



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALKOL BAĞIMLISI OLAN VE OLMAYAN KİŞİLERDE YEME
DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI**

HATİCE KOÇAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. N.Pınar AY

İSTANBUL–2009

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı
Tez Sahibi : Hatice KOÇAK
Tez Başlığı : Alkol Bağımlısı Olan ve Olmayan Kişilerde Yeme Davranışı Bozukluklarının Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD.
Sınav Tarihi : 28.08.2009

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

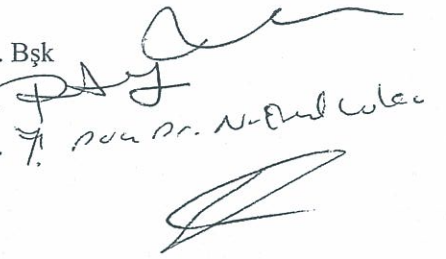
Danışman (Unvan,Adı,Soyadı) **Kurumu**
Doç. Dr. N. Pınar Ay M.Ü.T.Fakültesi Halk Sağlığı ABD.

İmza



Sınav Jüri Üyeleri
(Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Melda Karavuş M.Ü.T.Fakültesi Halk Sağlığı ABD. Bşk
Doç. Dr. N. Pınar Ay M.Ü.T.Fakültesi Halk Sağlığı ABD.
Doç. Dr. Yaşar Keskin M.Ü.T.Fakültesi Halk Sağlığı ABD.



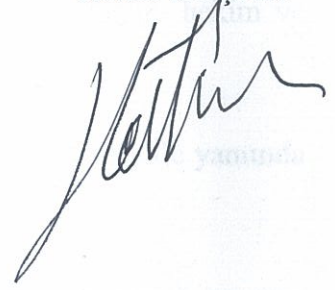
Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 03/03/2009 tarih ve 172 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

28/10/2009

Hatice KOÇAK



TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı Yüksek Lisans eğitimim süresince, iyi ve kaliteli bir eğitim almam için gerekli tüm imkan ve şartları sağlayan, Anabilim Dalı Başkanımız, sayın Prof. Dr. Melda Karavuş'a, bu tezin hazırlanmasının her aşamasında desteğini, yardımlarını ve zamanını hiçbir şekilde esirgemeyen, bilgi ve birikimiyle beni eğiten, yönlendiren ve her zaman öğrencisi olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım sayın Doç. Dr. N. Pınar Ay'a, Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, tüm anabilim dalı personeline teşekkür ederim.

Çalışma esnasında beni destekleyen ve her türlü imkândan faydalanmamı kolaylaştıran Balıklı Rum Hastanesi Yönetimi'ne, tezim için gerekli olan katılımcıların sağlanması konusunda Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne ve diğer kliniklere, hastanemizde görevli her zaman desteklerini gördüğüm hekim ve hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Çalışmam süresince tüm sıkıntılarımda soğukkanlılığı ve desteği ile yanımda olan dostum Kudret Alçıçek' e teşekkür ederim.

Sevgili babam, annem ve kardeşlerime; her zaman bana olan maddi, manevi her türlü destekleri ve sonsuz güvenleri için teşekkür ederim.

Hatice KOÇAK

İstanbul-2009

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vii
TABLolar	ix
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ-AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1 ANOREKSİYA NERVOZA (AN).....	7
4.1.1 Epidemiyoloji	10
4.1.2 Klinik Görünüm ve Bulgular.....	11
4.1.3 Tedavi.....	12
4.2 BULİMİYA NERVOZA (BN).....	13
4.2.1 Epidemiyoloji	15
4.2.2 Klinik Görünüm ve Bulgular.....	18
4.2.3 Tedavi.....	19
4.3 BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN YEME BOZUKLUĞU (BTA YB)	19
4.4 ALKOL BAĞIMLILIĞI	20
4.4.1 Alkolün Etkileri	22
4.4.2 Epidemiyoloji	23
4.5 ALKOL BAĞIMLILIĞI VE YEME BOZUKLUKLARI.....	26
4.5.1 Epidemiyoloji	28
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
5.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ VE ZAMANI	32
5.2 ARAŞTIRMANIN YERİ	32
5.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	32

5.4	VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLAR.....	33
5.5	VERİLERİN İSTATİSTİKSEL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	36
5.6	ETİK ONAY VE KURUM ONAYI.....	36
6.	BULGULAR.....	37
7.	TARTIŞMA	55
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
	KAYNAKLAR	63
	EK 1	71
	EK 2	71
	EK 3	75
	EK 4	76
	EK 5	77
	EK-6.....	78
	ÖZGEÇMİŞ	79

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AN	Anoreksiya Nervoza
AMATEM	Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
BN	Bulimiya Nervoza
BKI	Beden Kitle İndeksi
BTA YB	Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
CASA	The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (Kolombiya Üniversitesi Ulusal Bağımlılık Ve Madde Kötüye Kullanım Merkezi)
Cm	Santimetre
DiE	Devlet İstatistik Enstitüsü
Doç	Doçent
Dr	Doktor
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Zihinsel Hastalıkların Tanısı ve Sınıflaması)
Dyt	Diyetisyen
ESPAD	European School Survey and Project on Alcohol and Other Drugs (Avrupa Alkol ve Madde Okul Projesi)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması)
Kg	Kilogram
m²	Metrekare
M.Ö	Milattan Önce
M.Ü	Marmara Üniversitesi

ml	Mililitre
mg	Miligram
n	Çalışmaya katılan kişi sayısı
Prof	Profesör
SD	Standart deviation (Standart Sapma)
SPSS	Statistical Pockage for the Social Sciences (Sosyal Bilimleri İçin İstatistik Paketi)
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
YTT	Yeme Tutum Testi
Yy	Yüz Yıl

TABLÖLAR

Tablo 4.4.2.1.	ESPAD çalışmasına göre ülkelerin en az bir kez alkol tüketimi	26
Tablo 4.5.2.	Dürtü (impuls) kontrol bozuklukları	26
Tablo 5.4.1.	Alkol kötüye kullanım miktarları.....	34
Tablo 5.4.2.	Yeme tutum testi-26' nın ilk yirmibeş soru için puanlaması	35
Tablo 5.4.3.	Yeme tutum testi-26' nın yirmialtıncı soru için puanlaması.....	35
Tablo 6.1.	Olgu ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı..	37
Tablo 6.2.	Olgu ve kontrol grubunun boy, kilo ve beden kitle indeksi ile ilgili özelliklerinin dağılımı	38
Tablo 6.3.	Olgu ve kontrol grubunun beden kitle indeksi (BKI) ile ilgili özelliklerinin dağılımı	39
Tablo 6. 4.	Olgu ve kontrol grubunun alkol kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı	40
Tablo 6.5.	Olgu ve kontrol grubunun sigara kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı	41
Tablo 6. 6.	Olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması	41
Tablo 6.7.	Olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	41
Tablo 6.8.	Cinsiyete göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması	42
Tablo 6.9.	Cinsiyete göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	42
Tablo 6.10.	Yaş gruplarına göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması.....	43
Tablo 6. 11.	Yaş gruplarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	44
Tablo 6. 12.	Eğitim durumuna göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması.....	45
Tablo 6. 13.	Eğitim durumlarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	46

Tablo 6. 14.	Medeni durumuna göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması.....	47
Tablo 6. 15.	Medeni durumlarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	48
Tablo 6. 16.	Çalışma durumuna göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması.....	49
Tablo 6. 17.	Çalışma durumlarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	49
Tablo 6. 18.	Beden kitle indeksine (BKI) göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması.....	50
Tablo 6. 19.	Beden kitle indeksine (BKI) göre olgu ve kontrol grubunda yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması	51
Tablo 6. 20.	Olgu grubunda alkol kullanma özellikleri ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin dağılımı	52
Tablo 6. 21.	Olgu grubunda alkol kullanma özelliklerine göre yeme tutum ölçeğinden alınan puanların dağılımı	53

1. ÖZET

Yeme bozuklukları ile alkol bağımlılığı arasındaki ilişki yıllardır merak konusu olmuş, araştırılmıştır. Araştırmamız; alkol bağımlısı olan ve olmayan kişilerde yeme davranış bozukluklarını saptamak amacıyla planlanan olgu kontrol çalışmasıdır. Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri kliniklerinde alkol bağımlılığı tanısı konup, bağımlılık tedavisi amacıyla hastaneye yatırılan 113 kişi olgu grubunu oluşturmuştur. Alkol kötüye kullanımı, bağımlılığı olmayan yaş, cinsiyet olarak benzer özellikteki 113 kişi kontrol grubunu oluşturmuştur. Katılımcılara sosyo demografik özellikleri, alkol kullanım özelliklerini tespit amacıyla anket, beslenme düzeylerini saptamak amacıyla da yeme tutum testi-26 (YTT-26) uygulanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare, Fisher testleri, ölçümsel verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, t-testi veya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Olgu grubunda yeme bozukluğu %38.1, kontrol grubunda % 8 olarak bulunmuştur ($p<0,01$). Olgu grubunda kadınların %44.4'ünde, erkeklerin %38.8' inde yeme bozukluğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki oranlar kadınlarda %11.1, erkeklerde %7.4' tür. Erkeklerde alkol bağımlılığı ve yeme bozukluğu arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,01$). İlköğretim ve lise mezunlarında, 19-29 ve 50-59 yaş gruplarında saptanan yeme bozukluğu oranı, olgu grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Sigara kullanımı açısından gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur (olgu %92, kontrol %61.6). Sonuç olarak alkol bağımlılığı; yeme bozuklukları ile yakından ilgilidir. Bağımlılık tedavisi alan kişilerin yeme bozukluğunun varlığı açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alkol bağımlılığı, bağımlılık tedavisi. yeme bozuklukları, yeme tutum testi (YTT-26), sigara

2. SUMMARY

Eating Disorders among People with and without Alcohol Dependence

The association between eating disorders and alcohol dependence has been investigated for years. The objective of this case control study is to determine the rate of eating disorders among people with and without alcohol dependence. The study included 113 cases with alcohol dependence who were diagnosed and hospitalized at the psychiatry clinics in Balıklı Rum Hospital. For the control group 113 individuals who were similar to cases in terms of age and sex but had neither alcohol dependence nor alcohol abuse were recruited. A questionnaire was used in order to determine the socio-demographic characteristics and the patterns of alcohol use. Eating disorders were determined through the Eating Attitudes Test (EAT-26). To compare the categorical variables chi-square and Fisher tests were used. To compare the continuous variables Kruskal Wallis, t test and Mann-Whitney U tests were used. The rate of eating disorders was 38.1% among the cases and 8% among the controls ($p<0.01$). Eating disorders were determined in 44.4% of females and 38.8% of males among the cases. In the control group, the rate of eating disorders was 11.1% among the females and 7.4% among the males. Among men, alcohol dependence was significantly associated with eating disorders ($p<0.01$).). The rate of eating disorders determined among the primary and high school graduates, 19-29 and 50-59 age groups were significantly higher in the case compared to the control group. There was a significant difference in terms of smoking among the groups (92% among the cases and 61.6% among the controls). In conclusion, alcohol dependence is closely associated with eating disorders. Eating disorders should be evaluated among individuals who are treated for alcohol dependence.

Key words: Alcohol dependence, dependence treatment, eating disorders, eating attitudes test (EAT-26), smoking.

2. GİRİŞ-AMAC

Uzun yıllardır var olan yeme bozuklukları ile ilgili çeşitli vakalar yayınlanmış ve yeme bozukluklarının oluşumuna yönelik farklı varsayımlar ortaya atılmıştır (1-3). Yeme bozukluğu, ilk kez literatüre 1873–1874 yıllarında girmiştir. Bu tarihten öncesinde de yeme bozukluğu olduğu düşünülen vakalar mevcuttur (1-4).

Hipofiz bezindeki anomaliler, dini inançlar ve histerinin neden olabileceği düşünülen yeme bozukluklarının; psikoanalitik açıklamaları ise 1930’larda yapılmaya başlanmıştır (1,5).

Günümüze doğru yaklaştıkça yeme bozuklukları; DSM III-R kriterlerine göre “bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar” başlığı altında yer alırken, DSM-IV kriterlerinde bu grup içinden çıkartılmış ve “yeme bozuklukları” başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele almışlardır (6).

Yeme bozuklukları, son 50 yılda batı toplumunda kültürel değişime paralel olarak artış göstermiştir. Bu durum konuya olan ilgiyi artırmış ve daha fazla araştırılmasını sağlamıştır (5).

Günümüzde toplumlarda önemli bir sağlık sorunu olan alkol bağımlılığı için yapılan çalışmalar da; bireylerin %90’ının yaşamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu bildirilmektedir (7).

İlk çağlardan beri meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermantasyonu sonucu alkol elde edilmiştir. Tufandan sonra Nuh, üzüm bağı yetiştirerek sarhoş olup ve oğlu Ham ile arasında sorun çıkarması alkole bağlı bilinen ilk sorun olarak tanımlanmıştır (8).

İnsan beyninin fonksiyonlarını baskılayıcı özelliklere sahip, zehirli etkili, kullanımı oldukça yaygın olan alkolün aşırı kullanılmasını Dr. Benjamin Rush 1790 yılında hastalık olarak tanımlamış, tedavisini de alkolden tamamen uzak durmak olarak belirlemiştir (9).

Alkol bağımlılığı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenidir. Alkolizm ya da Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin önerdiği adı ile “Alkol Bağımlılığı” içenin; beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede fazla ve tekrarlayıcı biçimde alkollü içki içme, alkol alma isteğini ve olayını kontrol edememe ve durduramama ile belirli bir bozukluk olarak tanımlamaktadır (9).

Alkol bağımlılığı dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Amerika'da erkeklerin %10'unun, kadınların %3'ünün alkol bağımlısı olduğu, 18 yaş üzeri nüfusta ise yaklaşık 9.3–10 milyon bireyin alkol bağımlısı olduğu, hastane yatışlarının üçte birinin nedeninin alkol olduğu, alkole bağlı trafik kazalarının majör sorun olmayı sürdürdüğü, alkolün ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (10, 11).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'na göre son 12 ay içinde alkol bağımlılığı tanısı alma oranı %0.8 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %1.7, kadınlarda ise %0.1'dir. Alkol bağımlılığı tanısı alanların yaş ortalaması 41.1 olarak bulunmuştur. Alkol bağımlılığı batı bölgesinde daha yaygın olarak saptanmıştır. Tüm alkol bağımlılarının %57.4'ü illerde , %24.6'ü köylerde yaşamaktadır (12).

Alkol bağımlılığı ve yeme bozukları uzun yıllardır, insan sağlığını tehlikeye atan ve ekonomik kayıplara neden olan hastalıklardır. Bu iki hastalığın nedenleri, seyri, tedavisi, birbiriyle ve diğer rahatsızlıklarla olan ilişkileri araştırılmakta çözüm önerileri bulunmaya çalışılmaktadır (9,13).

