatik açlık” şeklinde adlandırılmaktadır. Vücuttaki enerji depoları tükendiğinde yeme arzusunu arttırarak bireyin enerji dengesini korumayı amaçlamaktadır (21).

Kan glikoz seviyesinin azalması ve kan serbest yağ asidi seviyesinin artması aç olma duygusunu uyandırmaktadır. Fizyolojik olarak açlık; yiyeceklerin vücuda alınmadığında ortaya çıkan ve enerji gereksiniminin internal depolardan elde edildiği vaziyettir. Açlık glikoz seviyesi 70-110 mg/dL olmalıdır. Açlık durumunda glikoz gereksinimi, hızlı bir şekilde düzenlenmektedir. Bu ayarlama glikojenolizis ve glikoneojenezis ile sağlanmaktadır (20).

Doyma duygusu ise insan vücudunun ihtiyacı olan besini tüketmesiyle, sinyallerin meydana gelmesi ve besin tüketiminin bitmesidir. İnsulin sekresyonu, leptin, ghrelin ve kan glikoz derişimleri tokluk hissinde rol almaktadır. Gıda tüketimi sona erdiğinde glikoz alımı duracağı için kan glikoz seviyesi azalmaya başlamaktadır. Kan glikoz seviyesinin azalmasına paralel olarak pankreasın langerhans adacıklarının β hücrelerinden insulin sekresyonu durdurulurken, α - hücrelerinden sekrete edilen glikagon seviyeleri yükselir. Böylelikle bireyin gereksinim duyduğu glikoz internal depolardan elde edilir (21).

Açlık ve tokluk duygularına hipotalamusta belirli nöronlar sebep olmaktadır. Bir ağ meydana getiren nöronlar periferik dokulardan, beynin üst merkezlerinden ve nucleus tractus solitarius'tan (NTS) aldıkları sinyallere göre tokluk ve açlık duygularını ortaya koyarlar bu da doyma duygusunun oluşmasını sağlar (19).

Hipotalamusun arquat çekirdeği birbirine zıt iki sinirsel iletişim sistemini içinde bulundurur. Bunlar iştah arttırıcı ve iştah azaltıcı iletişim sistemidir. Bu iletişim sistemleri hipotalamusun paraventricüler çekirdeğine diğer yerlerden uyarılar ileterek yeme davranışını kontrol altına alır. Hipotalamusa giden protein yapıdaki hormonal

uyarılar iştah açıcı ve iştah azaltıcı iletişim sistemlerinin hareketleri üzerine etkinlik sağlar. İştah stimüle edici iletişim sistemi nöropeptid Y(NpY) ve aqouti ilintili peptid olmak üzere iki nörotransmitter üretir. NpY doğrudan paraventriküler çekirdeğe ulaştırdığı sinyalle yeme arzusunu meydana getirir. Aqouti-ilintili peptid ise aynı yerdeki iştah azaltıcı melanokortin tip 4 reseptörünü engeller. İştah azaltıcı iletişim sistemi, α -melanosit-uyarıcı hormon (α -MSH) üreten proopiomelano-kortin (POMC)' den oluşur. α -MSH melanokortin tip4 ve tip3 reseptörlerine etki ederek yeme arzusuna engel olur (19).

2.1.3.2.Yeme Davranışının Psikolojik Yanı (Hedonistik Yeme)

Çağımızda yeterli beslenen toplumlarda tüketimin sebebi, beslenmeye veya enerji ihtiyaçlarını karşılamak yerine zevk almaya dayanmaktadır. Hedonizm, yaşamı anlamlandıran olguların haz ve zevk olduğunu ifade eden felsefe dalıdır. Buna göre lezzetli yiyecekler yendikçe ortaya çıkan haz yeme arzusunu yükseltmektedir. Canlıların yaşamını devam ettirmek için gerekli olan enerjilerini aldıkları halde devam eden açlık hisleri hedonik açlık şeklinde ifade edilmektedir (21).

Besin tüketimini etkileyen faktörler duyu organlarını uyaran, hoşa gidecek görünüme, kokuya, tada ve kıvama sahip besinler şeklindedir. Bilhassa yiyeceğin tadı, gıdanın tüketilebilirliğindeki en mühim özelliktir (20).

Tabiatta genel tatlar ve tat vericiler olarak iki sınıf bulunmaktadır. Bu tatları algılamamızı sağlayan kimyasallar birbirlerinden farklıdırlar. Ekşi tatları uyarmak için içerisinde hidrojen iyonu barındıran maddeler gerekirken, tuzlu tatlar için sodyum klorür, şekerli tatları uyarmak için sükröz, acı tat için kinin ve umami tatlar içinse monosodyum glutamat gerekmektedir (21).

Çağımızda araştırmacıların büyük bir bölümü küçük yaşta görülen obezite prevelansındaki artışın sebebini patates kızartması, çeker ilaveli ve gazlı içecekler, fast-food tarzı yiyecekler, dondurma, mısır patlağı gibi yağlı besinlerin tüketiminin artmasına bağlamaktadır. Genel kabul gören bu bilgiler doğrultusunda obeziteyi ilaca olan bağımlılık gibi sevilen ama sağlıksız besinlerin çok fazla tüketilmesi ile sonuçlanan, takıntılı tüketici davranışının bir çeşidi olarak sınıflandırmak mümkündür. Bu bağlamda besin endüstrisi de tütün endüstrisi gibi bağımlı grup için hedeflerini ve stratejilerini çocuklar üzerine kurmaktadır (21).

Kişilerin farklı seviyede yağ barındıran besinleri tüketmeleriyle ilgili yapılan bir araştırmada, besinlerdeki yağ miktarları arttıkça oluşan haz ve ağırlığın doğru orantıda olduğu gözlemlenmiştir. Obez insanların yağlı yiyeceklerden daha fazla zevk aldıkları belirlenmiştir (22). Tek yumurta ikizlerinin beslenme isteklerini belirleme amacıyla yapılan araştırmada ise, şişman olan bireylerin zayıf olan bireylere göre yağlı besinleri tüketme istekleri daha fazla olmuştur. Şişman insanların yağlı besin isteği %52 iken, zayıf insanların yağlı besin isteği %17 olarak belirtilmiştir. Kişilerin tükettikleri şekerli besinler deney konusu olduğunda oluşan fark azalmış ve şişman kişilerin %39'u, zayıf kişilerinse %30'u şekerli yiyecekleri seçmişlerdir (23).

Sabit bir besine ya da maddeye karşı bağımlılığı olan bireylerde kendilerine özgü DA(dopamin) eksikliği varolabileceği dile getirilmektedir. Hipodopaminerjik durum farklı bir ifadeyle “ödül yetersizliği sendromu” DA D2 reseptörünün eksik kaldığı duruma denir. Ödül yetersizliği sendromunun aşırı kilo alımı için tehdit oluşturduğu gözlemlenmiştir. Dopaminin eksik olduğu kişiler mutlu olabilmek için bu yetersizliği dışarıdan tedarik etme eğilimine girerek bağımlı olma potansiyeline yatkındırlar. DA'nın yetersiz olduğu kişilerde lezzetli yiyecekleri aşırı tüketmek dopaminin aktivitesini ve modu arttırmak için farklı bir yoldur. Ödül yetersizliği sendromu BKİ ile paralel obez insanlarda obez olmayan insanlara oranla daha fazladır (19).

Hazdan kaynaklı obez olan kişilerde ödüle karşı olan duyarlılık; duygusal yeme, aşırı yağlı yiyecek tercihi, aşırı derecede yeme, çok sık atıştırma gibi kilo almaya sebep olan yemek yeme davranışlarıyla iş birliği içerisinde. Ödüle karşı duyarlılığı fazla olan kişiler daha düşük duyarlılıkta olan kişilere göre daha fazla iştahlıdır ve daha çok haz için yemeye meğillidir. Bu durumların tamamı ödüle olan duyarlılığın artmasını destekleyerek aşırı kilo alımına neden olarak obeziteyi tetiklemektedir. Bununla beraber ödüle olan duyarlılıkla BKİ arasında doğrusal olmayan bir bağ saptanmıştır. Normal kiloda ve hafif şişman olan kişilerde ödüle olan duyarlılık ile BKİ arasında pozitif bir korelasyon var iken, obez ve morbid obezlerde negatif bir korelasyon bulunmaktadır (19).

Zevk veren besinlerin tüketilmesi ile haz sinyalleri, homeostatik sinyalleri geride bırakarak yiyeceklere olan ilgiyi ve tüketimi arttırmaktadır. Haz sinyalleri tetiklenirse ve beslenme sadece homeostatik mekanizmaların kontrolünde yapılsaydı her insan ideal

vücut ağırlığında olur yemek yemek nefes alıp vermek gibi sıradanlaşır. Cinsel hazzın çoğalmaya sebep olduğu gibi, yiyeceklerden alınan hazzın da tüketimi ve obeziteyi arttırmaya sebep olduğu bilinmektedir. Bu sebepten ötürü lezzetli besinlerin verildiği yerler ve bu besinlerle beraber oluşan popüler kültür obezitenin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Obezite ile mücadele etmenin her geçen gün önem kazandığı günümüzde besin çeşitliliği sonucunda artan modern obejenik yaşam şekli ile besinlerin tüketimi arasındaki dengeyi kurmak gerekmektedir (21).

2.1.4.Yeme Bağımlılığı

Yeme bağımlılığı (food addiction), günümüzde popüler olan ve hakkındaki bilgiler gittikçe çoğalan bir durumdur. Başta fazla yemek yiyen obez bireylerde yeme bağımlılığının olduğu düşünülmekte, hareket ve tutumlarının bağımlılık kategorisine girip girmediğine bakılmaktadır. Gerçekleştirilen çalışmalar ve araştırmalar sonucunda madde bağımlılığı ile arasında oluşan benzerlikler dikkat çekmektedir. Çalışmaların bazıları da bariz değişikliklerin bulunduğunu söylemektedir (24).

Bu konu hakkında araştırma yapan kişiler bir yeme bağımlılığı olarak değil de ruhsal bir bozukluk olarak obezitenin DSM-V’te bulunması gerektiğini söylemiştir. Bu durumun tam tersini savunanlar ise obeziteyi çevresel faktörlere hassas olan, genetik nöro davranışsal bir bozukluk şeklinde tanımlamışlardır (25).

Avena ve Gold, yeme bağımlılığının obezite ile ilişkilendirildiğini, besinlerin bağımlılık yapıcı maddeler olarak tanımlanmasının yanlış olduğunu söylemişlerdir. Bütün yiyeceklerin bağımlılık gibi durumlara neden olmadığı, bilhassa tuzlu, yağlı, tatlı ve katkı maddeleri barındıran besinlerde bu etkinin belirgin durumda olduğunu aktarmışlardır. Bu şekilde düşünen diğer bir araştırmacı grubu da yeme bağımlılığı kavramının uygun durmadığı yeme bağımlılığı yerine ‘örtük isteme’ (implicit wanting) tanımlamasını öne sürmüşlerdir (25).

Sonuç olarak yeme bağımlılığı ile bağlantılı olan çalışmalarda bağımlılığın esas ölçütleri olarak kabul edilmiş aşırma ve kontrolsüz yeme gibi prosesler birçok çalışmada belirtilmiştir. Bu konuda yapılacak olan çalışmaların çoğalması ile yeme bağımlılığı davranışının zihinsel, psikolojik ve nöro-biyolojik prosesleri daha detaylı değerlendirilebilecek ve kesin sonuçların elde edilmesi sağlanacaktır (26).

2.2.YEME BOZUKLUKLARI

Yeme bozuklukları ağırlık kaybetmek ve düşük beden ağırlığını sabit tutmak için doğal olmayan ve zarar veren yeme alışkanlıklarını edinmek, yemekler ile alakalı düşünce eğilimlerindeki bozukluklar şeklinde adlandırılmaktadır (27). Yeme bozuklukları; ağırlık kazanma korkusuna ve besin tüketim şekline eklenen fazla duygular, davranışlar ve tutumlar ile karakterize komplike rahatsızlıkları belirtmektedir (2).

Olması gereken yeme alışkanlıklarını tanımlayarak net sınırlarla farkı görmek çok mümkün olmayabilir fakat yeme bozukluğunu fark edebilmek için önemli husus; kişinin yeme davranışı ve tutumunun sağlığını olumsuz yönde etkilemesidir. Günlük ve sosyal yaşamına, düşünce gidişatına, olağan psikolojik sağlığına etki edebilecek halde olmasıdır. Yeme bozukluğu görünen bireyde duygusal yaşamı, sosyal yaşamı ve vücudu, yeme alışkanlığındaki anormallikler sebebiyle hasar görmüş olur. Bireyin ağırlığı, ne tükettiği, kazandığı enerjiler ve vücudu ile alakalı takıntılar duygu halini değiştirmeye başlamış ise nadir olarak bozuk yeme davranışı sergileyen kişiye göre bu bireyde yeme bozukluğunun gözlemlendiği belirtilebilir (4).

Yeme bozuklukları vücut üzerinde devam eden savaşların en belirgin görüldüğü psikolojik patoloji grubudur. Yeme davranışında bozulma ağırlığı sabit tutmaya yönelik davranışların aynı düzeyde ilerlemesi psiko-sosyal ve fiziksel işleyişin bu nedenlerle sekteye uğraması ile gözlenen psikiyatrik bozulmalar şeklinde adlandırılır. Bahsi geçen işlev farklılaşması ve belirtilerin herhangi bir tıbbi olayın ya da psikiyatrik bozukluğa ikincil olmaması bu klinik bulgular tablosunun değerli bir özelliğidir (28).

Yeme bozukluklarının tanımlanmasında aynı düşünceye sahip olma eğilimi sağlanmamış olsa da üç temel özelliğin beraber sahip olunması gerektiği düşünülmektedir. Bunlar;

1. Beslenme alışkanlıklarında veya ağırlık kontrolü tutumlarında net düzensizlik,
2. Fiziki sağlıkta ve psiko-sosyal fonksiyonlarda tıbbi manalı bozulma ile sonuç veren yeme bozukluğu ya da davranış bozuklukları,
3. Rastgele bir klinik olaya veya farklı psikiyatrik bozulma eğilimine ikincil olmayan davranış bozukluğudur (29).

Dsm-V 3 yeme bozukluğunu tek kategoride gruplar;

1. Anoreksiya nevroza (AN),

2. Bulimia nevroza (BN),

3. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTAYB) (30).

Türkiye'de yeme bozukluklarının son 25 yılda hızla ilerlediği gözlemlenmektedir. Yeme bozukluğu davranışının yüksek sosyo-ekonomik kültüre bağlı bir hastalık olarak görülmesine karşı yapılmış olan birçok çalışmada tüm sosyal sınıflarda yeme bozuklukları olduğu gözlenmiştir.

Yeme bozukluklarının özellikleri;

- Bireyin kendini kilolu olarak görmesi,

- Kontrol edilemeyen duygusal bozukluklar ile fazla yemek yemenin beraber ilerlemesi,

- Ağırlık kazanmaktan korkma,

- Şişman olmaktan korkma,

-Zayıflamak için aşırı istekli olma ile bedenin görünümünden rahatsız olunması.

Yeme bozuklukları ruh sağlığının bozulması ile oluşan bir hastalık olarak farz edilmektedir ama yeme bozukluğu görülen kişilerde tıbbi sıkıntılar beslenme düzensizlikleri ile dikkat çekerler.

Beslenme şeklindeki olumsuz etkilerin sonuçları;

- Medikal komplikasyonlar

- Sağlık durumunda ve fonksiyonlardaki sorunlar ile karakterize ciddi problemler (2).

Yeme bozukluklarına toplumda az rastlanılmasına rağmen psikiyatrik rahatsızlıklar içinde mortalite oranı en yüksek hastalıklardandır. Mortalite hızı %7-10 aralığında farklılık göstermektedir.

