

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN HASTALARDA YEME
DAVRANIŞI İLE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ VE DEPRESYON,
ANKSİYETE, STRES İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. İLHAN CİHAN ÖZKAYA

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NİLÜFER EMRE

DENİZLİ - 2024

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN HASTALARDA YEME
DAVRANIŞI İLE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ VE DEPRESYON,
ANKSİYETE, STRES İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. İLHAN CİHAN ÖZKAYA

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NİLÜFER EMRE

DENİZLİ - 2024

TEŞEKKÜR

Bana bu imkânı sunan ve bulunduğum konuma gelmemi sağlayan Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk başta olmak üzere;

Uzmanlık eğitimim süresince gerek klinik gerekse sosyal çerçevede engin bilgi birikimlerinden faydalanma şansına eriştiğim; parçası olabilmekten mutluluk duyduğum Pamukkale Üniversitesi'ne katıldığım günden beri daima sabırlı, destekleyici ve anlayışlı tutumları ile yol göstericim olmuş olmalarının yanı sıra, tezimin danışmanlığını da üstlenerek destek ve tecrübelerini esirgemeyen, kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Nilüfer Emre'ye;

İlk günden beri sosyal desteğinin yanı sıra, eğitim-öğrenim sürecimiz boyunca fikirlerime değer göstermekle kalmayıp, bilgi birikimini ve düşüncelerini paylaşan; koşulsuz her durumda yanımda olduğunu ve olacağını bildiğim kıymetli dostum Dr. Mert Yetgin'e

Bu süreçte 3 yılımı omuz omuza geçirdiğim, birlikte çalışmaktan ve arkadaşlık etmekten mutluluk duyduğum başta Dr. Hasan Tan olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Rotasyonlarım süresince bulunduğum diğer kliniklerde eğitimime katkı sağlayan, bilgi ve tecrübelerini aktaran tüm hocalarım ve öğretim görevlisi, uzman ve asistan meslektaşlarıma;

Asistanlık eğitimim esnasında tanıştığım, hayatımı bir başka güzel hale getiren, iyi kötü her anımda yanımda olan, desteği ve emekleri ile mutluluğumun kaynağı, sevgili biricik eşim Dr. Gizem Kılıcı Özkaya ve ailesine;

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, hayatımın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, sevgileri ve fedakarlıklarıyla her zaman yanımda olan sevgili annem Dudu Özkaya, babam Süleyman Özkaya, ağabeylerim İbrahim Özkaya, İrfan Özkaya ve ailelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY.....	x
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER	3
YEME DAVRANIŞI.....	3
Yeme Davranışının Ölçülmesi.....	3
Ölçüm Yöntemleri.....	4
Duygusal Yeme Davranışı.....	6
Dışsal Yeme Davranışı	7
Kısıtlayıcı Yeme Davranışı	8
Davranış Değişikliği Tedavisi.....	8
Genel Prensipler.....	9
Uygulanan Yöntemler.....	9
Yeme Davranışı ve Psikiyatrik Sorunlar	12
Depresyon.....	12
Anksiyete.....	12
Stres	13
OBEZİTE	14
Obezite Tanımı	14
Obezite Epidemiyolojisi.....	14
Obezitede Etiyoloji.....	15
GEREÇ VE YÖNTEM	17
ARAŞTIRMANIN AMACI	17
ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	17
ARAŞTIRMA İZNİ.....	17
ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	17
ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	17

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLAR	18
Sosyodemografik-Klinik Form	19
Vücut Kitle İndeksi.....	19
Hollanda Yeme Davranışı Anketi	19
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	20
ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	21
BULGULAR.....	22
TARTIŞMA.....	32
ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLAMALARI	40
GÜÇLÜ YÖNLERİ	40
SINIRLAMALARI.....	40
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
KAYNAKÇA.....	43
EKLER.....	51
Ek-1: Etik Kurul.....	51
Ek-2: Anketler.....	52

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Kilo Yönetimi İçin Ölçüm Araçları	5
Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Obezite Sınır Değerleri.....	14
Tablo 3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği Sınıflaması	20
Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	23
Tablo 5. Antropometrik ölçümler ve VKİ sınıflaması	24
Tablo 6. DEBQ Alt Ölçeklerine İlişkin Puanlar	24
Tablo 7. DASS 21 Alt Ölçeklerine İlişkin Puan ve Sınıflamalar.....	25
Tablo 8. Sosyodemografik Bilgiler ve DEBQ İlişkisi	26
Tablo 9. Depresyon, Anksiyete, Stress ve DEBQ İlişkisi.....	29
Tablo 10. DEBQ ile Korele Değerler	31

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

EAT	Eating Attitude Test
RS	Restraint Scale
EDI	Eating Disorder Inventory
CEBQ	Children's Eating Behaviour Questionnaire
BAT	Body Attitude Test
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TFEQ	Üç Faktörlü Beslenme Anketi (Three Factor Eating Questionnaire)
DEBQ	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Dutch Eating Behaviour Questionnaire)
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
DASS 21	Depresyon Anksiyete Stres 21 Ölçeği

ÖZET

Birinci Basamağa Başvuran Hastalarda Yeme Davranışı ile Vücut Kitle İndeksi ve Depresyon, Anksiyete, Stres İlişkisi

Dr. İlhan Cihan ÖZKAYA

Yeme davranışı; yiyecek seçimi ve yönelimini, beslenme uygulamalarını, diyet yapmayı ve kilo alımını, yeme bozuklukları ve beslenme bozuklukları gibi yemeyle ilgili sorunları içeren geniş bir terimdir. Yapılan çalışmalarda, beslenme sorunları, anormal yeme davranışları, duygu durumundaki çeşitli değişiklikler gibi psikolojik ve davranışsal pek çok durum kişilerin vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili bulunmuştur. Anksiyete, depresyon ve stres gibi çeşitli psikososyal bozuklukları destekleyen mekanizmaların yeme davranışları ile ilişkili olduğu da ortaya koyulmuştur.

Araştırmamız, 1 Nisan - 30 Haziran 2024 tarihleri arasında, Denizli il merkezinde bulunan 3 farklı bölgedeki aile sağlığı merkezlerinden (ASM); Şifabul ASM, Bağbaşı ASM ve Deliktaş ASM'ye başvuru yapan 18 yaş ve üstü erişkinler ile yürütülmüştür. Kesitsel ve analitik tipte planlanan çalışmamızda onayı alınan katılımcılara; 16 sorudan oluşan Sosyodemografik-Klinik Form, 33 sorudan oluşan Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ve 21 sorudan oluşan Depresyon, Anksiyete ve Stres-21 ölçeği (DASS 21)'den oluşan toplam yetmiş soruluk anket yüz yüze uygulandı. Elde edilen veriler SPSS 25.0 paket programıyla analiz edildi. Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmamızda birinci basamağa başvuran hastalarda duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının; hastalardaki farklı vücut kitle indeksi değerleri ile depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisini tespit etmek amaçlanmıştır.

Çalışmaya 131 (%56.7) kadın, 100 (%43.3) erkek olmak üzere toplam 231 kişi dahil edilmiştir. Yaş ortalaması $39,66 \pm 12,34$ yıldır. Katılımcıların 55 (%23,8)'inin lise, 120 (%51,9)'sinin üniversite/lisans üstü mezunu olduğu görülmüştür. Duygusal yeme davranışının; cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ) artışı, depresyon, anksiyete ve stres ile olan anlamlı ilişkilerini bulduk ($p<0,05$). Dışsal yeme davranışının; düşük yaş, bireylerin çalışma durumları, depresyon, anksiyete ve stres ile olan anlamlı ilişkilerini

tespit ettik ($p<0,05$). Kısıtlayıcı yeme davranışının ise zayıf bireylerde; normal, fazla kilolu ve obez olanlara göre anlamlı olarak düşük olduğu görüldü ($p<0,05$).

Sonuçlarımıza göre yaş, cinsiyet, bireylerin çalışma durumları, VKİ ve depresyon, anksiyete, stresin yeme davranışları ile olan ilişkisi gösterilebilmiştir. Duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışı ile psikiyatrik sıkıntıları ve kilo verememe sorunu olan hastalara erken dönemde diyet, egzersiz ve psikiyatrik danışmanlık önerilerinde bulunulmalı ve yaşam tarzı değişikliğini sürdürebilmeleri açısından davranış terapileri uygulanmalıdır. Aile hekimi; yeme davranışı bozukluğu olan hastaların tedavisi süresince beslenme şeklini ve kilosunu izlemeli, oluşabilecek tıbbi komplikasyonları değerlendirerek gerekli önlemlerin alınması için diğer uzmanlık dalları ile koordinasyonu sağlamalıdır.

Anahtar kelimeler: Yeme davranışı, Vücut Kitle İndeksi, Depresyon, Anksiyete, Stres, Birinci basamak

SUMMARY

Relationship Between Eating Behavior, Body Mass Index, Depression, Anxiety, and Stress in Patients Applying to Primary Care

Dr. İlhan Cihan ÖZKAYA

Eating behavior is a broad term that includes food selection and orientation, feeding practices, dieting and weight gain, eating disorders and eating-related problems such as nutritional disorders. Studies have found that many psychological and behavioral conditions such as nutritional problems, abnormal eating behaviors, and various changes in mood are associated with the body mass index (BMI) of individuals. It has also been revealed that mechanisms supporting various psychosocial disorders such as anxiety, depression and stress are associated with eating behaviors.

Our research was conducted with adults aged 18 and over who applied to family health centers (FHCs) in 3 different regions of Denizli city center; Şifabul FHC, Bağbaşı FHC and Deliktaş FHC between April 1 and June 30, 2024. In our cross-sectional and analytical study, a total of seventy-question questionnaire consisting of the Sociodemographic-Clinical Form consisting of 16 questions, the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) consisting of 33 questions and the Depression, Anxiety and Stress-21 scale (DASS 21) consisting of 21 questions was applied face-to-face to the participants whose consent was obtained. The obtained data were analyzed with the SPSS 25.0 package program. In all analyzes, $p < 0.05$ was considered statistically significant. In our study, it was aimed to determine the relationship between emotional eating, restrictive eating and external eating behaviors in patients applying to primary care and depression, anxiety and stress with different body mass index values.

A total of 231 individuals were included in the study; 131 (%56.7) female, 100 (%43.3) male. The mean age was 39.66 ± 12.34 years. It was observed that 55 (23.8%) of the participants were high school graduates and 120 (51.9%) were university/postgraduate graduates. We found significant relationships between emotional eating behavior and gender, body mass index (BMI) increase, depression, anxiety, and stress ($p < 0.05$). We found significant relationships between external eating behavior and low age, individuals' employment status, depression, anxiety, and

stress ($p<0.05$). Restrictive eating behavior was found to be significantly lower in thin individuals compared to normal, overweight, and obese individuals ($p<0.05$).

According to our results, the relationship between age, gender, individual employment status, BMI and depression, anxiety, and stress with eating behaviors could be shown. Patients with emotional, external, and restrictive eating behaviors, psychiatric problems, and weight loss problems should be offered early diet, exercise, and psychiatric counseling, and behavioral therapies should be applied to ensure that they can continue their lifestyle changes. The family physician should monitor the diet and weight of patients with eating behavior disorders during their treatment, evaluate possible medical complications, and coordinate with other specialties to take the necessary precautions.

Keywords: Eating behavior, Body Mass Index, Depression, Anxiety, Stress, Primary care

GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, ülkemizde ve dünyada günden güne giderek artan, günümüzde büyük önem arz eden toplum sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir (1). Tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, osteoartrit, obstrüktif uyku apnesi ve çeşitli kanserler (örn. meme, kolorektal, endometriyal, over, böbrek, karaciğer, safra kesesi, mide, özofagus ve pankreas) gibi ek hastalıklara da sebep olmaktadır (1). Aşırı kilo ve obezite, Dünya Sağlık Örgütü 2022 yılı Avrupa Bölgesel Obezite Raporu'na göre Avrupa Bölgesi'ndeki yetişkinlerin neredeyse %60'ını etkilemektedir (2).

Yeme davranışı; yiyecek seçimi ve yönelimini, beslenme uygulamalarını, diyet yapmayı ve kilo alımını, yeme bozuklukları ve beslenme bozuklukları gibi yemeye ilgili sorunları içeren geniş bir terimdir (3). Yeme davranışı ve yeme bozuklukları; çoğunlukla tedavisi uzun süren kronikleşme oranı yüksek psikiyatrik hastalıklardandır. İşlev kaybına sebep olması ve mortalite oranlarının yüksek olması sebebiyle günden güne önemi daha iyi anlaşılmaktadır (3). Yapılan çalışmalarda, beslenme sorunları, anormal yeme davranışları, duygu durumundaki çeşitli değişiklikler gibi psikolojik ve davranışsal pek çok durum kişilerin vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili bulunmuştur (4,5). Anksiyete, depresyon ve stres gibi çeşitli psikososyal bozuklukları destekleyen mekanizmaların yeme davranışı ile ilişkili olduğu da ortaya koyulmuştur (6).

Yeme bozuklukları ve obezite birinci basamakta da görülebilen, muhtemel olarak yaşam süresine olumsuz etki eden hem psikolojik hem de tıbbi sonuçlara neden olabilen ve erken tanı ve tedavi ile daha iyi iyileşme oranlarına sahip olduğu tespit edilen önemli hastalıklardır (7). Yeme bozuklukları ve obezitenin tanı ve tedavisi kadar hastalığa neden olan durumların tespit edilmesi ve önlem alınması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenlerin saptanması için riskli kişilerde yeme davranışları değerlendirilmelidir (7). Yeme bozukluğu olan ve obez hastaların birçoğu sorunların henüz başlangıcında uzun bir süre sağlık hizmeti alamazlar. Birinci basamak hekimlerinin farkındalık ve bilgilerinin artırılmasıyla bu konudaki eksiklikler giderilebilir. Yüksek kilo şikâyeti ile gelen ve yeme bozukluğu olan bireylerin tanı, tedavi ve takip sürecinde aile hekimi, psikiyatr ve diyetisyeni içeren multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (7). Aile hekimi; yeme davranış bozukluğu olan hastaların tedavisi

süresince beslenme şeklini ve kilosunu izlemeli, oluşabilecek tıbbi komplikasyonları değerlendirerek gerekli önlemlerin alınması için koordinasyonu sağlamalıdır.

Çalışmamızın amacı; birinci basamağa başvuran hastalarda duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının; hastalardaki farklı vücut kitle indeksi oranları ile depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisini tespit etmek ve bu sayede hastalardaki bozulmuş yeme davranışlarının, yeme bozukluğuna giden süreçte önlenmesi ve ayrıca depresyon, anksiyete ve stres açısından erken tedavi uygulanması ve sonucunda hastalarda ideal vücut kitle indeksinin sağlanması açısından koruyucu hekimlik uygulamalarının gelişmesine yardımcı olmaktır.



GENEL BİLGİLER

YEME DAVRANIŞI

Beslenme, bireyin yaşamı boyunca biyolojik gereksinimlerini karşılamak ve hayatta kalmak için ihtiyacı olan yaşamsal bir zorunluluktur (8). Bu ihtiyaç, yaşamın ilk yıllarında dürtüsel olarak anne sütü ile karşılanmaktadır. İlerleyen yaşlarda ise yeme davranışı; genetik yatkınlık, hormonlar gibi biyolojik faktörlerin; medya ve dış uyaranlar, kültürel ve dini inanışlar gibi sosyokültürel faktörlerin ve duygusal durum ve geçmiş deneyimler gibi psikolojik faktörlerin de etkisiyle basit bir ihtiyaç olmaktan uzaklaşarak karmaşık süreçlerden etkilenen, fizyolojik yönü olan ve öğrenme yolu ile gelişip değişim gösteren biyopsikososyal bir davranış haline gelmektedir (8).

Sahip olunan bireysel özellikler ve kişinin içinde bulunduğu çevresel koşullar nedeniyle pek çok faktörden etkilenen yeme davranışı kişiden kişiye farklılık gösterebilir ve zamanla bozulup değişebilmektedir (9). Yeme davranışında meydana gelen değişiklikler, kişilerin beslenme düzenini bozacağı için ilerleyen dönemde; başta obezite olmak üzere, kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, kanser, solunum sistemi hastalıkları, eklem hastalıkları, osteoporoz gibi kronik hastalıklara sebep olabilmektedir (9,10). Bu sebeple yeme davranışının değerlendirilmesi kilo alımı problemleri ve yeme bozuklukları gelişimi riskini öngörmede önemlidir (9).