Yapılan çalışmalarda, yeme bozuklukları ile alkol ve madde kullanımı arasındaki paralelliklerden ve eş zamanlılıktan söz edilmektedir (14).

Bunun nedenleri arasında ise; yeme bozukluğu ile alkol bağımlılığı oluşumu ve gelişiminin temelde bir bağımlılık sorunu olduğu, diyet yapmak ve alkol kullanma davranışlarının gerilim azaltıcı etkisi olduğu ileri sürülmektedir (15). Ülkemizde alkol bağımlılığı ve yeme bozukluklarının birlikteliği ile ilgili çalışma sayısı çok azdır. Maner ve arkadaşlarının 2002 yılında İstanbul'da alkol veya madde bağımlılığı öyküsü bulunan ve bağımlılık öyküsü bulunmayan kadınlar üzerinde yaptıkları olgu kontrol çalışmasında; olgu grubunda yeme bozukluğu görülme sıklığı %16.1 iken

kontrol grubunda bu oran %2.4 olarak bulunmuştur (16).

Alkol bağımlısı olan bulimik kadınlarda, alkol bağımlılığı olmayan bulimik kadınlara oranla intihar girişimleri, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları diğer madde bağımlılığı daha yüksektir (17).

Araştırmamızda amaç; Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde psikiyatrist doktorlar tarafından Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV (DSM-IV) tanı ölçütleri dikkate alınarak alkol bağımlılığı teşhisi konan ve bağımlılık tedavisi alan kişiler ile yaş ve cinsiyet olarak benzer özellikteki alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık hikâyesi olmayan kontrollerde yeme davranış bozukluklarının varlığını değerlendirmektir.

Özel amaçlar:

- a) Alkol bağımlılığı ve yeme davranış bozuklukları arasında ilişkiyi ortaya koymak
- b) Yaş grupları, cinsiyete, eğitim ve medeni duruma göre alkol bağımlılığı ve yeme davranış bozuklukları arasında ilişkiyi ortaya koymak
- c) Alkol kullanım özelliklerinin(kullanım süresi, sıklığı, tüketim miktarı) yeme davranışı bozukluklarına etkisini saptamaktır.

3. GENEL BİLGİLER

Yeme bozuklukları; kişinin yemek, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünce ve yemek yeme davranışlarında bozuklukla kendini gösteren bedensel ve psikososyal boyutu olan bir durum olarak tanımlanmaktadır (18).

Başka bir tanımda ise; yeme bozuklukları; normalden farklı ve fazla olarak kabul edilen (anormal) duygu, tutum ve davranışların vücut ağırlığına ve besin tüketim durumuna eşlik ettiği karmaşık rahatsızlıkları ifade etmektedir (13).

Yeme bozuklukları, insanların içinde bulundukları gelişim problemlerini, ihmal edilmişliklerini, ebeveyn ilişkilerindeki patolojilerini yansıtırken aynı zamanda günlük yaşamın ortaya çıkardığı karmaşaların, sıkıntıların etkisiyle meydana gelir. Yeme bozuklukları; insanların içinde bulundukları sosyal yapının kültürel ve dini değerlerinden, toplumun gıdalara verdiği değerlerin değişik olmasından dolayı bir davranış biçimi halinde devam etmektedir (5).

Yeme bozukluğu olan bireylerde ciddi duygusal ve fiziksel problemler bulunmakta ve yeme bozuklukları kadınlar ağırlıkta olmak üzere her iki cinsiyette de görülmektedir. Yeme bozuklukları yüksek sosyo kültürel gruplarda görülen bir hastalık olarak algılanmasına karşın yapılan araştırmalar tüm sosyal sınıflarda bu rahatsızlıkların görüldüğüne işaret etmektedir. 1980'lerden itibaren yeme bozukluklarının insidansında belirgin bir artış gözlenmeye başlanmıştır (13,19,20).

Tunaboşlu-İkiz, yemek yemenin yaşamak için gerekli içsel bir güç olduğunu belirtmekte ve yeme bozukluklarının tanımında, kişi için yiyeceğin ya çok hissedilir olduğu (bulimiya) ya da tamamen dünyanın dışında tutulduğundan (anoreksiya) söz etmektedir (21).

Yeme bozukluklarının temel özelliği; kişinin kendisini şişman olarak algılaması, ağırlık kazanmaktan, şişman olmaktan korkması ve zayıflamaya yönelik katı bir istek duyması, baş edilemeyen duygusal karmaşalara aşırı yemenin eşlik etmesi ile bağlantılı bedensel rahatsızlığının olmasıdır (13).

Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza, DSM III-R kriterlerine göre “bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar” başlığı altında yer alırken, DSM-IV kriterlerinde bu grup içinden çıkartılmış ve “yeme bozuklukları” başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmışlardır (6).

Yeme bozuklukları;

- a) anoreksiya nervoza (AN)
- b) bulimiya nervoza (BN)
- c) başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA YB) olarak sınıflandırılır.

3.1 Anoreksiya Nervoza (AN)

AN, beden algısında bozulma ve zayıflamak için amansız bir çaba gösterme ile karakterize; zihinsel ve fiziksel zorlama ile seyreden, mutlaka aşırı zayıflamanın olduğu ve genellikle fiziksel aktivitede artışın eşlik ettiği karmaşık bir hastalıktır. Anoreksiya kelimesinin anlamı iştahsızlık olmasına karşın hastalığın başlangıç dönemi hariç ilerleyen dönemlerde iştahsızlık hemen hemen hiç görülmez (22).

Başka bir tanımda ise AN sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlayan, beden algısı bozukluğu ile ilişkili, kişinin fiziksel bütünlüğünü tehdit edecek şekilde yememesi ve kilo vermeye çalışması ile karakterize yeme bozukluğudur (23,24).

AN için farklı bir tanım ise, vücut ağırlığını korumaya veya yaş ve boya göre olması gereken en az ağırlığa ulaşmayı kabul etmeyen yani olması gereken vücut ağırlığının %85’inden azına sahip olan, düşük ağırlığına rağmen ağırlık kazanmaktan korkan, vücut ağırlığı ve şeklindeki deneyimler nedeniyle kişinin kendini olduğundan farklı değerlendirmesi ve mevcut durumun ciddiyetini reddetmesi olarak tanımlanmıştır (13).

AN 1873’de Lasegue, 1874’de Gull tarafından birbirinden bağımsız iki ayrı bildiri ile tanımlanarak literatürde girmiştir. Ancak bu tarihten önce de benzer özellikler taşıyan vakalar yayınlanmıştır (1,4).

1909 yılında Andre Thoma AN’yı bir sendrom olarak tanımlamıştır (1).

Günümüzde temel ölçüt sayılan “ beden imgesi bozukluğu” ancak 1960’larda Bruch tarafından vurgulanmaya başlanmıştır. 1970 ‘de Russell AN için üç ana ölçüt bildirmiştir:

1-Belirgin kilo kaybı yaratmayı amaçlayan davranış şekilleri

2-Şişmanlama konusunda korku ile karakterize olan psikopatoloji

3-Endokrin bozukluğun varlığı (kadında amonere, erkekte cinsel ilgi ve güç kaybı) (25).

DSM-II’de yeme bozuklukları yalnızca beslenme bozukluğu olarak ele alınmıştır. AN’nın ayrı bir hastalık olarak tanımlanması ve yeme bozukluklarının ayrı ayrı sınıflandırılması 1980 yılında DSM-III ile gerçekleşmiştir. DSM-III tanı ölçütleri Feigner’in AN için önerdiği tanı ölçütleri ile oluşturulmuştur. 1987 yılında DSM-III-R’de yeme bozuklukları ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir. Başlangıçtaki beden ağırlığının % 15’inin kaybı tanı için yeterli görülmüştür, primer ve sekonder amenore tanımlanarak, tanı ölçütü olarak kabul edilmiştir

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin daha önceki sınıflamalarında çocukluk ve adolesan döneminde ortaya çıkan bozukluklar ana başlığı altında yer alan “Yeme Bozuklukları”, DSM-IV’de artık bağımsız ayrı bir ana başlık olarak yerini almıştır.

DSM-IV’de kilo kaybı ile ilgili olan ölçüt “beklenenin % 85’inin altında bir beden ağırlığına sahip olmaya yol açan kilo kaybı” olarak değiştirilmiştir (6,26-30).

DSM-IV-TR ‘ye göre AN için tanı ölçütleri şunlardır

1) Yaş ve boya göre olması gereken en az kiloda olma ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı reddetme (beklenenin % 85’inin altında vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan kilo kaybı).

2) Olması gerekenin altında vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.

3) Vücut ağırlığı ya da biçimini algılamada bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması, ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkâr etme.

4. Menarş sonrası amenore, yani en az üç ardışık menstrüel siklusun olmaması (hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa, o kadının amenoresi olduğu düşünülür).

AN tipleri şunlardır:

1. Kısıtlı Tip: Kişinin gıda alımının kısıtlaması olarak görülür. Çıkarma durumu yoktur.

2. Tıkanırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Kişi tıkanırcasına hızlı bir şekilde gıdayı tüketir ve kendi yöntemleriyle (laksatif, kusma, diüretik vb.) çıkartır (30).

ICD-10'a göre kesin tanı için aşağıdaki ölçütleri şunlardır:

1. Beden ağırlığının beklenenin en az %15 daha altında olması (kilo kaybı vardır veya beklenen kiloya hiç ulaşılmamıştır) ya da beden kitlesi indeksinin (Kg/m^2 cinsinden boy) 17.5 veya bunun altında olması. Hasta ergenlik öncesi dönemde ise büyüme döneminde beklenen miktarda kilo almaması.

2. Kilo kaybının; şişmanlatan yiyeceklerden kaçınma veya aşağıdaki yollarla ve kişinin kendi isteği ile oluşması;

a. kendi kendini kusturma,

b. müshil ilaçları kullanma,

c. aşırı hareket,

d. iştah baskılayan ve diüretik ilaçlar kullanma.

3. Özgül psikopatoloji beden imgesi bozukluğudur. Şişmanlama korkusu aşırı değer verilen ve zihinden uzaklaştırılamayan bir düşünce olarak bulunur. Hasta kendisi için düşük bir beden aşırlığı eşiği saptamıştır.

4. Hipotalamo-pituiter-gonadal eksenine alan yaygın bir endokrin bozukluk vardır. Bu kadınlarda amenore, erkeklerde cinsel ilgi ve güç kaybı şeklinde belirti verir. Ayrıca büyüme hormonu ve kortizol düzeylerinde yükselmeler, tiroid hormonunun periferdeki metabolizmasında değişiklikler ve insülin salgısında anormallikler görülebilir.

Hastalığın başlangıcı ergenlikten önce ise, ergenlik dönemine ait gelişme gecikebilir, hatta durabilir, büyüme durur, kızlarda meme gelişimi olmaz, birincil amenore olur, erkeklerde cinsel organlar çocuk tipinde kalır. AN düzelirse, ergenlik gelişimi sıklıkla normal şekilde tamamlanır, fakat menarş gecikir (31).

3.1.1 Epidemiyoloji

AN asıl olarak bir ergenlik dönemi hastalığıdır. Hastalık genel olarak 12-25 yaş arası genç kadınları etkilemektedir. Hastalığın başlangıç yaşı 13- 14 ve 17-18 yaşlar olarak bildirilmektedir (32,33).

AN, düşük bir oranda olmakla birlikte erkeklerde de görülmektedir. Tüm anoreksiya vakalarının %5-10'unu erkekler oluşturmakta ve erkek popülasyonu için insidansının 100 binde 0,5'den daha az olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde yeme bozukluğu gelişme riskini artıran faktörler arasında alkolizm, hastalık öyküsünde obez olma, fiziksel kötüye kullanım veya kendisine sataşılma (kızdırma, kışkırtma, teşvik) bulunmaktadır (33-35).

Finlandiya'da 1975-79 yılları arasında doğan ikiz erkeklerle yapılan çalışmada yaşam boyu AN prevalansı %0.24; AN'nın pik yaptığı 10-24,9 yaş için insidansının ise 15,7/100.000 olduğu bulunmuştur (36).

Yeme bozukluklarının genel popülasyondaki insidansını bildirir bir çalışma bulunmamaktadır. Esas olarak insidans hızları tedavi kurumlarına başvuranlardan elde edilen kayıtlara, daha az olarak da belirli bir popülasyonda uygulanan anket sonuçlarına dayanmaktadır (34).

Anoreksiya nervozada prevalans hızları incelendiğinde, farklı araştırmalar da %0-0.9 olarak bulunmuştur. Genç kadınlar için ortalama prevalans ise %0.3 olarak

bulunmuştur (34).

En geniş AN sıklığı taramasını Lucas ve arkadaşları ABD’ de ki Rochester toplumunda yapmışlardır. 1935–1989 yılları arasında, aile hekimlerinin, pratisyen hekimlerin ve sağlık hizmeti veren kurumların tıbbi kayıtlarını içeren kapsamlı bir vaka bulma yöntemi kullanmışlardır. Daha önceden tanı konulmamış vakaların, saptanmasını kolaylaştıracak tanısal terimlerin kullanılmış olduğu kayıtları taramışlardır. Düşük ve yüksek olasılık içeren vakaları da araştırmaya dâhil etmişlerdir. Anoreksiya sıklığı 8,3/100.000 olarak bulunmuştur (37).

Yüksek risk grubunu oluşturan ergen kızlar ve genç kadınlarda, prevalansın %0.3 olarak bildirilmesine karşın genel popülasyon için prevalansın % 1’e (%0.9) yaklaştığı tahmin edilmektedir (32).

1990’da Türkiye’de 14–19 yaş arasında bulunan 1978 lise öğrencisi (kadın-erkek) ile anket kullanılarak çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucu anoreksik ve bulimik özellikler taşıdığı belirlenen 236 öğrencinin 186’sı ile bireysel görüşme yapılmış, görüşme sonucunda ise 4 AN (% 0.20), 8 subklinik AN (% 0.40) olgusu saptanmıştır (38).

Anoreksiya, daha çok beyaz, üst ve orta sosyoekonomik tabakada bulunan genç kadınlarda alt tabakaya oranla daha sık görülmektedir. Düşük beden ağırlığının olması gerekliliği olan mesleklerde çalışan genç kadınlarda (fotomodel, manken, şarkıcı... vb.)ve fonksiyon rahatlığı maksadıyla düşük beden ağırlığına ihtiyaç duyan kadınlarda (dansöz, atlet, sporcu... vb.) daha sık görülmektedir (39).