Mortalite nedenleri;

1. Açlık,
2. Kardiyovasküler değişiklikler,
3. Mide kanaması,
4. İntihar.

Ayrıca bağırsakların anormal boşalması ağırlık kaybı ile meydana gelen yetersiz beslenmenin süresi ve derecesi yeme bozukluğunun şiddetini belirlemektedir (29).

2.2.1. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının sebepleri net bir şekilde bilinmemektedir ancak kalıtsal, sosyokültürel ve psikolojik etkenlerden kaynaklandığı varsayılmaktadır (2).

Kişisel ve Psikolojik Etmenler: Yeme bozukluklarının oluşmasında güvensizlik, düşük benlik saygısı, olumsuz duyguları dile getirme ve anlaşmazlıkları çözememe, kendini suçlama, endişelenme, mükemmeliyetçi olmak, her zaman başarılı olma düşüncesi ve dış görünüşten memnun olamama gibi bazı kişisel ve psikolojik etmenlerin önemi vurgulanmaktadır.

Şişmanlık: Ağırlık artışının normalin üzerinde olması, yeme davranışı bozukluklarının oluşmasında risk faktörüdür. Zayıf olma durumundaki toplumsal baskılar, zayıflığa özenme, beden algısı memnuniyetsizliği diyet başlama durumunu arttırmaktadır.

Sosyo-kültürel Etkenler: Toplumsal ve sosyal çevreden gelen baskılar yeme davranışı bozukluğunu tetiklemektedir.

Vücut Memnuniyetsizliği: Beden algısından hoşnut olmama ve ağırlık kazanımı korkusu bulimik belirtileri arttırmakta, yeme bozukluğu meydana getirmektedir.

Diyet Yapma: Diyet yapma BN ve TYB riskini yükseltmektedir. Ağır çok düşük kalorili diyet programlarında diyeti uygulayamama aşırı yemeye sebebiyet vermektedir.

Ergenlik Dönemi: Buluş çağında kızlarda adipoz dokunun çoğalması ve erken regl dönemi, beden memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğu oluşmasına yol açabilmektedir.

Kalıtısal Faktörler: Yeme patolojilerinin ortaya çıkmasında kalıtsal yatkınlığın etkisinin olabileceği belirtilmiş ancak buna neden olan spesifik bir genin olup olmadığı kesin bir şekilde netleştirilememiştir (2,27). Yeme bozukluklarının oluşumundaki risk faktörleri Tablo 1’ de verilmiştir.

Tablo 1. Yeme bozukluklarının oluşumundaki risk faktörleri (2,27)

Bireysel Risk Faktörleri:	Ailesel Risk Faktörleri:	Sosyo-Kültürel Risk Faktörleri:	Korelasyonel faktörler:	Nedensel Faktörler:
<p>Biyolojik</p> <ul style="list-style-type: none"> -Erken matürasyon - Şişmanlık <p>Kişilik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Düşük benlik saygısı - Tepkisizlik - Mükemmeliyetçilik - Olaylarla baş etmede yetersizlik -Beden memnuniyetsizliği <p>Davranış</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diyetsel kısıtlama - Flörte başlama 	<p>Ebeveynler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Şişmanlık -Aşırı koruyuculuk - Dışlanma - Psikopatoloji - Kayıp ya da yokluk - Fiziksel ya da cinsel istismar <p>Ailesel Yapı</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aile içi çatışma - Beden şekli veya ağırlığı hakkında kaygılar -Yeme bozukluğu olan kişilerle akrabalık 	<p>Çevresel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arkadaşlar arasındaki ağırlık kaygıları - Alay konusu olma - Grup içinde zayıf olma idealistliği - Spor takımında olmak için ideal ağırlığa ulaşma çabası <p>Toplumsal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cinsiyet rolü çatışması - Medya baskısı -Başarı için fiziksel görünümün önemi -Baskın kültürün güzellikteki zayıflık ideali 	<p>Adipozite, depresyon, diyet yapma ve diyetsel kısıtlama, ailenin ve ebeveynlerin yetersizliği, atak davranışlar, iç algısal sorunlar, medya etkileri, mükemmeliyetçilik, benlik saygısı, cinsel taciz, ergenlik, ağırlık kaygısı.</p>	<p>Beden memnuniyetsizliği, negatif duygulanım, zayıf olmanın sosyo-kültürel baskısı, uluslar arası zayıf olma idealistliği</p>

2.2.2. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme bozukluklarının Batı'da daha sık görülmektedir fakat günümüzde gelişmekte olan ülkelerde de fazla rastlanmaya başlamıştır. Bu artışın sebepleri arasında yeme alışkanlıklarının farklılaşması, kırdan kente göç sonucu kent yaşantısı, televizyon, dergi, gazetenin yaygınlaşmasıyla reklamların ve medyanın tesiri, toplumlar arasındaki etkileşimlerin artmasıyla kültürler arası ilişki, yeme patolojisine olan farkındalığın ve araştırmaların çoğalması sayılabilir (31).

Yeme bozuklukları, psikiyatrik hastalıklar içinde en belirgin cinsiyet farklılığı gösteren hastalık grubu olup, hastaların %95'i kızdır. Ancak, yeme bozukluğu çalışmalarının çoğunun kızlar üzerinde yapılmış olması sebebiyle cinsiyet farklılığının karşılaştırılması ve elde edilen sonuçların erkekler için güvenilir olup olmadığı tartışmalıdır. En fazla görüldüğü yaş aralığını 25 yaş altındaki bireyler oluşturmaktadır (32). Yeme bozuklukları sıklığına bakılan 2509 kişinin katıldığı bir araştırmada 13-22 yaş aralığındaki kadınların %0.3'ünde AN, %0.3'ünde BN %4.2'sinde ise kendine özgü olmayan yeme bozuklukları saptanmıştır (33). Ülkemizde 783 üniversite talebesi üzerinde yapılan bir araştırmada ise kadınların %13.1'inde erkeklerin ise % 9.2'sinde yeme davranış bozuklukları bulunmuştur (34).

Yeme bozukluğu sıklığının saptanması amacıyla tıp fakültesinde 935 öğrencinin katıldığı bir araştırmada; yeme tutum testi (EAT-40) uygulanmış ve katılımcıların % 13,7'sinde muhtemel yeme bozukluklarına rastlanılmıştır. Muhtemel yeme bozukluğu prevalansı erkeklerde % 20.5, kadınlarda % 11.9 saptanmıştır (35).

AN ve BN, erkeklere oranla kadınlarda daha sık görülmektedir ancak günümüzdeki bazı araştırmalar zamanında düşünüldüğünden daha fazla erkekte bu bozuklukların olduğunu vurgulamaktadır. Yeme bozukluklarının erkeklerde daha az kayda geçmesinin nedenlerinden biri, erkeklerin arzu ettiği yardım ve tedavi taleplerinin daha az olmasındandır (36).

2.2.3. Anoreksiya Nervosa

1873'te William W. Gull tarafından 'anoreksiya nervosa' olarak ifade edildiğinde, 'sinirsel iştahsızlık' şeklinde tanımlanmaktaydı. Tıp kaynaklarında uzunca bir süre bu tanımda kullanılmıştır. Fakat, günümüz bilgilerimizle iştahsızlıktan

bahsetmek mümkün değildir. Bu tip bir bozukluk görülen bu kişiler yemek tariflerine ilgili, enerji hesabı yapan kişiler olup lezzetli yemekler yapıp, kendileri yemeyi tercih etmez başkalarına yedirmekten büyük keyif alırlar. Bu denli yemekle alakalı ve ilgili olan bu kişiler aç olduklarında bunu engellemek amacıyla farklı ve güç yollara girerler. Bu yollar yemeği reddetmek, azaltmak ya da bazı davranışlarla (kusma, laksatif kullanma, diüretik kullanma, yoğun fiziksel aktivite vb.) aldıkları yüksek enerjiyi kontrol altına almaya çabalamaktır (28).

“İnsanlar bana Nazi toplama kampından gelmiş gibi göründüğümü söylediklerinde ben bunu bana yapılabilecek en iyi övgü olarak düşünürdüm.” Bu cümle AN’lı 18 yaşında, 160 cm boyunda ve 31 kg ağırlığında bir kıza aittir. Bu kız iyileşmeyi ve sonrasında ideal vücut ağırlığına ulaşmayı başarmıştır. Sanatçı Karen Carpenter ise, AN ile uzun süre savaşmış fakat 1983’de kalbinin durması sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Anoreksiyalı bireyler kendilerini şişman olarak algırlar ve özellikle besin tüketimini aşırı sert bir şekilde kısıtlayarak ağırlık düşmeye çalışırlar. Oldukça zayıfladıktan sonra bile ağırlık kazanmaktan korkar ve endişe duyarlar (36).

DSM-V’ e göre AN’da 2 tip mevcuttur:

1.Kısıtlı Tip: AN’nın o andaki seyri sırasında kişide devamlı olarak tıknırcasına yeme veya dışarı atmaya çalışma (kendi isteğiyle kusma veya laksatif, diüretik, lavman kullanma) davranışı görülmemektedir.

2.Tıknırcasına Yeme/Çıkarma Tip: AN’nın o andaki seyri sırasında kişide devamlı olarak tıknırcasına yeme veya dışarı atmaya çalışma (çıkarma) (kendi isteğiyle kusma veya laksatif, diüretik, lavman kullanma) davranışı görülmektedir (37).

2.2.3.1.Aneroksiya Nervoza (AN) Tanı Kriterleri

DSM-V’ e göre AN’nın tanı kriterleri ise;

A. Yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir beden ağırlığında olmayı reddetme.

B. ideal kilosunun altında bir ağırlığı olmasına rağmen ağırlık kazanımından veya obez bir kişi durumuna gelmekten korkma.

C. Bireyin vücut ağırlığını veya şeklini algılayamaması, o anda vücut ağırlığının azlığının kendisi için bu denli önemli olmasını gizleme.

D. Kadınlarda en az üç menstruel döngünün gerçekleşmemesidir (37).

2.2.3.2.Aneroksiya Nervoza (AN) Semptomları

Araştırmaların bazılarına göre AN'lı kişilerin ölüm riskleri her hanagi bir yeme bozukluğu olmayan bir kişiden 10 kat daha yüksektir. En fazla gözlenen ölüme neden olabilecek komplikasyonlar; kardiyak arrest ve elektrolit-sıvı bozukluğu problemleridir Ayrıca bunları bunalım, kaygı, takıntılı hareketler, madde kullanımı, kardiyovasküler ve nörolojik komplikasyonlar ve bozulmuş fiziksel gelişim gibi değişik psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlıklar takip eder (37).

Gelişebilecek diğer semptomlar ise;

1. Kemik yapısının zayıflaması (osteopenia veya osteoporozis),
2. Saç ve tırnaklarda hassaslaşma,
3. Kuru ve sarımtırak cilt,
4. Ciltte lanugo tüyleri,
5. Anemi ve kas veya yağ kaybı,
6. Ağır seyreden kabızlık,
7. Azalmış kan basıncı, yavaşlamış teneffüs ve nabız,
8. İç vücut sıcaklığının azalmasıyla bireyin devamlı üşümesi,
9. Çok derin ve sürekli uyku durumu (37).

2.2.3.3.Aneroksiya Nervoza (AN) Tedavisi

AN'lı bazı bireyler yalnızca bir evreden sonra tedavi olabilirler. Tedavi olan kişiler yeniden kötüye gidebilirler. Anoreksiya nervoza iyileşme süreci üç öge bulundurmaktadır. İlki, bireyi ideal kilosuna ulaştırmak; ikincisi, yeme bozukluğu ile alakalı psikolojik problemleri iyileştirmek ve üçüncüsü ise, yeme bozukluğuna neden

olan hareketleri, kaygıları en aza indirmek ya da sonlandırmak ve yenilenmesinden sakınmaktır. Tüm bunları başarmada anitidepresanlar, antipsikotik veya mood stabilizerler gibi ilaç tedavilerinin tesiri olabileceği söylenmektedir (38).

Beslenme Tedavisi: Beslenme tedavisinin amacı anorektik kişilerin yiyeceklere olan olumsuz duygu ve düşüncelerinin değişmesini sağlamaktır. Tedaviden önceki ilk basamak ağırlık değişim bilgisi ve beslenme anemnezi almaktır. Bireyin hastalık öncesindeki ağırlığı, şu anki ağırlığına bakılmakta ve BKİ hesaplanmaktadır. Olanak varsa deri kıvrım kalınlığı ve vücut yağ yüzdesi ölçülmektedir. İhtiyaç duyduğu enerji ilk başta 1.3 x DMH şeklinde hesaplanmaktadır. Zamanla kişinin fiziksel aktivite durumuna ve kişinin yemeği tolere edebilmesine bakılarak enerji 100-200 kkal arttırılmaktadır. Protein ihtiyacı 0.75 g/kg'dan hesaplanmakta ve yüksek kaliteli protein kaynaklarından sağlanmaktadır. Yağ yüzdesi toplam enerjinin %25-30'u karbonhidrat %50-55'i olmak şartıyla hesaplanmaktadır. Günlük beslenmesine ilave vitamin-mineral eklemesi yapılmaktadır. Diyetteki çözünebilir posanın dengeli bir şekilde bulunmasına önem verilmektedir. AN'lı birey katı besinleri tüketmekte zorlanırsa sıvı diyet uygulanmaktadır. Enteral beslenme desteği sağlanabilmektedir. Birey ve ailesi besin öğeleri ve faydaları hakkında bilgilendirilmektedir (39).

AN'lı 87 kadında gerçekleştirilen bir çalışmada, yeniden beslenmeden önce ve sonra bireylerin vücut ağırlıkları, BKİ'leri, yağ dokuları, yağsız dokuları, vücut sıcaklıkları, kreatinin göstergeleri ve ağızdan yeme durumlarına bakılmış, neticede olumlu durumlara rastlanılmıştır (40).

52 kişiyi baz alan bir araştırmada (30'u AN'lı, 22'si sağlıklı); anoreksiyalı bireylerin bazal metabolizma hızlarının daha düşük, leptin seviyelerinin de %76 daha az olduğu saptanmıştır. Araştırma leptinin ağırlığın artmasıyla yükseldiğini belirtmiştir (41).

2.2.4.Bulimiya Nervoza

İsim olarak Bulimiya 'bous (öküz)' ile 'limos (açlık)' kelimelerinden türemiştir. Buradan yola çıkarak 'Öküz kadar aç olmak' ya da 'bir öküzü yiyecek kadar aç olmak' manaları çıkarılabilmektedir. BN'ya Roma İmparatorluğu zamanında da rastlanılmış, zamanın varlıklı insanların, kontrolden çıkmışçasına tıknama biçiminde yedikleri ve zevk duydukları bu yeme eylemini sürdürebilmek amacıyla kendi istekleriyle istifra edip

yemeyi sürdürdükleri günümüze aktarılmıştır. Şimdilerde, bir psikiyatrik hastalık olarak kullanılmakta 'nervoza' kelimesi de onun anoreksiya nervoza ile ilişkisini ve yeme bozukluklarının üyesi durumunda bulunduğunu anlatmaktadır. Tıkınırcasına yeme (binge eating) krizleri, bu psikolojik bozukluğun başta gelen sendromudur. Fakat bu kişiler, krizden sonra pişmanlığın ve suçluluğun yoğunluğun duygusundan kurtulamazlar (28).

DSM-V' e (42) göre Bulimiya Nervozanın iki tipi bulunmaktadır;

1.Çıkartma Olan Tip: BN'nın o andaki seyri sırasında birey sürekli olarak kendi isteğiyle istifra etmekte veya gereksiz laksatif, diüretik, lavman kullanmaktadır.

2.Çıkartma olmayan Tip: BN'nın o andaki seyri esnasında birey, besin alımını durdurma veya çokça ağır egzersiz yapma gibi uygun olmayan dengede tutucu tutumlarda bulunmaya çalışmakta fakat kendi isteğiyle istifra veya gereksiz laksatif, diüretik, lavman kullanımı görülmemektedir (38).