Yeme Davranışının Ölçülmesi

Yeme davranışı, obezite ve buna bağlı hastalıkların tedavisi ve önlenmesinde en önemli faktör olarak kabul edilmektedir. Tek tek yiyecekler sağlıklı veya sağlıklı değil demek doğru değildir (11). Olumlu veya olumsuz etkilerini elde etmek için onları düzenli olarak tüketmemiz gerekir. İlaçlardaki gibi yiyeceklerde anında bir etki göremeyiz (11). Aynı şekilde obezite için de geçerlidir. Şişmanlatan veya yağ yakan yiyecekler yoktur ve kilo alımı çok basit bir formülün sonucunda oluşmaktadır: Vücudunuza yaktığınızdan daha fazla kalori alımı yaparsanız, uzun vadede kilo alırsınız (11).

Bir diğer yanlış algı da bağımlılık yapan yiyeceklerin olduğu yönündedir. Yemek yemek hayatımızın bir parçasıdır, hayatta kalmamızın bir koşuludur, bu yüzden havada

olduğu gibi yemek de bağımlılık yaratamaz (11). Yeme bağımlılığı, teşhis edilmiş bir hastalık olan yeme bozukluklarıyla açıklanabilir. Dolayısıyla toplumun büyük çoğunluğu bu kategoriye girmez. Ancak duygusal stresin etkisi altında çok fazla yiyecek tüketen insanlar da vardır. Bu yeme davranışı şekilleri bir hastalık olmasa da normal bir olgudur, ancak uzun vadede obeziteye yol açabilir. Bu yüzden ele alınması ve tespiti önemlidir (11).

Ölçüm Yöntemleri

Yeme davranışının ölçümü çeşitli yöntemlerle yapılabilir. Nitel araştırma yöntemleri birçok çalışmada kullanılmıştır (12). Yeme üzerine araştırma yöntemlerini incelerken vaka çalışmaları da değinmeye değerdir, ancak bu yöntem daha çok az sayıda katılımcıdan oluşan bir grubun incelendiği araştırmalarda kullanılır. Bu çalışma yöntemleri esas olarak yeme bozukluklarına ve bunların tedavisine odaklanmaktadır (11,13). Yeme davranışını ölçmenin bir diğer yöntemi de deneyler veya laboratuvar testleridir. Bu metod genellikle katılımcıların gerçek beslenme düzenlerine, yani ne zaman ve ne kadar yediklerine bakmayı gerektirir (14). Yiyecekler laboratuvar koşullarında gözlemlenir ve ölçülür. Burada gerçek yaşam ortamı taklit edilmeye çalışılır ve katılımcılar yemekler arasında seçim yapmak zorundadırlar. Ayrıca tüketilen yiyecek miktarları da izlenir, yemekten önce ve sonra yemekler tartılır ve böylece tüketilen miktar hesaplanabilir. Elbette bu yöntem katılımcıların koşullardan etkilenmeyeceğini garanti edemez (14).

Psikometrik (anket tabanlı) ölçüm yöntemleri, diyet davranışını incelerken en yaygın olan yöntemdir. Fakat en iyi düzenlenmiş anketlerin de zayıf yönleri vardır (11). Yönlendirici sorular, birine duyguların etkisi altında yemek yiyip yemediğini sormaktan çok daha etkili olsa da katılımcılar genellikle sorulardan yorulur ve kaliteli yanıtlar veremeyebilirler (11). Bu konuyu incelemek için yeme davranışı ve tutumları üzerine çok sayıda araştırma anketi geliştirilmiştir (11). Aşağıdaki tabloda (Tablo 1), yeme davranışını vücut ağırlığı yönetimi açısından ölçen anketler listelenmiştir.

Yeme davranışını ölçen anketlerden en sık kullanılanları Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ve Üç Faktörlü Beslenme Anketi (TFEQ)'dir. Literatüre göre DEBQ'nun 5.530 kaydı, TFEQ'nun ise 5.220 kaydı vardır (11). Her iki anket de yeme davranışının ana bileşenlerini ölçerler ama bunu farklı ölçek ve sorular ile

yaparlar. TFEQ ve DEBQ oldukça benzerdir ve birçok uluslararası çalışmada kullanılmıştır (11). Yapılan çalışmalara göre; öz kontrol bağlamında yeme davranışını inceleyen gelecekteki araştırmalar için Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin daha doğru bir tercih olacağı belirtilmiştir, çünkü ölçekler (dışsal yeme, kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme) öz kontrol ölçme yöntemleriyle paralellik gösterebilmektedir (11).

Tablo 1. Kilo Yönetimi İçin Ölçüm Araçları

İncelenen alan	İsim	Tanımlayanlar
Besin tüketimi	Latent Obesity Questionnaire	Pudel ve ark. (1975)
	Eating Attitude Test (EAT)	Garner ve Garfinkel (1979)
	Restraint Scale (RS)	Herman ve Polivy (1980)
	Eating Disorder Inventory (EDI)	Garner ve ark. (1983)
	Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)	Van Strien ve ark. (1986)
	Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ)	Stunkard and Messick (1985), Karlsson ve ark. (2000) HRQL Grubu (2002) Tholin ve ark. (2005)
Çocuk	Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)	Carnell ve Wardle (2007)
Vücut İmajı	Body Attitude Test (BAT)	Probst ve ark. (2008)
	Fallon and Rozin Test	Stunkard ve Messick (1985) Fallon ve Rozin (1985)
Fiziksel Aktivite	Exercise: Stages of Change	Marcus ve ark. (1992)
	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	Spielberger (1970)

Kaynak: (11)

Duygusal Yeme Davranışı

Ruh ve beden birlikte ele alınıp, insanın bu haliyle bir bütün olduğu kabul edilirse, ruhsal değişimlerin sonucunda bedensel ve davranışsal pek çok durum ve etkinin oluşması muhtemeldir. Bu yüzden bireylerde duygusal durum ve yeme davranışı arasında bir bağlantı bulunduğu ve yeme davranışının kişinin duygu durumuna göre çeşitlilik gösterdiği kabul edilmektedir (15). Sinirlilik, korku, üzüntü gibi olumsuz duygular veya stres altında olmak, tokluk hissine benzer fizyolojik değişiklikler oluşturur (16). Sonuçta, açlık hissi baskılanarak iştah kaybı ve besin alımında azalma gerçekleşir. Bu süreç doğal bir fizyolojik yanıt olmasına rağmen, bazı bireylerde duygusal uyaranlar karşısında yemede artış gerçekleşmektedir (16). Duygusal yeme davranışı; kişinin olumlu veya olumsuz psikolojik durumlara karşı aç olmamasına rağmen yeme olarak tepki vermesi şeklinde tanımlanmaktadır (17) ve bu davranış doğal olmayan bir yanıt olarak kabul edilmektedir ve sonuç olarak kilo alımına sebep olacak düzeyde aşırı yemeye yol açmaktadır (16). Meydana gelen bu aşırı yeme tepkisinin; obezlerde, yeme bozukluğu olan kadınlarda ve normal ağırlıkta olup diyet yapan bireylerde mevcut olduğu gösterilmiştir. Duygusal yeme davranışı olan bireyler, olmayanlara göre daha fazla kalori alımı göstermiş ve duygusal stres altında olan kişiler daha fazla oranda karbonhidratlı ve yüksek yağlı besinlere yönelmişlerdir (18–20).

Duygusal yeme davranışını açıklayan birden çok kuram vardır. Psikosomatik Kurama göre; öfke, korku, üzüntü, tedirginlik, depresyon ve kaygı gibi duygulara yanıt olarak gerçekleşen yeme davranışı aslında bireylerin olumsuz duygularla mücadele edebilmek için yöneldiği bir başa çıkma şeklidir. Bu durumda kişi aslında aç olmasa bile yemek yeme ihtiyacı hissetmektedir (21).

Obezlerin, anksiyete ve depresyon ile yeme davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayan başka bir teori olan “Kaplan ve Kaplan’ın Obezite Kuramı”na göre ise; bireyler duygusal olarak gerilmiş ve sıkıntı halinde olduklarında bununla başa çıkmak için aşırı yeme davranışı gösterirler (22). Bu davranış şeklinin anksiyeteyi azaltma mekanizması tam olarak tespit edilememiştir ancak protein ve karbonhidrat alımının beyindeki serotonin gibi nörotransmitterlerin sentezi üzerine etkisinin olabileceği teorisi ortaya konulmuştur (23). Kişilerin açlık ve anksiyeteyi ayırt edememesi

sonucunda duygu durumuna bağlı olarak yemeye olan yönelimi ve nihayetinde anksiyeteyi azaltan tekrarlayıcı kontrolsüz yeme davranışı göstermesi obezite gelişimine sebep olur (23).

Duygusal yemeyi açıklayan Bruch'ın Kuramına göre ise; açlığın sadece içgüdüsel olmadığına aynı zamanda öğrenilmiş bir yaşam tarzı olduğuna dikkat çeker ve obez bireylerin beslenmeye yönelik alışkanlıklarını hatalı olarak değerlendirir (24). Bireyler zamanla açlık ve tokluk hallerini ayırt edemez ve aynı zamanda beslenme isteklerini olumsuz duygu ve hislerden ayırtıramaz hale gelirler. Bu kişiler içsel ipuçlarına karşı farkındalık ve doğru bir içsel yönelim becerisine sahip olmadığı için yeme davranışlarının zamanı ve yemeleri gereken miktarla ilgili dışsal ipuçlarına ihtiyaç duyarlar. Bu kurama göre, sonuç olarak bireyler duygusal zorluk içinde olduklarında aşırı yeme davranışına yönelirler (24).

Diğer bir kuram olan 'Kaçış Kuramı' ise bireyin egosuna karşı tehdit oluşturan olaylardan uzaklaşmak, kaçış sağlamak amacıyla bireyin dikkatini farklı bir yere yönlendirme iç güdüsüyle kişilerin duygusal yeme davranışı gösterdiğini savunmaktadır (25). Olumsuz duygular esnasında ve benliğin tehdit edildiği durumlarda benlik, savunma olarak bireyi kaçışa yöneltir. Duygusal yiyecekler de bu farkındalıktan kaçmak için dikkati dış uyaranlara yöneltir ve bu yönelim aşırı yeme ile sonuçlanır (25).

Dışsal Yeme Davranışı

Dışsal yeme davranışı, kişilerin dış uyaranlara bağlı olduğunu ve bu nedenle yiyeceklere dair koku, görünüş ve lezzet gibi özelliklere daha duyarlı olduğunu savunan Dışsallık Teorisi (Schachter'in İçsel Dışsal Obezite Kuramı)'ne dayanmaktadır (26). Duygusal yeme davranışındaki Bruch'ın kuramına benzer bir şekilde dışsal yeme davranışında da açlık hissinin öğrenilmiş olabileceğini ama bazı bireylerde öğrenilemediğini veya yanlış algılandığını ifade etmektedir (27). Normal kilolu bireylerde stres ve olumsuz duygu durumu sırasında mide kasılmaları ve açlık hissinin azalmasına bağlı olarak besin alımı azalırken, obez bireyler içsel fizyolojik uyarıcıları algılayamadıkları için dışsal gıda uyaranlarına karşı daha hassastır (27,28). Besine dair dışsal özelliklere karşı yüksek duyarlılık sonucu gerçekten aç olmasalar bile yeme davranışı gösterebilirler. Dışsal yeme davranışı olan bireyler yiyeceklerin

kokusu, görünüşü gibi uyaranlara maruz kaldıklarında normalden fazla etkilenerек oldukça yüksek yanıt verirler ve aşırı yeme davranışı gösterirler (27).

Kısıtlayıcı Yeme Davranışı

Kısıtlama Teorisi'ne göre; yeme davranışının ana unsurları kısıtlama davranışı, besinlere karşı duyulan yoğun istek ve bu isteğe karşı direnme çabası şeklinde tanımlanmıştır (29). Kısıtlayıcı yeme davranışında kişi, yiyeceklere karşı yoğun bir arzu duyarken aynı zamanda ihtiyacından daha az besin tüketerek yediklerinin miktarını azaltma davranışı içindedir (30). Bu kısıtlama davranışı, yemek yemeye karşı duyulan isteğe direnme ile ilişkili olan bilişsel bir çabadır ve bu davranış şekli, artmış bel çevresi, artmış bel /kalça oranı ve obezite açısından pozitif ilişkili bulunmuştur (31). Kısıtlayıcı yeme davranışı, kilo alımı kaygısıyla yapılan aşırı kısıtlayıcı diyetle, beslenme örüntüsünün anksiyete, depresyon gibi durumlar nedeniyle bozulup aşırı yemeye yönelme riskini de beraberinde getirmektedir (29,31).

Kısıtlayıcı Yeme Davranışı Teorisi'nin içinde yer alan “disinhibisyon hipotezi'ne” göre ise kısıtlayıcı şekilde beslenen bireylerin kendilerini kontrol etme yetenekleri anksiyete ve depresyon gibi zorlu duygusal durumlar ve aşırı yediğine dair gelişen bir algı sonucu bozulmaktadır. Bu nedenle kısıtlayıcı yeme davranışı içinde olanlar, stres içinde olduklarında, kısıtlama yapmayanlara göre aşırı yemeye daha fazla eğilimlidir (30). Sonuç olarak diyetle olan uyum bozulur ve fazla kalorili besinlerin aşırı tüketimi ile pozitif kalori dengesi oluşur ve hızlı bir kilo artışı gerçekleşebilir (31).

Davranış Değişikliği Tedavisi

Davranışsal tedavi, öğrenilen ve belirli sosyal çerçevede benimsenip sürdürülen, bireysel davranış şekline dayalı yöntemlerin tümü olarak tanımlanır (32). Genel yaklaşımda bilimsel öğrenme ilkeleri esastır. Aslında davranış değiştirme, bir tür şartlandırma tedavisi olarak da tanımlanabilir (32). Davranış değişikliği tedavisinin uygulandığı alanların başında obezite ve yeme davranışı bozukluğu gelmektedir (32). Çoğu obez birey için kalorisi azaltılmış diyetler ve planlanan fiziksel aktivite programları, hedeflenen vücut ağırlığına ulaşmak ve korumak için yeterli olmayabilir. Çünkü obezite; tekrar ortaya çıkma potansiyeli yüksek, uzun süreli tedavi ve disipline

ihtiyaç duyan kronik bir durumdur(33). Diyet ve egzersizin yanı sıra davranış değişikliği tedavisi, uzun süreli ve başarılı sonuçlar için kesinlikle gereklidir (33).

Bilişsel terapiler (BT) ilk yıllardan bu yana giderek artan oranlarla obezitenin psikolojik terapisine dahil edildi. Bunun nedeni; davranış değişikliği müdahalelerinin, daha uzun süreli ve daha yoğun uygulandıklarında, daha etkili olduğunun fark edilmesinden kaynaklıdır (34). BT'yi farmasötik ajanlarla birleştirmek, kilo kaybı miktarını ve devamlılık süresini artırabilir (34).

Genel Prensipler

Davranış terapisinin kilo alımı ve yönetiminde kullanılmasında asıl neden; kilolu/obez bireylerin uyumsuz beslenme ve egzersiz düzenleri olması ve bu uyumsuz davranışların, kilo kaybına yol açan özel müdahalelerle değiştirilebilir olmasıdır. Bu varsayımlara binaen, klasik ve edinsel koşullanma şeklinde öğrenilen davranışlar, obez bireylerin kalori alımını azaltan veya fiziksel aktiviteyi artıran yeni davranışlar öğrenmeleri için uygulanır (34).

Davranış değişikliği tedavisindeki temel gaye ve özellikler; net, kolayca ölçülebilen ve uygulanabilir hedefler belirlemeyi içerir. Süreç boyunca davranış yönelimi, bireylerin neyi değiştireceklerine karar vermek yerine, alışkanlıkları nasıl değiştireceklerini belirlemelerine yardımcı olur(35). Aynı zamanda büyük değişiklikler yerine küçük değişikliklere odaklanmak da diğer bir özelliktir. Bu sayede bireylerin obezite ve diyet konusunda eğitilmesi kendilerine olan güveni artıracak ve belirlenen tedavi programına uyumu kolaylaştıracaktır (35).

Uygulanan Yöntemler

Kendi kendini gözlemlleme (self-monitoring): Bu yöntem, tedavideki temel unsurlardan biridir. Kendi kendini izleme, yiyecek günlükleri ve aktivite kayıtları tutmayı içerir. Bu sayede bireyin, obeziteye neden olan davranışlarının farkına varması sağlanır (32). Bir yiyecek günlüğünde, katılımcı yediği her şeyi, tüketilen kalorileri ve yemeğin yapıldığı durumu yazar. Bu günlükleri ilk 6 ay boyunca tutmak, kilo vermede başarının göstergesidir (32). Plasebo ile farmasötik ajan kullanımını karşılaştıran bir çalışmada bile, yiyecek alımının kaydını başarıyla tutanların, tutmayanlara kıyasla iki kat daha fazla kilo verdikleri gözlenmiştir (34).