3.1.2 Klinik Görünüm ve Bulgular

Aşırı zayıflık en dikkat çeken özelliktir. Yaş grubu ve boya göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına rağmen kilo almaya karşı direnç gösterirler Şiddetli kilo alma korkuları; kiloyu koruma ve hatta daha da azaltma, kendileri için belirledikleri kilo hedefine ulaşma ve tekrar kilo almayı engelleme planlarına yönelik tutumlara yol açar. Besin kısıtlanması, ağır fiziksel aktivite yapma, laksatif, diüretik, iştah azaltıcı maddeler kullanma ve uyardıkları ya da kendiliğinden oluşan kusmalar ile

beden ağırlıklarını kontrol edici yöntemlere başvururlar.

Düşük kalorili, enerjisi azaltılmış yiyeceklere yönelme, küçük parçalar halinde yavaş yavaş yeme, yediklerinin kalorisini hesaplama, başkalarıyla birlikteyken yemek yemeden kaçınma, başkaları için yiyecek satın alıp ve özel yemek yaparken kendilerinin bu hazırladıkları besinlerden uzak kalması, yiyeceklerinden saklayarak kurtulma gibi gıda ile ilgili aşırı uğraşlar içindedirler. Hastalarda aşırı hareketlilik ve aktivite durumu bulunmaktadır. Aşırı hareketlilik irade ötesinde görülmekte ve yatalak hale gelene kadar sürmektedir (40,41).

AN'nın ömür boyu devam eden psikolojik ve tıbbi sonuçları vardır. Yeme bozukluğunu depresyon, anksiyete, sosyal geri çekilme, yorgunluk ve devam eden tıbbi sorunlar takip eder. Hastaların %8 ve %62 arası hastalık süresi boyunca(genellikle ilk beş yıl içerisinde) bulimik semptomlar geliştirir (42).

Amenore; hastalığın erken evrelerinde, belirgin kilo kaybından önce de görülebileceği gibi, beslenme düzene girdikten sonra bir süre daha devam edebilir. Genellikle ilk tıbbi başvurular, amenore ya da diğer medikal sorunlar sebebiyledir. Amenore, yetersiz beslenme sonucu olabileceği gibi cinselliği inkârın bir ifadesi de olabilir (41,43).

Kötü beslenme, birden fazla sisteme ait bozukluğun ortaya çıkmasına yol açar. Aşırı kilo kaybının yol açtığı endokrinolojik, kardiyovasküler, gastrointestinal, hematolojik ve renal sorunlar ortaya çıkabilir. Kardiyak komplikasyonlar AN'daki ani ölümlerle bağlantılıdır ve sıvı elektrolit dengesizliği de bunu tetikler (özellikle hipopotosemi) (44,45).

3.1.3 Tedavi

AN tedavisi uzun ve zahmetli bir süreçtir. Hastalığın yaşamı tehdit edici özelliklerini dikkate alınarak, ağırlaşabilen ve komplike olabilen ciddi bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirmesi tedavide temel ilkedir. Anoreksiya tedavisi, hastaya göre uygulanmalı ve işlevlerin bozulduğu alanlara göre şekillendirilmelidir (46,47).

Tedavide amaçlanan; genel durumun düzeltilmesi, besinlere karşı olan düşüncelerin değiştirilmesi, kilo kazanımı ve bunun korunması, yeme davranışının düzeltilmesine yönelik değişik tekniklerin uygulanması ve bir yandan da psikoterapi uygulamalarının başlatılmasıdır (2,41,46).

3.2 Bulimiya Nervoza (BN)

BN; benzer zaman ve şartlar altındaki periyotlarda birçok insanın tüketemeyeceği miktarda besini tüketme, bu periyotlarda kendini durduramama hissi, tüketilen besinleri çıkarma davranışları (kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımı, aşırı egzersiz, kendini aç bırakma), tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarının 3 ay süresinde haftada en az iki kez olması, kişisel olarak vücut ağırlığı ve şeklinden gereksiz etkilenme, tüm bu davranışların AN durumuyla ilgili olmaması durumuyla karakterizdir (13).

Başka bir tanımda ise nöbet olarak gelen aşırı yemek yeme, kilo alma ve bir yandan da kiloyu durdurma çabaları ile belirli bir bozukluktur. Bu nöbetler esnasında hastada, tüm çabalarına, korkularına rağmen yemek yemeği durduramadığı görülür (48).

BN için iki farklı tip tanımlanmıştır. Birinci tipte düzenli olarak kendini kusturması, laksatif, diüretik ve lavman kullanımı görülürken, ikinci tipte sadece aşırı egzersiz ve kendini aç bırakması söz konusudur (13).

BN'nın psikiyatrik yönünün ön plana çıkması ancak 19.yy sonlarında Lasegue ile gerçekleşmiştir. BN tanımı ilk kez 1979'da Russell tarafından kullanmış ve ayrı bir durum olarak tanımlamıştır (49,50).

Russell'e göre BN ölçütleri:

1. Güçlü ve karşı konulmaz bir aşırı yeme arzusu
2. Kusarak ya da müshil kullanarak gıdaların kilo aldırıcı etkisinden korunmak
3. Şişmanlamaya ilişkin korku (49)

1980’de DSM-III’e “ Bulimi” olarak girmiş, DSM-III-R ile de “ bulimiya nervoza “ olarak belirlenmiştir. DSM-III ve DSM-III-R’de “Çocukluk ve Adölesan Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar” ana başlığı altındaki “Yeme Bozuklukları” alt başlığında yer alan BN, DSM-IV’de artık ayrı bir ana başlık oluşturan “Yeme Bozuklukları” içinde yer almıştır. DSM-IV’de, DSM-III-R’ de uygulanan “yeme kontrolünün kalktığına ilişkin duyum” ölçüt olarak yer almayı sürdürmüştür. DSM-IV’de BN; çıkartma olan (kusma, laksatif, diüretik veya lavman kullanarak çıkartma)ve çıkartma olmayan tip olarak iki alt tip ayrılmıştır (6,28,29).

ICD-10’un BN tanısı için önerdiği ölçütler DSM-IV ile uyumludur. BN tanı ölçütleri arasında yer alan “üç ay süre ile ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkan tıkanırcasına yeme davranışı” ölçütü tanıda sınırlılık yaratmaktadır. ICD-10’da bu sınırlılık” üç ay süre ile ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkan tıkanırcasına yeme davranışı” ölçütü kaldırıldığı için ortadan kalkmıştır (26,30,31).

ICD-10’a göre (1993) BN için aşağıdaki tanı ölçütlerinin tümü bulunmalıdır.

1. Yeme ile inatçı aşırı uğraşma (sürekli besinlerle ilgili düşünce içinde olması, yemek yeme besin tüketim isteğinin varlığına karşılık bunu engellemek için çaba harcanması, tüketilen besinin vücuttan atılmasında farklı yolların ısrarla denenmesi ve bu davranışın sürdürülmesi) ve karşı konulamayan bir yeme isteği vardır. Hasta kısa sürede büyük miktarlarda tıkinarak yeme nöbetlerini durduramaz.

2. Hasta aşağıdaki yollardan bir ya da daha fazlası ile yiyeceklerin şişmanlatıcı etkisini ortadan kaldırmaya çalışır.

Kusma, müshil ilaçları kullanma, değişen sürelerde aç kalma, iştah baskılayan ilaçlar, diüretikler ya da tiroid preparatları kullanma. Diyabetik hastalar bulimik olduklarında insülin tedavilerini ihmal edebilirler.

3. Çok şiddetli bir şişmanlama korkusu vardır. Hasta kendisi için, tıbben en uygun ya da sağlıklı olandan çok daha düşük ve kesin olarak belirlenmiş bir beden ağırlığı eşiği saptamıştır. Öyküde her zaman olmamakla birlikte sıklıkla bir AN dönemi vardır, iki dönem arasındaki süre birkaç aydan yıllara kadar değişebilir. Başlangıçtaki bu dönemde AN’nın tüm belirtileri bulunabileceği gibi orta derecede kilo kaybı veya geçici amenore ile giden hafif gizli bir form bulunabilir (31).

DSM-IV -TR tanı ölçütlerine göre BN

1- Tekrarlayan tıkanırcasına yeme nöbetlerinin olması; şu şekilde belirlidir;

a-Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. Herhangi bir 2-3 saat içinde) yeme.

b- Nöbet sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini, ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

2- Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin zorladığı kusma, laksatif, diüretik ya da diğer ilaçların yanlış veya gereksiz kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunma.

3- Tıkanırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisinin de üç ay süreyle ortalama en az haftada iki kez ortaya çıkması.

4- Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenme.

5- Bu bozukluğun sadece AN sırasında ortaya çıkmaması.

Tipleri:

a- Çıkarma olan tip: Kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatif, diüretik kullanmıştır.

b- Çıkarma olmayan tip: Hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatif, diüretik kullanmamıştır (30).

3.2.1 Epidemiyoloji

BN; AN'ya göre daha geç yaşlarda, sıklıkla da geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlar (13,33,41,51).

1979'da tanımlanarak ayrı bir bozukluk olarak ele alınan BN'nın insidansının değerlendirilmesi güçtür. BN'nın genç kadınlar arasında %1 prevalansı olduğu kabul edilebilir.

Kazablanka'da lise öğrencileri arasında yapılan araştırmada, 6 okuldan 1887 öğrenci ile Fransız okulundan 157 öğrenci ile çalışılmıştır. BN, Fransız okulunda %1.9 (kadınlarda %3.4 erkeklerde görülmemiş) olarak bulunurken; diğer 6 okulda ise %0.8 olarak bulunmuştur. (kadınlarda %1.2 erkeklerde ise %0.1). Aradaki farkın kültürel olduğu düşünülmektedir. BN'lı kişilerin %33.3'ü laksatif, %22.2'si kusma, %16.6'sı ise iştah kapatıcı olarak kilo kontrolleri sağlamaktadır (52).

Yapılan başka bir araştırmada; Hollanda nüfusunun %1'ini temsilen 151.781 kişinin 58 pratisyen hekim tarafından 1985–1989 yılları arası kayıtları incelenmiş ve BN sıklığı 11,5/100.000 olarak bulunmuştur. BN kırsal alanda 6,6/100.000 küçük yerleşim birimlerinde 19,9/100.000 büyük şehirlerde ise 37,9/100.000 olarak bulunmuştur (53).

Kanada'da Ontorio genelinde 8126 kişi ile yapılan görüşmede ise BN yaşam boyu prevalansı erkeklerde %0.1 kadınlarda ise %1.1 olarak bulunmuştur (54).

İspanya'nın Reus şehrinde 2008 yılında yapılan çalışmada; 12–21 yaşları arasında 551 genç kıza YTT, vücut değerlendirme testi ve genel özellikler için anket uygulanmıştır. Anket uygulanan kızların yaş ortalaması 17,6±2,5 dir. Kişilerin %0.9'unda AN, %5.3'ünde BN, %5.3'ünde ise başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları bulunmuştur (55).

Trinidad ve Barbados Adaları'nda yeme davranışlarını saptamak için 362 kız öğrenciye Bulimiya Investigatory Test ve anket uygulanmış %0.8 kişide bulimiya tespit edilirken kız öğrencilerin %67.7' si şişmanlamaktan korktuğunu belirtmiştir (56).

Aslında bulimiyanın, anoreksiya göre daha düşük olan saptanabilirliği nedeniyle gerçek insidansı için veriler düşük kalabilir. Veriler anoreksiklerin 1/3'ünün, bulimiklerinse %6'sını sağlık hizmeti aldıklarını göstermektedir. Sonuç olarak ortalama prevalans BN için yüz binde 1000, toplum genelindeki genç kadınlarda 1 yıllık prevalans yüz binde 1500, yıllık insidans yüz binde 12'dir (34).

BN'nın ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki erkeklerin % 0.2'sini etkilediği ve erkeklerde yıllık insidansının yüz binde 0.8 olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde BN'nın kadınlardan daha genç yaşlarda başladığı saptanmıştır. Hastalık başlangıcından önceki hikâyesinde obezite, homoseksüellik, aseksüellik oranlarının yükseldiği bulunmuştur. Bununla birlikte bulimik erkeklerin kilo kontrolüyle ilgili davranışlarda kadınlardan daha az katı oldukları da saptanmıştır (33).

Güney Avustralya' da, 1995 yılında 3001 ve 2005 yılında 3004 kişi ile yapılan kohort çalışmasında tıknırcasına yiyeceklerin insidansı 1995'te %3.1 iken 2005'te %7.2 bulunmuştur. Yedikten sonra çıkarma ise (kusma, lavman vb kullanarak) sırasıyla %0.7 den %1.5' e yükselmiştir. Bu artışın sebebinin başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu olan kişilerin bu gruplara geçmesi olarak belirtilmiştir (57).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda ise Yeşilbursa'nın 14-19 yaş arası 1978 lise öğrencisinde yaptığı çalışmada BN kızlarda %4.3, erkeklerde %0.6 oranında bulunmuştur (38).

İstanbul Üniversitesi'nin çeşitli bölümlerine kayıt yaptıran 416 öğrenci ile yapılan başka bir çalışmada, öğrencilerin %9.9'u zayıftır.(BKI<18) Zayıf grubun %73.1'i kız, %26.8'i ise erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Bu grupta kendini kusmaya zorlama, diüretik veya laksatif kullanma, egzersiz yapma gibi kilo dengeleyici davranış gösterenlerin oranı %6.7, tıknırcasına yeme nöbetleri yaşayanların oranı ise %21'dir (58).

Bir başka çalışmada ise Büyükkal, 15-18 yaş grubu 800 öğrencide DSM-IV kriterlerine göre % 3 oranında yeme bozukluğu saptamıştır. Bunların % 70'i bulimiya olup, tümünü kız öğrenciler oluşturmuştur (59).

Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesinde Türkçe, müzik, resim ve sınıf öğretmenliği bölümlerinin son sınıflarında okuyan 202 öğrenci (131 kız- 71 erkek) ile yapılan çalışmada öğrencilerin %2'sinin (n=4) düzenli olarak rejim yaptığı %7.4' ünün (n=15) sürekli zayıf olmayı düşündüğü, %6.9' unun (n=14) zaman zaman laksatif kullandığı ve %3' ünün (n=6) yemeklerden sonra suçluluk duygusu hissettiği belirlenmiştir (60).

3.2.2 Klinik Görünüm ve Bulgular

BN aşırı miktarda yemek yeme dönemleri (binge) ile kilo almayı engellemeye yönelik kusma, laksatif diüretik benzeri ilaçlar kullanma, aşırı egzersiz yapma gibi yöntemlerin (purge) birbirini izlediği döngülerle karakterizedir. Başlama yaşı AN'dan daha ileridir ancak yaş ve cinsiyet dağılımına bakıldığında zaman anoreksiya ile benzerlik göstermektedir. (1,41)

Temelde incecik olmaya atfedilen aşırı önem, kısıtlanmış yeme çabasına neden olur. Uzun süreli kısıtlanmış yemeye tepki olarak daima yiyeceklerle ilgili düşünceler içindedirler. Tıkanırçasına yeme periyotları genellikle kişinin kendisinin indüklediği kusmalar ve laksatif diüretik kullanımını yerleştirir.