2.2.4.1.Bulimiya Nervoza (BN) Tanı Kriterleri

DSM-V' e (42) göre BN'nın tanı kriterleri ise;

A. Yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıkınırcasına yeme seyri aşağıdaki durumlardan ikisiyle belirtilir:

a. Belirli bir sürede eşit şartlarda birçok kişinin tüketebileceği besin miktarından çok daha fazlasını tüketmek,

b. Neyi ne kadar tükettiğini kontrol edememe durumunun olması.

B. Ağırlık artışından korunmak amacıyla, kendi isteği ile istifra etmek, gereksiz ve yersiz laksatif, diüretik, lavman kullanımı, yemek tüketimini durdurmak veya çok fazla spor yapma gibi tutumların tekrarlanması,

C. Tıkınırcasına yeme ile uygunsuz dengeleyici tutumlarının ikisinin de 3 ay boyunca haftada en az iki kere olması,

D. Kendisini vücut şekline ve ağırlığına bakarak değerlendirmesi.

2.2.4.2.Bulimiya Nervoza (BN) Semptomları

Bulimik bireylerde de genellikle bunalım, kaygı, madde kullanılması gibi değişik psikolojik bozukluklar görülmektedir. Yanlış dengeleyici tutum, yanlış çalışan elektrolit balansı, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, ağız ve diş sağlığı ile alakalı sorunlar gibi biyolojik ve fizyolojik neticeler oluşmaktadır (38).

Olası diğer semptomlar ise;

1. Kronik iltihaplı ve ağrılı boğaz,
2. Boyun ve çene altındaki bezlerde şişlik,
3. Diş minesini rahatsızlıkları ve çürük dişler,
4. Gastroözefajal reflü hastalığı,
5. Bağırsaklarda problem ve tahriş,
6. Böbrek problemleri,
7. Ağır dehidrasyon (37).

2.2.4.3.Bulimiya Nervoza (BN) Tedavisi

Anoreksiyanın tedavisi gibi alternatiflerin birleştirilmesiyle meydana gelmekte ve kişisel gereksinimlere göre ayarlanmaktadır. Tıkınırcasına yeme ve yanlış dengeleyici tutumları ortadan kaldırma veya en aza indirmek amacıyla kişinin diyet tedavisine, psikoterapiye ve ilaç tedavisine başlaması gerektiği vurgulanmaktadır (38).

Beslenme Tedavisi: Fazla kilolu kişilerde yapılan diyetin bulimik belirtilerin ortaya çıkma tehlikesini arttırdığını savunan çalışmalar mevcuttur. Bireylerin kendi kendilerine koydukları kurallar doğrultusunda ağır ve sert yöntemlerle çok düşük kalorili yaptıkları diyeti tıkınırcasına yeme tutumu ile aralaması kişileri yanlış dengeleme davranışına sürüklemektedir. Sürekli diyet yapma durumu bireyde serotoninin ön maddesi olan triptofan düşüklüğüne sebebiyet vermektedir. Triptofanın düşmesi, tıkınırcasına yeme davranışıyla bulimik sendromlar arasında anlamlı sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır. BN'lı bireylerin beslenme tedavisi de AN'lı olanlarıinkiyle hemen hemen aynıdır. BN'lı kişilerin yaşları genellikle daha fazla olduğu

için kişisel eğitim yeterli olmaktadır. Şayet kişi ailesiyle beraber yaşıyorsa beslenme eğitimi onlara da verilmelidir. Bireyin vücut ağırlığı ve yiyeceklere olan reaksiyonu öğrenilince beslenme programı oluşturulur (39). AN ve BN’da görülen tıbbi durumlar Tablo 2’ de gösterilmiştir.

Tablo 2. AN ve BN’de görülen tıbbi durumlar (43)

Yeme Bozukluklarında Görülen Tıbbi Durumlar	Anoreksiya Nervoza	Bulmiya Nervoza
Fizik muayene bulguları	Yaşından küçük görünme, büyüme ve pubertal gelişimde gecikme, beden ısısı düşüklüğü, kuru cilt, lanugo, alopesi, akrosiyanoz, dehidratasyon	Dental enamellerde erozyon, parotit bezinde genişleme, dehidratasyon, el arkasında deride kusma refleksi uygulanmasına bağlı skarlar
Kardiyovasküler sistem	Bradikardi, hipotansiyon, Q-T uzaması, S-T çökmesi, ödem	Elektrokardiyografi anomalikleri
Gastrointestinal sistem	Azalmış motilite, kabızlık, pankreatit, karaciğer enzimlerinde ↑, amilaz düzeyinde ↑, akut gastrik dilatasyon	Özofajit, pankreatit, gastrik boşalmanda uzama
Hematolojik bulgular	Anemi, lökopeni, trombositopeni	
Biyokimyasal parametreler	Hipokalemi, hiponatremi, hipokalsemi, hipofosfotemi, ALT ↑, AST ↑, kolesterol ↑	Hipokalemi, hiponatremi hipomagnezemi, hipokalsemi, metabolik alkaloz, metabolik asidoz
İskelet sistemi	Kemik dansitesinde azalma, osteopeni	
Endokrin sistem	Kortizol ↑ FSH, LH ↓ Estradiol ↓ ST3 ↓ ST4 N/↓ TSH N/↓ GH ↑/N IGF-1 ↓ Leptin ↓	Kortizol N/↑ FSH, LH N/↓ Estradiol N/↓ ST3 N/↓ ST4 N/↓ TSH N GH N/↑ IGF-1 N/↓ Leptin N/↓

2.2.5. Başka Türü Adlandırılmayan (BTA) Yeme Bozuklukları

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTA) DSM-V teşhis ve sınıflama modeline uygun herhangi yeme bozukluğuna uygun olan tanı ölçütlerini bulundurmayan yeme bozuklukları için kullanılır. Tanı ölçütlerinin belirsiz olması sebebiyle, çok az üzerinde durulmuş ama çok fazla teşhis koyulmuş yeme bozukluklarıdır (28). Yapılan bazı çalışmalarda BTA yeme bozukluklarından sonra AN ve BN’nın gelişme gösterdiği söylenmektedir (44).

2.2.5.1.BTA Tanı Kriterleri

DSM-V'in BTA için tanı kriterleri şu şekildedir;

1.Kadınlarda metodik menstürasyonların gerçekleşmesi hariç AN'nın tüm tanı kriterleri bulunmaktadır.

2. Bariz bir ağırlık kaybının meydana gelmesine rağmen bireyin o andaki beden ağırlığının olması gereken aralıklarda yer alması haricinde Anoreksiya Nervozanın tüm tanı kriterleri bulunmaktadır.

3. TYY ve yanlış dengeleyici tutumların haftada 2 kereden daha az bir prevelansta veya 3 aydan daha az zamanda meydana gelmesi haricinde Bulimiya Nervozanın tüm tanı kriterleri bulunmaktadır.

4. Olması gereken beden ağırlığını muhafaza etmeye çalışan bireyin çok az bir ölçüde besin tükettikten sonra sistemli olarak yanlış dengeleyici tutumlar sergilemesi.

5. Çok fazla ölçüde besini devamlı çiğneyip geri tükürmesi.

6. Devamlı olarak Bulimiya Nevrozaya has yanlış dengeleyici tutumlarda bulunmaksızın tekrarlayan tıknırcasına yeme krizlerinin gerçekleşmesi (42).

2.2.5.2.Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating)

Tıknırcasına yeme terimini, Amerikan Psikiyatri Birliği 'belirli bir zaman içinde, eşit şartlarda birçok kişinin tüketebileceğinden daha çok miktarda yemek' şeklinde tanımlamaktadır. Yeme anında kişinin kontrolsüz besin tüketmesi ve yemeyi sonlandıramaması gibi kontrol kaybı duygusunun oluşması da gözlenmektedir. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ise, Bulimiya Nevrozaya özel yanlış dengeleyici tutumlarda bulunmaksızın, sürekli devam eden tıknırcasına yeme sürecinin olması ile süregelen bir yeme bozukluğudur. DSM-V tanı kriterlerine uygun tanı koyulabilmesi için, tıknırcasına yeme davranışının haftada en az iki kere olmak üzere, 6 ay devam etmesi gerekmektedir (28).

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu olan kişilerin en dikkat çeken özelliği, yeme bozukluğunun yanı sıra psikopatolojilere de sık rastlanılmasıdır. İdeal kilosunda ve obez olan bireylerin bulunduğu grup kontrol grubuyla mukayese edildiğinde; daha fazla

yüzdede bunalım, kaygı, öfke, içsel gerilimin kontrol altına alınmasında güçlük ve farklı psikiyatrik eş tanıların ortaya çıkması gözlenmektedir. Bu tanımlar içinde bunalım en başta gelmektedir (28).

2.2.5.2.1.TYB Tanı Kriterleri

Tıkınırcasına yeme bozukluklarının tanı kriterleri şunlardır:

- 1) Sürekli tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları.
- 2) Aşağıda kontrol yitimi işaretlerinden en az 3 tanesinin olması:
 - Tedirgin olana kadar yeme,
 - Olması gerekenden süratli yeme,
 - Acıkmadığı halde çok fazla ölçüde yeme,
 - Yerken tek başına kalmayı tercih etme,
 - Çok fazla yemenin devamında bunalım ve suçlu olma duygusu.
- 3) Kriz sonunda kendisinden hoşnut olmama ve mutsuz olma hissi,
- 4) 6 ay boyunca krizlerin haftada en az iki kere olması,
- 5) AN ve BN tanı ölçütlerine uygun olmama (2).

2.2.6.Diğer (Daha Az Bilinen) Yeme Bozuklukları

2.2.6.1.Ortoreksiya Nervoza

Bu terim Yunancada doğru manasında kullanılan “ortho” ve açlık manasında “orexis” sözcüklerinden Bratman tarafından oluşturulmuştur. Sağlıklı besin tüketimi ve doğru beslenmeyle alakalı patolojik bir yeme bozukluğudur ve bireyin hedefinde zayıf olmak yoktur, amaç sıhhatini korumaya çalışmaktır (45).

Bu yeme bozukluğu yalnızca pişmemiş sebzeleri yeme ve sabah kahvaltılarını yalnız tek renkli yemede ısrarcı olmaya dek sürebilmektedir. Bunların yanı sıra,

birtakım pişirme tekniklerine saplantılı oldukları da görülmektedir. Kişi sıhhati için ne kadar çok savaşırsa kendini bir o kadar fazilet sahibi olarak düşünmektedir (46).

Ortoreksiya tam olarak sağlıklı beslenme programını uygulamakla yetinmez bu programı yaşamın ana maksadı yapmaktadır. Bireyin beslenme programını sonlandırması veya ufak bir kaçamak yapması kendi kendinden nefret etmesine ve suçluluk duymasına neden olmaktadır (45).

Ortoreksiya farklı bir yeme bozukluğu olarak onay görmemiştir. Diğer yeme bozuklukları ile benzer yönleri ve farklı taraflarının bulunduğu öne sürülmektedir. Aynı AN gibi az yemek yeme ve ağırlık kaybetme durumunun oluşmasına rağmen AN ve BN'dan ayrımı yenen besin ölçüsünün ve zayıf görünme yerine sağlıklı ve doğal yiyecekler yeme konusuna takıntılı bir durumda olmalarıdır (46).

283 kadın diyetisyen üzerinde yapılan bir araştırmada %52,5'inin ortoreksiyalı olmadığı, %34,9'unun birkaç ortorektik tutumda bulunduğu, %12,8'inin ise ortoreksiya nervoza olduğu söylenmiştir. Bu gibi araştırmalar ortoreksiyanın diyetisyenler üzerinde çok görüldüğünü belirtmektedir (47).

2.2.6.2. Picky Eating (Kuş Gibi Beslenme)

'Picky eating'in çocuklarda yemekten kaçma ve besinleri çok minik ölçülerde yemek şeklinde tanımı yapılmaktadır. Bazı bebekler de ek gıdaya geçme döneminde zorlanırlar ve küçük miktarlarda, kuş misali bir iki lokma alma (picky eating) tarzını tercih ederler. Bebeklerin açlık hisleri bastırılır ve her defasından olduğundan çok az ölçüde tüketmeye başlarlar. Gittikçe zayıf hale gelmektedirler ve yeme bozukluğu oluşmaktadır. Picky eating, bebeklerin büyümesi ve gelişmesinde durmaya ve bağışıklık sistemini düşürerek hastalık bulaşının kolaylaşmasına sebebiyet vermektedir. Ebeveynlerin çocuklarının yemek yeme durumlarıyla olması gerekenden çok ilgilendikleri için tüm çocukların % 45'inden fazlasında picky eating davranışının görünmesi muhtemel kabul görmüştür (2).

Picky Eating davranışı görülen çocuklarda tespit edilen durumlar:

- Daha önce tatmadığı bir besini denemede isteksiz olma durumu (neofobi),
- Tüketilen yemek çeşitliliğinde noksanlık,

- Düşük besin kabul edilebilirliği,
- Birtakım besin gruplarını yemeyi katıyen kabul etmeme (48).

2.2.6.3. Night Eating Syndrome (Gece Yeme Sendromu)

Gece yeme sendromu'nun tanımlanmasını 1955'te Stunkard, Grace ve Wolff yapmıştır ve günümüzde de halen yeme bozukluğu sayılmamaktadır (49).

Aç olma duygusunun uyanma hali ile gerçekleşen biyolojik bir dürtü olduğu söylenmektedir. Acıkma ile uyuma arasındaki ilişkiyi de homeostatik ve sirkadiyen ritim düzenlemektedir. Uyurken gerçekleşen anormal yeme davranışı, çeşitli nedenlerden meydana gelebilmektedir. Bu yeme sendromu sabahları anoreksik özellikler gösteren, akşam giderek artan iştah, aşırı yeme isteği ve uykudan uyanma sonrası bilinçsiz yemek yemeden insomniaya kadar giden bir yeme problemidir. Günümüzde gece yeme sendromu besinlerin tüketiminde “sirkadiyen gecikme” şeklinde tanımlanmıştır. Uyku ile alakalı bir yeme problemi olduğu için Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasında bulunan bir parasomniadır. Uyuma anında tekrarlayıcı biçimde meydana gelen bilinçsiz yemek yeme süreçleri ve farklı seviyelerde uyanıklık ile karakterizedir (49).

Şişman bireylerin %10'unda Gece Yeme Sendromu görüldüğü söylenmektedir. Bu bireylerde gün içinde ihtiyaçları olan kaloringin en azından %50'sinin akşam öğününden sonra atıştırma tüketmesi, geç saatlerde alınan enerjinin gün içinde alınandan çok fazla olması, tüketilen yiyeceklerin genelde basit karbonhidrat olması, haftada 3 kez gece en azından bir kere uyanma ile uyku sorunlarının olması, gece uyanmalarında fazla enerjili atıştırma tüketilmesi, bu halin en az 3 ay devam etmesi, sonrasında suçluluk, sıklık, gerilme ve öfke, gece oluşan öfke, karamsarlığa kapılma ve başka yeme bozukluğu ölçütlerine uymama şeklinde özellikleri vardır (2).

2.2.6.4. Bigoreksiya (Kas Dismorfisi)

Bigoreksiya; bireyin kas geliştirme konusunda takıntılı olması ve daima bunu düşünmesidir. Bu kişiler mevcut kaslarını yeterli bulmazlar buna saplantılı hale gelirler. Özellikle kas geliştirme sporu ile ilgilenen erkek bireylerde gözlenmektedir. Bu kişiler protein içeren yiyecekleri sıklıkla tüketmeye çalışırlar. Zamanlarının neredeyse tamamını spor ve fitness merkezlerinde harcarlar (50).