Uyaran kontrolü (stimulus control): Bu yöntem BT'nin ikinci temel unsurudur. Burada, yemek yemeyi harekete geçiren ortam ve durumu değiştirmeye ve aşırı yemeden kaçınmaya odaklanılır (34). Yemekten önce gelen uyarının kontrol edilmesi, hatalı yeme davranışlarını düzeltmede büyük kolaylık sağlar. Sonuçta bu yolla kişilerin yemek yeme ile ilgili dış uyaranlara maruz kalmalarını önlemek veya azaltmak, uygun yemek yeme davranışı için uyaranları artırmak amacıyla çeşitli yol ve yöntemler uygulanır (32). Temel yaklaşım, sorun olan yeme davranışına yol açan olaylar zincirini tanımlama ve zincirin erken aşamalarında müdahale için stratejiler geliştirmeyi içerir (34). Uyaran kontrolü, yiyecek maddelerinin uygun şekilde satın alınmasını, alışveriş sepetinden yüksek enerjili işlenmiş yiyeceklerin çıkarılmasını ve daha fazla meyve ve sebzenin eklenmesini içerir (34). Ayrıca masada servis edilen yiyecek miktarını değiştirmek veya tabak ve kapların boyutunu küçültmek, televizyon veya okuma materyali tarafından dikkati dağılmadan yemeğe konsantre olmak ve yiyeceğe yakınlığı azaltmak da yer alır (34).

Alternatif davranış geliştirme (alternative behavior development): Davranış değişikliği tedavisinde kişi yapmaktan hoşlanacağı aktivitelerin listesini çıkararak, özellikle ara öğünlerde ve diğer atıştırma isteğinin duyulduğu anlarda bunlara yönelerek hem yeme kontrolünü sürdürebilir hem de yemek yemeyle ilgili düşüncelerden uzaklaşarak daha az kalori alabilir (32). Birey fazla yemek ve atıştırmak yerine; spor yapmak (egzersiz, yüzme, masa tenisi vb.), yürüyüşe çıkmak, bahçe veya ev bitkileri ile uğraşmak, kitap, dergi, gazete vb. okumak, müzik dinlemek, telefon görüşmesi yapmak, bir hobi ile vakit geçirmek, duş almak, sinema, tiyatro gibi sosyal etkinliklerde bulunmak, günlük tutmak vb. gibi aktivitelerde bulunabilir (32).

Kendi kendini ödüllendirme (self-rewarding): Bu yöntem kilo kaybı ve korunmasına yönelik kişiye uygun olan davranışları ödüllendirerek zayıflamak için gerekli davranış değişikliğinin sürdürülmesine yardımcı olur ve bireyin yemek dışındaki faaliyetlerden zevk almasına olanak tanır (32). Yeme davranışı tedavisi başlangıcında kişi yaşam tarzı değişikliklerine direnç gösterebilir. Bu değişikliklere uyum sağlamayı kolaylaştırmak adına bir ödül sistemine ihtiyaç duyulabilir (32).

Bilişsel (kognitif) davranış değişimi (cognitive behavior modification): Obez bireylerin benlik saygısının ve özgüvenlerinin düşük olduğu bilinen bir gerçektir (32).

Kendilerine ait bu olumsuz inançlar aynı zamanda kilo vermek için gösterdikleri çabalara yönelik de olabilir. Vücudu ile yüzleştğinde veya yemek konusunda kontrolü sağlayamadığında, kendini “işe yaramaz ve iradesiz” olarak farz eden bir kişinin zayıflama çabalarını da başarıyla sürdürme olasılığı oldukça düşüktür (32). Öz saygı, birisi işleri doğru şekilde yapmayı öğrendikçe artar ve birçok çalışma, öz saygının hayatın birçok yönünü etkilediği sonucuna varmıştır (36). Bu yüzden bir psikolog tarafından uygulanacak; kognitif yapılanma, kendi kendini eğitme ve mantıksal duygu terapisi stratejileri ile olumlu sonuçlar alınabilir (32). Kognitif yapılanma, bireylere kendi davranışları ve mevcut koşullar konusunda olumlu düşünmeye imkan tanır ve motivasyonu sürdürmek için uygun davranışların gelişmesini sağlar (32).

Sosyal destek (social support): Davranış değişikliği, sosyal desteğin varlığında uzun vadede daha sürdürülebilir olmaktadır. Eşleri ve aile üyelerini dahil ederek sosyal desteği artırmak, bunu başarmanın en iyi yollarından biridir (32). Bir meta-analize göre, aile üyelerini dahil etmenin, aile üyelerini dahil etmeyen programlara kıyasla ek 3 kg kilo kaybına yol açtığı sonucuna varmıştır (37). Davranış değişikliği tedavisi bireysel veya grup toplantıları şeklinde yapılabilir. Grup tedavisi ile ağırlık kaybeden bireylerin bu kayıplarını, bireysel olarak tedavi gören obezlere göre sürdürmede daha başarılı oldukları bilinmektedir (38,39). Bu gruplar, kişilere benzer problemleri birlikte göğüsleyerek sorunları çözme yollarını öğretmeyi amaçlar. Ancak grup tedavisi her zaman olumlu etkiler oluşturmaz. Katılan kişilerden biri veya birkaçı olumsuz etki göstererek, diğer grup üyelerini de olumsuz yönde etkileyebilir (32,34). Obez kişiler, uygun kişilerden destek almayı ve zayıflama çabalarını tehdit eden sosyal faktörlerle mücadele etmeyi öğrenmek zorundadırlar (32,34).

Yavaş yemek yeme (slower eating): Doygunluk sinyallerinin devreye girmesini sağlamak için yeme hızını yavaşlatmayı öneren bu teknik ile bireyler kilo kontrolü sağlayabilir. Tekniğin bileşenleri arasında tatlara konsantre olmak, yavaş çiğnemek, öğünler arasında duraklamak ve su içmek yer alır (34).

Fiziksel aktivite artışı (increasing physical activity): Fiziksel aktiviteyi artırmak, başarılı bir BT paketinin bir diğer önemli bileşenidir(33). Tekrarlanan çalışmalar, sadece davranış değişikliği terapisi yapmaya göre buna eklenecek fiziksel aktivite ile beraber uzun ve kısa vadede daha iyi sonuçlarla tutarlı bir şekilde ilişkili

olduğu sonucuna varmıştır (34). Diyet tedavisi ve egzersizin davranış değişikliği tedavisi ile birlikte kullanıldığı kombine tedaviler hem ağırlık kaybını sağlamada hem de kaybedilen ağırlığın korunmasında büyük başarı sağlamaktadır (33).

Yeme Davranışı ve Psikiyatrik Sorunlar

Depresyon

Depresyon, çökkün ve hüzünlü hissetme durumu sonucunda kişide işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması ile sonuçlanan bir duygu durum bozukluğudur (40). Duygu durum içsel olarak yaşıntılanan, kişinin davranışlarını ve dünyayı algılamasını değiştiren hâkim ve sürekli duygu tonu olup; normal, yükselmiş ya da çökkün olarak sınıflandırılabilir (40).

Yüksek kilo, obezite ve depresyon önemli birer halk sağlığı sorunlarıdır. Obezite, depresyon ve aşırı yeme arasında nispeten yüksek düzeyde bir örtüşme vardır. Bu durum fiziksel ve psikososyal işlev bozukluğunu artırabilmektedir (41). Depresyon obezite için bir risk faktörü olabilir, ancak bu ilişkide rol oynayan mekanizmalar net olarak belli değildir (41). Yeme davranışındaki bozukluklar hem obezitede hem de depresyonda yaygındır ve olumsuz duyguyu hafifletmek için yemek yemek, depresif bireylerde obeziteye giden yollardan biri olabilmektedir (41). Yapılan bir çalışmada, yeme davranışı bozukluğu olan obez yetişkinlerde duygusal yeme, tıknırcasına yeme bozukluğu ve depresyon semptomlarıyla ilgili tespit edilen anlamlı ilişkiler bu kanıyı destekler niteliktedir (42).

Anksiyete

Kaygı veya bunalıtı olarak da tanımlanan anksiyete; fizyolojik olarak taşikardi, dispne, takipne, ellerde ve ayaklarda tremor, aşırı terleme gibi belirtilere psikolojik olarak sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacaktı hissi ve korkusunun eşlik ettiği bir klinik tablo olarak ifade edilebilir (40). Anksiyete, kişinin ortama uyum sağlama ve ruhsal gelişimine pozitif yönde faydası yanında, engelleyici bir faktör de olabilir ve mevcut fizyolojik durumu bozacağı için patolojik bir süreç olarak değerlendirilmelidir (40).

Patolojik anksiyete tanımı, tekrar edici şekilde; kişinin verimini düşüren, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya sebep olan, uyarılara karşı şiddet ve süre olarak uygunsuz

bir tepki hali ve bedensel, bilişsel, davranışsal olmak üzere üç bileşenin eşlik durum şeklinde ifade edilir (40). Bedensel (somatik) öge anksiyetenin yarattığı kalp çarpıntısı, terleme, irritabilite gibi fiziksel belirtileri; bilişsel öge anksiyeteyi uyarıcı-artırıcı-sürdürücü olan tehlike odaklı belirtileri; davranışsal öge ise tehdit algısına yanıt olarak korunma amaçlı aktif kaçınma eylemini kapsamaktadır (40).

Anksiyete, bireylerde korku ve endişe sebebiyle kontrolsüz davranışlara sebep olabilir ve bireylerin besin seçimini etkileyerek farklı yeme davranışları göstermelerine neden olabilir (43). Türkiye’de 2023 yılında yapılan bir çalışmaya göre; anksiyetenin bireylerde yeme davranışlarına doğrudan etkisi olduğu tekrar gösterilmiştir (43). Yine Latin Amerika’da yapılan farklı bir çalışmada da anksiyete ile duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışları ile pozitif ilişki tespit edilmiştir (44).

Stres

Stres ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma, stresin yetişkinlerde ve çocuklarda gıda alımındaki değişikliklerle ilişkili olduğunu göstermiştir (45). Akut stresin neden olduğu glukokortikoidlerdeki artış hipotalamus-hipofiz eksenini aktivitesini ve yemeği azaltabilirken, kronik stres durumunda yüksek glukokortikoidler uyarıcı görevi görerek gıda alımını artırabilir (46).

Yüksek stres seviyelerinin çok sayıda aşırı yeme atağı ve aşırı kilo alımıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Stresin tüketilen yiyecek miktarını ve seçilen yiyecek türlerini etkilediği bildirilmiştir, stres özellikle yüksek yağ ve şeker içeriğine sahip olan sağlıksız yiyeceklerin tüketiminde artışa neden olmaktadır (45,46).

Bireyler stres faktörüyle başa çıkmak için farklı yöntemler kullanabilirler. Stres gibi depresif semptomlar ve anksiyete semptomları, iştahsızlık ve aşırı yeme gibi yeme davranışındaki değişikliklerle yüksek oranda ilişkili olan psikiyatrik durumlardır (47). 2023 yılında Türkiye’de acil servis çalışanları üzerine yapılan bir çalışmaya göre; depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile yeme davranışı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (48).

OBEZİTE

Obezite Tanımı

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığa risk oluşturan aşırı yağlanma ile tanımlanan karmaşık, çok faktörlü bir hastalık olarak tanımlanmıştır (2). Dünya çapında ciddi bir halk sağlığı sorunu ve DSÖ Avrupa Bölgesi'nde sakatlık ve ölümün önemli bir belirleyicisi olduğu belirtilmiştir (2).

Aşırı yağlanma genellikle antropometrik yöntemlerle ölçülür ve bir kişinin kilosunun boyuna bölünmesiyle elde edilen ve kg/m^2 cinsinden ifade edilen bir değer olan VKİ olarak ifade edilir. VKİ yağlanmanın doğrudan bir ölçüsü olmasa da klinikte pratik bir yaklaşım olarak kabul edilir çünkü boy ve kilo ölçümleri invaziv yöntemler değildir ve özel beceri veya pahalı ekipman gerektirmezler (2). Aşırı kiloyu ve obeziteyi belirlemek için kullanılan sınır değerler, yetişkinlerde yaş ve cinsiyetten bağımsızdır ve ölüm oranı dahil olmak üzere sağlıksal durumla ilişkili olduğu bulunmuştur (2). Yetişkinler için obezite, $30,00 \text{ kg/m}^2$ 'ye eşit veya daha büyük bir VKİ ile tanımlanır. DSÖ; VKİ'ye göre obeziteyi sınıflandırmıştır ve bu obezite sınıflaması Tablo 2'de gösterilmektedir (49).

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Obezite Sınır Değerleri

Zayıf	<18.5
Normal ağırlık	18.5- 24.99
Fazla kilolu	25.0-29.99
Sınıf I Obez	30.0-34.99
Sınıf II Obez	35.0-39.99
Sınıf III Obez	≥ 40

Obezite Epidemiyolojisi

Yeni vaka görülme hızı her geçen gün artan obezite, dünya çapında bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde neredeyse bir pandemi halini alan obezite DSÖ tarafından

21. yy'ın en tehlikeli küresel sağlık problemlerinden biri olarak ele alınmıştır (50). DSÖ'ye göre, Dünya çapında toplam 640 milyon yetişkin ve 110 milyon çocuk ve gencin obeziteden etkilendiği tahmin edilmektedir (2). Son raporlara göre ise aşırı kilo ve obezitenin her yıl DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 1,2 milyondan fazla ölüme neden olduğu; yüksek tansiyon, diyet riskleri ve tütünden sonra dördüncü en büyük neden olduğu ve toplam ölümlerin %13'ünden fazlasına karşılık geldiğini göstermektedir (2). DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, obezite için son yaygınlık tahminleri 2016'dan önceki 10 yılda %21 ve 1975'ten bu yana %138 oranında arttı. 2013'te küresel hedeflerin benimsenmesinden bu yana aşırı kilo ve obezite yaygınlığında tutarlı artışlar olmasına rağmen, DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki tek bir ülke bile obezite ve diyabet artışını durdurma konusunda hedeflerine ulaşma yolunda olmadığı belirtilmiştir (2). Obezite oranlarındaki bu dikkat çekici yükseliş ele alındığında 2030 yılına kadar dünya üzerindeki yetişkin popülasyonun %38'inin aşırı kilolu, %20'sinin ise obez olacağı öngörülmektedir (51).

Türkiye'de obezite prevalansı, tüm dünyada olduğu gibi giderek artmaktadır. 2022 TÜİK verileri incelendiğinde her iki cinsiyette obezite oranı %20,2 iken; toplam nüfusta kadınların %23,6'sının obez, erkeklerin ise %16,8'inin obez olduğu görülmüştür (52). Aşırı kilo ve obezite yaygınlığı son yirmi yıl göz önüne alındığında önemli ölçüde artmıştır. 2001 ile 2011 yılları arasında Türkiye'nin farklı bölgelerinde gerçekleştirilen çalışmalar, aşırı kilo ve obezite için sırasıyla %8,3-22,4 ve %1,6-10,6 arasında değişen prevalans oranları göstermiştir (53). 2011 yılı TURDEP-II (The Turkish Epidemiology Survey of Diabetes, Hypertension, Obezite and Endokrin Disease Study-II) verilerine göre 12 yılda Türkiye'deki obezite prevalansı; kadınlarda %32,9'dan %44,2'ye, erkeklerde %13,2'den %27,3'e yükselmiştir. Yine aynı çalışmada genel popülasyonda obezite prevalansı %32 bulunmuştur (54).

Obezitede Etyoloji

Obezitede kalori alımının, kalori harcanmasından fazla olması sonucu enerji dengesi bozulur ve bu durum kilo alımı ile sonuçlanır. Bu enerji dengesi düzeninden genetik/epigenetik etmenler, davranışsal/sosyal etmenler ve kronik stres etmenleri arasındaki etkileşimler sorumludur. Kültürel, davranışsal ve çevresel etmenler ve buna ek olarak yeme davranışı ve bozuklukları obezite gelişimini hızlandırır (38).

Obezite gelişimine katkıda bulunan etyolojik değişkenler; beslenme alışkanlıkları, genetik faktörler, yetersiz fiziksel aktivite, uykusuzluk, ilaca bağlı kilo artışı, sigara, endokrin bozukluklar, etnik faktörler, gebelik yaşının artması, intrauterin etkiler, yüksek VKİ'li bireylerin genetik olarak eşleşmesi, enfeksiyonlar, çevresel ve psikososyal etkenler başlıkları altında sıralanabilir (4).