Şişman bireylerde kronik diyet yapmanın bulimik semptomların başlama riskini artırdığı savunulmaktadır. Sürekli diyet yapan bireyler tarafından kronikleşen açlık tecrübesinin tıkanırçasına yeme olasılığını artırdığı rapor edilmektedir. Kişilerin kendilerince koydukları ya da yanlış yönlendirmelerle oluşturdukları ağır diyet kurallarının tıkanırçasına yeme davranışlarıyla bölünmesi beraberinde yarattığı suçluluk nedeniyle arınma davranışlarını tetikleyebilir (13).

Bulimikler sosyal ve iş yaşamlarında daha etkin rol oynarlar, kişiler arası ilişkiler kurabilirler. Bulimikler durumlarını gizlemek zorunda oldukları bir sır gibi görüp, kontrol edemedikleri bu döngülerden dolayı suçluluk ve utanç duyarlar. Bulimikler genellikle normal ya da normale yakın kilodadırlar (1).

Fiziksel olarak genellikle normal olmakla birlikte bazı anormallikler de bulunabilir. Ellerde nasırlaşma-aşınma (Russell işareti, patagonomiktir), tükürük bezlerinde hipertrofi, ödem, ciltte kuruluk ve diş minesini erozyonu (özellikle üst dişlerde) saptanabilir. Kusma sıklığına bağlı olarak tat reseptörlerinde kayıplar meydana gelebilir. BN'da ölüm oranı yaklaşık %3' tür. Çoğunlukla menstruasyon düzensiz de olsa devam eder (13,61).

3.2.3 Tedavi

BN'nın tedavisi için temel bir tedavi yaklaşımı henüz belirlenmemiştir. Tedavi; fiziksel bir rahatsızlık ya da eşlik eden psikiyatrik rahatsızlık (intihar düşünceleri, ağır depresyon) olmadığı durumlarda tercihen ayaktan yapılmalıdır. (46,47)

Yanlış yeme tutumu ve beden ağırlığı ile aşırı uğraşın(sürekli beden görüntüsünün eleştirmek, var olunan kilodan tatminsizlik, daha zayıf bir görünümü arzulama bunun için yemek yedikten sonra dengelemeye çalışmak için laksatif kullanımı gibi vb.) düzeltilmesi hedeflenir (46,47).

Çalışmalarda bilişsel-davranışsal tedavi, farmakoterapiye göre daha üstün olarak gösterilmiştir. Bilişsel-davranışsal tedavide temel bileşen beslenme eğitimi ve diyet rehberliğidir. Öğün planlama, düzenli yeme davranışlarında rehberlik, diyet yapma davranışının desteklenmemesi bilişsel davranışsal tedavi içinde yer alır. Beslenme eğitimi, ağırlık kontrolünün öğretilmesi, enerji dengesi, açlığın etkileri, diyet ve ağırlık kontrolü ile ilgili yanlış bilinenler ve kusma gibi arınma davranışlarının sonuçlarını içerir (13).

3.3 Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA YB)

Bu kategori, herhangi özgül bir yeme bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları içindir. Örnekleri arasında şunlar vardır:

1-Düzenli menstrasyonlarının olması dışında AN'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

2-Belirgin bir kilo kaybı olmasına karşın kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarda olması dışında anorekisy a nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

3-Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici düzeneklerin haftada iki defadan daha az sıklıkta ya da üç aydan daha kısa süreli ortaya çıkması dışında BN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

4-Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra

düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması (örn. İki parça pasta yedikten sonra kendini kusturma).

5-Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme ancak yutmama.

6-Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu: Düzenli olarak BN'ya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkanırçasına yeme epizodlarının olması (13,27).

İspanya'da yapılan bir çalışmada, 1076 (500 erkek-576 kadın) ergenle iki aşamalı olarak çalışılmış ve iki yıl takip edilen ergenlerden; 159 olgu 150 kontrol tekrar değerlendirilmiştir. Ergenlerin %3.71'inde yeme bozukluğu saptanmıştır. (%6.4 kadınlarda %0.6 erkeklerde). Kişilerin %0.1 AN, %0.75' i BN, %2.88'inde ise başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu vardır (62).

3.4 Alkol Bağımlılığı

Etil alkol, meyve tahıllarındaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu kolayca elde edildiğinden hemen her toplumda alkollü içecekler bilinmekte ve kullanılmaktadır. Alkol, Arapça kökenli kühul kelimesinin başına belirtme olarak gelen el takısından oluşmuştur (al-kuhl).

Arpadan bira yapımı M.Ö 4000 yılından bu yana bilinmektedir. Şarabın elde ediliş ve satışını belirleyen ilk yasalar Babil kralı Hamurabi tarafından yapılmıştır (8).

İlkçağ dinleri alkolü yasaklamış, dinsel törenlerde içilmesini özendirmiştir. Musevilik'te ve Hristiyanlık'ta sarhoş olunmayacak düzeyde alkol alınması serbest bırakılmıştır. İslamiyet alkole karşı önce esnek davranmış, sonra alkole bağlı sorunlar nedeniyle yasaklamıştır (63).

İlk kez maddeci filozoflar, alkol kullanımının "hastalık" olabileceğini dile getirmiştir. Alkol kullanımının hastalık olarak kabul görmeye başlaması ise 14. yüzyıldan sonra olmuştur. Dr. Benjamin Rush 1790 yılında aşırı alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımlamış, tedavisinde alkolden tamamen uzak durmak olarak

belirlemiştir. Tıbbi kavram olarak ise 19. yüzyıl ortalarında "alkolizm" şeklinde kabul edilmiştir. Alkolizm terimi ilk olarak 1849'da İsveç'li Manus Huss tarafından kullanılmıştır (9).

1904 yılında Mark Keller, alkolizmi; "süregiden bir davranış bozukluğudur, bozuk bir beslenme, bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlık bozulmasıdır" şeklinde oldukça kapsamlı bir tanımlama yapmıştır (9).

Amerika'da E.M. Jellinek 1960 yılında alkolikleri; alkolü fazla tüketmekten ötürü zihinsel sorunlar geliştirip, fiziki ve akli sağlıklarını, başkalarıyla ilişkilerini, sosyal ve profesyonel alanda rollerini bozan ve bunun sonucunda da ağır sıkıntılarla karşılaşan kişiler olarak tanımlamaktadır (64).

Dünya Sağlık Örgütü; 1960'larda; "İçki içmenin işine engel olduğunu değil de, işinin içki içmesine engel olduğunu düşünmeye başlama" tanımını kullanmıştır (9).

Alkol bağımlılığı, madde kullanımı ile ilgili bozukluklardan en sık görülenidir. Alkolizm ya da Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin önerdiği adı ile "Alkol Bağımlılığı" "içenin; beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede fazla ve tekrarlayıcı biçimde alkollü içki içme, alkol alma isteğini ve olayını kontrol edememe ve durduramama ile belirli bir bozukluk" olarak tanımlamaktadır (9).

Alkol bağımlılığı ve alkolü kötüye kullanım ölçütleri aşağıdaki gibidir.

Alkol Kötüye Kullanımı:

12 ayda aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının önemli ölçüde var olması bu tanıyı koydurur:

- a. Alkol kullanımı nedeniyle iş, okul ve ev içindeki görevlerin aksaması,
- b. Alkol etkisi altında araba veya makine kullanma,
- c. Alkol kullanımı ile ilişkili yasal problemler yaşama,
- d. Tekrarlayan ve artan sosyal, kişiler arası sorunlara rağmen alkol kullanmaya devam etme.

Alkol Bağımlılığı:

12 ayda aşağıdaki belirtilerden 3 veya daha fazlasının var olması bu tanıyı koydurur:

a. İçilen alkol miktarının öncesine göre belirgin ölçüde artış göstermesi veya içilen miktarla istenilen ölçüde etki sağlayamama: Bu durum alkol toleransının artması anlamına gelmektedir.

b. Alkol alınmadığı ilk zamanlarda yoksunluk belirtileri yaşama: Genellikle alkol alınmayan ilk günlerde; terleme, titreme, sıkıntı, bulantı, uykusuzluk, çarpıntı, tansiyon yükselmesi gibi bazı fiziksel belirtiler yaşanır. Bu belirtiler ilk zamanlarda 2-3 gün içinde ortadan kaybolur veya azalarak 1-2 hafta devam edebilir. Zaman ilerledikçe, yani bağımlılık şiddeti arttıkça bu belirtiler yaşamı tehdit eden, ölüme giden hastalıklarla sonuçlanabilir.

c. Alkolün niyetlenildiğinden fazla miktar ve sürelerde kullanılması.

d. Alkol içmeyi kontrol etme veya kesmede başarısızlık.

e. Alkol elde etmek için aşırı zaman harcama.

f. Alkol kullanımı nedeniyle sosyal ilişkilerde, iş yaşantısında, üretici faaliyetlerde azalma veya bu alanlardan tamamen kopma.

g. Alkol kullanımı nedeniyle artan veya tekrarlayan fiziksel ve psikolojik sorunların varlığının bilinmesine karşın alkol kullanmaya devam etme (9,65).

3.4.1 Alkolün Etkileri

Alkol, doymuş karbon atomlarına bağlı hidroksil gruplarından oluşan organik bileşiktir. Alkolün en sık şekli olan etil alkol, etanol olarak da adlandırılır ve kimyasal formülü $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$ 'dir. Alkollü içeceklerde bulunan etil alkoldür. Etanol, meyve ve tahıllardaki karbonhidratların fermentasyonu sonucu ortaya çıkar. Kalori değeri yüksektir, 1ml alkol 7 kalori sağlar (66).

Etanol suda kolay çözünebildiği için hızla kan dolaşımına katılarak tüm dokulara yayılır. En üst kan alkol düzeyine genellikle 45-60 dakikada ulaşılır. Midenin boş olması emilimi hızlandırırken, alkolün hızlı alımı da üst düzeye ulaşma zamanını kısaltır.

Alkol iki enzimle metabolize edilir; bu enzimler alkol dehidrogenaz ve aldehid dehidrogenazdır. Bazı çalışmalar kadınların daha düşük alkol dehidrogenaza sahip olduğunu, bu nedenle erkeklerle kıyaslandığında aynı miktar alkolle daha fazla zehirlenme durumuna geldiklerini göstermiştir (7).

Alkolün oluşturduğu etkilerden pratik önemi olanı davranışsal etkilerdir. Az miktarlarda (kan alkol düzeyi 50 mg/100 ml) sıklıganlık, endişe, sorumluluk duygularını azaltır, coşku oluşturabilir. Kan alkol düzeyi 500 mg/100 ml olduğunda koma oluşabilir. Bu fizyolojik etkiler bağımlılık sürecinde çok değişik özellikler gösterebilir. Örneğin ilk kez alkol alan bir kişi kan alkol düzeyi çok düşük olsa bile davranışsal olarak "toksik" bir tablo gösterirken, bağımlılık sürecinin bir aşamasındaki kişi aynı kan düzeyinde "yoksunluk belirtileri" (terleme, titreme, sıkıntı vs), bir diğer bağımlı ise "coşku" hali gösterebilir (9).

Uzun dönem alkol kullanımı; özefajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser, ince bağırsak hastalıkları, pankreatik yetmezlik, pankreatit, pankreas kanserine neden olabilmektedir. Artan alkol kullanımı karaciğerde yağ ve protein birikimine dolayısı ile yağlı karaciğer görünümüne neden olur. Ağır alkol kullanımı, besin sindiriminin normal düzenini etkiler, dolayısı ile yetersiz sindirim gerçekleşir. Bu etki alkolle ilişkili bozukluğu olan kişilerin zayıf veya kötü beslenme alışkanlıkları ile beraber olunca özellikle B vitamini olmak üzere ciddi vitamin eksiklikleri görülebilmektedir(7).

3.4.2 Epidemiyoloji

Günümüzde alkol bağımlılığı toplumların en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar; toplumları oluşturan bireylerin %90'ının yaşamlarının bir döneminde alkol aldığını, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımının

en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (7).

Alkol bağımlılığı dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Amerika'da erkeklerin %10' unun, kadınların %3' ünün alkol bağımlısı olduğu, 18 yaş üzeri nüfusta ise yaklaşık 9.3–10 milyon bireyin alkol bağımlısı olduğu, hastane yatışlarının üçte birinin nedeninin alkol olduğu, alkole bağlı trafik kazalarının majör sorun olmayı sürdürdüğü alkolün ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (10,11).

Ülkemizde alkol kullanımının gerçek sıklık ve yaygınlığı tam olarak bilinmemekle birlikte kişi başına düşen alkol tüketim miktarının hızla arttığı bildirilmiştir. 1930-1981 yılları arasında alkol tüketiminin %800-900 kat arttığı, 1981 yılında 400.000.000 litre içki tüketildiği, 1992'de bu rakamın 600.000.000 litreye çıktığı, 1995 Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre birinci derecede alkolün neden olduğu trafik kazalarından ölümlerin ve intihar olaylarının arttığı belirtilmektedir (67,68).

Ülkemizde Evren ve Çakmak tarafından hastanede yatarak tedavi olan alkol bağımlısı bireylerle yapılan çalışmada; alkol bağımlısı bireylerin %4.8'inin kadın, %95.2'sinin erkek olduğu, alkol bağımlılarının %70.4'ünün evli ve eşi ile birlikte yaşadığını saptamıştır (69).

Alkol bağımlılığının cinsiyetler arasındaki farklılığının nedenleri bilinmemektedir. Cinsiyetler arasında görülen farklılığın nedenlerinden birisinin bugün için tam aydınlatılamamış olan genetik özellikler olduğu düşünülmektedir. Bu farklılığın olası nedenlerinden bir başkası ise cinsiyetlere yüklenen farklı sosyal rollerdir. Ancak sosyal rollerdeki beklentiler genç yaşlardaki gruplarda genellikle cinsiyetler arasında daha “eşit” olmaktadır (70).

ABD'de yapılan Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında alkol bağımlılığının, yaşam boyu prevalansı %13.8 bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %4.6 erkeklerde ise %23.8'dir. Alkol bağımlılığının bir yıllık prevalansı %6.8 (erkeklerde %11.9, kadınlarda %2.2), son bir aylık prevalans ise %3.3 (erkeklerde %5.74, kadınlarda %1.1) olarak bulunmuştur (71).

Ülkemizde alkol bağımlılığının sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili araştırmalar son derece kısıtlıdır. Arıkan ve arkadaşlarının 1996 yılında Ankara’da yarı kentsel bir bölgede 20.000 kişi ile yaptıkları araştırmada, genel popülasyonda yaşam boyu alkol bağımlılığı görülme sıklığı %0.9 olarak saptanırken, erkeklerde bu oran %1.9 olarak belirlenmiştir (72).