Bigoreksiya için tanı ölçütleri;

A. Birey bedeni yeteri kadar zayıf, düşük yağ yüzdesine sahip ve vücudu kaslı olmadığı için kaygılanır.

B. Bireyin bu kaygısı sosyal hayatında klinik olarak anlamlı problemlere veya bozukluklara sebebiyet verir. Aşağıda yazılı durumlardan en az 2 maddeyi sağlaması gerekir.

1. Birey çoğunlukla mecburi hissettiği egzersiz ve beslenme programını devam ettirebilmek için önemli sosyal ve mesleki etkinliklerini ihmal eder.

2. Bu kişiler kalabalık yerlere girmekten kaçınırlar, girdiklerinde ise kaygılanır ve sıkıntıya girerler.

3. Kişinin beğenmediği ve daha fazlasını istediği kas oranı üzerine hissettiği kaygı, klinik olarak anlamlı miktarda sosyal ve mesleki hayatını olumsuz yönde etkilemesine neden olur.

4. Bireyler, aşırı fiziksel aktivite ve ağır diyet yapmanın psikolojik sorunlara ve kötü fiziksel sonuçlara neden olduklarını bilmelerine rağmen devam ederler.

C. Kaygılanma ile alakalı ilk odaklanması gerekenler, ufak vücut hacmine sahip olmak veya düşük kas yüzdesinin olma düşüncesi, AN'daki gibi yağ oranının çok düşük olması isteği gibi dış görüntü hakkında değişik bakış açılarıdır (37).

24'ü bigoreksiyalı ve 30'u normal olmak üzere 54 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada; bigoreksiyalı kişilerin beden algısının diğerlerine göre az, vücutlarından memnun olmama durumlarının fazla olduğu neticesi elde edilmiştir (50).

2.2.6.5.Pika

Besin olmayan şeylerin yenmesi “pika” şeklinde adlandırılmaktadır. Özellikle demir, bakır ve çinko gibi minerallerin eksik olmasına bağlanmaktadır. Toprak, kağıt, buz, ip, kireç, kum, boya gibi maddelerin tüketilmesi ile meydana gelen yeme problemidir. Genellikle küçük çocuklarda gözlenmektedir. Ülkemizde bu şekilde tanımlanan yeme problemi üzerinde durulan bir araştırmada; Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne müracaat eden 837 kişinin %9.1'inde

pikaya rastlanmıştır. Pikalı olan bu çocuklara demir tedavisi uygulanmış ve %93 başarı sağlanmıştır (51).

2.3.OBEZİTE

Yeme bozuklukları yanında obezite de çağımızın sorunlu yeme davranışları ve halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, vücutta bulunan yağ oranının insan sağlığını bozacak kadar fazla ya da aşırı bir miktarda birikmesi şeklinde açıklamaktadır (10).

Aşırı kilo ve obezite indeksleri yetişkinler için kilo ve boy ölçümleri kullanılarak hesaplanan beden kütle indeksiyle (BKİ) gösterilmektedir. BKİ çoğu insan için vücutlarında bulunan yağlar ile bağıntı halindedir (52). Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarına göre uluslararası obezite sınıflandırılması Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. WHO'ya göre uluslararası obezite sınıflandırılması (yetişkinlerde beden kütle indeksine göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması) (10)

Sınıflama	BKİ(kg/m ²)	
	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf(Düşük ağırlıklı)	<18,50	<18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16,00	<16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00 – 18,49	17,00 – 18,49
Normal	18,50 – 24,99	18,50 – 22,99
		23,00 – 24,99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥25,00	≥25,00
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25,00 – 29,99	25,00 – 27,49
		27,50 – 29,99
Şişman (Obez)	≥30,00	≥30,00
Şişman I.Derece	30,00 – 34,99	30,00 – 32,49
		32,50 – 34,99
Şişman II.Derece	35,00 – 39,99	35,00 – 37,49
		37,50 – 39,99
Şişman III.Derece	≥40,00	≥40,00

BKİ: Beden Kitle İndeksi.

Dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de obezite ve şişmanlık her geçen gün artış göstermektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2010” verilerine göre obezite görülme oranı; 19 yaş ve üzeri kişilerde %30,3 olarak belirlenmişken cinsiyet olarak ayıracak olursak bu oran erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41 tespit edilmiş bununla birlikte fazla kilolu olma

yüzdesi de %34,6 olarak hesaplanmıştır (53). Batılı hayat tarzlarını benimseyen ülkelerde bu oranlar beklenenden fazla görülmektedir (54).

Obezitenin etiolojisi ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Obezite kalorisi fazla olan diyete, fiziki aktivitenin yetersizliğine, psikososyal etmenlere, medikal ürünlere, tütün ürünlerine, nöroendokrin nedenlere, santral sinir sistemi zedelenmelerine, otozomal resesif genetik etmenlere dayanmakta ve kromozom anomalisi nedeniyle oluşan çeşitli sendromların etkisiyle meydana gelmektedir. Fakat obezite olgularında nadiren özgül bir sebep bulunur. Birçok olguda hastalığın gelişimi saptanamadığı için obezitenin birçok sebebi olan bir hastalık olduğu düşünülmektedir (3).

İhtiyaç duyulan enerjiden daha çok enerjinin alınması, başka bir tanımla beslenme davranışının çokluğu obezitenin temel nedeni olduğu düşünülmektedir. Obezite sorunu yaşayanların büyük bölümü bu sınıfa girmekte ve bu tip obeziteye “ekzojen obezite” adı verilmektedir (55).

Obezlik sorunu Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-V gruplandırmasında beslenme bozukluklarından kaynaklı rahatsızlıklar arasında bulunmamaktadır. Son yapılan klinik tanımlar BMH'a dayanarak koyulmaktadır. Obezite yeme bozukluklarının arasında olmasa da yeme bozukluklarında çok sayıda gözlenen psikolojik problemleri taşımaktadır. Bu özellikler; dürtüsellik, düşük benlik saygısı, fiziksel özelliklerini beğenmeme, mükemmeliyetçi davranış ve söylemeyeceği şeyleri dile getirmektir. Çalışmaların bazısında aşırı kilo artışlarının kişilik bozukluklarıyla ilişkilendirildiği belirtilmiştir (54).

Obez insanların beslenme alışkanlıklarıyla ilgili yapılan araştırma sonuçlarında, obezlerin zayıf bireylerle karşılaştırıldığında enerji ve yağ oranı bakımından zengin besinlerle beslenmeye yöneldikleri görülmektedir. Bu tür yeme alışkanlığına ek olarak az miktar da enerji harcama da eklenirse yüksek miktarda enerji içeren beslenmeye karşı az enerji yakımıyla beraber obezliğin ortaya çıkışı kolaylaşır. Fakat düşündürülen farklı bir soru da çevresel faktörlerin benzer olmasına rağmen bazı bireylerin kilo almaya neden yatkın olduklarıdır. Bu durumda genetik faktörlerin rolü büyük olsa da beslenme alışkanlıklarımızın rolü de oldukça fazladır. Bazı beslenme alışkanlıkları ve davranışları kilo almayı kolaylaştırır, verilen kilolar varsa yeniden o kiloları almaya sebebiyet verir.

Bu tür alışkanlıklar obezlik tedavisi sırasında sıkça karşımıza çıkabilmekte ve hatta bu davranışlarından vazgeçemeyen bireyler tedavilerini bırakmaktadırlar (54).

Obezite sorunu yaşayan kadınlarda yapılan araştırmada duygu durum, yeme tutumu, sinir seviyesi ve beslenmeyle alakalı psikopatolojiler değerlendirilmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu bulunan obezlerde depresyon seviyelerinin ve beslenmeyle bağlantılı psikopatolojilerin tıkınırcasına yeme sorunu bulunmayan obezlerden çok olduğu belirtilmiştir. Depresyon seviyelerinden ayrı olarak düşmanlık, eleştiri ve öfkelenmenin daha fazla olduğu, içgüdüsel hareketlerin yoğun olduğu saptanmıştır (56).

Obezite tedavisi ile ilgili yapılan çalışmalarda dürtüsel olmanın süreçte olumsuz tekrarların ortaya çıkmasına neden olduğu söylenmektedir. Küçük yaşlarda yapılan tedaviler büyüklere oranla daha iyi sonuç vermektedir. Aileden destek almaları, koşullu davranışlarından yetişkinlere oranla daha çabuk vazgeçebilmeleri, spora daha yatkın olmaları, vücutlarının gelişime elverişli olması gibi durumlardan dolayı çocuklardaki tedavi başarısı artmaktadır. Çocuklarda yapılan araştırmada, 6 aylık zaman diliminde kognitif ve tutucu tedavi uygulanan çocukların yarısının %20 oranında kilo verdiği görülmüştür. Bu çocukların 10 yıl sonraki durumları gözlemlendiğinde çocukların %30'unun kilo almadıkları gözlemlenmiştir (57). Sevindirici bulgulara rağmen çocukların tamamında başarı yakalanamamıştır. Çalışmalar sonucunda kilo vermelerde farklılıklar gözlemlenmektedir. Bir kısmı verdiği kiloyu korurken bir kısmı koruyamamıştır. Bu durumdan ortaya çıkan sonuç bazıları yaşam tarzlarını değiştirirken bazıları değiştirememiştir. Önemli olan konu ise farklılığın sebebidir (58).

Obezite ve dürtüsellik ortaklığını kuvvetlendiren başka bir konuda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğudur. Tedavi gören çocukların çoğunluğunda (%58) DEHB'e rastlanmıştır. DEHB bulunan küçüklerin BMH'lerinin bulunmayanlardan çok yüksek çıktığı görülmüştür (58). Beslenme şeklini ve bu şekil nedeniyle obezitenin devam etmesini etkileyen kısa vadeli veya uzun süreli hareketlere ait faktörler Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Beslenme alışkanlığı ve bu şekil nedeniyle obezitenin gelişimini ve/veya sürmesini etkileyen kısa ve uzun süreli davranışlara ait faktörler (59)

<i>Uzun süreli davranışa ait faktörler</i>		<i>Kısa süreli davranışa ait faktörler</i>
Birincil bakım sağlayanların davranışı Öğrenme: erken çocukluk ↓↓↓		Dış ortamdaki yiyeceğe aşırı tepkisizlik Uyarılabilirlik
Yeme davranışı	→	Çeşit
Biyolojik değişiklikler	→	Lezzet
Obezite	→	Sosyokültürel etkenle Egzersiz

Beslenme davranışlarının beyinde kontrol edildiği yer lateral hipotalamustur. Ventromedial hipotalamus uyarıldığında tokluk hissi vermektedir, tokluk merkezidir. Lateral hipotalamus ve ventromedial hipotalamus zıt görevlerde olup birbirlerini engellemektedir (59).

Obez insanlarda bu durum sıklıkla görülür. Katekolaminerjik yollar insan kilosunu ve beslenme alışkanlığını düzenlemede etkin bir görev almaktadır. Serotonin ise çok fazla yiyecek tüketmede görev alır. Obezitenin oluşmasına neden olanlar hipotiroidizm ve hipoparatiroidizmdir; ancak çok sıklıkla görülen nedenlerden değildirler. Kalıtım ve metabolik nedenler de etiyolojide fazlasıyla yer tutmaktadır. Kişinin aktif yaşam sınırlılığının az olması enerji harcamayı azalttığı gibi BMH'ni de yavaşlatarak obeziteye neden olabilir (56).

Obez kişileri hor görmek, peşin hükümlü davranmak ve saygısızca yaklaşımlar mevcuttur. Sobal ve Stunkard “the last socially acceptable form of prejudice/sosyal olarak kabul gören önyargı” olarak adlandırmışlardır. Sağlık alanında çalışan kişilerde dahi bu ön yargılar gözlemlenmiştir (55).

Peşin hüküm ve ayrımcılık küçük yaşlarda başlamaktadır. Ortalama 40 yıl önce Stafferi 6 yaşlarındaki küçüğün, şişman olan bir çocuğa bakarak “tembel, kirli, aptal, çirkin” biri olduğunu kafasında tasarladığını kaydetmiştir. Obez kişiler toplumdan “etkilenirler”. Bu gibi ayrımlar kişilerin kendilerine olan saygılarını azaltmakta, depresyona girmelerine neden olur. Kişinin kendisine olan saygısını kaybetmesi obez kişilerin disforik ve depresif duruma gelmelerine yol açar (59).

Obez kişiler iş dünyasında da ayırım ile karşı karşıya kalırlar. Patronların %16'sı obez kadınları işe almamakta, %44'ü de bazı spesifik durumlarda obez kişileri işe almaktadır. Güvenlik güçleri, itfaiye ve havayolları bu kişileri işe başlatmamakta yada işlerine son vermektedir (59).

Obezitenin tedavisi hala istenilen seviyelere gelememiştir. Bunun nedenleri araştırılmalı ve eksiklikler ortaya çıkartılmalıdır. Zayıflama programları bir noktada durmakta eksiklerin neler olduğu ve kazanımların neden geri kaybedildiği sorusu düşündürücüdür. Bilim insanları bilhassa sosyal ve bireysel etmenlerin üzerinde değişime açık yerleri bulmaya çalışsalar da kimi insanlar için bu tutumlarında değişikliğe gitmenin çok kolay olmadığı konusuna yoğunlaşmamışlardır. Dürtüselliğin obezliğin tekrarlanmasında çok önemli bir etmen olduğu öngörülmektedir. Bununla beraber dürtüsellik tedavinin yarıda bırakılmasında da önemli bir etkiye sahiptir. Edindiğimiz bu bilgiler tedavi için hazırlanan programa rehber niteliğindedir. Dürtüsel davranışı azaltmak amaçlı kişiye özgü tedavi teknikleri obezite tedavileri için önemli katkılar sunabilecektir. Obezite kronik bir rahatsızlık olup tedaviden sonra uzun bir süre takibi yapılmalıdır (54).

2.4.YEME BOZUKLUKLARI, OBEZİTE VE PSİKİYATRİK EŞ TANI

DSM V'e göre, yeme bozukluklarının yalnız başına görülmesi nadirdir, yeme bozuklukları çoğunlukla bir psikiyatrik hastalık ile birlikte görülmektedir. Bu hastalıkların en başta geleni ise depresyondur. Depresyonu anksiyete ve madde kullanma takip eder. Depresyonun TYB bulunan bireylerde diyetle olanlara kıyasla yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (42).

Depresyon ile AN arasındaki bağın çok net olduğu bildirilmektedir. AN kısıtlayıcı tipte hayatları boyunca psikolojik bozulmalar nadir görülürken, AN öyküsü bulunan BN ve AN çıkartıcı tipte depresyona rastlama oranının yüksek bulunduğu söylenmektedir (10).

Kaygı ve depresyon ile doğru olmayan başa çıkma yöntemi genellikle tıka basa yeme şeklidir. Obezlerde şu an ki psikolojik bozukluk tanısı görüldüğü kadar eskiden geçirilmiş tanılara da rastlanmak da mümkündür yani psikiyatrik tanısı olan normal ağırlıktaki bir birey ileriki yıllarda obez olabilmektedir. Bu ilişki psikolojik hastalıklar ile obezite arasında bir bağ olduğunu kabul ettirmektedir (10).

Çalışmalar obezitenin tıknırcasına yeme bozukluğu, gece yeme sendromu, bipolar bozukluk ve başka psikiyatrik bozukluklarda ilerleyerek yükselen yüzdelerle önümüze çıktığını ve bu sorunların obezite nedenli tedavi arayışına giren bireylerde de sıklıkla karşılaşıldığına işaret etmektedir (30).

Psikiyatrik eş tanı BKİ'nin artmasıyla da bağdaştırılmıştır. Obezite görülen popülasyonda psikiyatrik bozukluklara çok rastlanması, ideal ağırlığında ve fazla kiloda olan popülasyona oranla %25 daha fazla görülmüştür (30).