Obezite psikiyatrik açıdan değerlendirildiğinde; bireyin mevcut psikolojik durumu ile yeme miktarı, yeme sıklığı ve yemek seçimi arasında bir bağlantı vardır (4). Duygusal olarak maruz kalınan stres ve gerginlik kişilerin fazla yeme davranışı sergilenmesinde etkili olabilmektedir (4). Çekingenlik, kendine olan güveni kaybetme, stres, depresyon, dışlanma duygusu, anksiyete gibi psikolojik sorunlar ile kilo alımı arasında güçlü bir ilişki vardır (4,55).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmamızın amacı; birinci basamağa başvuran hastalarda duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının; hastalardaki farklı vücut kitle indeksi değerleri ile depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisini tespit etmek ve bu sayede hastalardaki bozulmuş yeme davranışlarının, yeme bozukluğuna giden süreçte önlenmesi ve ayrıca depresyon, anksiyete ve stres açısından erken tedavi uygulanması ve sonucunda hastalarda ideal vücut kitle indeksinin sağlanması açısından koruyucu hekimlik uygulamalarının gelişmesine yardımcı olmaktır.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, tanımlayıcı kesitsel ve analitik tipte bir epidemiyolojik araştırma olarak planlanmıştır.

ARAŞTIRMA İZNİ

Bu araştırmaya, Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun, çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına dair 28.11.2023 tarihli ve 19 nolu onayı ile başlanmıştır. (EK 1)

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, 1 Nisan - 30 Haziran 2024 tarihleri arasında, Denizli il merkezinde bulunan 3 farklı bölgedeki aile sağlığı merkezlerinden (ASM); Şifabul ASM, Bağbaşı ASM ve Deliktaş ASM'ye başvuru yapan 18 yaş ve üstü erişkinlerden araştırma örneklemini oluşturulmuştur.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Denizli il merkezinde bulunan 3 farklı bölgedeki aile sağlığı merkezlerinden; Şifabul ASM, Bağbaşı ASM ve Deliktaş ASM'ye başvuru yapan 18 yaş ve üstü erişkinler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesabı G*Power 3.1.9.2 programı ile yapılmıştır. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ile ilgili yapılmış olan referans çalışmalar kullanılarak hesaplanan etki büyüklüğü değeri orta büyüklükte alınarak ($d=0,50$); çalışmanın evreni temsil gücü ($1-\beta$) 0,95; Tip 1 hata değeri (α) de 0,05 alınarak toplam örneklem büyüklüğü değeri 210 olarak belirlenmiştir. Bu değere %10 yanıtızlık oranı da eklenerek araştırmaya katılması gereken kişi sayısının en az 231 olması hedeflenmiştir. Yüz yüze anket uygulaması ile ulaşılan 231 kişi araştırmamıza dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18 yaş ve üstünde olması
2. Şifabul ASM, Bağbaşı ASM ve Deliktaş ASM'ye başvuru yapan tüm erişkinler
3. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi
4. Anket formunu eksiksiz olarak cevaplaması
5. Türkçe bilmesi

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

1. Bilgilerin güvenilirliğini etkileyebilecek ciddi psikolojik durumlarla başvuran ve/veya teşhis konan hastalar
2. 18 yaşından küçük olmak
3. Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
4. Türkçe bilmemek
5. Yurtdışında yaşıyor olmak

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLAR

Bu çalışmadaki anket formu sırasıyla; 16 sorudan oluşan 'Sosyodemografik-Klinik Form' (EK 2), 33 sorudan oluşan 'Hollanda Yeme Davranışı Anketi' (EK 3) ve 21 sorudan oluşan 'Depresyon, Anksiyete ve Stres-21 ölçeği' (EK 4) olmak üzere toplamda 70 sorudan oluşmaktadır. Çalışmadaki veriler; 18 yaş ve üzeri hastalardan

araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara yüz yüze anket uygulamasıyla toplanmıştır.

Sosyodemografik-Klinik Form

Ankette; bireylerin sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, en çok yaşanılan yer, yaşadığı ev, kaldığı ev, yaşama ortamı, eğitim durumu, sosyal güvence, işi, gelir düzeyi), antropometrik ölçümlerine (boyu, kilosu), madde kullanım durumları (sigara ve alkol kullanımı) ve sağlık durumlarına (herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu) ilişkin sorulara yer verilmiştir.

Vücut Kitle İndeksi

Katılımcıların kiloları, Heifer marka tartı (max:180kg) ile hastalardan ayakkabıları ve sadece alt-üst kıyafetleri kalacak şekilde ek aksesuar ve ağırlık yapacak cisimler çıkarılarak ölçülmüştür. Kilo ölçümü öncesi tartının ayarı yapılarak sıfır gösterdiği ve hastanın ekstremiteleri ile başının herhangi bir yere temas edip etmediği kontrol edildi. Ölçüm esnasında dijital rakamlar sabit tartımı gösterene kadar beklenildi, gözlenen değer katılımcının anketine kaydedildi. Katılımcıların boyları ise; ASM’lerdeki duvara monte boy ölçer ile ayakkabıları çıkarılarak sırtı duvara dönük bir şekilde, topukları ve tüm kemik çıkıntıları duvara yaslanıp yere tam bastığı ve dizlerini bükmeden tam dik durduğu kontrol edilerek, başı Frankfurt düzleminde olacak şekilde, baş tepe noktasından boy uzunlukları tespit edilerek gözlenen değer katılımcıların anketine kaydedildi. Elde edilen boy ve kilo verileri üzerinden bireylerin VKİ’leri; vücut ağırlıklarının (kg), boy uzunluklarının (m) karesine bölünmesi ile araştırmacı tarafından hesaplanmış ve DSÖ’nün VKİ sınıflandırması (Bkz. Tablo 2) kullanılarak gruplandırılmıştır.

Hollanda Yeme Davranışı Anketi

Van Strein ve ark. (21) tarafından geliştirilen Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ), 33 maddeden oluşmakta ve “Duygusal Yeme Davranışı”, “Kısıtlayıcı Yeme Davranışı” ve “Dışsal Yeme Davranışı” olmak üzere 3 alt ölçek içermektedir. Ölçeğin ilk 10 sorusu dışsal, 11-23 arasındaki sorular duygusal, 24-33 arasındaki sorular ise kısıtlayıcı yeme davranışını ölçmektedir. Beşli Likert tipindeki ölçekte “1: Hiçbir

zaman” “2: Nadiren” “3: Bazen” “4: Sık” ve “5: Çok sık” değerlerini ifade etmektedir. Ölçekteki 31. madde ters sorudur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bozan (56) tarafından yapılmış ve tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada alt ölçekler için iç tutarlılık katsayı değerleri ise duygusal yeme için 0.94, kısıtlayıcı yeme için 0.92 ve dışsal yeme için 0.86 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından alınabilecek toplam puan duygusal yeme için 13 ile 65, kısıtlayıcı yeme için 10 ile 50, dışsal yeme için 10 ile 50 arasında değişmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan ise 33 ile 165 arasında değişmektedir (56). Ölçekten alınan puanın yüksek olması sorunlu yeme davranışının fazla olduğunu göstermektedir.

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

Ölçek ilk olarak Lovibond ve Lovibond (57) tarafından 42 madde olacak şekilde geliştirilmiştir. Sonrasında Brown ve ark. (58) tarafından ölçümle eş uygunlukta ve daha kısa versiyonu olan 21 soruluk “Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS 21)” oluşturulmuştur. Yılmaz ve ark. (59) tarafından ise DASS 21 ölçeğinin Türkçe uyarlaması yapılmıştır. Depresyon, stres ve anksiyete alt kategorilerini ölçen ve her alt kategoriye ait 7 madde olmak üzere toplam 21 sorudan oluşan ölçek, 4’lü likert tipinde (0: bana uygun değil, 1: bana biraz uygun, 2: bana genellikle uygun ve 3: bana tamamen uygun) bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri pozitif puanlanmakta olup her bir alt kategori kendi içinde normal, hafif, orta, ileri ve çok ileri olacak şekilde sınıflandırılarak değerlendirilmektedir (57) (Tablo 3).

Tablo 3. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği Sınıflaması

	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	0-4	0-3	0-7
Hafif	5-6	4-5	8-9
Orta	7-10	6-7	10-12
İleri	11-13	8-9	13-16
Çok İleri	14+	10+	17+

ARAşTIRMANIN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Veriler SPSS 25.0 (IBM SPSS Statistics 25 software (Armonk, NY: IBM Corp.)) paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca, çeyrekler arası aralık (25.-75. yüzdeler) ve en küçük-en büyük değerler ile kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi ve Tek yönlü varyans analizi (post hoc: Tukey testi) kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi (post hoc: Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 131 (%56.7) kadın, 100 (%43.3) erkek olmak üzere toplam 231 kişi dahil edilmiştir. Yaş ortalaması $39,66 \pm 12,34$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 214 (%92,6)'ü en çok il merkezinde yaşadığını belirtirken, 173 (%74,4)'ü apartman dairesinde yaşadığını ve 58 (25,1)'i ise müstakil evde yaşadığını belirtmiştir. Toplamda 157 (%68) kişi ise kaldığı evin kendisine ait olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların 122 (%52,8)'sinin eşi ve çocukları ile kaldığı, 50 (%21,6)'sinin aile yanında yaşadığı, 44 (%19)'ünün eşiyle yaşadığı ve 15 (%6,5)'inin de tek başına yaşadığı tespit edilmiştir.

Eğitim durumlarına bakıldığında ise 7 (%3) kişinin ilkokul altı, 25 (%10,8) kişinin ilkokul eğitimi aldığı; 24 (10,4) kişinin orta okul mezunu, 55 (%23,8)'inin lise, 120 (%51,9)'sinin üniversite/lisans üstü mezunu olduğu görülmüştür. Medeni durumlarına bakıldığında 164 (%71) kişinin evli, 52 (%22,5) kişinin bekar, 15 (%6,5) kişinin ise eşi vefat etmiş veya boşanmış olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılardan 36 (%15,6)'sının sosyal güvencesinin olmadığı, 181 (%78,4)'inin SGK/BAĞKUR/Emekli Sandığı'na ait güvencesinin olduğu, 14 (%6,1)'ünün ise özel sağlık sigortasının olduğu görülmüştür. İş ve gelir düzeylerine bakıldığında 136 (%58,9) kişinin iş sahibi olduğu, 35 (%15,2) kişinin emekli olduğu, 60 (%26) kişinin ise işsiz olduğu; bunların 41 (%17,7)'inin asgari ücretin 3 katı/üstü, 67 (%29)'sinin asgari ücretin 2 katı, 61 (%26,4)'i asgari ücret ve 62 (%26,8)'sinin asgari ücretin altında gelir elde ettiği tespit edilmiştir.

Sigara, alkol ve kronik hastalık durumlarına bakıldığında; 202 (%87,4) kişinin alkol kullanmadığı, 29 (%12,6) kişinin aktif kullanıcı olduğu görülmüş. Sigarada ise 166 (%71,9) kişinin sigara kullanmadığı, 65 (%28,1) kişinin aktif sigara içicisi olduğu bunların ise paket yılı (PY) ortalamasının $9,73 \pm 9,63$ olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalık durumlarında ise 168 (%72,7)'inde kronik hastalığın olmadığı, 63 (%27,3)'ünde bir veya daha fazla sayıda kronik hastalık varlığı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	131	56,7
	Erkek	100	43,3
En çok yaşadığınız yer	İl merkezi	214	92,6
	İlçe	12	5,2
	Köy	5	2,2
Eğitim durumu	İlkokul altı	7	3,0
	İlkokul	25	10,8
	Ortaokul mezunu	24	10,4
	Lise mezunu	55	23,8
	Üniversite/Lisans üstü	120	51,9
Medeni durum	Evli	164	71,0
	Bekar	52	22,5
	Eşi vefat etmiş veya boşanmış	15	6,5
Sosyal güvence	Özel Sigorta	14	6,1
	SGK/Emekli	181	78,4
	Sandığı/BAĞKUR		
	Yok	36	15,6
İşi	Çalışmıyor	60	26,0
	Emekli	35	15,2
	Çalışıyor	136	58,9
Gelir düzeyi	Asgari Ücret Altı	62	26,8
	Asgari Ücret	61	26,4
	Asgari Ücretin 2 Katı	67	29,0
	Asgari Ücretin 3 Katı/üstü	41	17,7
Alkol	Yok	202	87,4
	Var	29	12,6
Sigara	Yok	166	71,9
	Var	65	28,1
Kronik hastalık	Yok	168	72,7
	Var	63	27,3

A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma; Med (IQR): Ortanca (25.-75. Yüzdelikler); n: Frekans; %: Yüzde; min – maks: En küçük – en büyük değerler

Çalışmamızda boy ortalaması $167,47 \pm 9,06$ santimetre (cm), kilo ortalaması ise $74,59 \pm 14,8$ kilogram (kg) olarak bulunmuştur. Katılımcıların VKİ ortalaması $26,54 \pm 4,65$ kg/m² olarak bulunmuştur ve VKİ sınıflamasına göre 10 (%4,3) kişi zayıf, 82 (35,5) kişi normal, 87 (%37,7) kişi fazla kilolu ve 52 (%22,5) kişi obez sınıf olarak tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Antropometrik ölçümler ve VKİ sınıflaması

		N	%
VKİ	A.O $\pm$ S.S	26,54 $\pm$ 4,65	
	Med (IQR)	26,23 (23,15 - 29,72)	
	Min.- Maks.	16,44 - 48,83	
VKİ sınıfı	Zayıf	10	4,3
	Normal ağırlık	82	35,5
	Fazla kilolu	87	37,7
	Obez	52	22,5

A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma; Med (IQR): Ortanca (25.-75. Yüzdelikler); n: Frekans; %: Yüzde; min – maks: En küçük – en büyük değerler

Katılımcılara uygulanan DEBQ’a ait alt ölçek sorularına ilişkin puan dağılımları Tablo 6’da sunulmuştur. DASS-21 anket sonuçlarına göre; katılımcıların %45,5’i anksiyete bulguları göstermezken, %22,1’i hafif, %10,4’ü çok ileri düzeyde belirtiler göstermiştir. %70,6’sı depresyon bulguları göstermezken, %12,6’sı hafif düzeyde depresyon puanları bildirmiştir. Stres düzeylerinde ise katılımcıların %70,1’i normal kategoride iken, %10,4’ü orta düzeyde stres belirtileri göstermiştir (Tablo 7).

Tablo 6. DEBQ Alt Ölçeklerine İlişkin Puanlar

	A.O $\pm$ S.S	Med (IQR)	Min.- Maks.
Duygusal yeme	24,69 $\pm$ 11,82	20 (15 - 30)	13 - 65
Kısıtlayıcı yeme	26,42 $\pm$ 7,86	26 (20 - 32)	10 - 50
Dışsal yeme	28,18 $\pm$ 8,02	28 (23 - 33)	10 - 50
Toplam Puanlar	79,28 $\pm$ 19,09	78 (67 - 89)	33 - 155

A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma; Med (IQR): Ortanca (25.-75. Yüzdelikler); min – maks: En küçük – en büyük değerler

Tablo 7. DASS 21 Alt Ölçeklerine İlişkin Puan ve Sınıflamalar

	A.O $\pm$ S.S	Med (IQR)	Min.- Maks.
Anksiyete	4,45 $\pm$ 3,82	4 (1 - 6)	0 - 21
Depresyon	3,36 $\pm$ 3,67	2 (1 - 5)	0 - 21
Stres	5,89 $\pm$ 4,54	5 (2 - 9)	0 - 21
DASS toplam	13,7 $\pm$ 10,26	11 (5 - 20)	0 - 63
	DASS-21 Sınıflaması	%	n
Anksiyete	0-3	105	45,5
	4-5	51	22,1
	6-7	31	13,4
	8-9	20	8,7
	10+	24	10,4
Depresyon	0-4	163	70,6
	5-6	29	12,6
	7-10	26	11,3
	11-13	8	3,5
	14+	5	2,2
Stres	0-7	162	70,1
	8-9	20	8,7
	10-12	24	10,4
	13-16	18	7,8
	17+	7	3,0

A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma; Med (IQR): Ortanca (25.-75. Yüzdelikler); min – maks: En küçük – en büyük değerler; n: Frekans; %: Yüzde

Medeni durum, eğitim durumu, çalışma ve sosyal güvence durumları, gelir düzeyleri, alkol/sigara kullanımı, kronik hastalıklar, en çok yaşanan yer ve yaşama ortamı durumlarına göre DEBQ toplam puan ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; incelenen ölçek alt boyutlarında ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Cinsiyetlere göre DEBQ toplam puan ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme puanlarında cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak, duygusal yeme ve toplam puanlarda ise kadınların puanlarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışma durumlarına göre DEBQ toplam puan ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Dışsal yeme puanlarında ise emeklilerin puanlarının çalışan ve çalışmayan kişilere göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür.