1999 yılında Türkcan ve arkadaşlarının İstanbul’da 12-65 yaşları arasındaki 1550 kişi ile yaptıkları çalışmada da alkol kullanım yaygınlığı %33.5 olarak saptanmıştır (73).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu’na göre, son 12 ay içinde alkol bağımlılığı tanısı alma oranı %0.8 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %1.7, kadınlarda ise %0.1’dir. Alkol bağımlılığı tanısı alanların yaş ortalaması 41,1 olarak bulunmuştur. Alkol bağımlılığı batı bölgesinde daha yaygın olarak saptanmıştır. Tüm alkol bağımlılarının %57.4’ü illerde, %24.6’sı ise köylerde yaşamaktadır (12).

Avrupa Alkol ve Madde Okul Projesi’nde (ESPAD= European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) birçok ülkede aynı yöntemle yapılmış kesitsel bir araştırmadır. Türkiye ise bu çalışmaya sadece İstanbul’da ki 2845 öğrenci ile katılmıştır. Ülkeler karşılaştırıldığında son 12 aylık dönemde alkol kullanımının Danimarka, İngiltere, Yunanistan ve Polonya’da çok yüksek; ülkemizde ise düşük olduğu gözlenmektedir.(%51). Aynı çalışmada son 30 günlük dönemde alkol kullanıma bakıldığında Danimarka’da %81, İngiltere’de %74 bulunurken ülkemiz için bu oran %28’dir. (Tablo 4.4.2.1) (74).

Tablo 4.4.2.1. ESPAD çalışmasına göre ülkelerin en az bir kez alkol tüketimi

Ülkeler	Yaşam boyu(%)	Son 12 ay(%)	Son 30 gün(%)
Danimarka	96	94	81
Yunanistan	95	91	74
İngiltere	94	90	74
Polonya	92	80	54
İtalya	88	83	66
İspanya	82		
Fransa	78		
ABD	70	63	39
Türkiye	61	51	28

3.5 Alkol Bağımlılığı ve Yeme Bozuklukları

Yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları ile alkol ve madde kullanımı arasındaki paralelliklerden ve eş zamanlılıktan söz edilmektedir (14). Alkol ve madde bağımlılıkları ile yeme bozukluklarının ortak özelliklerinden biri; her iki grubunda bir “dürtü kontrol bozukluğu” olmasıdır. DSM IV esas alınarak Tablo 4.5.2.’ de dürtü kontrol bozuklukları sınıflandırılmıştır. (6)

Tablo 4.5.2. Dürtü (impuls) kontrol bozuklukları

Başka Yerde Sınıflandırılmış
• Alkol ve madde kullanım bozuklukları • Yeme bozuklukları • Parafiller, cinsel davranış bozuklukları • Diğer spesifik dürtü kontrol bozuklukları

Hem madde ve alkol kullanımının hem de yeme bozukluklarının dürtüsellikle bağlantısı olduğunu düşünülmektedir. Özellikle bulimiklerde ve anoreksiklerde gözlenen tıknırcasına yeme davranışının, negatif ruh hali, dürtüsellik ve kurallara uymada zorluk çekme gibi davranış problemleriyle bağlantılı olduğu ve bunun da uzun vadede alkol kötüye kullanımıyla ilişkili olabileceği görüşüdür (75).

Bir başka bakış açısına göre de yeme bozuklukları ile alkol/madde kötüye kullanımı arasında belirgin paralellikler ve benzerlikler olmasına rağmen bu iki durum arasındaki nedensel bağ kabul edilememektedir. Bunun nedeni ise stereotipik madde bağımlısının sosyal görünüşü ile bir yeme bozukluğu hastasının sosyal görünüşü arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Madde/alkol bağımlılığı sıklıkla erkek suçluluğuyla ve sosyal sapmayla eşleştirilirken, yeme bozukluğu kadına ait içe dönüklük ve sosyal uyumla beraber düşünülmektedir (76).

Her iki tip bozuklukta da öfke ve depresyon bulunmaktadır. Bireysel yaklaşımı benimseyen etiyolojik kuramlar, içsel tetikleyici etmenler üzerinde durmuştur.

Psikodinamik bakış açısından bu bozukluklar benlik (ego) işlevlerindeki gelişimsel bir eksiklik sonucu ortaya çıkmaktadır. Kendilikteki tamamlanmamışlık duygusundan ortaya çıkan anksiyeteyi azaltmak için yeme davranışları kişiye zarar verecek şekilde kullanılmaktadır. Biyolojik olarak ise hipotalamik dengelerde bozulma ve beyin serotonin işlevlerinde yetersizlik alkol bağımlılığı ve yeme bozukluğuna neden olmaktadır (77).

Son yıllarda yeme bozuklukları alanındaki çalışmaların artması ve bu bozuklukların yalnızca sosyal faktörlerle açıklanamaması, yeme bozuklukları ile madde kullanımı arasındaki ilişkiye ilgiyi arttırmıştır. Bununla ilgili bir araştırmaya göre yeme bozuklukları hastalarının, hangi tür yeme bozukluğu olduğuna bakılmaksızın, bağımlı kişilik özellikleri ölçüldüğünde, elde edilen puanlar, madde bağımlıları ve alkoliklerinkine benzerlik göstermektedir (77)

3.5.1 Epidemiyoloji

Günümüze kadar yapılmış olan çeşitli çalışmalarda yeme davranış bozukluğundaki alkol kullanım oranları araştırılmıştır.

Beary ve arkadaşlarının, 20 alkol bağımlısı ve 20 tıknıma tipi AN ve 112 BN'lı kişilerde yaptığı çalışmada, alkol bağımlılarının %35'inde önceden yeme bozukluğu bulunduğunu; tıknıma tipi AN olgularının %50'sinde ya alkol kötüye kullanımı bulunduğunu (%40) ya da alkolü aşırı miktarda kullandıklarını(%10) bildirmişlerdir. BN'lı kişilerin ise %26.8'inde alkol kötüye kullanımı, %37.5'inde ise aşırı miktarda alkol kullanımı saptanmıştır. Alkol bağımlılığının, BN'nın başlamasından yıllar sonra belirgin hale gelebileceği vurgulanmıştır (78).

Ülkemizde alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık hikâyesi olmayan tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan araştırmada yeme bozukluğu sıklığı %13.7 olarak bulunmuştur (79).

Ergenlik döneminde ortaya çıkan AN sıklığı Fisher ve arkadaşlarının, 1995 yılındaki çalışmasına göre %0.5 iken, BN'nın sıklığı %5 olarak bildirilmektedir (80).

Bushnell ve arkadaşlarının, 1994 yılında yürüttükleri bir başka çalışmada ise klinikte yatan BN'lı vakaların %84' ünde duygu durum bozukluğu ve %44'ünde yaşamboyu alkol ve madde kullanım bozukluğu saptanmıştır (81).

Holderness ve arkadaşlarının yaptığı yeme bozuklukları ve madde kötüye kullanımı ile ilgili literatür taramasında alkol ve madde kullanımının AN'lı kişilerde daha az görüldüğü görüşüne varılmıştır (82).

Yeme bozukluğu ile alkol bağımlılığı oluşumu ve gelişiminin temelde bir bağımlılık sorunu olduğu, diyet yapmak ve içme davranışlarının gerilim azaltıcı etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Yatarak veya ayaktan alkol tedavisi alan 27 kişinin %25.9'unda tıknırcasına yeme %40.7' sinde ise kusma, bağırsak boşaltma ile kilo kontrolü sağlandığı bulunmuştur (83).

2003 yılında alkol- madde kötüye kullanımını ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve yapılması gerekenleri saptamak için Kolombiya

Üniversitesi Ulusal Bağımlılık ve Madde Kötüye Kullanım Merkezi, (CASA) uzman kişilerin katıldığı bir konferans düzenlemiştir. Konferans sonucunda “Düşünce İçin Yemek-Madde Kötüye Kullanım ve Yeme Bozuklukları” adlı bir rapor yayınlanmıştır. Bu rapora göre yeme bozuklukları olan bireylerin yaklaşık yarısında alkol ve yasadışı maddeleri kötüye kullanım vardır. Diğer taraftan alkol ve yasadışı madde kullanıcıların yaklaşık %35’inde yeme bozukluğu vardır

Hazırlanan bu raporda bazı önemli noktalar vardır. Bunlar:

- Aşırı içki içen, sigara içen ve yasadışı madde kullanan birçok kadında yeme bozuklukları gelişir.
 - AN ve BN; alkol-madde kötüye kullanımıyla en çok ilişkili yeme bozukluklarıdır. Her iki bozukluğun da paylaştığı ortak risk faktörleri ve ortak özellikleri vardır.
 - İştahı bastırmak, metabolizmayı hızlandırmak, istenmeyen kalorileri çıkartmak ve negatif duyguları kendi kendine tedavi etmek için kullanılan ilaçlar listesinde kafein, tütün, **alkol**, diüretikler, laksatifler, emetikler, amfetaminler, kokain ve eroin vardır.
 - Sağlık personeli genelde yeme bozuklukları ile madde kötüye kullanım arasındaki ilişkiyi gözden kaçırdığı için birlikte bulundukları durumlarda tedavi seçeneklerinin bulunmadığını düşünmektedir.
 - Halk sağlığı ile uğraşan yetkililer, ebeveynler ve sağlık politikalarını belirleyenler; çocukların, genç yaşlardan itibaren sağlıklı beden imgesi hakkında eğitilmesini, tedavi ve koruma programlarında madde kötüye kullanımı ve yeme bozukluklarının birlikte ele alınmasını hedeflemelidir
- (17)

Bulimik kadınlarda alkol bağımlılığına ve alkol kullanımının araştırıldığı bir diğer çalışmada ise; telefonla mülakat yöntemi seçilmiş ve alkol kullanımının genel popülasyona göre bulimik kadınlarda daha sıklıkla görüldüğü bulgusuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda alkol kullanan bulimik kadınlar ile alkol kullanmayan bulimik kadınlar arasında yeme tutum ve davranışında bozulma ve aile özellikleri açısından fark bulunamamıştır (84).

Corcos, Nezelof, ve arkadaşlarının yürüttükleri bir çalışmada ise; geniş bir yeme bozukluğu olan örneklem grubuyla çalışılarak, bu hastaların psikoaktif maddelerin hangilerini, ne oranlarda kullandıkları araştırılmıştır. Sonuçta, kısıtlayıcı tip anoreksiklerin, kusan tip anoreksiklere ve bulimiklere oranla daha az psikoaktif madde ve alkol tükettikleri, bu maddelere ve alkole bağımlılıklarının ise daha az gözlendiği bilgisine ulaşılmıştır (85).

Anoreksiya tanısı almış 136 kadın ile bulimiya tanısı almış 110 kadın 8,6 yıl süresince incelenmiş kişilerin %27' sinde alkol kullanım bozukluğunun var olduğu bulunmuş; %10' unda ise araştırma esnasında alkol kullanım bozukluğu gelişmiştir (86).

ABD'da yapılan geniş çaplı bir çalışmada 13917 lise öğrencisi ile çalışılmıştır. Bu öğrencilerin 7193'ü kadın 6664'ü erkektir. Kadınların 1571'inde (%21.8) erkeklerin ise 748 inde (%11.2) yeme bozukluğu saptanmıştır. Yeme bozukluğu olan kadınların 556'sında (%36.2) yeme bozukluğu olmayan kadınların ise 1006'sında (%18.1)alkol kötüye kullanım varlığı bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan erkek öğrencilerin 292'sinde (%42.2) yeme bozukluğu olmayan erkeklerin ise 1500'ünde (%25.9) alkol kötüye kullanım varlığı bulunmuştur. Araştırmada 1562 (%22) kadında ve 1762 (%27.7) erkekte alkol kötüye kullanımı bulunmuştur (87).

Barselona'nın psikiyatri kliniği yeme bozukluğu ünitesinde yatarak tedavi alan DSM kriterlerine göre tanı almış yaşları $24,77 \pm 5,54$ olan 371 yeme bozukluğu hastası ile yüz yüze görüşülmüştür. Bu hastaların 130'u AN, 119'u tıkinma tipi AN 122'si ise BN'dır. AN'lı kişileri %19.4'ünde, tıkinma tipi AN'lı kişilerin %29.9'unda, BN'lı kişilerin ise %34.7 sinde alkol kötüye kullanım hikâyesi vardır (88).

Beş Avrupa ülkesindeki altı merkezde 2001 Mart-2002 Eylül tarihlerinde yapılan olgu kontrol çalışmasına 879 yeme bozukluğu olgusu ile 785 kontrol alınmıştır. (Avusturya, İngiltere, İtalya, İspanya, Slovenya). Yeme bozukluğu olan kişilerin %34.1'i kontrollerin ise %26.9'u alkol kullanmaktadır (89).

Genetik alkolizm ortak çalışması için 2283 kadın ve 1982 erkek ile görüşülmüş ve psikiyatrik bozukluklar, anoreksiya, bulimiya, madde ve alkol kullanımı

değerlendirilmiştir. Alkol kullanan kadınlarda yaşam boyu anoreksiya prevalansı %1.41 bulimiya prevalansı %6.17 olarak bulunmuştur. Alkol kullanan erkeklerde ise buliye nervoza sıklığı ise %1.35'dir (90).

Krahn, Kurth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; üniversite öğrencisi kadınlarda alkol kullanımı ve patolojik beslenme davranışları değerlendirilmiştir. Birinci sınıf yaz alıştırma programındaki kadınlara genel anket ve Dieting and Bingeing Severity Scala (DBSS) anketi uygulanmıştır. Çalışmaya 1447 kadın katılmış ve 1403' ü çalışmayı tamamlamıştır. Kişilerin, %22'si riskli bir şekilde, %44 ü ciddi bir şekilde, %26' sı hafif bir diyet yapmakta %8'i ise diyet uygulamamaktadır. Çalışmaya katılan kişilerin %28'i tek seferde beş alkollü içecekten fazla içtiğini %41'i ise son altı aylık dönemde alkolden kötü bir şekilde etkilendiğini bildirmişlerdir. Son iki haftada riskli diyet yapanlarda diyet yapmayanlara oranla beşden fazla alkol tüketimi 3,7 kat daha fazladır. Son 30 gün alkol tüketim prevalansı riskli diyet yapanlarda diyet yapmayanlara oranla 1,48 kat daha fazladır. Diyet yapmayanların %11' i hafif diyet yapanlarının %14' ü ciddi bir şekilde diyet yapanların %24' ü riskli diyet yapanların ise %29' u planlanandan fazla alkol tüketmektedir (91).