Bazı araştırmalar, obezite görülen bireylerdeki duygudurum bozukluğu semptomlarının kadın ve erkeklerde farklı olduğunu söylemektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar, obez ve obez olmayan erkekler arasında psikiyatrik semptom görülme sıklığı yönünden değişiklik olmadığını, ancak obez kadınlarda obez olmayanlara oranla depresyon ve kaygı bulgularının fazla olduğunu bildirmektedir (55).

Obez popülasyonun bir kısmı tıknırcasına yeme bozukluğu görülenlerden meydana gelmektedir. Tıknırcasına yeme bozukluğu bulunan obez kişilerin, normal kilolu tıknırcasına yeme bozukluğu bulunanlara göre daha fazla oranda duygudurum bozukluğuna sahip oldukları tespit edilmiştir (30).

2.5.BENLİK SAYGISI

Benlik, özetle bireyin kendisini algılaması şeklinde adlandırılır ve davranışın en önemli belirleyicisidir. Benlik, kişinin kendini bildiği zamandan itibaren çevreyle etkileşim sonunda ortaya çıkar, kişi çevresini buna göre algılar ve uygun hayatları özümser (60). Benlik saygısı, bireyin kendini değerlendirmesiyle ulaştığı benlik kavramını onamasından ortaya çıkan beğeni durumu olup bireyin kendini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olma, kendini olumlu, beğenilir, sevmeye değer bulmayı ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (61).

Benlik saygısı yüksek kişiler daha yaratıcı, başarılı ve sağlıklı, kendine güvenen, atılgan, düşüncelerini kolaylıkla dile getiren, sosyal yönden uyumlu bireyler olarak görülmektedir. Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve fiziksel öğeleri mevcuttur. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi fiziksel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (62).

Benlik saygısının seviyesi, kişinin okul ve işteki başarı ve becerisini, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirlik derecesini etkilemektedir. Benlik saygısını yüksek seviyede ve tutarlı olarak sürdüren normal sağlıklı kişiler, canlılık ve enerjilikle özdeşirler. Bu kişiler kendilerine güvenen kişiliktirler. Zayıf yapılanmış benlik saygısına sahip kişiler ise canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, kendilerine güvenmeyen, hatta kendini utanç verici değersiz ve çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış kişilerdir (63).

Benlik saygısının gelişmesinde üç ana kaynak bulunmaktadır:

1. Başkalarının saygısı

2. Yeterlik

3. Kişinin bu iki kaynağı kendisi için değerlendirmesi (kendilik) (64).

Başkalarının saygısı, olumlu duygusal etkileşimi, kişide kendini sevmeyi (self love) geliştirir. Bu sayede duygusal kendilik ve egemenlik oluşur. Neyin değerli ve sevebilir olduğu fikrini ortaya koyarak bilişsel kendilik ve egemenliği sağlar. Başkalarının fikir ve yaklaşımları, duyguları kendiliğin iç ruhsal yapısının parçası haline gelir (61).

Düşük benlik saygısı yeme patolojileri için mühim bir tehlike faktörü gibi değerlendirilmiş ve düşük benlik saygısının yeme bozukluklarında sıklıkla rastlanılan bir bulgu olduğu ve hem AN hem de BN'de görüldüğü saptanmıştır. Yeme bozukluğu belirtilerindeki düşmenin daimi belirleyicilerinden birinin benlik saygısındaki yükselme olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yeme bozukluğunun tanı ve tedavi sürecinde benlik saygısını arttırmak için tedavilerin gerçekleştirilmesi önerilmektedir (65).

Obez bireyler ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki saptamayan araştırmaların yanı sıra obez bireylerde benlik saygısının düşük bulunmasıyla bunlar arasındaki ilişkinin doğru orantılı olduğunu bazı çalışmalar bulmuştur(10).

Yapılan çalışmalarda depresyonu olan bireylerde benlik saygısının da düşük olduğunun saptandığı düşünülürse depresyon düşük benlik saygısının emosyonel ifadesi olarak değerlendirilebilir (66).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma, Adana/Kozan İlçe Merkezinde bulunan Özel Arı Bilim Kişisel Gelişim Kursu'na kayıtlı olan 18 yaş ve üstü kadın ve erkek KPSS öğrencilerinin yeme davranışları ve etkileyen faktörlerinin araştırılması amacıyla yapılmış prospektif, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Adana ili Kozan İlçe Merkezinde bulunan Özel Arı Bilim Kişisel Gelişim Kursu'nda Aralık 2018-Mayıs 2019 tarihlerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma evrenini, Özel Arı Bilim Kişisel Gelişim Kursunda bulunan 18 yaş ve üstü gönüllü KPSS öğrencileri oluşturmaktadır. Bu kurs programında halen kayıtlı öğrenci sayısı 160 kişidir. Araştırmada örneklem seçilmemiş ve evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Kursa kayıtlı 18 yaş üzeri ve çalışmaya katılmayı kabul eden 54 erkek ve 84 kadın olmak üzere toplam 138 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Özel Kozan Arı Bilim Kursuna kayıtlı olmak, 18 yaş ve üzerinde olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırmaya alınma kriterleri olarak sayılmış, iletişimi engelleyecek problemin bulunması, 18 yaş altında bulunmak ve çalışmaya katılmayı reddetmek araştırmaya alınmama kriterleri olarak sayılmıştır.

3.4. Araştırmada Veri Toplama Araçları

3.4.1. Anket formu

Araştırmaya katılacak olan bireyler sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK-1). Bilgi verme ve onam almak, anket girişinde bulunan, yapılacak çalışmayı anlatan ve katılmalarını dile getiren bir tekst ile gerçekleştirilmiş kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir.

Anket; araştırmacı tarafından daha önce yapılmış benzer araştırmalardan seçilen sorularla hazırlanmıştır. Hazırlanan anket araştırmacı tarafından çalışmaya katılmayı kabul edenlerle yüz yüze müzakere edilerek anket ve ölçeklerin doldurulması sağlanmıştır. Ankette, katılımcıların kilo, boy, sosyodemografik ve medeni durum bilgileri, sigara ve alkol alışkanlığı bilgileri, sosyoekonomik düzeylerini sorgulayan 9 soru bulunmaktadır. Ek olarak olguların yeme davranışını değerlendiren 33 soruluk Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ), benlik saygılarını değerlendiren 10 soruluk Rosenberg Benlik Saygısı leği (Rosenberg Self-esteem Scale) ve depresyon durumunu değerlendiren Birinci Basamak için Beck Depresyon leği (Beck Depression Inventory for Primary Care BD-BB) ankete dahil edilmiştir (Ek-2).

3.4.2. Antropometrik lmler

Araştırmaya iştirak eden kişilerin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ağırlıkları ‘‘dijital baskül’’ ile ölçülmüştür. Her ölçümden önce araç standardize edilmiştir. Bireylerin boy ölçümleri ayaklar yan yana ve dik durumdayken yapılmıştır. Anket araştırmasına katılanların BKİ değerleri boyun karesinin vücut ağırlığına bölünmesi (kg/m^2) şeklinde bulunmuştur.

$$\text{BKİ} = \text{Ağırlık(kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$$

BKİ sınıflandırılmasında DSÖ’nn yaptığı sınıflandırma kullanılmıştır: 18.5 kg/m^2 altında ise zayıf, 18.5-24.9 kg/m^2 arası normal, 25-29.9 kg/m^2 arası fazla kilolu, 30 kg/m^2 üzeri şişman(obez) ve 40 kg/m^2 üzerinde ise morbid obez (III. derece şişman) olarak değerlendirilmiş ve Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. BKİ değerlerine göre obezite sınıflandırması (10)

BKİ(kg/m^2)	WHO Sınıflandırması
<18.5	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif şişman
≥30.0	şişman(obez)
30.0-34.99	I.derece şişman
35.00-39.99	II.derece şişman
≥40.00	III.derece şişman (Morbid Obez)

3.4.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (The Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi 1986'da Van Strein ve ark. tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Diyetisyen Nuray Bozan tarafından yapılmıştır. 33 maddeden meydana gelen anket; duygusal yeme davranışlarını, dışsal yeme davranışlarını ve kısıtlanmış yeme davranışlarını değerlendiren 3 alt ölçekten meydana gelmektedir. Ölçekte bulunan maddeler, 5'li Likert ölçeğiyle değerlendirilmektedir (2). Her bir alt ölçekte yer alan maddelerin skaladaki madde numaraları ve her bir alt ölçeğin kaç madde sayısından oluştuğu Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Alt ölçeklerdeki maddeler ve madde sayısı (2)

Alt Ölçekler	Alt Ölçeklerdeki Maddeler	Madde Sayısı
Duygusal Yeme	16,19,15,21,18,22,17,13,23,14,20,11,12	13
Kısıtlayıcı Yeme	7,6,3,10,1,8,2,5,9,4	10
Dışsal Yeme	26,25,28,29,27,24,30,32,31,33	10

DEBQ alt ölçek ve maddeleri Tablo 6'da gösterildiği gibi Duygusal Yeme Davranışı 13 maddeden, Kısıtlayıcı Yeme Davranışı 10 maddeden ve Dışsal Yeme Davranışı 10 maddeden oluşmaktadır.

3.4.4. Duygusal Yeme

“Duygusal Yeme” alt ölçeğinde yer alan maddelerin sözel yapıları incelendiğinde, bireyin duygudurumunun yeme davranışı üstündeki tesirini bulan; kızgınken, mutsuzken, kaygılıyken vs. yeme davranışını saptamayı amaç edindikleri gözlenmektedir. Başka bir ifadeyle, “Duygusal Yeme” alt ölçeğiyle bireyin o an ki psikolojik durumunun yeme davranışı üstünde nasıl etkisinin olduğunu anlamak hedeflenmiştir (2).

3.4.5. Kısıtlayıcı Yeme

Kısıtlayıcı yeme davranışı altında yer alan maddelerin sözel yapısına bakıldığında, bu maddelerin ağırlık kazanmaktan çekindiği için tükettiği yemeklere önem vermesi veya besin öğelerinden uzak durma şeklini değerlendirme amaçlı anlatımların bulunduğu gözlenmektedir. DEBQ'nun “Kısıtlayıcı Yeme” alt ölçeği de

bireylerin ağırlıklarını kontrol altına almak gayesiyle yiyeceklerden ne zaman ve ne ölçüde kaçındığını anlamak amacıyla kullanılmaktadır (2).

3.4.6. Dışsal Yeme

Dışsal yeme davranışı altında yer alan maddelerin sözel yapısına bakıldığında ise besin özelliklerinin bireyleri tüketim boyutunda ne ölçüde tesiri altına aldığını değerlendirme amaçlı anlatımları içerdiği görülmektedir. DEBQ'nun "Dışsal Yeme" alt ölçeği kişinin besinlerin tadı, kokusu ve görüntüsü gibi faktörlerden etkilenerek genelde tükettiğinden çok ölçüde yiyecek yiyip yemediğini saptamak amacıyla kullanılmaktadır (2).

3.4.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale)

1965 yılında M.Rosenberg'in geliştirdiği ölçek 1986 yılında Fusun Çuhadaroğlu aracılığıyla Türkiye'ye adapte edilmiştir. Altmış üç maddeden oluşan ölçeğin 12 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu çalışmada yalnızca 10 sorudan oluşan benlik saygısı alt ölçeğinden yararlanılmıştır (67).

Guttman ölçüm tarzına uygun düzenlenmiş ölçekte, pozitif ve negatif yüklü maddeler ardışık şekilde dizilmiştir. Anketin değerlendirme yöntemine göre katılımcılar 0 ile 6 arası puan elde etmektedirler. Bu doğrultuda benlik saygısı, yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan) olma şeklinde değerlendirme yapılmaktadır (65).

3.4.8. Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory for Primary Care BDÖ-BB)

"Beck Depression Inventory for Primary Care" olarak adlandırılan ölçeğin, Türkçeye uyarlanıp, geçerlik ile güvenilirlik araştırması Aktürk ve ark. aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Birinci basamak beck depresyon ölçeği; üzüntü, kötümserlik, geçmiş zamandaki başarısızlıklar, kendinden hoşnut olmama, kendini suçlama, ilgi kaybı ve kendini öldürme isteği semptomlarından faydalanarak 7 başlık üzerine depresyon taraması yapmayı hedefler. Her başlık 0-3 arası puanlama sisteminden oluşur; Birinci basamak beck depresyon ölçeği puanı her başlıktaki en yüksek puanların toplanmasıyla bulunur. En çok 21 puan hesaplanabilir. 4'ün üstündeki puanlarda depresyon ihtimali %90' dan fazladır. DSM-V-TR tanı kriterlerinin minimum

ihtiyaçlarını gerçekleştirmek amacıyla kişilere “bugün dâhil, son 2 hafta içindeki” psikolojik düşünce ve halleri sorulmaktadır (68).

3.5. Araştırmada Kullanılan Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.5.1. Bağımlı Değişkenler: Hollanda Yeme Davranışı Anketi (The Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale) ve Birinci Basamak için Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory for Primary Care BDÖ-BB) araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmuştur.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler: Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, ağırlık, boy uzunluğu, BKİ, medeni durumları, sigara ve alkol kullanımları ise araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.6. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırmada kazanılan dataların analizleri SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmadaki Hollanda Yeme Davranışı anketinin alt ölçekleri kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme, Rosenberg Benlik Saygısı ve Beck Depresyon Ölçeklerinden bulunan puanların normal dağılıp dağılmadığını bulmak için kullanılan Kolmogorov-Smirnov testi neticesinde ölçeklerin dağılımının normal olmadığı bulunmuştur (sırasıyla, $z=0.078$, $p=0.039$; $z=0.123$, $p=0.000$; $z=0.058$, $p=0.200$; $z=0.129$, $p=0.000$ ve $z=0.191$, $p=0.000$).

Ölçekler normal dağılmadığından istatistik hesaplamalarında nonparametrik testlerin kullanılması uygun görülmüştür. İstatistiki metod olarak tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U ve Ki-kare analiz testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) testlerle birlikte verilmiştir ($p<0,05$ olduğunda anlamlı, $p>0,05$ olduğunda anlamsız kabul edilmiştir).

3.7. Araştırmanın Güçlü Yanları – Kısıtlılıkları

Çalışmanın yalnızca tek KPSS kursunda ve yalnızca öğrenciler üzerinde yapılmış olması çalışmanın önemli sınırlılığdır. Gözlem veya ölçüm yapılırken bulunan

neticelerin doğru olması kadar değişik zamanlarda ya da değişik kişiler tarafından uygulandığında da aynı neticeler sağlamaları önemlidir.

Evrenin küçüklüğü ve katılımcıların yaşı aralığının sınırlılığı nedeniyle araştırmadan elde edilen sonuçlar topluma genellenemez.

Evrenin KPSS kursu olması, katılımcıların sınav döneminde bulunması sebebiyle depresyon, benlik saygısı ve yeme davranışlarının dönemsel bir değişikliğe uğrayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yüzden alınan yanıtların güvenilirliği tartışılmalıdır.

Araştırmada yapılması gereken tüm ölçüm ve veri toplama gibi işlemleri tek bir kişinin üstlenmesi, veri tutarlılığı düşünöldüğünde araştırmanın güçlü yanındır.

3.8. Araştırma İzinleri

Bu çalışma için İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 101 sayılı 26.12.2018 tarihli "Etik Kurul Onayı" (EK-3) ve Özel Arı Bilim Kurs Müdürlüğünden alınan "Onam Formu" (EK-4) ektedir.