VKİ sınıflarına göre DEBQ toplam puan ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; duygusal yeme ve dışsal yeme puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Kısıtlayıcı yeme puanlarında zayıf kişilerin puanlarının normal, fazla kilolu ve obez olan kişilere göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Toplam puanlarda ise zayıf kişilerin puanlarının obez olan kişilere göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Sosyodemografik Bilgiler ve DEBQ ilişkisi

		Duygusal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme	Dışsal Yeme	Toplam DEBQ
Cinsiyet					
Kadın	A.O ± S.S	26,8 ± 12,79	26,93 ± 8,17	28,92 ± 8,1	82,65 ± 20,33
	Med (IQR)	24 (16 - 33)	27 (20 - 33)	28 (24 - 34)	82 (70 - 95)
Erkek	A.O ± S.S	21,92 ± 9,82	25,74 ± 7,44	27,21 ± 7,85	74,87 ± 16,41
	Med (IQR)	18,5 (15 - 26)	25 (22 - 30,75)	27 (22 - 32)	73,5 (64,5 - 81,75)
Gruplar arası p		0,004* (z=-2,874)	0,274 (z=-1,095)	0,109 (t=1,607)	0,001* (z=-3,342)
Medeni durum					
Evli	A.O ± S.S	25,27 ± 12,26	26,6 ± 7,51	27,9 ± 8,4	79,77 ± 19,9
	Med (IQR)	22,5 (16 - 30)	27 (21 - 32)	27 (22 - 33)	78 (67 - 91)
Bekar	A.O ± S.S	23,6 ± 10,71	25,5 ± 9,3	29,38 ± 7,36	78,48 ± 17,7
	Med (IQR)	19,5 (15 - 31)	25 (18,25 - 32)	29,5 (26 - 33,75)	80 (68 - 89)
Eşi vefat etmiş veya boşanmış	A.O ± S.S	22,13 ± 10,63	27,53 ± 6,29	27,07 ± 5,6	76,73 ± 15
	Med (IQR)	18 (14 - 27)	26 (24 - 32)	27 (23 - 32)	76 (62 - 85)
Gruplar arası p		0,483 (kw=1,455)	0,579 (f=0,549)	0,273 (kw=2,597)	0,914 (kw=0,18)
Eğitim durumu					
İlkokul altı	A.O ± S.S	20,71 ± 6,45	18,57 ± 8,04	25,86 ± 8,43	65,14 ± 16,63
	Med (IQR)	22 (13 - 26)	17 (13 - 25)	29 (16 - 33)	71 (46 - 79)
İlkokul	A.O ± S.S	23,44 ± 11,69	24,16 ± 5,86	26 ± 9,2	73,6 ± 19,07
	Med (IQR)	21 (14,5 - 28)	25 (17,5 - 29,5)	26 (18 - 33,5)	71 (58,5 - 86)
Ortaokul mezunu	A.O ± S.S	24,46 ± 12,05	25,13 ± 8,13	27,21 ± 7,65	76,79 ± 18,87
	Med (IQR)	20 (16 - 30)	26 (20,5 - 32)	28,5 (21,75 - 32)	74,5 (66,5 - 88,5)
Lise mezunu	A.O ± S.S	25,38 ± 12,59	26,07 ± 7,89	27 ± 7,69	78,45 ± 19,76
	Med (IQR)	21 (15 - 32)	26 (20 - 30)	27 (22 - 30)	78 (62 - 89)
Üniversite/Lisans üstü	A.O ± S.S	24,91 ± 11,79	27,76 ± 7,84	29,5 ± 7,86	82,17 ± 18,52
	Med (IQR)	20 (16 - 30)	27 (21,25 - 33)	28,5 (24,25 - 34,75)	80 (70 - 92,75)
Gruplar arası p		0,849 (kw=0,8)	0,163 (kw=5,119)	0,885 (kw=0,649)	0,448 (kw=2,653)

Sosyal güvence					
Özel Sigorta	A.O ± S.S	25,57 ± 6,39	28,14 ± 4,37	27,21 ± 5,45	80,93 ± 9,9
	Med (IQR)	25 (19,75 - 30,25)	26,5 (25 - 32)	28 (23 - 30,5)	80,5 (73,75 - 88,75)
SGK/Emekli Sandığı/BAĞKUR	A.O ± S.S	24,67 ± 12,15	26,69 ± 7,96	28,56 ± 8,08	79,92 ± 19,34
	Med (IQR)	20 (15 - 29,5)	27 (20 - 32)	28 (23 - 34)	78 (67 - 89)
Yok	A.O ± S.S	24,44 ± 11,98	24,39 ± 8,23	26,61 ± 8,5	75,44 ± 20,4
	Med (IQR)	20,5 (15 - 31)	24 (19 - 30,75)	27,5 (19,25 - 32)	77 (60,25 - 91)
Gruplar arası p		0,334 (kw=2,193)	0,195 (f=1,648)	0,522 (kw=1,3)	0,458 (kw=1,562)
İşi					
Çalışmıyor (1)	A.O ± S.S	24,3 ± 11,25	25,4 ± 7,33	28,53 ± 7,45	78,23 ± 18,68
	Med (IQR)	20,5 (15 - 31)	24,5 (20 - 31,75)	28,5 (23,5 - 34)	78,5 (65 - 89)
Emekli (2)	A.O ± S.S	23,43 ± 9,21	27,51 ± 6,66	24,51 ± 7,61	75,46 ± 15,96
	Med (IQR)	23 (16 - 29)	29 (23 - 32)	24 (20 - 29)	77 (69 - 82)
Çalışıyor (3)	A.O ± S.S	25,18 ± 12,68	26,58 ± 8,36	28,96 ± 8,17	80,73 ± 19,95
	Med (IQR)	20 (15,25 - 30)	26 (20 - 32)	28 (24 - 34)	78 (66,25 - 91,75)
Gruplar arası p		0,966 (kw=0,068)	0,411 (kw=1,78)	0,004* (kw=11,176) (1-2, 2-3)	0,535 (kw=1,252)
Gelir düzeyi					
Asgari Ücret Altı	A.O ± S.S	24,21 ± 10,12	24,82 ± 7,33	28 ± 6,96	77,03 ± 17,41
	Med (IQR)	21,5 (15,75 - 31)	24,5 (19 - 31)	28 (23 - 32)	78 (63,25 - 85,5)
Asgari Ücret	A.O ± S.S	25,38 ± 12,78	25,75 ± 7,75	26,41 ± 8,22	77,54 ± 19,28
	Med (IQR)	23 (15 - 32)	25 (20,5 - 31,5)	27 (19 - 33,5)	76 (64 - 89)
Asgari Ücretin 2 Katı	A.O ± S.S	25,25 ± 11,55	27,6 ± 7,58	29,06 ± 7,37	81,91 ± 17,31
	Med (IQR)	22 (16 - 30)	27 (23 - 32)	28 (24 - 33)	78 (70 - 95)
Asgari Ücretin 3 Katı/üstü	A.O ± S.S	23,46 ± 13,4	27,88 ± 8,92	29,63 ± 9,84	80,98 ± 23,55
	Med (IQR)	19 (14 - 27)	29 (20 - 34)	28 (24,5 - 37)	76 (68,5 - 89,5)
Gruplar arası p		0,889 (kw=0,234)	0,116 (f=1,994)	0,161 (f=1,734)	0,325 (kw=2,245)
VKİ					
Zayıf (1)	A.O ± S.S	20 ± 6,93	19,4 ± 8,93	25,8 ± 7,27	65,2 ± 11,81
	Med (IQR)	17,5 (14,75 - 25)	16,5 (12,5 - 25,25)	26 (16,75 - 33)	63 (57,25 - 76,5)
Normal ağırlık (2)	A.O ± S.S	23,12 ± 10,34	26,78 ± 8,53	28,68 ± 7,75	78,59 ± 17,43
	Med (IQR)	20 (15 - 27)	26 (20 - 33,25)	28 (23,75 - 34)	78 (66 - 89)
Fazla Kilolu (3)	A.O ± S.S	24,8 ± 12,38	26,57 ± 7,63	27,47 ± 8,52	78,85 ± 20,38
	Med (IQR)	20 (15 - 30)	26 (20 - 32)	27 (22 - 33)	78 (66 - 91)
Obez (4)	A.O ± S.S	27,87 ± 13,24	26,92 ± 6,41	29,02 ± 7,74	83,81 ± 19,37
	Med (IQR)	25 (16,25 - 35)	28 (23,25 - 32)	29 (23 - 33,75)	80,5 (74 - 95,75)
Gruplar arası p		0,156 (kw=5,223)	0,038* (f=2,863) (1-2, 1-3, 1-4)	0,516 (kw=2,283)	0,035* (f=2,909) (1-4)
Alkol					

Kullanmıyor	A.O ± S.S	25,06 ± 12,11	26,08 ± 7,82	27,98 ± 8	79,12 ± 19,7
	Med (IQR)	21 (15 - 31)	26 (20 - 32)	28 (23 - 33)	78 (66 - 89)
Kullanıyor	A.O ± S.S	22,1 ± 9,37	28,72 ± 7,93	29,55 ± 8,2	80,38 ± 14,42
	Med (IQR)	19 (14,5 - 26)	29 (24 - 32,5)	29 (24 - 33,5)	78 (70 - 92,5)
Gruplar arası p		0,272 (z=-1,098)	0,107 (z=-1,611)	0,325 (t=-0,986)	0,568 (z=-0,571)
Sigara					
Kullanmıyor	A.O ± S.S	25,07 ± 12,06	26,84 ± 7,56	27,86 ± 7,88	79,77 ± 19,31
	Med (IQR)	22 (15 - 31)	27 (21 - 32)	28 (23 - 33)	78 (67 - 91)
Kullanıyor	A.O ± S.S	23,71 ± 11,23	25,32 ± 8,57	29 ± 8,37	78,03 ± 18,6
	Med (IQR)	20 (15 - 28)	24 (18 - 32)	29 (23 - 33)	74 (65,5 - 87,5)
Gruplar arası p		0,517 (z=-0,648)	0,187 (t=1,323)	0,45 (z=-0,756)	0,449 (z=-0,757)
Kronik hastalık					
Yok	A.O ± S.S	24,64 ± 11,6	26,19 ± 8,06	28,46 ± 7,85	79,29 ± 18,24
	Med (IQR)	20 (15 - 30,75)	26 (20 - 32)	28 (23,25 - 33,75)	78 (66 - 90)
Var	A.O ± S.S	24,83 ± 12,5	27,02 ± 7,33	27,43 ± 8,48	79,27 ± 21,37
	Med (IQR)	23 (16 - 28)	28 (21 - 32)	27 (22 - 33)	78 (68 - 86)
Gruplar arası p		0,99 (z=-0,012)	0,479 (t=-0,71)	0,386 (t=0,868)	0,828 (z=-0,217)
En çok yaşadığınız yer					
İl merkezi	A.O ± S.S	24,79 ± 11,89	26,57 ± 7,7	28,1 ± 8,1	79,46 ± 19,06
	Med (IQR)	20,5 (15,75 - 30)	26,5 (20 - 32)	28 (23 - 33)	78 (67 - 89)
İlçe	A.O ± S.S	20,67 ± 6,91	23,08 ± 7,45	28,67 ± 8,27	72,42 ± 17,82
	Med (IQR)	18,5 (15 - 26,75)	24 (19,25 - 27,5)	29,5 (27 - 32)	73 (61,75 - 83,25)
Köy	A.O ± S.S	29,8 ± 17,33	28 ± 14,54	30,2 ± 4,21	88 ± 22,55
	Med (IQR)	21 (16 - 48)	28 (15,5 - 40,5)	29 (26,5 - 34,5)	91 (67 - 107,5)
Gruplar arası p		0,53 (kw=1,27)	0,297 (f=1,22)	0,828 (f=0,189)	0,35 (kw=2,098)
Yaşama ortamı					
Tek başına	A.O ± S.S	24,07 ± 12,44	29,27 ± 8,76	30,2 ± 7,68	83,53 ± 20,22
	Med (IQR)	23 (13 - 28)	30 (25 - 34)	29 (27 - 36)	85 (75 - 91)
Eşiyle	A.O ± S.S	23,89 ± 10,1	26,84 ± 6,56	26,32 ± 8,1	77,05 ± 15,41
	Med (IQR)	20 (17 - 28,5)	28 (23 - 31,75)	24 (19,25 - 31,75)	76,5 (69,25 - 82,75)
Eşi ve çocuklarıyla	A.O ± S.S	25,56 ± 12,84	26,66 ± 7,76	28,25 ± 8,35	80,47 ± 21,06
	Med (IQR)	22,5 (15 - 31,5)	27 (20,75 - 32)	28 (23 - 33,25)	78 (64,75 - 94)
Aile yanı	A.O ± S.S	23,46 ± 10,56	24,58 ± 8,71	29,04 ± 7,09	77,08 ± 16,49
	Med (IQR)	19,5 (15 - 31)	24 (17 - 31)	28,5 (26 - 33)	78 (65,75 - 85,75)
Gruplar arası p		0,911 (kw=0,534)	0,176 (f=1,663)	0,273 (f=1,306)	0,387 (kw=3,031)

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma; Med (IQR): Ortanca (25.-75. Yüzdelikler); t: Bağımsız gruplarda t testi; z: Mann Whitney U test; f: Tek yönlü varyans analizi; kw: Kruskal Wallis varyans analizi

Anksiyete durumlara göre Hollanda Yeme Davranışı Anketinin toplam puan ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Duygusal yemede 0-3 grubun değerleri 6-7 ve 10+ gruplarına göre anlamlı şekilde düşüktür. Dışsal yemede 0-3 grubunun değerleri 4-5 grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür. Ayrıca toplam Hollanda yeme davranışı puanında 0-3 grubu değerleri 10+ grubuna göre anlamlı şekilde düşüktür.

Depresyon durumlara göre Hollanda Yeme Davranışı Anketinin toplam puan ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Dışsal yeme puanlarında ise 0-4 grubu puanlarının 7-10 grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca toplam Hollanda yeme davranışı puanında 0-4 grubu puanının 14+ grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür.

Stres durumlara göre Hollanda Yeme Davranışı Anketinin toplam puan ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Dışsal yeme ve toplam puanlarda ise 0-7 grubunun puanlarının 13-16 grubuna göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Tablo 9. Depresyon, Anksiyete, Stress ve DEBQ ilişkisi

Anksiyete		Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme	Toplam DEBQ
0-3 (1)	A.O ± S.S	22,21 ± 10,9	27,36 ± 7,97	26,14 ± 6,93	75,71 ± 17,13
	Med (IQR)	18 (14 - 27)	28 (22 - 33)	27 (22 - 30)	74 (63,5 - 86,5)
4-5 (2)	A.O ± S.S	25,27 ± 11,97	23,75 ± 6,88	30,53 ± 9,17	79,55 ± 20,85
	Med (IQR)	21 (16 - 33)	23 (18 - 29)	33 (23 - 36)	75 (65 - 95)
6-7 (3)	A.O ± S.S	27,97 ± 12,78	26,32 ± 8,33	27,55 ± 9,79	81,84 ± 24,94
	Med (IQR)	26 (17 - 34)	27 (19 - 34)	27 (22 - 33)	83 (67 - 96)
8-9 (4)	A.O ± S.S	25,4 ± 8,98	25,85 ± 4,94	30,3 ± 5,06	81,55 ± 12,7
	Med (IQR)	25 (20 - 29,75)	25,5 (23 - 29,75)	30 (27 - 32,75)	80,5 (75,75 - 85,5)
10+ (5)	A.O ± S.S	29,46 ± 14,2	28,54 ± 9,62	31,13 ± 7,26	89,13 ± 16,02
	Med (IQR)	25 (19 - 41)	28 (20 - 34)	30 (26 - 34,75)	88 (78,5 - 102,75)
Gruplar arası p		0,009* (kw=13,547) (1-3, 1-5)	0,053 (f=2,371)	0,003* (kw=16,155) 1-2	0,01* (kw=13,389) 1-5
Depresyon		Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme	Toplam DEBQ
0-4 (1)	A.O ± S.S	23,85 ± 11,44	26,79 ± 7,84	27,11 ± 7,84	77,75 ± 18,9
	Med (IQR)	20 (15 - 29)	27 (20 - 32)	27 (22 - 33)	76 (65 - 89)
5-6 (2)	A.O ± S.S	25,93 ± 13,16	25,97 ± 7,56	30,21 ± 7,53	82,1 ± 18,84
	Med (IQR)	22 (16,5 - 28)	25 (18,5 - 32)	30 (24 - 33,5)	80 (70 - 91,5)
7-10 (3)	A.O ± S.S	23,65 ± 9,26	23,77 ± 6,91	30,27 ± 8,81	77,69 ± 17,08