Latin genç kızlar arasında yapılan bir çalışmaya 1866 kişi katılmıştır. Katılımcıların %2.5'inde beden kitle indeksi 17 den daha az %5.5'inde menstruasyon durmuş %1.9'unda ise bulimik semptomlar saptanmıştır. Kızların %53.3'ü ciddi derecede diyet yapmaktadırlar. Kızların %56.9'unda alkol kullanımı olduğu ve %24.7'sinde ise ağır bir şekilde alkol kullanımı olduğunu bulunmuştur (19).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1 Araştırmanın Tipi ve Zamanı

Balıkli Rum Hastanesi Vakfı'nda 01.Mart- 31.Ağustos 2008 tarihleri arasında yürütölen bu çalışma olgu kontrol çalışması olarak planlamıştır.

4.2 Araştırmanın Yeri

Araştırmamız; Balıklı Rum Hastanesi Vakfı bünyesindeki alkol bağımlılığı kliniğinde ve psikiyatri klinikleri hariç tutularak diğör bölümlerde yapılmıştır. 1753 yılında kurulan Balıklı Rum Hastanesi özellikle alkol/madde bağımlılığı tedavisi ve psikiyatrik bozuklukların tedavisi konularında ölkemizde ilk sıralarda yer alan hastanelerimizdendir. Alkol bağımlıları için özel olarak hazırlanan ve Anotalia 3 olarak adlandırılan klinik 22 yataklıdır. Klinik; bir öğretim üyesi, bir pratisyen hekim ve sekiz hemşire ile hizmet vermektedir. Bağımlılık tedavisi alan kişilerin tedavi süreleri en az 15 gün olmakla birlikte daha uzun süreyi de kapsayabilmektedir. Hastane psikiyatri servisinin yanında genel poliklinik hizmeti de vermektedir.

4.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme Seçimi

Bir grupta yeme bozukluğunun %20, diğör grupta %40 olduğı varsayıldığında, $p:0,05$ ve güç %90 olduğunda, her iki gruba 113 kişi alınması gerektiğı hesaplanmıştır. Bu nedenle çalışmaya yaş ve cinsiyet olarak benzer özellikte olan 113 olgu 113 kontrol alınmıştır. Balıklı Rum Hastanesi Vakfı psikiyatri polikliniğı ve alkol kliniğine, 01 Mart- 31 Ağustos 2008 tarihleri arasında başvuran, psikiyatrist doktorlar tarafından Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4 (DSM-IV) tanı ölçütleri dikkate alınarak alkol bağımlılığı tanısı konan ve tedavi amaçlı

klınkte gözlem altına alınan tüm kişiler olgu grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise aynı hastanenin farklı polikliniklerine (beslenme ve diyet, dâhiliye, ortopedi, kulak burun boğaz, çocuk, cildiye, göz, diş, üroloji) ardışık olarak başvuran, alkol bağımlılığı geçmişı olmayan ve çalışmaya katılmayı isteyen kişiler oluşturmuştur.

Yeme bozukluğu, 26 sorudan oluşan yeme tutum testi-26 (YTT-26) kullanılarak saptanmıştır. Alkol kullanımının varlığı, alkol kullanım süresi ve sosyo demografik özellikler ise yüz yüze uygulanan anket ile belirlenmiştir.

4.4 Verileri Toplama Yöntemi ve Araçlar

Araştırmaya katılan kişilerin sosyo demografik özelliklerini, alkole başlama yaşlarını, alkol kullanım sürelerini ve kullanım sıklığını saptamak için yüz yüze anket uygulanmıştır (Ek 1). Kişilere anket uygulamadan önce araştırma hakkında bilgi verilmiş ve ankete katılım konusunda gönüllülük esas alınmıştır. Olgu grubunda 125 kişi ile görüşülmüş, araştırma hakkında bilgi aldıktan sonra 12 kişi (%9.6) araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Kontrol grubunda ise 285 kişi ile görüşülmüş 172 kişi (%60.3) araştırmaya katılmayı istememişlerdir. Araştırma için toplam olarak 410 kişi ile görüşülmüş 226 kişi (%55.1) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Kontrol grubuna, alkol kötüye kullanım ve bağımlılık için artmış risk gösteren ve yüksek riskli tüketimi olan kişiler dâhil edilmemiştir. Kontrol grubunda alkol tüketimi kadınlar için 120 ml (etil alkol) ve üzeri erkekler için ise 175 ml(etil alkol) ve üzeri olan kişiler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Alkol kötüye kullanımı tablodaki gibidir.

Tablo 5.4.1. Alkol kötüye kullanım miktarları

Kategori	Erkeklerde alkol tüketimi	Kadınlarda alkol tüketimi
Düşük Risk	Haftalık 21 ünite veya günde 4 üniteye kadar	Haftalık 14 ünite veya günde 3 üniteye kadar
Artmış Risk (Tehlikeli)	Haftalık 22-50 ünite (176-400 ml)	Haftalık 15-35 ünite (120-280 ml)
Yüksek Risk (Zararlı)	Haftalık 50 ünite üstü (400 ml üstü)	Haftalık 35 ünite üstü (280 ml üstü)

1 ünite =8 ml etil alkol (92,93).

Kişilerin boy ve kiloları standart boy ölçer ve tartı ile ölçülmüş ve beden kitle indeksi değerleri kilo/ boy(m²) formülü ile hesaplanmıştır. Kilo ölçümleri esnasında erkek katılımcılar atlet ve kısa şort veya bokser ile kadın katılımcılar ise iç çamaşırlarıyla tartılmıştır. Katılımcıların boyları duvara monte edilmiş sabit bir boy ölçer ile çıplak ayakla sert zemin üzerinde ölçülmüştür. Boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Beden kitle indeksi şişmanlığın ya da zayıflığın tanımlanmasında kullanılan yöntemlerden biridir. Beden kitle indeksinin 18-20 arası olması inceliği 18,5 den küçük olması zayıflığı belirtir (2).

Katılımcılarda yeme tutumu testinin(YTT) Türkçe versiyonu uygulanmıştır (Ek 2). YTT, bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ölçmektedir. YTT'nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir. YTT, Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. Altı farklı seçeneği (her zaman genellikle, sıklıkla, bazen, nadiren, hiçbir zaman)barındırmakta ve kendi kendine kolay bir şekilde uygulanmaktadır. Toplamda alınan puan ile yeme bozukluğu arasında ilişki vardır (94).

Ölçek; 11 ve 70 yaşları arasında kullanılabilmektedir. Toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Diğer bir deyişle YTT klinik düzeyde hasta kabul edilebilecek bireyleri saptayabileceği gibi, kişinin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunun da bir göstergesi olabilmektedir. Testin 40 ve 26 sorudan oluşan iki

formu bulunmaktadır ve cevaplar “her zaman-hiçbir zaman” şeklinde altı basamaklı formunda değerlendirilmektedir. YTT-40 için kesme değeri 30, YTT-26 için kesme değeri ise 26 puandır. Alınan puan yükseldikçe yeme bozukluğu varlığı daha belirgin hale gelmektedir. YTT’den yüksek puan alan kişilerin hangi tip yeme bozukluğuna sahip oldukları gösterdikleri davranışlara göre farklılık göstermekle birlikte çoğunlukla AN ve BN’ dır. YTT-40’ın Türkiye’de geçerlik ve güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından (95) YTT-26’nın güvenirliği ise Doç.Dr. Murat Baş tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada YTT-26 kullanılmıştır.

YTT-26, YTT-40’ın içinden 14 sorunun (katsayı analiziyle gereksiz bulunan) çıkartılmasıyla modifiye edilmiş bir versiyonudur. YTT’den yüksek puan alanların genel özelliği psikolojik fonksiyonları çakışan anormal yeme modelleridir. YTT-26 anketi kuzey Amerika ve Avrupa da yeme bozukluğu çalışmalarında kullanılmıştır Testin puanlaması tablo 5.4.2 ve 5.4.3’te yer almaktadır (96).

Tablo 5.4.2. Yeme tutum testi-26’ nın ilk yirmibeş soru için puanlaması

Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
3 puan	2 puan	1 puan	0 puan	0 puan	0 puan

Tablo 5.4.3. Yeme tutum testi-26’ nın yirmialtıncı soru için puanlaması

Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
0 puan	0 puan	0 puan	1 puan	2 puan	3 puan

Kişilerin alkol tüketim miktarlarının değerlendirilmesinde içkinin çeşidi miktarı ve etil alkol yüzdesi kullanılmıştır. Anket uygularken de buna dikkat edilmiş kişinin tükettiği alkol miktarı ve çeşidi sorgulanmıştır.

4.5 Verilerin İstatistiksel Açıdan Değerlendirilmesi

İstatistikler, SPSS yazılım programı kullanılarak hesaplandı. Çalışmada yer alan tüm değişkenlere ait olgu ve kontrol alt gruplarında tanımlayıcı istatistik ölçütlerini içeren tablolar oluşturuldu. Ölçümsel veriler için standart sapma, ortalama ve ortanca değerleri hesaplandı. Analizler esnasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare ve Fisher testleri, ölçümsel verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis, t testi veya Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4.6 Etik Onay ve Kurum Onayı

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan MAR-YÇ-2007-0232 protokol nolu onay alınmıştır (EK-3)

Çalışma yapılmadan önce Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri Kliniği Bölüm Şefi Mansur Beyazyürek'ten ve hastane yönetimi adına başhekim Lambo Psaropulos'tan kurum onayı alınmıştır (Ek-4). Sözel olarak bilgilendiren katılımcılara katılımcı bilgilendirme formu (Ek-5) verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara ise katılımcı onay formu (Ek-6) doldurulmuştur.

5. BULGULAR

Çalışma, 113 olgu ve 113 kontrol olmak üzere toplam 226 kişi ile yürütülmüştür.

Tablo 6.1. Olgu ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik özellikler	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Cinsiyet			
Kadın	18 (%15.9)	18 (%15.9)	p>0,05
Erkek	95 (%84.1)	95 (%84.1)	
Toplam	113 (%100.0)	113 (%100,0)	
Yaş			
19-29 yaş	12 (%10.6)	12 (%10.6)	p>0,05
30-39 yaş	22 (%19.5)	22 (%19.5)	
40-49 yaş	43 (%38.1)	43 (%38.1)	
50-59 yaş	31 (%27.4)	31 (%27.4)	
60 yaş ve üzeri	5 (%4.4)	5 (%4.4)	
Toplam	113 (%100.0)	113 (%100.0)	
Eğitim durumu			
Okuryazar/ilkokul mezunu	19 (%16,8)	20 (%17,7)	p>0,05
Ortaokul mezunu	8 (%7.1)	13 (%11.5)	
Lise mezunu	50 (%44.2)	39 (%34.5)	
Üniversite ve üzeri	36 (%31.8)	41 (%36.3)	
Toplam	113 (%100,0)	113 (%100,0)	
Medeni durum			
Evli	21 (%18.6)	19 (%16.8)	p>0,05
Bekâr	70 (%61.9)	77 (%68.1)	
Boşanmış/dul	22 (%19.5)	17 (%15.1)	
Toplam	113 (%100.0)	113 (%100.0)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	56(%49.6)	85(%75.2)	p<0,001
Ara verdim	25(%22.7)	4(%3.5)	
Çalışmıyor	32(%28.3)	24(%21.2)	
Toplam	113(%100.0)	113(%100.0)	
Gelir (TL/ay)			
1000 ve altı	18 (%15.9)	24 (%21.2)	p>0,05
1001-2000	24 (%21.2)	29 (%25.7)	
2001-3000	16 (%14.2)	8 (%7.1)	
3001-5000	22 (%19.5)	20 (%17.7)	
5001 ve üzeri	33 (%29.2)	32 (%28.3)	
Toplam	113 (%100.0)	113 (%100.0)	

Hem olgu hem de kontrol grubundaki katılımcıların 18'i kadın ve 95'i erkektir. (Tablo 1) Çalışmaya katılan kişiler için en düşük yaş 19 iken en yüksek yaş 65' dir. Olgu grubunda kişilerin %44.2'si lise mezunu iken %7.1'i ortaokul mezunudur. Kontrol grubunda ki kişilerde ise %34.5 lise mezunu ve %11.5'i ortaokul mezunu bulunmaktadır. Olgu ve kontrol grubu medeni duruma göre benzer dağılım göstermekte, her iki grup için bekârlar çoğunluğu oluşturmaktadır. Olgu grubundaki kişilerin %61.9'u, kontrol grubunda ki kişilerin ise %68.1'i bekârdır. Kontrol grubunda katılımcıların %75.2'si çalışmaktadır. Çalışmaya ara verenlerin oranı %3.5, çalışmayanların oranı ise %21.2'dir. Olgu grubunda ise %49.6 çalışan kişiler, %28.3 çalışmayan kişiler vardır. Olgu grubunda alkolün iş yapma yetisini azaltması veya bağımlılık tedavisi nedeniyle ara veren kişilerin oranı %28.3 dür. Olgu ve kontrol grupları arasında çalışma durumu açısından anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Gruplar arasında maddi gelir açısından fark bulunmazken, her iki grup içinde 5000 TL ve üzeri gelir alan kişiler araştırmaya katılan toplam kişilerin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Olgu ve kontrol gruplarında yaş dağılımları, eğitim durumu, medeni durum ve aylık kazanılan gelir açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6.2. Olgu ve kontrol grubunun boy, kilo ve beden kitle indeksi ile ilgili özelliklerinin dağılımı

	Olgu grubu ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	Kontrol grubu ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	p değeri
Boy (cm)	175,85 $\pm$ 7,72 177,00 (170,50-182,00)	174,19 $\pm$ 9,76 174,00 (168,00-182,00)	$p>0,05$
Ağırlık (kg)	80,30 $\pm$ 16,20 79,00 (70,25-90,00)	78,64 $\pm$ 15,44 77,00 (69,50-86,50)	$p>0,05$
BKİ	25,86 $\pm$ 4,67 25,50 (22,60- 28,90)	25,82 $\pm$ 4,25 25,00 (23,10-27,70)	$p>0,05$

Olgu grubunun boy ortalaması 175,85 $\pm$ 7,72, ağırlık ortalaması 80,3 $\pm$ 9,76 dir. Olgu grubunun BKİ ortalaması 25,86 $\pm$ 4,67 dir. Kontrol grubunun boy ortalaması 174,19 $\pm$ 9,76; ağırlık ortalaması 78,64 $\pm$ 15,44 dür. Kontrol grubunun BKİ ortalaması 25,82 $\pm$ 4,25 dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6.3. Olgu ve kontrol grubunun beden kitle indeksi (BKI) ile ilgili özelliklerinin dağılımı