4. BULGULAR

Araştırma Kozan ilçe merkezinde bulunan Özel Arı Bilim Kişisel Gelişim Kursuna kayıtlı yaş ortalaması 24.58 ± 3.10 olan 138 olguda yapıldı. Araştırmaya katılan bireylerin anket sorularına verdikleri cevaplar doğrultusunda demografik değişkenlerine bakmak amacıyla betimleyici istatistiksel analiz metodu kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan kişilerin demografik değişkenlere göre dağılımları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik değişkenlere göre dağılımları (n=138)

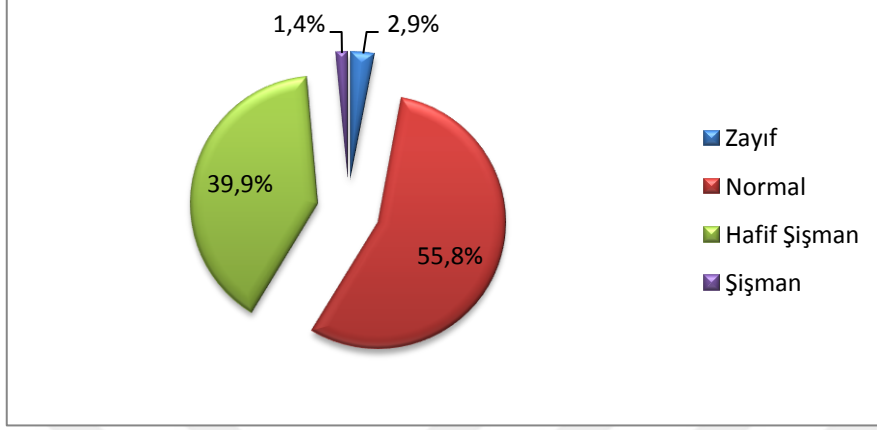
Bireysel Özellikler	Frekans ve Yüzdeler	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	84	60.9
Erkek	54	39.1
Medeni Durum		
Evli	5	3.6
Bekar	133	96.4
Eğitim Düzeyi		
Ön lisans	45	32.6
Lisans	93	67.4
Beden Kütle İndeksleri		
18.5 kg/m ² ’nin altı / zayıf	4	2.9
18.5-24.9 kg/m ² arası / normal kilolu	77	55.8
25-29.9 kg/m ² arası / hafif şişman	55	39.9
30 kg/m ² ve üzeri / şişman	2	1.4
Sigara Kullanımı		
Var	34	24.6
Yok	104	75.4
Alkol Kullanımı		
Var	29	21.0
Yok	109	79.0
Toplam	138	100.0

Tablo 7’de görüldüğü gibi; kişisel bilgi formuna ve anket sorularına cevap veren 138 bireyin %60.9’unun kadınlardan ve %39.1’inin erkeklerden oluştuğu görülmüştür. Bireylerin %96.4’ünün bekar olduğu, %67.4’ünün lisans, %32.6’sının ön lisans mezunu olduğu, %75.4 ‘ünün sigara %79.0’unun alkol kullanmadığı görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü uluslararası obezite sınıflandırmasında yer alan temel kesim noktalarına göre BKİ’leri değerlendirilen katılımcıların zayıf, normal, hafif şişman ve şişman olmak üzere dağılımları saptanmıştır.

Katılımcıların BKİ sınıflandırılmasına durumlarına göre dağılımları Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Katılımcıların BKİ sınıflamasına göre dağılımları



Katılımcıların BKİ değerlendirildiğinde 138 kişi arasında %1,4’ü şişman ve %39,9’u hafif şişman bulunmuştur. Bireylerin %2,9’u zayıfken %55,8’i normal kilosundadır.

Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile cinsiyet ve eğitim düzeyleri değişkenleri arasındaki dağılımları ise tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların BKİ ile cinsiyet ve eğitim düzeyleri değişkenleri arasındaki dağılımları

			BKİ Dağılımları				Toplam	
			Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman		
Cinsiyet	Kadın	n	4	60	19	1	84	
		%	100,0	77,9	34,5	50,0	60,9	
	Erkek	n	0	17	36	1	54	
		%	0,0	22,1	65,5	50,0	39,1	
	Toplam		n	4	77	55	2	138
			%	2,9	55,8	39,9	1,4	100,0
Eğitim Düzeyi	Ön lisans	n	0	26	17	2	45	
		%	0,0	33,8	30,9	100,0	32,6	
	Lisans	n	4	51	38	0	93	
		%	100,0	66,2	69,1	0,0	67,4	
	Toplam		n	4	77	55	2	138
		%	2,9	55,8	39,9	1,4	100,0	

Tablo 8’de görüldüğü gibi katılımcıların BKİ değerlendirildiğinde kişilerin %1,4’ü obez ve %39,9’u fazla kilolu bulunmuştur. Şişman olarak tanımlanan katılımcıların %50’si kadın %50’si erkek ve kilolu olarak tanımlanan katılımcıların %34,5’inin kadın %65,5’inin erkek olduğu bulunmuştur. Şişman olan bireylerin hepsi ön lisans mezunu, hafif şişman bireylerin ise %30,9’u ön lisans, %69,1’inin lisans mezunu olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Birinci Basamak Beck Depresyon Ölçeği puanları ile cinsiyet değişkenleri arasındaki ilişki Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Birinci Basamak Beck Depresyon ölçeği puanları ile cinsiyet değişkenleri arasındaki ilişki

		BDÖ-BB Puanları		Toplam	
		4 puan altı	4 puan ve üzeri		
Kadın	n	57	27	84	$\chi^2=0,021;$ $p=0,884$
	%	61,3	60,0	60,9	
Erkek	n	36	18	54	
	%	38,7	40,0	39,1	
Toplam	n	93	45	138	
	%	67,4	32,6	100,0	

* Ki-Kare İstatistiksel Analizi

Beck depresyon ölçeğinde kesme değeri olan 4 ve üzeri puan alanlarda %90 depresyon saptanma ihtimali bulunmaktadır. Tablo 9’a göre katılımcıların Beck depresyon ölçeğine göre depresyon düzeylerinin dağılımı değerlendirildiğinde %67,4’ü 4 puanının altında alırken %32,6’sı 4 puan ve üzerinde puan almıştır. Kesim noktası olan 4 puan ve üzerinde puan alanların %60,0’ı kadın, %40,0’ı erkek olarak bulunmuştur. Bireylerin cinsiyetlerine göre BDÖ-BB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Ki-Kare İstatistiksel Analizi yapılmıştır ve anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Katılımcıların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları ile cinsiyet değişkenleri arasındaki ilişki Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları ile cinsiyet değişkenleri arasındaki ilişki

		Rosenberg Benlik Saygısı Puanları			
		Yüksek	Orta	Toplam	
Kadın	n	63	21	84	$\chi^2=1,342;$ $p=0,247$
	%	58,3	70,0	60,9	
Erkek	n	45	9	54	
	%	41,7	30,0	39,1	
Toplam	n	108	30	138	
	%	78,3	21,7	100,0	

* Ki-Kare İstatistiksel Analizi

Katılımcılar arasında düşük benlik saygısına rastlanılmamıştır. Tablo 10'a göre katılımcıların 108'i (%78,3) yüksek benlik saygısına sahipken 30'unun (%21,7) benlik saygısı orta düzeyde bulunmuştur. Benlik saygısı yüksek olanların 63'ünü (%58,3) kadınlar, 45'ini (%41,7) erkekler oluşturmaktadır. Bireylerin cinsiyetleri ile Rosenberg Benlik Saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Ki-Kare İstatistiksel Analizi yapılmıştır ve anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Katılımcıların BKİ ile yeme davranışı, benlik saygısı ve depresyon ilişkisi Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların BKİ ile yeme davranışı, benlik saygısı ve depresyon ilişkisi

	Katılımcıların BKİ	
	r	p
DEBQ-KISITLAYICI YEME	0,307	0,000 veya $p<0,05$
DEBQ-DUYGUSAL YEME	-0,038	0,659
DEBQ-DIŞSAL YEME	-0,193	0,023 veya $p<0,05$
ROSENBERG BENLİK SAYGISI	0,040	0,643
BDÖ-BB	0,102	0,234

* Spearman's Korelasyon Analizi

Katılımcıların Beden Kütle İndeksi ile yeme davranışı, benlik saygısı ve depresyon arasındaki ilişkiye Spearman's Korelasyon Analizi ile bakılmıştır. Tablo 11'e göre bireylerin BKİ değerleri yükseldikçe kısıtlayıcı yemede artma bulunurken; dışsal yemede azalma görülmüştür. (sırasıyla; $r=0,307$, $P<0,05$; $r=-0,193$, $P<0,05$).

Katılımcıların BKİ ile duygusal yeme, benlik saygısı ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların benlik saygısı ile yeme davranışları ve depresyon ilişkisi Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların benlik saygısı ile yeme davranışları ve depresyon ilişkisi

	Rosenberg Benlik Saygısı Puanları	
	<i>r</i>	<i>p</i>
DEBQ-KISITLAYICI YEME	0,024	0,784
DEBQ-DUYGUSAL YEME	0,127	0,138
DEBQ-DIŞSAL YEME	0,109	0,202
BDÖ-BB	0,335	0,000 veya $p<0,05$

* Spearman’s Korelasyon Analizi

Katılımcıların benlik saygısı ile yeme davranışları ve depresyon arasındaki ilişki Spearman’s Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Tablo 12’ye göre Katılımcıların benlik saygısı puanları ile yeme davranışları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Benlik saygısı puanları arttıkça yani benlik düzeyleri azaldıkça depresyon puanlarında anlamlı bir artış bulunmuştur ($r=0,335$, $P<0,05$).

Katılımcıların yeme davranışları ile depresyon ilişkisi Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların yeme davranışları ve depresyon ilişkisi

DEBQ Alt Ölçek	Katılımcıların BDÖ-BB puanları	
	<i>r</i>	<i>p</i>
KISITLAYICI YEME	-0,023	0,787
DUYGUSAL YEME	0,178	0,037 veya $p<0,05$
DIŞSAL YEME	0,041	0,637

* Spearman’s Korelasyon Analizi

Katılımcıların yeme davranışları ile depresyon ilişkisine Spearman’s Korelasyon Analizi ile bakılmıştır. Tablo 13’e göre katılımcıların depresyon puanları arttıkça duygusal yemede artış saptanmıştır ($r=0,178$, $p=0,037$ veya $p<0,05$). Kısıtlayıcı ve dışsal yeme ile depresyon puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yeme Davranışlarının Cinsiyete Göre Dağılımları Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Yeme davranışlarının cinsiyete göre dağılımları

DEBQ Alt Ölçek	Cinsiyet		Z	p
	Kadın	Erkek		
KISITLAYICI YEME	68,54	70,99	-0,352	0,725
DUYGUSAL YEME	77,61	56,89	-2,975	0,003 veya $p<0,05$
DIŞSAL YEME	71,08	67,04	-0,581	0,561

* Mann-Whitney U Testi

Yeme davranışlarının kadın ve erkek katılımcılarda dağılımına Mann-Whitney U Testi ile bakılmıştır. Tablo 14’de de görüldüğü gibi kadınlarda erkeklere oranla duygusal yeme ve dışsal yeme davranışı; erkeklere de ise kadınlara oranla kısıtlayıcı yeme davranışı fazla bulunmuştur ancak sadece duygusal yeme davranışındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=-2,975$ ve $p=0,003$ veya $p<0,05$).

Yeme davranışlarının eğitim düzeyine göre dağılımları Tablo 15’te gösterilmiştir.

Tablo 15. Yeme davranışlarının eğitim düzeyine göre dağılımları

DEBQ Alt Ölçek	Eğitim Durumu		Z	p
	Ön lisans	Lisans		
KISITLAYICI YEME	67,79	70,33	-0,350	0,726
DUYGUSAL YEME	72,11	68,24	-0,534	0,593
DIŞSAL YEME	70,49	69,02	-0,202	0,840

* Mann-Whitney U Testi

Yeme davranışlarının eğitim durumuna göre dağılımına Mann-Whitney U Testi ile bakılmıştır. Tablo 15’te de görüldüğü gibi ön lisans ve lisans eğitim durumu ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların yeme davranışları ile sigara ve alkol kullanımı ilişkisi Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların yeme davranışları ile sigara ve alkol kullanımı ilişkisi

DEBQ Alt Ölçek	Sigara				Alkol			
	Evet	Hayır	Z	p	Evet	Hayır	Z	p
KISITLAYICI YEME	64,53	71,13	-0,836	0,403	66,55	70,28	-0,447	0,655
DUYGUSAL YEME	67,53	70,14	-0,331	0,740	70,36	69,27	-0,131	0,896
DIŞSAL YEME	65,19	70,91	-0,725	0,469	86,22	65,05	-2,538	0,011 veya p<0,05

* Mann-Whitney U Testi

Katılımcıların yeme davranışları ile sigara ve alkol kullanımı arasındaki ilişki Mann-Whitney U Testi ile saptanmıştır. Tablo 16'ya göre sigara kullanmayanlarda hem duygusal yeme hem kısıtlayıcı yeme hem de dışsal yemede bir artış saptanırken istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alkol kullanmayanlarda ise kısıtlayıcı yemede artış; duygusal yemede azalma mevcuttur ancak anlamlı değildir. Alkol kullanmayanlarda dışsal yemede istatistiksel olarak anlamlı bir azalma mevcuttur ($Z=-2,538$, $p=0,011$ veya $p<0,05$).

DEBQ alt ölçeklerinin birbirleriyle olan ilişkisine bakıldığında; dışsal yeme ile duygusal yeme arasında pozitif korelasyon saptanırken kısıtlayıcı yeme ile dışsal yeme arasında negatif korelasyon saptanmıştır ($r=0,167$, $p=0,048$ veya $p<0,05$; $r=-0,244$, $p=0,004$ veya $p<0,05$). Kısıtlayıcı yeme ile duygusal yeme arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların yaşlarıyla yeme davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Yaş dağılımımız gruplamaya uygun olmayacak şekilde homojendir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, Adana/Kozan İlçe Merkezinde bulunan Özel Arı Bilim Kişisel Gelişim Kursu'na kayıtlı olan 18 yaş ve üstü kadın ve erkek KPSS öğrencilerinin yeme davranışları ile benlik saygısı ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla Aralık 2018-Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışma evrenini, Özel Arı Bilim Kişisel Gelişim Kursunda bulunan 18 yaş ve üstü gönüllü KPSS öğrencileri oluşturmaktadır. Bu kurs programında halen kayıtlı öğrenci sayısı 160 kişidir. Araştırmada örneklem seçilmemiş ve evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Kursa kayıtlı 18 yaş üzeri ve çalışmaya katılmayı kabul eden 54 erkek ve 84 kadın olmak üzere toplam 138 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Normal yeme kişinin yemekle olan ilişkisini ve yeme davranış şeklini esas alır. Normal ve sağlıklı yemeyi teşvik ederek davranışın düzeltim sürecini başlatabilmek için düzeltilecek davranışların adlandırılması, hangi stimülanların yeme bozukluğuna sebep olduğunun ve bu bozuklukların nasıl desteklendiğinin bulunması gerekir (10).

Yeme bozuklukları ve obezite toplumsal sorunlara, psikolojik sorunlara ve sağlık sorunlarına neden olur, hayat standartlarını kötü etkiler ve dünyada toplum sağlığını tehdit eder. Farkındalık ve sorunu tespit etme çözüm yolunda atılan en büyük ve önemli bir adımdır (21).

Duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı beslenme DEBQ ile güvenilir ve geçerli bir şekilde değerlendirilebilir. DEBQ normal, aşırı kilolu ve obez bireylerin beslenme alışkanlıklarını değerlendirmede yaygın olarak kullanılmaktadır (2).