	Med (IQR)	23 (15 - 31)	24,5 (19,25 - 29)	32 (27 - 35)	79,5 (67,75 - 91)
11-13 (4)	A.O ± S.S	33,38 ± 13,85	28,88 ± 6,36	31,25 ± 5,2	93,5 ± 22,21
	Med (IQR)	29 (25,25 - 46,5)	28 (24,75 - 33,25)	30,5 (27,5 - 36,5)	88 (78 - 116,75)
14+ (5)	A.O ± S.S	36,4 ± 16,99	26,6 ± 15,32	35,4 ± 9,53	98,4 ± 16,98
	Med (IQR)	33 (20,5 - 54)	20 (14,5 - 42)	42 (25 - 42,5)	97 (83 - 114,5)
	Gruplar arası p	0,076 (kw=8,473)	0,382 (f=1,050)	0,02* (kw=11,706) (1-3)	0,026* (kw=11,051) (1-5)
Stres	Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme	Toplam DEBQ	
0-7 (1)	A.O ± S.S	23,75 ± 11,4	26,72 ± 7,7	26,91 ± 8,07	77,39 ± 19,42
	Med (IQR)	20 (15 - 29,25)	27 (20 - 32)	27 (22 - 32)	75 (64 - 88)
8-9 (2)	A.O ± S.S	22,35 ± 5,83	26,75 ± 7,72	29,75 ± 7,66	78,85 ± 14,34
	Med (IQR)	23 (17,25 - 26,75)	27,5 (22 - 33,75)	30,5 (26,25 - 32,75)	81 (73,25 - 88,75)
10-12 (3)	A.O ± S.S	24,54 ± 11,23	25,17 ± 8,15	29,04 ± 6,42	78,75 ± 16,48
	Med (IQR)	24,5 (15 - 28,5)	24 (20,75 - 29,25)	29,5 (24,5 - 33)	79 (68,75 - 88,75)
13-16 (4)	A.O ± S.S	31,72 ± 15,67	25,17 ± 9,98	33,83 ± 6,31	90,72 ± 18,93
	Med (IQR)	27 (18 - 49,25)	23,5 (17 - 30,25)	34,5 (28,5 - 39,25)	87 (77,5 - 106,5)
17+ (5)	A.O ± S.S	35,43 ± 16,09	25,86 ± 6,2	35,43 ± 7,14	96,71 ± 17,28
	Med (IQR)	39 (18 - 51)	25 (20 - 34)	35 (31 - 43)	102 (82 - 109)
	Gruplar arası p	0,066 (kw=8,817)	0,565 (kw=2,959)	0,0001* (kw=21,462) 1-4	0,005* (kw=14,676) 1-4

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; A.O: Aritmetik ortalama; S.S: Standart sapma; Med (IQR): Ortanca (25.-75. Yüzdelikler); t: Bağımsız gruplarda t testi; z: Mann Whitney U testi

Yaş değerleri ile DEBQ alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve toplam puanlar ile yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Dışsal yeme puanları ile yaş değerleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde ve çok zayıf düzeyde korelasyon olduğu belirlenmiştir.

VKİ değerleri ile DEBQ alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme ile VKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Hem Duygusal yeme hem de toplam puanlar ile VKİ değerleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde korelasyonlar olduğu belirlenmiştir.

Anksiyete puanları ile DEBQ alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Duygusal yeme, dışsal yeme ve toplam puanlar ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir.

Depresyon puanları ile DEBQ alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Duygusal yeme, dışsal yeme ve toplam puanlar ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir.

Stres puanları ile DEBQ alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ile stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Duygusal yeme, dışsal yeme ve toplam puanlar ile stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir.

DASS 21 toplam puanları ile DEBQ alt ölçekleri ve toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; kısıtlayıcı yeme ile DASS 21 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Duygusal yeme, dışsal yeme ve toplam puanlar ile DASS 21 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. DEBQ ile Korele Değerler

		Duygusal yeme	Kısıtlayıcı yeme	Dışsal yeme	Toplam DEBQ
Yaş	rho	-0,082	0,126 r	-0,183*	-0,061
	p	0,212	0,055	0,005	0,359
VKi	rho	0,169*	0,044 r	0,022	0,159*
	p	0,010	0,509	0,735	0,016
Anksiyete	rho	0,262*	-0,051	0,228*	0,244*
	p	0,000	0,436	0,000	0,000
Depresyon	rho	0,143*	-0,110	0,195*	0,136*
	p	0,030	0,095	0,003	0,039
Stres	rho	0,251*	-0,022	0,349*	0,321*
	p	0,000	0,744	0,000	0,000
DASS toplam	rho	0,267*	-0,062	0,321*	0,297*
	p	0,000	0,350	0,000	0,000

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı ilişki; rho: Spearman korelasyon katsayısı; r: Pearson korelasyon katsayısı

TARTIŞMA

Araştırmamızda duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışları ile VKİ ve bireylerin depresyon, anksiyete ve stres durumları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca birinci basamağa başvuran hasta profilinin, sosyodemografik özelliklerinin yeme davranışı üzerindeki etkisini de çeşitli analizler yoluyla inceledik.

Yeme davranışı biyolojik, çevresel, sosyokültürel ve psikolojik faktörlerin etkisiyle basit bir ihtiyaç olmaktan çıkarak karmaşık bir süreç haline gelen, bu faktörlerin etkisi ile değişim gösteren biyopsikososyal bir davranış haline gelmektedir (8). Olumlu veya olumsuz duygulardan etkilenen yeme davranışı aşırı gıda alımı ile binge eating (aşırı yeme davranışı) gibi aşırı yeme ile sonuçlanan yeme bozukluklarının riskini artırabilir (60). Kişiden kişiye ve toplum özelliklerine göre değişim gösteren yeme davranışı zamanla aşırı yeme hali ve yeme bozukluklarına ve dolayısıyla obezite ve buna bağlı birçok komplikasyona yol açması muhtemel gözükmektedir. Bu sebeplerden dolayı henüz yeme bozukluğuna dönüşmeden yeme davranışı şekillerinin altında saklı faktörlerin tespit edilmesi ve toplum sağlığı yükünün büyük bir kısmını üstlenen birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu konuda ilk müdahale görevi üstlenerek obeziteye olan ilerleyişi durdurması büyük önem arz etmektedir.

Yeme davranışlarının kilo alımı üzerine etkisini inceleyen sistematik çalışmalar, pek çok yeme davranışı stiline VKİ ile pozitif ilişkiler gösterdiğini tespit etmiştir (61,62). Çalışmamızda VKİ sınıflarına göre zayıf grupta bulunan katılımcılar diğer VKİ gruplarına göre (normal, fazla kilolu, obez) daha az düzeyde kısıtlayıcı yeme davranışı göstermişlerdi. Ayrıca DEBQ toplam puanları açısından da zayıf grup puanları obezlere göre daha düşüktü. Bu veriler kısıtlayıcı yeme davranışı tanımı düşünüldüğünde aslında beklenen bir sonuçtur. Ancak normal kilolu sınıfın fazla kilolu ve obez gruba göre daha az kısıtlayıcı yeme davranışı göstermemesinin; normal bireylerde zayıf bireylere göre şişmanlama endişesinin daha yüksek olabilmesi nedeniyle kendilerini yeme konusunda daha fazla kısıtlama ihtiyacı duymalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Elçi Boğaz ve arkadaşlarının (63) çalışmasında fazla kilolu olan grupta kısıtlayıcı yeme davranışının, normal kilolu ve obez olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucu dikkat çekmektedir.

Bu bilgiler ışığında çalışma bulgularımız kilo artışı ile kısıtlayıcı yeme davranışı gösterme riskini destekler niteliktedir. Ayrıca araştırmamızda artan VKİ değerleri ile duygusal yeme puanları ve DEBQ toplam puanları artışı da ilişkili bulunmuştur. Ayyıldız ve arkadaşlarının (64) çalışmasında kısıtlayıcı yeme ve duygusal yeme puanlarının fazla kilolu ve obez bireylerde normal vücut ağırlığına sahip olanlara göre daha yüksek olduğu sonucunun araştırmamızca da desteklendiği söylenebilir. Ayrıca Kore’de Sung ve arkadaşlarının (65) yetişkin ikiz ve ailelerini DEBQ ve VKİ değerlerine göre değerlendiren daha kapsamlı bir çalışmada; kısıtlayıcı yeme veya duygusal yemenin uzun vadeli kilo alımı ve yüksek VKİ’nin göstergeleri olabileceği sonucu da dikkat çekmektedir. Cezayir’de yapılan başka bir çalışmada ise obezitesi olan kişilerin yüksek duygusal ve dışsal yeme sergilediğini ancak kısıtlayıcı yeme davranışı göstermediklerini de bildirmişlerdir (66). Ancak Türkiye’de TFEQ alt ölçekleri ile yapılan başka bir çalışmada; kısıtlayıcı yeme, kontrolsüz yeme ve duygusal yeme puanları ile VKİ arasında anlamlı ilişkiler olmadığına dair sonuçlar da mevcuttur (67).

Anksiyete ile DEBQ alt ölçek ve toplam puanları arasındaki ilişkileri inceleyen analizlerimizde; DASS 21 anksiyete alt ölçeği sınıflamaları açısından normal olanlar hafif ve orta düzeyde anksiyete belirtileri gösterenlere göre daha düşük düzeyde DEBQ duygusal yeme ve dışsal yeme puanlarına sahipti. Ayrıca katılımcıların DASS 21 anksiyete puanları artışı ile duygusal yeme, dışsal yeme ve DEBQ toplam puanlarının artışı da ilişkili bulunmuştur. 2023 yılında Türkiye’de Batman ve arkadaşlarının (68) DEBQ kullanarak yaptığı çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde anksiyete ile duygusal yeme ve dışsal yeme arasında anlamlı ilişkiler mevcuttur. Hun ve arkadaşlarının (44) Kolombiya’da göçmenler üzerine yaptığı başka bir çalışmada ise DEBQ duygusal yeme, kısıtlanmış yeme ve dışsal yeme puanları ile anksiyete arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Sonuçlarımıza göre anksiyete ile kısıtlanmış yeme arasında bir ilişki yoktu. Bu durumun nedeni topluma ait farklılıklardan kaynaklı olabilir ve ayrıca Hun ve arkadaşlarının (44) çalışması spesifik bir grup olarak göçmenler üzerine yapılmıştı, bizim çalışmamız ise birinci basamak hastalarına yönelikti. Ferrer-Garcia ve arkadaşlarının (69) yaptığı bir müdahale çalışmada ise; suni olarak anksiyete oluşturulan hastalarda DEBQ duygusal yeme, kısıtlanmış yeme ve dışsal yeme puanlarında anlamlı artışlar gözlemlendi ve aynı zamanda

bu hastalarda aşırı yeme bozukluğu (binge eating) da anlamlı olarak artmıştı. Tüm bu bilgiler ışığında bakılacak olursa; anksiyete ve sorunlu yeme davranışı örüntüsünün ilerleyen süreçte yeme bozukluklarına dönüşebileceği ve dolayısı ile VKİ artışı ve obezite oluşumunun önlenmesi açısından birinci basamak hekimlerinin önemli bir rolü olduğu söylenebilir.

Katılımcıların DASS 21 depresyon alt ölçeği puanları açısından yaptığımız analizlerde; normal grupta olanlar, orta düzeyde depresyon belirtileri gösterenlere göre daha düşük DEBQ dışsal yeme puanlarına sahipti. Ayrıca depresyon açısından normal olanlar; DEBQ toplam puanları açısından, çok ileri seviyede belirtileri olanlara göre daha düşük yeme davranışı puanlarına sahipti. Çalışmamızda DASS 21 depresyon alt ölçek puanı artışı ile duygusal yeme, dışsal yeme ve DEBQ toplam puanı artışları arasında da ilişkiler mevcuttu. Elde ettiğimiz bulgulara göre depresyon varlığında bireylerin özellikle dışsal yeme ve duygusal yeme olmak üzere sorunlu yeme davranışlarına daha yatkın olabileceği sonucuna varılabilir. Sonuçlarımız; 2022 yılında Çelik Erden (48) ve arkadaşlarının Türkiye’de acil çalışanları üzerinde, DASS 21 ölçeği ve DEBQ puanlarını karşılaştırarak yaptığı çalışmasında elde ettiği, depresyon ile duygusal yeme ve dışsal yeme davranışları arasındaki ilişkileri destekler niteliktedir. Türkiye’deki diğer benzer çalışmalarda da depresyon ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında bir ilişki bulunmaması bulgularımız ile uyumludur (6). 2016’da van Strien ve arkadaşlarının (70) çalışmasında kadın ve erkek cinsiyetlerde duygusal yeme ve dışsal yeme ile depresif semptomlar arasında yine çalışmamıza benzer şekilde anlamlı ilişkiler mevcuttu. Ancak daha önce kadın popülasyona yapılan bir çalışmada ise depresif semptomlar ile sadece duygusal yeme ilişkisinin anlamlı olduğu dışsal yeme ile bir korelasyon olmadığı da gözlenmiştir (71). Bununla birlikte DEBQ kullanılarak; depresyon, yeme davranışı ve kilo alımı/yüksek kilo arasındaki aracılık ilişkisini analiz eden diğer çalışmalarda da sadece duygusal yemenin bu ilişkiye aracılık ettiği sonuçları da unutulmamalıdır (70–72).

Stres ve yeme davranışları arasında araştırmamıza göre; normal düzeyde DASS 21 stres belirtilerine sahip olanlar, orta düzeyde stres belirtileri olanlara göre daha düşük dışsal yeme davranışı göstermişlerdi ve DEBQ toplam puanları da daha azdı. Ayrıca artan duygusal yeme, dışsal yeme ve DEBQ toplam puanları ile stres artışı arasında da ilişkiler gözlenmişti. Araştırma bulgularımıza göre özellikle dışsal yeme

ve sonrasında duygusal yeme olmak üzere stresin yeme davranışı üzerindeki etkisinden söz edilebilir. Türkiye’de çalışmamıza benzer yöntemle, DEBQ ve DASS ölçekleri kullanılarak yapılan 2 adet çalışma mevcuttu (6,48). Çelik Erden ve arkadaşlarının acil çalışanları üzerinde yaptığı çalışmaya göre stres puanları; duygusal yeme ve DEBQ toplam puanları ile anlamlı olarak ilişkiliydi (48). Kalkan Uğurlu ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı diğer çalışmaya göre ise; stres puanları artışı anlamlı olarak duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme ile pozitif korelasyon gösteriyordu (6). Çalışma bulgularımız bu iki araştırmaya göre (6,48) stres ile duygusal yeme ve DEBQ toplam puanları arasındaki ilişkileri destekler nitelikteydi. Ancak DEBQ dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme davranışı puanları açısından çelişkili bulgular içermektedir. Bu durumun sebebi, araştırmamızın birinci basamak popülasyonu üzerine olmasından kaynaklı olabilir. Çünkü Çelik Erden ve arkadaşları özel bir grup olarak acil çalışanlarını, Kalkan Uğurlu ve arkadaşları ise hemşirelik öğrencilerini seçmişti. Bu iki grubun çalışmamıza kıyasla daha yüksek düzeyde DASS alt ölçekleri ve toplam puanları gösteriyor olması, daha fazla psikolojik strese maruz kalmalarından kaynaklı olabileceğine dair bir fikir vermektedir. Bu olası etken, bazı DEBQ alt ölçeklerinde çelişkili bulgulara ulaşmamıza sebep olmuş olabilir. Ancak de Oliveira Penaforte ve arkadaşlarının (73) üniversite öğrencilerinde yeme davranışı ve duygusal stresi farklı ölçeklerde karşılaştıran Brezilya’daki bir çalışmada; stres ile duygusal ve dışsal yeme davranışı arasında bulunan anlamlı ilişkiler çalışmamızca da desteklenmektedir. Duygusal stres altındaki bireylerin fast-food tarzı yiyeceklere daha fazla yönelmesi (73) durumu da birinci basamak hekimleri tarafından dikkat edilmesi gereken durumlardandır. Adolesanlar üzerinde yapılan bir araştırmaya göre ise yaşam stresinin DEBQ tüm alt ölçekleri ile ilişkili bulunması durumu stres ve yeme davranışı konusunda genç yaşlar üzerinde daha fazla dikkati gerektirebilir (74). Ayrıca sadece DEBQ duygusal yeme ölçeğini kullanan diğer çalışmalarda, duygusal yeme ile stres arasındaki anlamlı ilişkiler de akılda tutulmalıdır (75–77). Duygusal yeme, stres ve yeme bozukluğu arasında bulunan bağlantılar (75), birinci basamak hekimlerine kilo alımını önleme konusunda önemli bir görüş bildirmektedir.