BKI	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	Toplam n (%)
Zayıf	8 (%7.1)	17 (%15.0)	25 (%11.1)
Normal	53 (%46.9)	40 (%35.4)	93 (%41.2)
Şişman	37 (%32.7)	32 (%28.3)	69 (%30.5)
Obez	15 (%13.3)	24 (%21.2)	39 (%17.3)
Toplam	113 (%100.0)	113 (%100.0)	226 (%100.0)

p>0,005

Olgu grubundaki kişilerin %7.1'i kontrol grubundaki kişilerin ise %15'ı zayıftır. Olgu grubundaki kişilerin %46,9'u kontrol grubundaki kişilerin ise %35,4'ü normal kilo ağırlığındadır. Olgu grubundaki kişilerin %32.7'si kontrol grubundaki kişilerin ise %28.3'ü şişmandır. Olgu grubundaki kişilerin %13.3'ü kontrol grubundaki kişilerin ise %21.2's, obezdir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6. 4. Olgu ve kontrol grubunun alkol kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
İlk alkol kullanma yaşı ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil) (n=176)**	23,04±8,08 21,00 (17,00- 26,00)	21,79±5,01 20,00 (18,00- 25,00)	p>0,05
Alkol kullanma süresi			
Hiç	0(%0)	50(%44.2)	p<0,01
1-2 yıl	1 (%0.9)	0(%0)	
3-5 yıl	12(%10.6)	3(%2.7)	
6-10 yıl	11(%9.7)	6(%5.3)	
11-15 yıl	21(%18.6)	7(%6.2)	
16 yıl ve üzeri	68(%60.2)	47(%41.6)	
Toplam	113(%100.0)	113(%100.0)	
Alkol tüketim sıklığı			
Hiç	0(%0)	50(%44.2)	p<0,01
Her gün	90(%79.6)	0(%0)	
Haftada 5 kez	7(%6.2)	1(%0.9)	
Haftada 3-4 kez	9(%8.0)	11(%9.7)	
Haftada 1-2 kez	5(%4.4)	28(%24.8)	
Ayda 1-2 kez	2(%1.8)	23(%20.4)	
Toplam	113(%100.0)	113 (%100.0)	
Alkol kullanma miktarı(ml/gün)			
0-120	15 (%13.3)	109 (%96.5)	p<0,01
121 ve üzeri	98 (%86.7)	4 (%3.5)	
Toplam	113 (%100.0)	113(%100.0)	

**Çalışmaya katılan kişiler arasında 50 kişi hiç alkol tüketmemektedir. Bu nedenle analize dahil edilmediler(n=176)

Olgu grubunun ilk alkol kullanma yaşı 23,04±8,08, kontrol grubunun ilk alkol kullanma yaşı ise 21,79±5,01 dir.

Kontrol grubunda kişilerin % 44.2 si hiç alkol kullanmazken olgu grubundaki kişilerin %60.2'si onaltı yıl ve üzeri alkol kullanmışlardır. Olguların %79.6' sı hergün alkol tüketmektedir, kontrol grubunda hergün alkol alan yoktur. Kontrol grubundakilerin ise %24.8' i haftada bir iki kez alkol almaktadır. Kontrol grubunun %96.5'i günde 0-120 cc arasında alkol tüketirken; olgu grubunun sadece %13.3'ü günde 0-120 cc arasında alkol tüketmiştir. 121cc ve üzerinde alkol kullanımı olgu grubu için %86.7, kontrol grubu için %3.5tir Olgu ve kontrol grubu arasında alkol kullanım özellikleri açısından anlamlı fark vardır. (p<0,01)

Tablo 6.5. Olgu ve kontrol grubunun sigara kullanımı ile ilgili özelliklerinin dağılımı

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Sigara kullanımı			
İçiyor	104 (%92.0)	69 (%61.6)	p<0,01
İçmiyor	9 (%8.0)	43 (%38.4)	
Toplam	113 (%100.0)	113 (%100.0)	

Olgu grubunda sigara kullanımı %92 iken kontrol grubunda bu oran %61.6 olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,01)

Tablo 6. 6. Olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
Yeme bozukluğu			
Var	43 (%38.1)	9 (%8.0)	p<0,01
Yok	70 (%61.9)	104(%92.0)	
Toplam	113 (%100.0)	113 (%100.0)	

Olgu grubunda yeme bozukluğu varlığı %38.1 iken kontrol grubunda ise bu oran %8 olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,01)

Tablo 6.7. Olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Olgu grubu	Kontrol grubu	p değeri
<u>Yeme tutum ölçek puanı</u>			
ortalama±sd	20,88±8,86	14,78±6,98	p<0,01
ortanca (25.-75. persantil)	21,00 (13,00-28,00)	13,00 (10,00-18,50)	
minimum-maksimum	2,00-44,00	3,00-38,00	

Olgu grubunda yeme ölçeğinden alınan ortalama puan 20,88±8,86 iken, kontrol grubunda ortalama puan 14,78±6,98 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01)

Tablo 6.8. Cinsiyete göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	P değeri
Kadın (n=36)			
Yeme bozukluğu var	8 (%44.4)	2 (%11.1)	p>0,05
Yeme bozukluğu yok	10 (%55.6)	16 (%88.9)	
Toplam	18 (%100.0)	18 (%100.0)	
Erkek (n=190)			
Yeme bozukluğu var	35 (%36.8)	7 (%7.4)	p<0,01
Yeme bozukluğu yok	60 (%63.2)	88 (%92.6)	
Toplam	95 (%100.0)	95 (%100.0)	

Olgu grubundaki kadınların %44.4'ünde kontrol grubundaki kadınların ise %11.1'inde yeme bozukluğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki kadınlarda yeme bozukluğu varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Olgu grubundaki erkeklerin %36.8'inde kontrol grubundaki erkeklerin ise %7.4'ünde yeme bozukluğu saptanmıştır. Erkek katılımcılar için fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01)

Tablo 6.9. Cinsiyete göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Yeme tutum ölçek puanı	Olgu grubu	Kontrol grubu	p değeri
Kadın (n=36) ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	22,28±8,42 23,00 (14,50-29,25)	16,00±6,84 16,50 (11,75-20,75)	p<0,05
Erkek (n=190) ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	20,62±8,96 21,00 (13,00-28,00)	14,55±7,02 13,00 (9,00-18,00)	p<0,01

Olgu grubunda kadınların yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 22,28±8,42 iken kontrol grubunda ortalama puan 16,00±6,84 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.(p<0,05)

Olgu grubunda erkeklerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan $20,62 \pm 8,96$ kontrol grubunda ise ortalama puan $14,55 \pm 7,02$ olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0,01$)

Tablo 6.10. Yaş gruplarına göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması.

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
<u>19-29 yaş (n=24)</u> Yeme bozukluğu var Yeme bozukluğu yok Toplam	6(%50.0) 6(%50.0) 12(%100.0)	0(%0) 12(%100.0) 12(%100.0)	$p < 0,05$
<u>30-39 yaş (n=44)</u> Yeme bozukluğu var Yeme bozukluğu yok Toplam	8(%36.4) 14(%63.6) 22(%100.0)	3(%13.6) 19(%86.4) 22(%100.0)	$p > 0,05$
<u>40-49 yaş (n=86)</u> Yeme bozukluğu var Yeme bozukluğu yok Toplam	12(%27.9) 31(%72.1) 43(%100.0)	5(%12.6) 38(%88.4) 43(%100.0)	$p > 0,05$
<u>50-59 yaş (n=62)</u> Yeme bozukluğu var Yeme bozukluğu yok Toplam	16(%51.6) 15(%48.4) 31(%100.0)	0(%0) 31(%100.0) 31(%100.0)	$p < 0,01$
<u>60 ve üzeri yaş (n=10)</u> Yeme bozukluğu var Yeme bozukluğu yok Toplam	1(%20.0) 4(%80.0) 5(%100.0)	1(%20.0) 4(%80.0) 5(%100.0)	$p > 0,05$

Olgu grubunda 19–29 yaş arası kişilerin %50’sinde yeme bozukluğu varken

kontrol grubunda aynı yaş grubu kişilerde yeme bozukluğu yoktur ($p<0,05$). Olgu grubunda 50–59 yaş arası kişilerin %51,6’sında yeme bozukluğu varken kontrol grubunda aynı yaş grubu kişilerde yeme bozukluğu yoktur ($p<0,01$). Olgu ve kontrol gruplarında 19-29 yaş ve 50-59 yaş arasındaki kişilerde yeme bozukluğu varlığı açısından anlamlı fark bulundu, diğer yaş grupları için fark anlamsızdır.

Tablo 6. 11. Yaş gruplarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Yeme tutum ölçek puanı	Olgu grubu	Kontrol grubu	p değeri
<u>19-29 yaş (n=24)</u> Ortalama $\pm$ sd Ortanca (25.-75. persantil)	22,50 $\pm$ 8,66 24,50 (13,50-29,25)	13,83 $\pm$ 5,50 14,50 (8,00-17,00)	$p<0,05$
<u>30-39yaş(n=44)</u> ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	19,77 $\pm$ 9,35 19,50 (10,75-29,00)	16,31 $\pm$ 8,48 14,50 (9,75-21)	$p>0,05$
<u>40-49 yaş(n=86)</u> ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	18,74 $\pm$ 9,23 17 (11-26)	16,02 $\pm$ 7,30 14 (11-22)	$p>0,05$
<u>50-59yaş(n=62)</u> ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	23,74 $\pm$ 7,64 25(18-31)	12,20 $\pm$ 5,04 11 (9-15)	$p<0,001$
<u>60 ve üzeri yaş(n=10)</u> ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	22,60 $\pm$ 8,20 23 (15,5-29,5)	15,60 $\pm$ 8,30 16 (8-23)	$p>0,05$

Tüm yaş gruplarında olgu grubundaki katılımcıların yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanlar kontrol grubuna göre daha yüksek iken bu fark sadece 19-29 yaş ve 50-59 yaş grubu için istatistiksel olarak anlamlıdır.

19-29 yaş grubunda olgular için ortalama 22,50 $\pm$ 8,66 iken; kontrol grubunda ortalama 13,83 $\pm$ 5,50 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.($p<0,05$)

50-59 yaş grubunda olgular için ortalama 23.74 ± 7.64 iken; kontrol grubunda ortalama 12.20 ± 5.04 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p < 0.001$)

Diğer yaş gruplarında yeme tutum ölçeklerinden alınan puanlar için istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 6. 12. Eğitim durumuna göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
<u>İlköğretim (n=60)</u>			
Yeme bozukluğu var	13(%48.1)	3(%9.1)	p<0,05
Yeme bozukluğu yok	14(%51.9)	30(%90.9)	
Toplam	27(%100.0)	33(%100.0)	
<u>lise(n=89)</u>			
Yeme bozukluğu var	21(%42.0)	2(%5.1)	p<0,01
Yeme bozukluğu yok	29(%58.0)	37(%94.9)	
Toplam	50(%100.0)	39(%100.0)	
<u>Üniversite ve üstü(n=77)</u>			
Yeme bozukluğu var	9(%25.0)	4(%9.8)	p>0,05
Yeme bozukluğu yok	27(%75.0)	37(%90.2)	
Toplam	36(%100.0)	41(%100.0)	

Olgu ve kontrol grubunda eğitim durumlarına göre yeme bozukluğunu varlığı ilköğretim ve lise mezunları için istatistiksel olarak anlamlı bulundu. İlköğretim mezunu olgularda yeme bozukluğu varlığı %48.1; kontrol grubunda ise %9.1 dir. Olgu grubunda lise mezunu kişilerin %42'ında yeme bozukluğu varken kontrol grubunda bu oran %5.1 dir ($p < 0.01$). Üniversite mezunları için fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 6. 13. Eğitim durumlarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
<u>İlköğretim(n=60)</u> ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	23,55±7,96 24 (17-31)	14,54 ± 7,22 12 (9-19)	p<0,01
<u>Lise(n=89)</u> ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	21,28±9,07 20,50 (13,75-29)	13,46±5,98 13 (9-17)	p<0,01
<u>Üniversite ve üstü(n=77)</u> ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	18,33±8,74 17 (11-25,5)	16,22±7,54 15 (11-20)	p>0,05

Olgu ve kontrol grubundaki kişilerde yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark; ilköğretim ve lise mezunları için istatistiksel olarak anlamlıdır.

İlköğretim mezunlarında olgular için ortalama 23,55±7,96 iken; kontrol grubunda ortalama 14,54±7,22 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.(p<0,01)

Lise mezunları olgular için ortalama 21,26±9,07 iken; kontrol grubunda ortalama 13,46 ±5,98 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.(p<0,01)

Üniversite mezunlarında yeme tutum ölçeklerinden alınan puanlar için istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 6. 14. Medeni durumuna göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
<u>Bekâr (n=40)</u>			
Yeme bozukluğu var	9(%42.9)	2(%10.5)	p<0,05
Yeme bozukluğu yok	12(%57.1)	17(%89.5)	
Toplam	21(%100.0)	19(%100.0)	
<u>Evli (n=147)</u>			
Yeme bozukluğu var	24(%34.3)	6(%7.8)	p<0,01
Yeme bozukluğu yok	46(%65.7)	71(%92.2)	
Toplam	70(%100.0)	77(%100.0)	
<u>Dul-boşanmış(n=39)</u>			
Yeme bozukluğu var	10(%45.5)	1(%5.9)	p<0,05
Yeme bozukluğu yok	12(%54.5)	16(%94.1)	
Toplam	22(%100.0)	17(%100.0)	

Bekâr olguların %42,9’unda kontrollerin ise %10,5’inde yeme bozukluğu vardır(p<0,05). Evli olguların %34.3’ünde kontrollerin ise %7.8’inde yeme bozukluğu vardır (p<0,01). Dul ve boşanmış kişilerin %45.5’inde kontrollerin ise %5.9’unda yeme bozukluğu vardır. Olgu ve kontrol grubu arasında; medeni duruma göre yeme bozukluğu varlığı her üç grup (bekâr, evli, dul-boşanmış) için istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 6. 15. Medeni durumlarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
<u>Bekâr (n=40)</u> ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	20,09±9,35 22 (10-28,5)	16,63±6,75 15 (12-23)	p>0,05
<u>Evli (n=147)</u> ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	20,83±8,51 21 (14-28)	14,39±6,90 12 (9,5-18)	p<0,01
<u>Dul-boşanmış(n=39)</u> ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	21,82±9,78 21 (13-31,5)	14,47±7,67 13 (8,5-18)	p<0,05

Olgu grubunda evli kişilerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 20,83 ±8,51 iken kontrol grubunda ortalama puan 14,39±6,90 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.(p<0,01)

Olgu grubunda dul-boşanmış kişilerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 21,82 ± 9,78 iken kontrol grubunda ortalama puan 14,47±7,67 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p<0,05)

Bekâr kişiler için istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6. 16. Çalışma durumuna göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu N (%)	p değeri
<u>Çalışıyor (n=40)</u>			
Yeme bozukluğu var	21(%37.5)	6(%7.1)	p<0,01
Yeme bozukluğu yok	35(%62.5)	79(%92.9)	
Toplam	56(%100.0)	85(%100.0)	
<u>Çalışmıyor (n=147)</u>			
Yeme bozukluğu var	13(%40.6)	3(%12.5)	p<0,05
Yeme bozukluğu yok	19(%59.4)	21(%87.5)	
Toplam	32(%100.0)	24(%100.0)	
<u>Ara vermiş (n=39)</u>			
Yeme bozukluğu var	9(%36.0)	0(%0)	p>0,05
Yeme bozukluğu yok	16(%64.0)	4(%100.0)	
Toplam	25(%100.0)	4(%100.0)	

Olgu grubunda çalışan kişilerin %37.5’inde yeme bozukluğu vardır. Kontrol grubunda ise bu oran %7.1 dir (p<0,01). Çalışmayan olguların %40.6’sında yeme bozukluğu varken kontrol grubunun %12.5’inde yeme bozukluğu vardır. (p<0,05) Olgu ve kontrol grubunda çalışma durumuna göre yeme bozukluğu varlığı çalışan ve çalışmayan grup için istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çalışmaya ara veren kişiler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 6. 17. Çalışma durumlarına göre olgu ve kontrol grubunun yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu N (%)	p değeri
<u>Çalışıyor (n=141)</u>			
ortalama±sd	20,36±8,76	14,91±6,71	p<0,01
ortanca	19	14	
(25.-75. persantil)	(13-28)	(10-18,85)	
<u>Çalışmıyor (n=56)</u>			
ortalama±sd	21,34±8,90	14,42±8,42	p<0,05
ortanca	23	12	
(25.-75. persantil)	(13-28,5)	(8-19,75)	

Olgu grubunda çalışan kişilerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 20,36±8,76 iken kontrol grubunda ortalama puan 14,91 ±6,71 olarak bulundu. Bu

fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$).