Adana Kozan Arı Bilim Kursunda KPSS'ye hazırlanan öğrencilerin yeme davranışlarının değerlendirilmesi ve bu davranışların BKİ, sosyodemografik faktörler, depresyon ve benlik saygısı ile ilişkilerinin saptanması amacını taşıdığımız araştırmamızda; dışsal yeme ile duygusal yeme davranışı arasında pozitif ilişki saptanırken kısıtlayıcı yeme davranışı ile dışsal yeme arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Kısıtlayıcı yeme ile duygusal yeme davranışı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır. Bozoklu'nun Edirne kent nüfusunda 721 kadın 750 erkek katılımcıda yaptığı çalışmada ise duygusal yeme davranışı ile

kısıtlayıcı yeme davranışı ve dışsal yeme davranışı arasında pozitif ilişki saptanırken kısıtlayıcı yeme ile dışsal yeme davranışı arasında herhangi bir korelasyon saptanamamıştır (10). Bu bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Erkeklerle oranla kadın katılımcıların duygusal yeme davranışının fazla olduğu saptanmıştır. Kadınlarda daha fazla görülen duygusal yeme davranışındaki bu artış literatür ile uyumlu iken bu tez çalışmasında diğer yeme davranışlarında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Seven'in yaptığı çalışmada da kadınların duygusal yeme skorlarının erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (12).

Katılımcıların BKİ'leri değerlendirildiğinde %1,4'ü şişman ve %39,9'u hafif şişman bulunmuştur. Şişman katılımcıların %50,0'si kadın, % 50,0'si erkek ve hafif şişman katılımcıların %34,5'inin kadın, %65,5'inin erkek olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar kadınlarda obezitenin daha yüksek oranlarda saptandığını göstermektedir, bu tez çalışmasında fazla kilolu olan kişilerin dağılımına bakıldığında erkeklerin kadın katılımcılara oranla daha fazla oldukları gözlenmiştir. Eğitim seviyesi ile ilişkilendirildiğinde şişman olan bireylerin tamamı ön lisans mezunu, hafif şişman bireylerin ise %30,9'u ön lisans, %69,1'inin lisans mezunu olduğu görülmüştür. Toplum obezite hakkında daha fazla bilinçlendirilmeli, eğitilmeli ve bu konuda yapılacak yeni araştırmalarla bölgeler ve kültürler arası yeme davranışlarıyla birlikte bunlara yol açan nedenler saptanmalıdır.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin BKİ değerleri yükseldikçe dışsal yeme davranışında azalma, kısıtlayıcı yeme davranışında artma olduğu görülmüştür. Bozoklu'nun çalışmasında da aynı sonuçlara rastlamak mümkündür (10). İran'da 8 rehber okuldan seçilen 372 öğrencinin katıldığı Kargar ve ark. tarafından yapılan çalışmada BKİ arttıkça katılımcıların hem kısıtlayıcı yeme hem de dışsal yeme davranışında artış, duygusal yeme davranışında azalma görülmüştür (67).

Nolan ve ark.'nın yaptığı çalışmada da duygusal yeme davranışı ile BKİ arasından anlamlı bir ilişki bulunmuştur (68). Fransa'da 65 yaş üstü 262 yetişkinin katıldığı Bailly ve ark.'nın çalışması da tüm bunları destekler niteliktedir, fazla kilolu insanların duygusal yeme açısından normal kilolu katılımcılardan daha yüksek puan aldıklarını belirtmişlerdir (69).

Strien ve ark. üç psikolojik yeme stilinin (duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme) depresyon ve kilo alma arasında aracı olarak hareket edip etmediğini değerlendirmek amacıyla 592 ebeveyn ile yaptıkları çalışmada depresyonun BKİ üzerindeki dolaylı etkisini (duygusal beslenme yoluyla) anlamlı bulmuşlardır (70).

Obezite ile duygusal yeme arasındaki direkt ilişkiyi destekleyen ve BKİ arttıkça duygusal yeme davranışında artış olduğunu savunan çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda BKİ ile duygusal yeme, depresyon ve benlik saygısı arasında bir ilişki saptanamamıştır. Snoek ve ark.'nın 5 yılda belirli periyotlarla boy, kilo ölçümü ve yeme davranış bilgisi aldıkları 328 Hollandalı adölesanlarda yaptıkları çalışması da bizimkini destekler niteliktedir; duygusal yeme davranışı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken kısıtlayıcı yeme davranışını ilişkili bulmuştur (71). Duygusal yeme davranışındaki bu farklılıklar katılımcıların o andaki duygu durum değişikliklerine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Pothos ve ark.'nın çalışmasında kadınlar için BKİ ile dışsal yeme davranışı arasında negatif bir korelasyon ve erkekler için BKİ ile hem dışsal yeme hem de duygusal yeme davranışı arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır (72).

Lluch yaptığı araştırma sonuçlarına dayanarak obez ve normal ağırlığında olan bireylerle yaptığı çalışmasında kadınlarda, kısıtlama davranışının, günlük yaşamın bir parçası olan ortak bir özellik gibi görüldüğünü, hem erkekler hem de kadınlar için aşırı kilo, diyet kısıtlamasında önemli bir motive edici faktör gibi benimsendiğini söylemiştir. Kadınların BKİ'leri arttıkça, kendilerini kısıtladıkları ve daha az yedikleri belirtilmiştir. Bununla birlikte, ağırlık hedefi problemi olmayan bazı kadın katılımcılarda da yüksek kısıtlayıcı yeme puanlarına rastlanılmıştır (73).

Bu tez çalışmasında depresyon ile duygusal yeme davranışı arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir. Goldschmidt ve ark.'nın yüksek depresyon semptomları olan ve olmayan 50 obez yetişkinin ruh halini ve yeme davranışını incelediği çalışmada yüksek depresyon puanı olan katılımcıların daha fazla duygusal yeme davranışı gösterdikleri bildirilmiştir (74). Yine Vidal ve ark. tarafından 285 Koreli üniversite öğrencisiyle yapılan ve hem kadın hem de erkeklerde depresyon ile duygusal yeme davranışında artış saptanmıştır ve çalışmamızı destekler niteliktedir (75). Goossens ve ark. 8-18 yaş arası fazla kilolu gençlerde tedavi arayışında olan 115 ve olmayan 73

örnekleme depresyon ve duygusal yeme davranışı üzerindeki kontrol kaybını araştırmıştır. Bu çalışma da tüm bahsettiğimiz çalışmaları destekler niteliktedir; artmış depresyon duygusal yeme davranışı ile ilişkili bulunmuştur (76).

Çalışmamızda depresyon ile dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Seven'in çalışmasında ise duygusal yeme ile depresyon arasındaki ilişki bizim çalışmamıza benzer iken depresyon ile dışsal yeme davranışı arasında pozitif korelasyon, kısıtlayıcı yeme davranışı ile arasında negatif korelasyon saptanmıştır (12). Sevinçer ve ark.'da Türkiye'de bir üniversite hastanesine başvuran 168 bariatrik cerrahi adaylarında depresyonun yeme davranışlarıyla ilişkili olup olmadığını araştırmıştır. Seven ile benzer olarak depresyon ile dışsal ve duygusal yeme davranışı arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (77).

Çalışmamızda katılımcıların benlik saygısı seviyeleri ile yeme davranışları ve BKİ arasında bir ilişki saptanamamıştır. Deveci ve ark. da endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalardan obezite tanısı koyulan ardışık 50 hasta üzerinde yaptığı çalışmada BKİ ile RBSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (78). Ancak Hamurcu ve ark.'nın beden kütle indeksi (BKİ) ile benlik saygısı ve beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada obez kişilerde normal kilolulara oranla düşük benlik saygısı ve beden algısı saptanmıştır (79). Yine Tanrıverdi ve ark. lise öğrencilerinin yeme davranışlarını, yeme tutumlarını ve benlik saygılarını değerlendirmek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada BKİ ile benlik saygısı ve yeme bozukluğu belirtileri ile benlik saygısı arasındaki korelasyonu anlamlı bulmuşlardır (80).

Çalışmamızda bireylerin RBSÖ puanları arttıkça yani benlik düzeyleri azaldıkça depresyon puanlarında anlamlı bir artış saptanmıştır. Bozuklu'nun çalışmasındaki depresyon ile benlik saygısı arasındaki ilişki de bizim çalışmamızla benzerdir (10).

Goldfield ve ark.'nın gençlerde kilo durumunun beden imgesi, yeme davranışı ve depresif belirtilerle ilişkisinin incelendiği çalışmada diyet kısıtlama ve kilo durumu için yüksek kısıtlayıcı yeme skorlarının fazla yağlanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur. 1440 adölesanın katıldığı bu çalışmada benzer şekilde; şişman gençler, düşük benlik saygısı; normal kilolu gençlere kıyasla daha yüksek depresyon skorları olduğunu bildirmişler (81).

Bu tez çalışmasında alkol kullanmayan katılımcılarda dışsal yemede istatistiksel olarak anlamlı bir azalma mevcuttur, diğer yeme davranışlarıyla olan ilişkilere bakıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aynı şekilde alkol tüketimi ile yeme davranışları arasında da anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bozoklu sigara ve alkol kullananlarda duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranışında azalma saptamıştır (10). Bu sonuçlar çalışmamızla uyum sağlamamaktadır. Bunun sebebi bizim örnekleminizde sigara alkol tüketen katılımcıların az olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Eğitim durumu ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye baktığımızda ise çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanılmamıştır. Ancak çalışmamızın eğitim durumu grubunu sadece lisans ve ön lisans mezunu katılımcıların oluşturduğu unutulmamalıdır. Bozoklu ise çalışmasında üniversite ve diğer mezunu olan katılımcıların dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışını anlamlı olarak fazla, lise mezunu olan katılımcıların ise duygusal yeme davranışını anlamlı olarak fazla saptamıştır (10). Bizim çalışma grubumuzun tamamı üniversite mezunu olduğu için çalışmalar arasında benzerlik aramak mümkün değildir.

Katılımcı yaşları ve medeni durumları ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durumun örneklemin yaşlarının gruplanmayacak kadar homojen olmasından kaynakladığı düşünülmektedir. Yine aynı şekilde örneklemin çoğunun bekar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Bozoklu'nun yaşları gruplandırarak yaptığı çalışmasında yaş arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışında bir artış, duygusal yeme davranışında azalma, dışsal yeme davranışında ise azalma gözlenmiştir. Medeni duruma bakıldığında ise bekarlarda duygusal ve dışsal yeme davranışında artış saptanırken evli olanlarda kısıtlayıcı yeme davranışında artış saptanmıştır (10).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adana/Kozan ilçe merkezinde Özel Arı Bilim Kişisel Gelişim Kursunda eğitim gören KPSS öğrencilerinde yapılan bu çalışmada araştırmaya katılan yaş ortalaması 24.58 ± 3.10 olan 138 öğrencinin BKİ ortalaması $23,18 \pm 2,90$ olup, yaşa ve cinsiyete göre BKİ'leri değerlendirildiğinde %9,9'unun hafif şişman, %1,4'ünün şişman, %2,9'unun zayıf olduğu ve toplam %44,2'sinin kilo ile ilgili sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerin DEBQ alt ölçeklerinden olan kısıtlayıcı yeme davranışı puanı ortalaması $15,94 \pm 8,44$, duygusal yeme davranışı puan ortalaması $13,31 \pm 11,50$, dışsal yeme davranışı puan ortalaması $20,53 \pm 7,26$ bulunmuştur.

Katılımcıların %32,6'sının BDÖ-BB puanları 4'ün üzerinde olup depresyon riskleri yüksektir, benlik saygısı düşük olan bireye ise rastlanılmamıştır.

Bireylerin BKİ değerleri yükseldikçe kısıtlayıcı yemede artma bulunurken; dışsal yemede azalma mevcuttur. BKİ'leri ile duygusal yeme, benlik saygısı ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Kadınlarda erkeklere oranla duygusal yeme davranışı anlamlı olarak fazla bulunmuştur.

Katılımcıların benlik saygısı düzeyleri ile yeme davranışları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Benlik saygısı puanları arttıkça yani benlik düzeyleri azaldıkça depresyon puanlarında anlamlı bir artış olduğu görülmüştür.

Bireyleri depresyon puanları arttıkça duygusal yeme davranışlarında artış saptanmıştır. Kısıtlayıcı ve dışsal yeme davranışı ile depresyon puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Eğitim durumu ile yeme davranışları arasındaki ilişkiye baktığımızda ön lisans ve lisans eğitim durumu ile yeme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Alkol kullanmayanlarda dışsal yemede istatistiksel olarak anlamlı bir azalma mevcuttur.

DEBQ alt ölçeklerinin birbirleriyle olan ilişkisine bakıldığında; dışsal yeme ile duygusal yeme arasında pozitif korelasyon saptanırken kısıtlayıcı yeme ile dışsal yeme arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Kısıtlayıcı yeme ile duygusal yeme arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Katılımcıların yaşlarıyla yeme davranışları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır

Bu sonuçlar bazı katılımcılarda kilo ile ilgili sorunların olduğunu göstermektedir. Bu yüzden düzenli olarak ağırlık, boy, bel/kalça çevresi oranlarının ölçümünün yapılması, yaşa ve cinsiyetlerine göre BKİ'lerinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilecek yeme bozukluklarının erken teşhis edilmesini sağlayarak, sağlık çalışanlarına da erken müdahale yapabilme şansı sunacaktır.

Kilo ile ilgili sorunlar zamanla benlik saygısında düşüklüğe neden olabileceken depresyon riski de katılımcılarda görülmektedir.

Bireylerin sadece aç oldukları zaman değil farklı sebeplerle (öfke, üzüntü, kırgınlık, yalnızlık, yemeğin kokusu, dış görünüşü, kilo alma kaygısı vb.) farklı yeme davranışlarında buldukları görülmüştür. Tüm bu bilgiler tedavi planlanmasında yol gösterici olmalıdır.

Daha net ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde etmek, bulguları tüm bireylere uygun yorumlamak için daha heterojen ve fazla sayıda katılımcının olduğu araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7.KAYNAKÇA

1. Baysal A. “*Beslenme*”, 14.baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2012: 9.
2. Bozan N. *Hollanda yeme davranışı anketinin (DEBQ) Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması* (Tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
3. Tezcan B. *Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar* (Tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi; 2009.
4. Bayraktar F.“*Yemek Ya Da Yememek*”, Doğan Egmont Yayıncılık, İstanbul, 2011: 19-113.
5. Gezmen M, Elibol E, Yıldırım H. “Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi”, *GMJ*, 2016; 27(3): 107-114.
6. Geçtan E. “*Psikodinamik Psikiyatri Ve Normal Dışı Davranışlar*”, Metis Yayıncılık, İstanbul, 2003: 14.
7. Karaduman M. *Bağlanma stiline yeme davranışı ve beden imajı ile ilişkinin incelenmesi* (Tez). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
8. VoonWong F. *The association between emotional intelligence, body mass index and eating behaviours among college students* (Dissertation). Kentucky: University of Kentucky Hospitality and Dietetic Administration Master Thesis; 2011.
9. Özdoğan Y. *Adölesanların yeme davranışı ve beslenme bilgilerini saptamaya yönelik ölçek geliştirme* (Tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2013.
10. Bozoklu G. *Edirne kent nüfusunda yeme davranışı ve etkileyen faktörler* (Tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2014.

11. Sevinçer GM, Konuk N. “Emosyonel yeme”, *Journal of Mood Disorders*, 2013; 3(4): 171-8.
12. Seven H. *Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisi* (Tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi; 2013.
13. Vansant G, Hulens M. “The assesment of dietary habits in obese women: influence of eating behavior patterns”, *Eating Disorders*, 2006; 14(2): 121-129.
14. Blair AJ, Lewis VJ, Booth DA. “Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control?”, *Appetite*, 1990; 15(2): 151-7.
15. McCrone S, Dennis K, Tomoyasu N, Carroll J. “A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women”, *J Womens Health Gend Based Med*, 2000; 9(9): 1007-13.
16. Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. “Eating style, overeating and overweight in a representative dutch sample. does external eating play a role?”, *Appetite*, 2009; 52(2): 380-387.
17. Macht M. “How emotions affect eating: a five-way model”, *Appetite*, 2008; 50(1): 1-11.
18. Mehrabian A. “*Basic Dimensions for a General Psychological Theory*”, *Oelschlager, Gunn &Hain, Cambridge*, 1980: 17.
19. Güzey M. *Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi* (Tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi; 2014.
20. Van Strien T, Schippers GM. “On the realltionship between emotional and external eating behavior”, *Addictive Behviors*, 2009; 20(5): 585-594.
21. Köse S, Şanlıer N. “Hedonik açlık ve obezite”, *Türkiye Klinikleri J Endocrin*, 2015; 10(1): 16-23.