DASS 21 toplam puanları ile DEBQ puanları arasındaki korelasyon çalışmamızda; duygusal yeme, dışsal yeme ve DEBQ toplam puanları arasında ilişkiler mevcuttu. Bireylerin genel psikolojik durumunu değerlendirmek açısından DASS 21

ölçeği önemli bir bakış açısı sunmaktadır. Sonuçlarımıza bakılırsa birinci basamak popülasyonumuzda duygusal ve dışsal yeme davranışı ile psikolojik ruh halinde bozulma arasında çift yönlü bir ilişki olduğu söylenebilir. Ayrıca DASS 21 toplam puanları ile DEBQ toplam puanları arasındaki ilişki; genel psikolojik durumun yeme davranışına etkisi konusunda birinci basamak hekimlerine zayıf da olsa bir fikir vermektedir. Çelik Erden ve arkadaşlarının (48) DASS 21 toplam puanları üzerinde yaptığı benzer analizlerde DEBQ duygusal yeme ve toplam puanları arasındaki anlamlı ilişkiler çalışmamızca da desteklenmektedir. Ayrıca farklı çalışmalarda bulunan DASS 21 toplam puanları ile DEBQ duygusal yeme alt ölçek puanlarındaki anlamlı ilişkiler de literatürde mevcuttur (78–80).

Yaş ve cinsiyetin yeme davranışları üzerindeki etkisi yapılan pek çok çalışma ile kanıtlanmıştır (60,67). Araştırmamızda dışsal yeme puanı artışı, yaş değerlerinde azalma ile ilişkili bulunmuştu. DEBQ dışsal yeme puanlarının düşük yaş ile uyum göstermiş olması, genç yetişkinlerin daha sık uygunsuz beslenme davranışları gösterdiği ve sağlıksız yaşam tarzını benimsediklerini ifade eden görüşe uygun olduğu söylenebilir (81). Çalışmamızda yaş ile duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve toplam puanların artışı açısından ise bir ilişki tespit edilmemişti. Bu sonuçlara göre 2022 yılında Calderón-Asenjo ve arkadaşlarının (60) duygusal yeme üzerine yaptığı çalışmasından farklı olarak yaş ve duygusal yeme üzerinde ilişki tespit edilmemiştir. Calderón-Asenjo ve arkadaşlarına göre 18-29 yaş arası katılımcılar daha yüksek düzeyde duygusal yeme davranışı gösterirken, 30-39 yaş arası grup anlamlı olarak daha düşük düzeyde duygusal yeme davranışı göstermişlerdi (60). Literatürdeki farklı çalışmalarda da gençler yaşlılara kıyasla daha yüksek düzeyde duygusal yeme davranışı gösterebilmektedir (82). Köksal ve arkadaşlarının (67) Türkiye’de yaptığı çalışmada da yaştan; duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve kontrolsüz yeme davranışlarında birer etken olabileceği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmaya göre, araştırmamızdan farklı olarak, yaş ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler gözlenmiştir (67). Farklı çalışmalarda da yaş artışı ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında ilişkiyi gösteren benzer bulgular mevcuttur (83).

Çalışmamızda literatüre benzer şekilde (60) kadınlar daha yüksek düzeyde duygusal yeme davranışı göstermiştir. Ayrıca DEBQ toplam puanlarında da kadın cinsiyet arasında bir ilişki mevcuttu. Genel olarak, kadınların kaygı, öfke, hayal

kırıklığı ve depresyon gibi olumsuz duygulara tepki olarak yemek yeme olasılıkları daha yüksektir ve spesifik olarak kadınlar erkeklere kıyasla daha sık sorunlu yeme davranışı gösterirler (84). Birinci basamakta inceleme yapan çalışmamızda mevcut literatür ile uygun olarak kadınlarda duygusal yeme davranışının sık olması aile hekimlerine kilo yönetimi konusunda önemli bir görüş bildirmektedir.

İş yükü, akademik stres, yeterli zaman yönetimi eksikliği gibi duygusal baskılara maruz kalan bireylerin gıda tüketimi etkilenebilir (60). Çalışmamızdaki bulgular; Köksal ve arkadaşlarının (67) 2021 yılında Türkiye’de TFEQ kullanarak duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve kontrolsüz yeme davranışlarını sosyodemografik faktörlerle karşılaştırdığı çalışması ile benzer şekilde, eğitim düzeyi ile DEBQ alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmamıştı. Örneklemimizdeki katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitilmiş olmasının bu sonuç üzerinde etkisi olabilir.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakıldığında araştırmamıza göre dışsal yeme puanlarında emeklilerin puanlarının çalışan ve çalışmayan kişilere göre düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca DEBQ duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve toplam puanlarında ise ilişki tespit edilmemiştir. Köksal ve arkadaşlarının (67) çalışmasında ise çalışan bireylerde kontrolsüz yeme ve duygusal yeme, işsiz bireylerde ise kontrolsüz yeme puanları daha yüksek bulunmuştur. Kontrolsüz yeme davranışında açlık ve dış uyarana maruz kalma tanımının (85) DEBQ dışsal yeme teorisi ile uyumu dikkate alınırsa mevcut sonuçların çalışmamız ile uyumlu olduğu söylenebilir. Buna göre çalışan kesimin maruz kaldığı iş stresi ve yoğunluğunun, işsiz bireylerin ise maruz kaldığı duygusal baskı ve stresin kişileri dışsal yeme davranışına yönelttiği çalışmamızca da desteklenmiştir. Fakat Köksal ve arkadaşlarından (67) farklı olarak araştırmamızda çalışan kesim ile duygusal yeme davranışı arasında ilişki saptanmamıştır.

Araştırmamızda; medeni durum, eğitim durumu, çalışma ve sosyal güvence durumları, gelir düzeyleri, alkol/sigara kullanımı, kronik hastalıklar, en çok yaşanan yer ve yaşama ortamı durumlarına göre DEBQ toplam puan ve alt ölçeklerinin puanları arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Bu bulgulara bakıldığında aşırı yeme davranışı ile aşırı alkol tüketimi arasında bir ilişki olduğunu öne süren Azevedo ve arkadaşlarının (86) 2021 yılında yaptığı derleme çalışması ve duygusal yeme davranışı ile alkol tüketimi arasında ilişkiyi

ortaya koyan López-Moreno ve arkadaşlarının (87) 2021 yılında yaptığı çalışmasından farklı olduğu görülmüştür. Ancak bulgularımız 2020 yılında Escrivá-Martínez ve arkadaşlarının (88) DEBQ alt ölçeklerinin aşırı alkol tüketimi ile ilişkisini inceleyen çalışmasındaki kısıtlayıcı yeme davranışı ile aşırı alkol tüketimi arasında bir ilişki olmadığını öne süren çalışması ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir. Fakat aşırı alkol tüketimi ile DEBQ duygusal yeme ve dışsal yeme puanlarının ilişkili olması araştırma bulgularımız ile uyumlu sonuçlar değildir. Çalışmamızda alkol kullanımı ile DEBQ alt ölçekleri arasında bir ilişki tespit edilememesi, katılımcıların sadece %12,6'sının alkol kullanıyor olmasından kaynaklı olabilir. Araştırmamızın daha önce alkol ve yeme davranışı ilişkisi üzerine yapılan çalışmalardan farklı olarak sadece alkol kullanan spesifik bir gruba özel olarak uygulanmamış olması da bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Kilo kontrolü için sigara içme bireyler arasında tercih edilen yöntemlerden birisidir ve yapılan çalışmalarda kişiler kilo vermelerine yardımcı olması için sigara kullandıklarını bildirmişlerdir (89). Önceki araştırmalara göre kilo kontrolü için sigara içen kadınlar daha yüksek oranda diyet kısıtlaması ve daha fazla yeme bozukluğu semptomu bildirmektedir; bu da kronik diyet yapma ve kısıtlı yeme davranışına daha fazla eğilim olduğunu göstermektedir (90–92). Ancak Türkiye’de 2022 yılında Canbolat ve arkadaşlarının (93) sigara içenler üzerinde yaptığı çalışmasında kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışının sigara içicilerinde daha düşük olduğu sonucuna varmıştır. Kılılı ve arkadaşlarının (94) sigarayı bırakanlar üzerine (sigara bırakma tedavisi sonrası) yaptığı 2018 yılındaki prospektif özellikli çalışmasında; sigarayı bırakmanın duygusal, kısıtlanmış ve dışsal yeme davranışı alt ölçeklerinin puanlarını artırdığını elde etti. Araştırmamızda da sigara kullananların yeme davranışı özellikleri göstermemesi güncel çalışmaları destekler nitelikte görünmektedir.

Medeni durum, tıbbi araştırmalar için önemli bir sosyodemografik değişken olmanın yanında kişilerin davranışlarını ve sağlıklarını da etkilemektedir. Medeni hal, önemli bir gösterge olup eşin varlığı daha iyi sağlık hali ile ilişkilendirilmektedir (95). Köksal ve arkadaşlarının (67) 2021 yılında Türkiye’de TFEQ kullanarak yaptıkları çalışmasında, araştırmamızdan farklı olarak medeni hal ile duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme davranışları arasında anlamlı farklılıklar vardı. Bu çalışmaya göre boşanmış bireylerde kısıtlayıcı yeme, bekar bireylerde ise duygusal yeme davranışı ile

bir ilişki belirlendi (67). Evli bireylerde ise araştırmamız ile benzer şekilde üç yeme davranışı boyutunda da ilişki tespit edilmemiştir (67). Çalışmamıza göre evli bireylerin daha düşük sorunlu yeme davranışı göstermesi daha iyi sağlık ile ilişkili olduğu gerçeğiyle desteklenmektedir. Ancak literatürdeki bazı çalışmalarda evli bireylerde obezitenin daha yüksek olduğu (96) ve vücut ağırlığının bekar ve hiç evlenmemiş bireylerde daha düşük olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur (97).



ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLAMALARI

GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu araştırmanın verileri tek bir araştırmacı (hekim) tarafından toplanmış olup bu da veri toplamada belirli bir standardı sağlamak açısından önemlidir.

Çalışmamız yeme davranışlarını; depresyon, anksiyete ve stres ile karşılaştıran Türkiye’deki diğer çalışmalardan farklı olarak birinci basamak popülasyonunu hedef almıştır. Bu açıdan bulgularımız birinci basamağa yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarına katkıda bulunmaktadır.

Araştırmamız tüm dünya üzerinde insidansı giderek artan ve yüksek sağlık harcamalarına sebep olarak toplum üzerinde olumsuz etkilere sahip olan obezitenin önlenmesine dair literatüre bir bakış açısı kazandırmıştır. Kilo alımının temelinde yatan sorunlu yeme davranışlarına dair birinci basamak hekimlerinde oluşacak farkındalık obezitenin oluşmadan önlenmesine katkıda bulunacaktır.

SINIRLAMALARI

Çalışmamızda toplamda 70 soru olmak üzere, 3 adet anket/form bulunması katılımcılarımıza uzun gelmiş olabilir.

Araştırmamız spesifik olarak sigara kullanan bir popülasyonu hedef almamıştır. Literatüre göre sigara kullanımı ve cinsiyet ile bireylerde yeme davranışı ve yeme bozukluğunun değişkenlik göstermesine rağmen, çalışmamızda sigara içen grubu cinsiyetlere göre ayırmamış olmamız bu çalışmanın sınırlı yönlerinden biridir.

DASS 21 ve DEBQ öz bildirim ölçekleridir. Hastalar ölçekleri doldururken soruları subjektif olarak yorumlayabilirler. Bu ölçekler yalnızca ilgili durumlara eğilimi ve semptomları ifade edebilirler ancak tanı koyamazlar. Ayrıca Hollanda Yeme Davranışı Anketi’nin; yeme davranışlarını ölçme açısından bazı tasarım kusurlarının olduğunu, yeme davranışlarının yanlış hatırlanabileceğini ve bunların sadece olumsuz duygulara bağlı değil aynı zamanda olumlu duygulara bağlı olarak da artabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur.

Çalışmamız yalnızca tek bir il merkezinde ve gönüllülük esasına bağlı yürütölmüş olup tüm topluma genellenemez. Bu konuda daha çok merkezin ve katılımcıların yer aldığı daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak hastaları üzerinde yaptığımız çalışmamıza göre duygusal yeme davranışının; cinsiyet, VKİ artışı, depresyon, anksiyete ve stres ile olan ilişkilerini bulduk. Dışsal yeme davranışının; düşük yaş, bireylerin çalışma durumları, depresyon, anksiyete ve stres ile olan ilişkilerini tespit ettik. Kısıtlayıcı yeme davranışının ise artan VKİ ile ilişkisinin olduğu sonucuna ulaştık.

Bu sonuçlara göre çalışmamız, sorunlu yeme davranışı şekillerinin birinci basamak hastaları üzerinde bazı olası bağlantılarını ortaya koymaktadır. Yeme davranışının VKİ ve psikolojik sorunlar ile olan ilişkisinin, ilerleyen dönemde olası yeme bozuklukları ve obezite gelişimine giden süreci hakkında birinci basamak hekimlerine önemli fikirler sunuyoruz. Bu çalışmanın, sorunlu yeme davranışı şekilleri hakkında oluşacak erken farkındalık sayesinde, obezite gelişiminin önlenmesi açısından koruyucu hekimlik uygulamalarına katkıda bulunacağını düşünüyoruz.

Obezite multifaktöriyel bir kronik hastalıktır. Obezite ile mücadelenin temelinde tedaviden daha çok birincil koruma önem arz etmektedir. Birinci basamakta boy ve kilo ölçümüyle birlikte hastaların duygu durumları ve yeme alışkanlıkları da sorgulanmalıdır. Bu açıdan bakılacak olursa birinci basamak sağlık hizmetlerinin karşılanmasını sağlayan aile hekimliği disiplininin; hastayla ilk temas noktası oluşu, düzenli takibini gerçekleştirebilmesi ve bütüncül değerlendirerek risk faktörlerini erken fark edebilmesi avantajları ile rolü büyüktür.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, bireylerin çalışma durumları, VKİ ve depresyon, anksiyete, stresin yeme davranışları ile olan ilişkisi gösterilebilmiş olup; aile hekimlerine başvuran hastalardan, yeme davranışları ve ilişkili olduğu faktörler hakkında, ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışı ile psikiyatrik sıkıntıları ve kilo verememe sorunu olan hastalara erken dönemde diyet, egzersiz ve psikiyatrik danışmanlık önerilerinde bulunulmalı ve yaşam tarzı değişikliğini sürdürebilmeleri açısından davranış terapileri uygulanmalıdır. Birinci basamakta takibi yapılan bu bireylerle daha yakın ve sık temasta olunmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Vol. 15, Nature Reviews Endocrinology. Nature Publishing Group; 2019. p. 288–98.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity : Report 2022.
3. LaCaille L. Eating Behavior. In: Encyclopedia of Behavioral Medicine. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 711–2.
4. Berberoğlu Z, Hoccoğlu C. Küresel Sağlık Sorunu ‘Obezite’: Güncel Bir Gözden Geçirme. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021 Sep 30;8(3):543–52.
5. Zuhall Altunkaynak ve Eyüp Altunkaynak BM, Zuhall Altunkaynak B, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri.
6. Kalkan Uğurlu Y, Mataracı Değirmenci D, Durgun H, Gök Uğur H. The examination of the relationship between nursing students’ depression, anxiety and stress levels and restrictive, emotional, and external eating behaviors in COVID-19 social isolation process. Perspect Psychiatr Care. 2021 Apr 1;57(2):507–16.
7. Güleç Öyekçin D. Yeme Bozukluklarına Yaklaşım. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2011;15(1):29–35.
8. Altıntaş M, Özgen U. Kişilik yapısının yeme biçimleri üzerindeki etkisi. International Journal of Social Sciences and Education Research . 2015;1810(5):3.
9. Wong FV. The Association Between Emotional Intelligence, Body Mass Index And Eating Behaviors Among College Students. 2011.
10. Yurtseven E, Eren F, Vehid S, Köksal S, Erginöz E, Sarper M, et al. Beyaz Yakalı Çalışanların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Vol. 15, Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal. 2014.
11. Pető D. Measuring Eating Behaviour. In: Proceedings of the European Union’s Contention in the Reshaping Global Economy. Szeged: Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar; 2020. p. 28–40.
12. Stotts Krall J, Lohse B. Interviews with Low-Income Pennsylvanians Verify a Need to Enhance Eating Competence. J Am Diet Assoc. 2009 Mar;109(3):468–73.
13. Vansteelandt K, Pieters G, Vandereycken W, Claes L, Probst M, Van Mechelen I. Hyperactivity in anorexia nervosa: A case study using experience sampling methodology. Eat Behav. 2004 Jan;5(1):67–74.
14. Dovey TM. Eating Behaviour. 2010. 5–14 p.