22. Blundell JE, Finlayson G. “Is susceptibility to weight gain characterized by homeostatic or hedonic risk factors for overconsumption?”, *Physiol Behav*, 2004; 82(1): 21-5.

23. Rissanen A, Hakala P, Lissner L, Mattlar CE, Koskenvuo M, Rönnemaa T. “Acquired preference especially for dietary fat and obesity: a study of weight-discordant monozygotic twin pairs”, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2002; 26(7): 973-7.

24. Wilson GT. “Eating disorders, obesity and addiction”, *Eur Eat Disord Rev*, 2010; 18(5): 341-351.

25. Blundell JE, Finlayson G. “Food addiction not helpful: the hedonic component - implicit wanting - is important”, *Addiction*, 2011; 106(7): 1216-1218.

26. Öyekçin GÖ, Deveci A. “Yeme bağımlılığının etiolojisi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2012; 4(2): 138-153.

27. Gürün H. *Ebeveynlerde yeme davranışı ile ebeveyn beslenme tarzı arasındaki ilişki ve erken çocukluk çağı obezitesi üzerine etkisi* (Tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2017.

28. Yücel B. “Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları”, *Klinik Gelişim*, 2009; 22(4): 39-44.

29. Özdemir A. *Lise öğrencilerinin vücut kitle indeksi ile yeme davranışı bozukluğu, benlik kavramı ve kendini algılama arasındaki ilişki* (Tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2014.

30. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E. “Yeme bozuklukları ve obezite tanı ve tedavi”, Pelin Ofset Matbaacılık, Ankara, 2013: 23.

31. Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A, Yontar G, Kugu N. “Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013; 24(3): 149-157.

32. Deering S. "Eating disorders: recognition, evaluation, and implications for obstetrician / gynecologist", *Prim Care Update Obstetrician / Gynecology*, 2001; 8(1): 31-35.
33. Ramos F, Estevez JD, Prous AL, Garcia PG, Gonzales MAM, Enguix SC. "Incidence of eating disorders in navara", *European Psychiatry*, 2005; 20(2): 179-185.
34. Baş M, Aşçı FH, Karabudak E, Kızıltan G. "Eating attitudes and their psychological correlates among turkish adolescent", *Adolescence*, 2004; 39(155): 593-599.
35. İlhan N, Özkan S, Aksakal NF, Aslan S, Durukan E, Maral İ. "Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı", *Türkiye'de Psikiyatri*, 2006; 8(3): 151-155.
36. Morris CG. "*Psikolojiyi Anlamak (Understanding Psychology)*", 4th edition. (çeviri editörleri; Ayvaşık HB, Sayıl M.) Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2002; 381-383.
37. Coşkun MN. *Vücut geliştirme sporu ile ilgilenen erkek yetişkin bireylerde beden algısının yeme davranışı ve besin tüketimi ile ilişkisi* (Tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi; 2011.
38. Maner F. "Yeme bozuklukları", *RCHP*, 2007; 1(1): 27-28.
39. Baysal A, Bozkurt N, Pekcan G, Beler HT, Aksoy M, Kutluay Merdol T, Keçeciğolu S, Mercangil SM. "*Diyet El Kitabı*", 7. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2002: 62-64
40. Wymelbeke V, Brondel L, Brun MJ, Rigaud D. "Factors associated with the increase in resting energy expenditure during refeeding in malnourished anorexia nervosa patients", *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004; 80(6): 1469-77.
41. Polito A, Fabbri A, Luzzi A, Massimo C, Censi L, Ciarapica D, Fabbri E, Giannini D. "Basal metabolic rate in anorexia nervosa: relation to body composition and leptin concentrations", *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000; 71(6): 1495-1502.

42. DC: Author. “*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*”, 5.Baskı, American Psychiatric Association, Washington, 2000: 38.
43. Gönenir Erbay L, Seçkin Y. “Yeme bozuklukları”, *Güncel Gastroenteroloji*, 2016; 24(4): 473-477.
44. Kocabaşoğlu N. “Yeme bozuklukları”, *Yeni Symposium*, 2001; 39(2): 95-99.
45. Bratman S, Knight D. “*Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*”, Broadwaay Book, New York, 2000: 35.
46. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol T. “Ortoreksiya nevroza ve ORTO-11’in Türkçeye uyarlama çalışması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008; 19(3): 283-291.
47. Kinzl J, Hauer K, Traveger C, Kiefer I. “Orthorexia nervosa in dieticians”, *Psychother Psychosom*, 2006; 75(6): 395-396.
48. Carruth B, Skinner JD. “Revisiting the picky eater phenomenon: neophobic behaviours of young children”, *Journal of the American College of Nutrition*, 2000; 19(6): 771-780.
49. Orhan FÖ, Tuncel D. “Gece yeme bozuklukları”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2009; 1(1): 132-154.
50. Choi PY, Pope HG, Olivardia R. “Muscle dysmorphia: A new syndrome in weightlifters”, *British Journal of Sports Medicine*, 2002; 36(5):3 75-377.
51. Koçak Ü. “Pica: A common problem which can be easily diagnosed and treated”, *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 2000; 9(3): 155-157.
52. Kıraç D, Kapsar E, Avcılar E, Ulucan K, Çakır Ö, Kurtel H, Deyneli O, Güney A. “Obeziteyle ilişkili beslenme alışkanlıklarının araştırılmasında yeni bir yöntem ‘Üç faktörlü beslenme anketi’”, *Müşbed*, 2015; 5(3): 162-169.
53. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. “Türkiye’de obezitenin görülme sıklığı”, 2010. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/turkiyede-obezitenin-gorulme-sikligi.html>
Erişim: 31.05.2019.

54. Annagür BB. “Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2010; 2(4): 572-582.
55. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan-Oğuzhanoglu N.” Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı”, *Klinik Psikiyatri*, 2011; 14(4): 210-7.
56. Fassino S, Leombruni P, Andrea P, Abbate Daga G, Rovera GG. “Mood, eating attitudes and anger in obese women with and without binge eating disorder”, *J Psychosom Res*, 2003; 54(6): 559-566.
57. Epstein LH, Valoski AM, Kalarchian MA, McCurley J. “Do children lose and maintain weight easier than adults: A comparison of child and parent weight changes from six months to ten years”, *Obes Res*, 1995; 3(5): 411-417.
58. Odent M. “Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: Two facets of the same disease?”, *Med Hypotheses*, 2010; 74(1): 139-141.
59. Balcıoğlu İ, Başer SZ. “Obezitenin psikiyatrik yönü”, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, İstanbul, 2008; S: 341-348.
60. Kuzgun Y. *Ana-baba tutumlarının bireyin kendini gerçekleştirme düzeyine etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Eğitim Enstitüsü Doktora Tezi; 1972.
61. Yörükoğlu A. “Gençlik Çağı”, 10. Baskı, Özgür Yayınları, İstanbul, 1998: 36-49.
62. Brown J, Mann L. “Decision-making competence and self-esteem: A comparison of parents and adolescents”, *J Adolesc*, 1991;14(1): 363- 71.
63. Özkan İ. “Benlik saygısını etkileyen etmenler”, *Düşünen Adam*, 1994, 7 (3): 4-9.
64. Cotton NS. “A developmental model of self-esteem regulation”, *Direction in Psychiatry*, 1985; 5(1): 25-30.

65. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. “Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2011; 17(1): 33-9.

66. Özcan H, Subaşı B, Budak B, Çelik M, Gürel ŞC, Yıldız M. “Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi”, *Journal of Mood Disorders*, 2013; 3(3): 107-113.

67. Kargar M, Sabet Sarvestani R, Tabatabaee HR, Niknami S. “The assessment of eating behaviours of obese, overweight and normal weight adolescents in Shiraz, Southern Iran”, *IJCBNM*, 2013; 1(1): 35-42.

68. Nolan LJ, Halperin LB, Geliebter A. “Emotional appetite questionnaire. construct validity and relationship with BMI”, *Appetite*, 2010; 54(2): 314-319.

69. Bailly N, Maitre I, Amanda M, Herve C, Alaphilipe D. “The dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in aging French population”, *Appetite*, 2012; 3(59): 853-858.

70. Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels R, Winkens L. “Emotional eating as a mediator between depression and weight gain”, *Appetite*, 2016; 100(1): 216-224.

71. Snoek HM, CME R, Strien T, Otten R. “Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence”, *Appetite*, 2013; 67(1): 81-87.

72. Pothos EM, Tapper K, Calitri R.” Cognitive and behavioral correlates of BMI among male and female undergraduate students”, *Appetite*, 2009; 52(3): 797-800.

73. Lluch A. *Identification des conduites alimentaires par approches nutritionnelles et psychométriques: implications thérapeutiques et préventives dans l'obésité humaine* (Tez). Nancy: Université Henri Poincaré Nancy 1. Faculté des sciences et techniques Doktora Tezi; 1995.

74. Goldschmidt AB, Crosby RD, Engel S, Crow SJ, Cao L, Peterson CB, Durkin N. “Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms”, *Eating Disorders*, 2014; 47(3): 281-286.

75. Vidal PMI. "Eating behaviour in a sample of Portuguese health science students; relationships with obesity, dieting, and self-esteem", *Alimentação Humana* 2006; 12(3): 120-7.

76. Goossens L, Braet C, Vlierberghe LV, Mels S. "Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating", *European Eating Disorders Review*, 2009; 17(1): 68-78.

77. Sevinçer GM, Konuk N, İpekçioğlu D, Crosby RD, Cao L, Coşkun H, Mitchell JE. "Association between depression and eating behaviors among bariatric surgery candidates in a Turkish sample". *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2017; 22 (1): 117-123.

78. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimhan Z. "Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı", *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2005; 6(2): 84-91.

79. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. "Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi", *Türk Aile Hek Dergisi*, 2015; 19(3): 122-128.

80. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. "Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi", *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2011; 17(1): 33-39.

81. Goldfield GS, Moore C, Henderson K, Buchholz A, Obeid N, Flament M . "Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents", *Journal of School Health*, 2010; 4(80): 186-192.

EKLER

EK-1 Anket Formu

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
Merve Hale YÜCELİ

Yetişkinlerde Yeme Davranışları ve Etkileyen Faktörler

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Funda ŞENSOY

Yüksek Lisans Tez Çalışması

Sayın katılımcı,

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı olarak “KPSS Öğrencilerinin Yeme Davranışları, Etkileyen Faktörler, Benlik Saygısı ve Depresyon” adlı çalışmamızı yapmak hedefiyle hazırladığımız bu araştırmaya iştirak etmenizi teklif ediyoruz. Araştırmaya katılmanız zorunlu değildir. Bu durumla ilgili ödül ve ceza sistemi uygulanmamaktadır. Vermiş olduğunuz tamamen gizli tutulacaktır.

1)Doğum yeri ve Tarihi(gün/ay/yıl):

2) Cinsiyet : kadın erkek

3)Kilo:kg

4) Boy:cm

5) Eğitim durumu: lisans ön lisans

6) Mesleğiniz:

7) Medeni Durum: evli bekar boşanmış dul

8) Sigara kullanıyor musun? Evet hayır

9) Alkol kullanıyor musun? Evet hayır

Ek-2 Ölçekler

Hollanda Yeme Davranışı Ölçeği (DEBQ)

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
11. bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
19. bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
*31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

* 31 numaralı madde ters sorudur.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale)

- 1.** Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 2.** Bazı olumlu özelliklerim olduğunu dŐnyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 3.** Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 4.** Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birŐeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 5.** Kendimde gurur duyacak fazla birŐey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 6.** Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 7.** Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 8.** Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 9.** Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını dŐnyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 10.** Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı dŐnyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

Birince Basamak Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory for Primary Care BDÖ-BB)

Açıklama

Bu ankette yedi grup ifade bulunmaktadır. Her gruptaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra bugün dahil olmak üzere son iki haftadaki duygu durumunuzu en iyi açıklayan ifadeyi seçiniz. Seçtiğiniz ifadenin yanındaki sayıyı daire içerisine alınız. Eğer bir grupta birden fazla ifade sizin durumunuza uyuyorsa en yüksek puanı alan ifadeyi seçiniz.

1. Üzüntü

- 0 Üzgün değilim.
1 Zaman zaman üzgünüm.
2 Her zaman üzgünüm.
3 Dayanamayacak kadar üzgün ve mutsuzum.

2. Kötümserlik

- 0 Gelecekte umutsuz değilim.
1 Geleceğim hakkında eskisinden daha umutsuzum.
2 Gelecekte çok umutsuzum.
3 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3. Geçmişteki başarısızlıklar

- 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
1 Yapabileceğim kadar başarılı olamadım.
2 Geriye baktığımda pek çok başarısızlık görüyorum.
3 Kendimi bir insan olarak tamamen başarısız görüyorum.

4. Kendini beğenmeme

- 0 Kendi hakkımda her zamanki gibi hissediyorum.
1 Kendime olan güvenim azaldı.
2 Kendimle ilgili hayal kırıklığı yaşıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.

5. Kendini suçlama

- 0 Kendimi her zamankinden fazla eleştirmiyorum ve suçlamıyorum.
1 Kendimi her zamankinden fazla suçluyorum.
2 Kendimi bütün hatalarıma için suçluyorum.
3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

6. İlgili kaybı

- 0 İnsanlara ve olaylara olan ilgimi kaybetmedim.
1 İnsanlar ve olaylara olan ilgim azaldı.
2 İnsanlar ve olaylara olan ilgimin çoğunu kaybettim.
3 Artık hiçbir şeye ilgi duymuyorum.

7. İntihar düşüncesi veya isteği

- 0 Kendimi öldürme gibi düşüncelerim yok.
1 Kendimi öldürme düşüncem var ama bunu yapmam.
2 Kendimi öldürmek istiyordum.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

Toplam puan.....

Ek-3 Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 26.12.2018

Toplantı Sayısı: 101


Toplantıya Katılanlar:


Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 26.12.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.


Yapılan görüşmeler sonucunda;

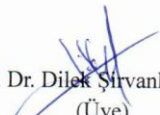
Karar 4. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Beslenme Ve Diyetetik bölümünden **Merve Hale YÜCELİ'nin "KPSS Öğrencilerinin Yeme Davranışlarını Etkileyen Etmenler, Benlik Saygısı ve Depresyon"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

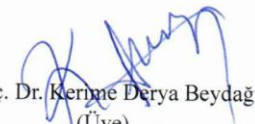

Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

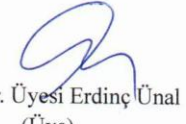

Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)


Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)

Ek-4 Onam Formu

T.C.
KOZAN KAYMAKAMLIĞI
ÖZEL KOZAN ARI BİLİM KİŞİSEL GELİŞİM KURSU
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 410.03. / 04

28 .02.2018

Konu : Merve Hale Yüceli Tez çalışması hk.

OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
İSTANBUL

İlgi : 21 Şubat 2018 tarihli dilekçeniz

Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy'un danışmanlığını yaptığı Dyt. Merve Hale Yüceli'nin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı kapsamında "Yetişkin Bireylerin Yeme Davranışları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasının kurumumuzda yapılmasında bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederim.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve Hale
Soyadı	YÜCELİ
Doğum Yeri	Adana
Doğum Tarihi	03/01/1993
Medeni Durum	Bekar
Uyruğu	T.C.
e-mail	mervehaleyuceli@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum
Yüksek Lisans	İstanbul Okan Üniversitesi
Lisans	İstanbul Arel Üniversitesi
Lise	Kozan Anadolu Öğretmen Lisesi

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Diyetisyen	Adana Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü	2019-halen