15. Eren İ, Erdi Ö. Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6(3):152–7.
16. van Strien T, Peter Herman C, Verheijden MW. Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*. 2012 Dec;59(3):782–9.
17. Sevincer G, Konuk N. Emotional eating. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(4):171.
18. Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosom Med*. 2000;62(6):853–65.
19. Bekker MHJ, Van De Meerendonk C, Mollerus J. Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*. 2004 Dec;36(4):461–9.
20. Ouwens MA, Van Strien T, Van Der Staak CPF. Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*. 2003 Jun 1;40(3):291–8.
21. van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986 Feb;5(2):295–315.
22. Kaplan, Harold I. M.D., Kaplan, Helen Singer Ph.D. The Psychosomatic Concept Of Obesity. *J Nerv Ment Dis*. 1957 Apr;125(2):181–201.
23. Ruderman AJ. Obesity, Anxiety, and Food Consumption. *Addictive Behaviors*. 1983 Jan;8(3):235–42.
24. Bruch, Hilde. Obesity in Childhood and Personality Development*. *Obes Res*. 1997 Mar 6;5(2):157–61.
25. Wallis DJ, Hetherington MM. Stress and eating: The effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*. 2004 Aug;43(1):39–46.
26. Schachter, Stanley. Obesity and Eating. *Science* (1979). 1968 Aug 23;161(3843):751–6.
27. van Strien T, Bazelier FG. Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7-12-year-old boys and girls. *Appetite*. 2007 Nov;49(3):618–25.
28. Evers C, Stok FM, Danner UN, Salmon SJ, De Ridder DTD, Adriaanse MA. The shaping role of hunger on self-reported external eating status. *Appetite*. 2011 Oct;57(2):318–20.

29. Herman CP, Mack D. Restrained and Unrestrained Eating. *J Pers.* 1975 Dec 28;43(4):647–60.
30. Herman CP. Restrained Eating. *Psychiatric Clinics.* 1978;1(3):593–607.
31. Bayrak E, Serter R, Işıklı S. Duygusal, Dışsal ve Kısıtlayıcı Yeme Bozukluklarının Metabolik Sendrom Gelişimi Üzerine Etkisi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi.* 2020 Mar 31;53(1):36–43.
32. Erge S. Obezlerde Yeme Davranışı ve Obezitede Davranış Tedavisi İlkeleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* 2003;32(1):47–59.
33. Dalle Grave R, Sartirana M, El Ghoch M, Calugi S. Personalized multistep cognitive behavioral therapy for obesity. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2017 Jun;Volume 10:195–206.
34. Jacob JJ, Isaac R. Behavioral Therapy for Management of Obesity. *Indian J Endocrinol Metab.* 2012;16(1):28.
35. Foster GD, Bessesen DH, Kushner RF. Goals and strategies to improve behavior change effectiveness. *Evaluation and management of obesity Philadelphia: Hanley & Belfus,.* 2002;29–32.
36. Södersten P, Bergh C, Leon M, Brodin U, Zandian M. Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior. *Physiol Behav.* 2017 May;174:178–90.
37. Avenell A, Broom J, Brown T, Poobalan A. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technol Assess (Rockv).* 2004;8(21):465–6.
38. OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU [Internet]. 2019. Available from: www.temd.org.tr
39. Geniş B, Kayalar A, Dönmez A, Coşar B. Effect of Structured Cognitive-Behavioral Group Therapy on Body Weight, Mental Status and the Quality of Life in Obese and Overweight Individuals: A 16-Week Follow Up Study. *Turkish Journal of Psychiatry.* 2021;33(1):11–21.
40. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Vol. 2, *The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital.* 2011.
41. Goldschmidt AB, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Cao L, Peterson CB, et al. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *International Journal of Eating Disorders.* 2014 Apr;47(3):281–6.
42. Masheb RM, Grilo CM. Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with Binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders.* 2006 Mar 17;39(2):141–6.

43. Batman D, Yılmaz S. Yetişkin Bireylerde Yeme Davranışı ile Anksiyete, Uyku Kalitesi ve Akdeniz Diyetine Bağlılık Arasındaki İlişki. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023 Sep 9;(20):610–24.
44. Hun N, Urzúa A, López-Espinoza A. Anxiety and eating behaviors: Mediating effect of ethnic identity and acculturation stress. *Appetite*. 2021 Feb;157:105006.
45. Araiza AM, Lobel M. Stress and eating: Definitions, findings, explanations, and implications. *Soc Personal Psychol Compass*. 2018 Apr 25;12(4).
46. Roberts CJ, Campbell IC, Troop N. Increases in Weight during Chronic Stress are Partially Associated with a Switch in Food Choice towards Increased Carbohydrate and Saturated Fat Intake. *European Eating Disorders Review*. 2014 Jan 4;22(1):77–82.
47. Bennett J, Greene G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*. 2013 Jan;60:187–92.
48. Celik Erden S, Karakus Yilmaz B, Kozaci N, Uygur AB, Yigit Y, Karakus K, et al. The Relationship Between Depression, Anxiety, and Stress Levels and Eating Behavior in Emergency Service Workers. *Cureus*. 2023 Feb 27;
49. WHO Technical Report Series OBESITY: PREVENTING AND MANAGING THE GLOBAL EPIDEMIC. 2000;
50. W. H. Organization. WHO Acceleration Plan to Stop Obesity. 2023.
51. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. Vol. 33, *PharmacoEconomics*. Springer International Publishing; 2015. p. 673–89.
52. TÜRKİYE İSTATİSTİKLERİ 2022 [Internet]. [cited 2024 Oct 26]. Available from: https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/turkiye_istatistikleri.pdf
53. Erem C. Prevalence of Overweight and Obesity in Turkey. Vol. 8, *IJC Metabolic and Endocrine*. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 38–41.
54. İ. Satman ve TURDEP-II Çalışma Grubu. TÜRKİYE DİYABET, HİPERTANSİYON, OBEZİTE VE ENDOKRİNOLOJİK HASTALIKLAR PREVALANS ÇALIŞMASI (TURDEP-II) SONUÇLARI. 2011.
55. Hamurcu P. OBEZ BİREYLERDE BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ. 2014.
56. Bozan N. Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenirliğinin sınanması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). [Ankara]: Başkent Üniversitesi; 2009.
57. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck

- Depression and Anxiety Inventories. Behaviour Research and Therapy. 1995 Mar;33(3):335–43.
58. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. Behaviour Research and Therapy. 1997 Jan;35(1):79–89.
 59. Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİNİN(DASS 21) TÜRKÇE KISA FORMUNUN GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI 1. 2017;
 60. Calderón-Asenjo RE, Jalk-Muñoz MC, Calizaya-Milla YE, Calizaya-Milla SE, Ramos-Vera C, Saintila J. Association Between Emotional Eating, Sociodemographic Characteristics, Physical Activity, Sleep Duration, and Mental and Physical Health in Young Adults. J Multidiscip Healthc. 2022 Dec;Volume 15:2845–59.
 61. Dakin C, Beaulieu K, Hopkins M, Gibbons C, Finlayson G, Stubbs RJ. Do eating behavior traits predict energy intake and body mass index? A systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews. 2023 Jan 28;24(1).
 62. French SA, Epstein LH, Jeffery RW, Blundell JE, Wardle J. Eating behavior dimensions. Associations with energy intake and body weight. A review. Appetite. 2012 Oct;59(2):541–9.
 63. Elçi Boğaz M, Kutlu R, Cihan FG. Obezite ile yeme davranışı, beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki. Cukurova Medical Journal. 2019 Sep 30;44(3):1064–73.
 64. Ayyıldız F, Ülker İ, Yıldırım H. Hedonik Açlık ve Yeme Davranışı İlişkisinin Farklı Beden Kütlelerine Yansıması. J Nutr Diet. 2021 Sep 2;49(2):9–17.
 65. Sung J, Lee K, Song YM. Relationship of eating behavior to long-term weight change and body mass index: The Healthy Twin study. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2009 Jun 18;14(2–3):e98–105.
 66. Benbaibech H, Saidi H, Bounihi A, Kocir EA. Emotional and external eating styles associated with obesity. J Eat Disord. 2023 May 2;11(1):67.
 67. Koksall E, Macit MS, Bilici S, Karabudak E. Do sociodemographic factors and anthropometric measurements affect eating behavior patterns? Nutr Food Sci. 2021 Oct 6;51(8):1224–35.
 68. Batman D, Yılmaz S. Yetişkin Bireylerde Yeme Davranışı ile Anksiyete, Uyku Kalitesi ve Akdeniz Diyetine Bağlılık Arasındaki İlişki. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023 Sep 9;(20):610–24.
 69. Ferrer-Garcia M, Pla-Sanjuanelo J, Dakanalis A, Vilalta-Abella F, Riva G, Fernandez-Aranda F, et al. Eating behavior style predicts craving and anxiety

- experienced in food-related virtual environments by patients with eating disorders and healthy controls. *Appetite*. 2017 Oct;117:284–93.
70. van Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels RCME, Winkens LHH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*. 2016 May;100:216–24.
 71. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JFJ. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*. 2009 Oct;53(2):245–8.
 72. Goldschmidt AB, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Cao L, Peterson CB, et al. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 2014 Apr 6;47(3):281–6.
 73. de Oliveira Penaforte FR, Matta NC, Japur CC. Association between stress and eating behavior in college students. *Demetra: Food, Nutrition & Health*. 2016;11(1):225+.
 74. Hou F, Xu S, Zhao Y, Lu Q, Zhang S, Zu P, et al. Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents. *Appetite*. 2013 Sep;68:63–8.
 75. Tan CC, Chow CM. Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Pers Individ Dif*. 2014 Aug;66:1–4.
 76. van Strien T, Herman CP, Anschutz DJ, Engels RCME, de Weerth C. Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*. 2012 Feb;58(1):277–84.
 77. Sze KYP, Lee EKP, Chan RHW, Kim JH. Prevalence of negative emotional eating and its associated psychosocial factors among urban Chinese undergraduates in Hong Kong: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021 Dec 24;21(1):583.
 78. Guerrini-Usubini A, Cattivelli R, Scarpa A, Musetti A, Varallo G, Franceschini C, et al. The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2023 Jan;23(1):100338.
 79. Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, et al. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients*. 2023 Feb 26;15(5):1173.
 80. Spinosa J, Christiansen P, Dickson JM, Lorenzetti V, Hardman CA. From Socioeconomic Disadvantage to Obesity: The Mediating Role of Psychological Distress and Emotional Eating. *Obesity*. 2019 Apr 28;27(4):559–64.

81. Ganasegeran K, Al-Dubai SA, Qureshi AM, Al-abad A, Aljunid SM. Social and psychological factors affecting eating habits among university students in a Malaysian medical school: a cross-sectional study. *Nutr J*. 2012 Dec 18;11(1):48.
82. Liu H, Yang Q, Luo J, Ouyang Y, Sun M, Xi Y, et al. Association between Emotional Eating, Depressive Symptoms and Laryngopharyngeal Reflux Symptoms in College Students: A Cross-Sectional Study in Hunan. *Nutrients*. 2020 May 29;12(6):1595.
83. Löffler A, Luck T, Then FS, Lupp M, Sikorski C, Kovacs P, et al. Age- and gender-specific norms for the German version of the Three-Factor Eating-Questionnaire (TFEQ). *Appetite*. 2015 Aug;91:241–7.
84. Tanofsky MB, Wilfley DE, Spurrell EB, Welch R, Brownell KD. Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 1997 Jan;21(1):49–54.
85. Karakus S, Yildirim H, Buyukozturk S. Adaptation of three factor eating questionnaire (TFEQ-R21) into Turkish culture: A validity and reliability study. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(3):229.
86. Azevedo LDS, de Souza APL, Ferreira IMS, Lima DW da C, Pessa RP. Binge eating and alcohol consumption: an integrative review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021 Apr 18;26(3):759–69.
87. López-Moreno M, Garcés-Rimón M, Miguel M, Iglesias López MT. Adherence to Mediterranean Diet, Alcohol Consumption and Emotional Eating in Spanish University Students. *Nutrients*. 2021 Sep 11;13(9):3174.
88. Escrivá-Martínez T, Galiana L, Herrero R, Rodríguez-Arias M, Baños RM. Understanding the Influence of Eating Patterns on Binge Drinking: A Mediation Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Dec 17;17(24):9451.
89. Gerend MA, Boyle RG, Peterson CB, Hatsukami DK. Eating behavior and weight control among women using smokeless tobacco, cigarettes, and normal controls. *Addictive Behaviors*. 1998 Mar;23(2):171–8.
90. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: a prospective study. *Am J Public Health*. 1994 Nov;84(11):1818–20.
91. Weekley CK, Klesges RC, Reylea G. Smoking as a weight-control strategy and its relationship to smoking status. *Addictive Behaviors*. 1992 Jan;17(3):259–71.
92. Facchini M, Rozensztejn R, González C. Smoking and weight control behaviors. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2005 Mar 29;10(1):1–7.

93. Canbolat E, Asil E. Investigation of The Effect of Smoking on Eating Behaviors and Body Mass Index in Adults: A Cross-Sectional Study. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*. 2024 Aug 30;8(2):118–26.
94. Kılı AE. Association Between Post-cessation Weight Gain and Eating Behavior Changes. *North Clin Istanbul*. 2019;
95. Sobal J, Rauschenbach B, Frongillo EA. Marital status changes and body weight changes: a US longitudinal analysis. *Soc Sci Med*. 2003 Apr;56(7):1543–55.
96. Hanson KL, Sobal J, Frongillo EA. Gender and Marital Status Clarify Associations between Food Insecurity and Body Weight. *J Nutr*. 2007 Jun;137(6):1460–5.
97. Teachman J. Body Weight, Marital Status, and Changes in Marital Status. *J Fam Issues*. 2016 Jan 11;37(1):74–96.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.12.2023-E.455734



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-60116787-020-455734
Konu : Başvurunuz Hk.

01.12.2023

Sayın Doç. Dr. Nilüfer EMRE

İlgi : 22.11.2023 tarihli dilekçeniz. 10.151.1.113
101799
4.12.2023

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Birinci Basamağa Başvuran Hastalarda Yeme Davranışı ile Vücut Kitle İndeksi ve Depresyon, Anksiyete, Stres İlişkisi**" konulu çalışmanız 28.11.2023 tarih ve 19 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, çalışma ile ilgili yapılacak değişiklikler hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Hülya ÇETİN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSEZHKLLZ8 Pin Kodu :96492
Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Telefon: 0 (258) 296 16 04 Faks: 0 (258) 296 17 65
e-Posta: tibbietik@pau.edu.tr Elektronik Ağ: http://www.pau.edu.tr
Kep Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Bilgi için: Selda ULUDAĞ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2: Anketler

Birinci Basamağa Başvuran Hastalarda Yeme Davranışı ile Vücut Kitle İndeksi ve Depresyon, Anksiyete, Stres İlişkisi

Sayın katılımcı; bu araştırma birinci basamağa başvuran hastalarda duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının hastalardaki farklı vücut kitle indeksi oranları ile depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılmaktadır. Anket anonimdir, lütfen isim yazmayınız ve tüm soruları içtenlikle cevaplamaya çalışınız. Katkınız için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Dr. İ. Cihan ÖZKAYA
Doç. Dr. Nilüfer EMRE
PAÜTF Aile Hekimliği AD

Yaş:

Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek

Medeni Durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış

En çok yaşadığınız yer: ☐ İl Merkezi ☐ İlçe ☐ Köy

Yaşadığı Ev: ☐ Apartman dairesi ☐ Müstakil ☐ Misafirhane—otel ☐ Bakım evi

Kaldığı Ev: ☐ Kendisine ait ☐ Kira

Yaşama ortamı: ☐ Tek başına ☐ Eşiyle ☐ Eşi ve çocuklarıyla ☐ Bakıcı ile ☐ Aile yanı

Eğitim Durumu: ☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul mezunu
☐ Lisans mezunu ☐ Üniversite/Lisans üstü

Sosyal Güvence: ☐ Özel Sigorta ☐ SGK/Emekli Sandığı/BAĞKUR ☐ Yok

İşi: ☐ Çalışmıyor ☐ Emekli ☐ Çalışıyor (Belirtiniz)

Gelir Düzeyi: ☐ Asgari Ücret Altı ☐ Asgari Ücret ☐ Asgari Ücretin 2 Katı ☐ Asgari Ücretin 3 Katı/üstü

Boy:..... Kilo:.....

Alkol Kullanımı: ☐ Yok ☐ Bırakmış ☐ Var

Sigara Kullanımı: ☐ Yok ☐ Bırakmış ☐ Varpaket/yıl

Kronik Hastalıklar: ☐ Yok ☐ Var.....(Belirtiniz)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz.
Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin. Teşekkürler.

Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐
Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ☐	Nadiren ☐	Bazen ☐	Sık ☐	Çok sık ☐

Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz ?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○
Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman ○	Nadiren ○	Bazen ○	Sık ○	Çok sık ○

Depresyon Anksiyete Stres-21 Ölçeği

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz.
Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin. Teşekkürler.

Ağızımda kuruluk olduğunu fark ettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Panik haline yakın olduğumu hissettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Hayatın değersiz olduğunu hissettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Alınan olduğumu hissettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐
Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	Bana uygun değil ☐	Bana biraz uygun ☐	Bana genellikle uygun ☐	Bana tamamen uygun ☐