Olgu grubunda çalışmayan kişilerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan $21,34 \pm 8,90$ iken kontrol grubunda ortalama puan $14,42 \pm 8,42$ olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 6. 18. Beden kitle indeksine (BKI) göre olgu ve kontrol grubunda yeme bozukluğu varlığının karşılaştırılması

	Olgu grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	p değeri
<u>Zayıf (n=25)</u>			
Yeme bozukluğu var	9(%52.9)	1(%12.5)	$p>0,05$
Yeme bozukluğu yok	8(%47.1)	7(%87.5)	
Toplam	17(%100.0)	8(%100.0)	
<u>Normal (n=93)</u>			
Yeme bozukluğu var	13(%32.5)	4(%7.5)	$p<0,05$
Yeme bozukluğu yok	27(%67.5)	49(%92.5)	
Toplam	40(%100.0)	53(%100.0)	
<u>Şişman (n=69)</u>			
Yeme bozukluğu var	12(%37.5)	3(%8.1)	$p<0,05$
Yeme bozukluğu yok	20(%62.5)	34(%91.9)	
Toplam	32(%100.0)	37(%100.0)	
<u>Obez (n=39)</u>			
Yeme bozukluğu var	9(%37.5)	1(%6.7)	$p>0,05$
Yeme bozukluğu yok	15(%62.5)	14(%93.3)	
Toplam	24(%100.0)	15(%100.0)	

Beden kitle indeksine göre normal ve şişman kişilerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Olgu grubunda beden kitle indeksine göre normal olan kişilerde yeme bozukluğu %32.5 iken kontrol grubunda %7.5 dir. ($p<0,05$) Beden kitle indeksine göre şişman olan olgularda yeme bozukluğu %37.5; şişman olan kontrollerde ise %8.1 dir. ($p<0,05$)

Olgu ve kontrol grubunda beden kitle indeksine göre zayıf ve obez kişiler arasında yeme bozukluğu daha sık olsa da istatistiksel anlamlılık yakalanamamıştır.

Tablo 6. 19. Beden kitle indeksine (BKI) göre olgu ve kontrol grubunda yeme tutum ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Yeme tutum ölçek puanı	Olgu grubu	Kontrol grubu	P değeri
<u>Zayıf (n=25)</u> Ortalama $\pm$ sd Ortanca (25.-75. persantil)	24,82 $\pm$ 6,66 26 (20,5-29,5)	18,75 $\pm$ 10,31 20,5 (8-24,75)	p>0,05
<u>Normal (n=93)</u> ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	19,02 $\pm$ 8,70 18,5 (12,25-26,75)	15,09 $\pm$ 6,91 13 (9,5-20)	p<0,05
<u>Şişman (n=69)</u> ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	20,81 $\pm$ 10,43 19,5 (11-28,75)	12,83 $\pm$ 5,93 13 (8,5-15)	p<0,05
<u>Obez (n=39)</u> ortalama $\pm$ sd ortanca (25.-75. persantil)	21,30 $\pm$ 7,65 21 (14,75-27,5)	16,33 $\pm$ 6,84 15 (12-17)	p<0,05

Olgu grubunda normal BKI ye sahip kişilerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 19,02 $\pm$ 8,70 iken kontrol grubunda ortalama puan 15,09 $\pm$ 6,91 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Olgu grubunda şişman BKI ye sahip kişilerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 20,81 $\pm$ 10,43 iken kontrol grubunda ortalama puan 12,83 $\pm$ 5,93 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Olgu grubunda obez BKI ye sahip kişilerin yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 21,30 $\pm$ 7,65 iken kontrol grubunda ortalama puan 16,33 $\pm$ 6,84 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.(p<0,05)

Olgu ve kontrol grubunda zayıf BKI ye sahip bireyler için anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6. 20. Olgu grubunda alkol kullanma özellikleri ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin dağılımı (n=113)

Alkol kullanım özellikleri	Yeme bozukluğu var n (%)	Yeme bozukluğu yok n (%)	Toplam n (%)	p değeri
<u>Alkol kullanma süresi</u>				
0-5 yıl	5 (%38.5)	8(%61.5)	13(%100.0)	p<0,05
6-10 yıl	8(%72.7)	3(%27.3)	11(%100.0)	
11-15 yıl	4(%19.0)	17(%81.0)	21(%100.0)	
16 ve üzeri	26(%38.2)	42(%61.8)	68(%100.0)	
<u>Alkol tüketim sıklığı</u>				
Her gün	33(%36.7)	57(%63.3)	90(%100.0)	p>0,05
Haftada 3-5 kez	9(%56.3)	7(%43.8)	16(%100.0)	
Haftada 2 kez ve altı	1(%14.3)	6(%85.7)	7 (%100.0)	
<u>Alkol kullanma miktarı (cc/gün)</u>				
0-120 cc	7(%46.7)	8(%53.3)	15(%100.0)	p>0,05
121 ve üzeri	36(36.7)	62(%63.3)	98(%100.0)	
<u>Alkole başlama yaşı</u>				
24 yaş altı	28(%38.9)	44(%61.1)	72(%100.0)	p>0,05
25-34 yaş	9(%32.1)	19(%67.9)	35(%100.0)	
35 yaş ve üzeri	6(%46.2)	7(%53.8)	6(%100.0)	

Olgu grubunda alkol kullanan kişilerin alkol kullanım süresi ile yeme bozuklukları arasında ilişkiye baktığımızda 0-5 yıl alkol kullanan kişilerin %38.5’inde yeme bozukluğu varken %62.5’ünde yeme bozukluğu yoktur. 6-10 yıl alkol kullanan kişilerin %72.7’sinde yeme bozuklukları varken %27.3’ünde yeme bozuklukları yoktur. 11-15 yıl alkol kullanan kişilerin %19’unda yeme bozukluğu varken %81’inde yeme bozukluğu yoktur. 16 yıl ve üzeri alkol kullanan kişilerin %38.1’inde yeme bozukluğu varken %61.8’inde yeme bozukluğu yoktur.

Olgu grubunda alkol kullanım süresine göre yeme bozukluğu varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu.(p<0,05)

Alkol tüketim sıklığı, alkol kullanma miktarı ve alkole başlama yaşının yeme bozukluğunun varlığına etkisi anlamlı değildir

Tablo 6. 21. Olgu grubunda alkol kullanma özelliklerine göre yeme tutum ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Alkol kullanım özellikleri	Yeme tutum ölçek puanı ortalama±sd ortanca (25.-75. persantil)	p değeri
<u>Alkol kullanma süresi</u>		
0-5 yıl	20,54±8,96 22,00 (11,00-27,50)	p>0,05
6-10 yıl	26,10±10,03 30,00(19,00-34,00)	
11-15 yıl	17,10±7,65 15,00(12,00-22,00)	
16 ve üzeri	21,28±8,67 21,50(14,00-28,00)	
<u>Alkol tüketim sıklığı</u>		
Her gün	21,32±8,76 21,00(14,00-28,00)	p>0,05
Haftada 3-5 kez	21,00±9,16 23,50(10,75-28,75)	
Haftada 2 kez ve altı	15,00±8,52 14,00(7,00-21,00)	
<u>Alkol kullanma miktarı</u>		
0-120 cc	20,6±8,15 20,00(15,00-28,00)	p>0,05
121 cc ve üzeri	20,93±9,00 21,00(13,00-28,25)	
<u>Alkole başlama yaşı</u>		
24 yaş altı	20,58±9,16 21,00(13,00-28,00)	p>0,05
25-34 yaş	20,71±8,02 20,00(14,25-27,50)	
35 yaş ve üzeri	22,92±9,29 25,00(12,00-29,50)	

Alkol kullanma süresi yeme tutum ölçeğinden alınan puan ile ilişkili değildir.

Olgu grubunda her gün alkol kullananların yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 21,32±8,76, haftada 3–5 kez alkol kullananların yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 21,00±9,16, haftada 2 kez ve daha az alkol kullananların yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan 15,00±8,52, dir.

Alkol kullanma sıklığının yeme tutum ölçeğinden alınan puan ile ilişkisi yoktur.($p>0,05$)

Olgu grubunda 0–120 cc alkol kullananların yeme tutum ölçeğinden aldıkları puan $20,60\pm 8,15$ iken 121cc ve üzeri alkol kullananların yeme tutum ölçeğinden aldıkları puan $20,93\pm 9,00$ dur.

Olgu grubunda alkole 24 yaş altında başlayanların yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan $20,58\pm 9,16$, 25-34 yaş arasında başlayanların yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan $20,71\pm 8,02$, 35 yaş ve üzeri yaşta başlayanların yeme tutum ölçeğinden aldıkları ortalama puan $22,92\pm 9,29$ dir. Yeme tutum ölçeğinden aldıkları puan açısından anlamlı bir fark yoktur.

6. TARTIŞMA

Çalışmamızda alkol bağımlısı olan ve alkol bağımlılığı olmayan kişilerde, yeme bozukluğu varlığı değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan kişiler yaş ve cinsiyet açısından benzerdir.

Yapılan literatür taramasında sıklıkla yeme davranış bozuklukları olan kişilerde alkol kullanım durumları değerlendirilmiştir. Yeme bozukluklarının kadınlarda daha fazla görülmesi çalışmaların büyük bir oranının kadınlar üzerinde yapılmasına neden olmuştur. Bizim çalışmamızda ise alkol bağımlısı kişilerde yeme davranış bozuklukları saptanmaya çalışılmıştır. Bu nedenle araştırmamızla benzer nitelikteki araştırmalar az sayıdadır.

Alkol bağımlılığı, oldukça eski tarihlerden beri merak edilip araştırılmakta iken yakın tarihlerden günümüze doğrudan yeme bozuklukları ilgi görmeye başlamıştır. Yeme bozukluklarına ilginin artması; alkol ve madde bağımlılığı ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin araştırılmasını da sağlamıştır. Literatürde konuyla ilgili çeşitli sayıda araştırma bulunmasına karşın ülkemiz için alkol bağımlılığı ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır.

Çalışmamızda; olgu grubunda yeme bozukluğu varlığı %38.1 iken kontrol grubunda ise bu oran %8 olarak bulunmuştur.($p<0,01$). Alkol bağımlılığı olan bireylerde yeme bozukluğu oranı benzer çalışmalarla yakın bulunmuştur. Beary ve arkadaşlarının doğurgan çağdaki kadınlarda, üç aşamada yaptığı çalışmaya; 112 BN, 20 alkol bağımlısı ve alkol bağımlılarıyla yaş olarak eşleştirilmiş 20 BN vakası alınmıştır. Alkol bağımlısı kişiler; 1982–83 yılları arasında Epson Alkolizm Birimi'ne katılan ardışık 40 yaş altı 20 kadındır. Alkol bağımlıları ile yaş olarak eşleştirilen 20 BN'lı kadın ise 1980–84 yılları arası St. George Yeme Bozuklukları Kliniği'ne yatırılan kişilerden oluşmuştur. Bunların dışında aynı kliniğe katılan 112 bulimiya vakası da değerlendirilmiştir. Bu kişilere YTT-40 uygulanmış ve kilo ölçümleri yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede 20 alkol bağımlısı kadının %35'inde yeme bozukluğu, yaş olarak eşleştirilmiş 20 bulimik kadının %50'sinde alkol kullanım sorunu belirlenmiştir. 112 bulimik kadının ise %55.4'ünde alkol kullanım

sorunu saptanmıştır (42 kişi:%37.5 aşırı alkol kullanımı, 30 kişi:%26.8 alkol bağımlılığı) (78).

Goldbloom, Toronto Hastanesi Yeme Bozukluğu Kliniği'ndeki 96 kadın ve Bağımlılık Araştırma Vakfı'ndaki 73 kadın ile aynı anda yaptığı çalışmasında YTT-26 ve alkol kullanım skalası kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda; alkol kötüye kullanım ve bağımlılık sorunu bulunan 73 kadın olgunun 22'sinde (%30.1) ve yeme bozukluğu bulunan 96 kadının ise 25'inde (%26.9) alkol kullanım bozukluğu saptanmıştır. Sözü edilen araştırmalarda bu çalışmada olduğu gibi YTT-26 kullanıldığı için elde edilen sonuçlar birbirine benzerdir (15).

Ülkemizde konuyla ilgili çalışma sayısı çok azdır. Maner ve arkadaşlarının 2002 yılında İstanbul'da alkol veya madde bağımlılığı öyküsü bulunan ve bağımlılık öyküsü bulunmayan kadınlar üzerinde YTT-40 kullanılarak yaptıkları olgu kontrol çalışmasında; olgu grubundaki yeme bozukluğu görülme sıklığı %16.1 iken kontrol grubunda bu oran %2.4 tür (16). Çalışmamızda alkol bağımlısı kadınlar arasında Maner'in çalışmasına oranla daha yüksek sıklıkta yeme bozukluğu bulunmuştur. (%44,4). Bizim çalışmamızda daha yüksek olarak bulunma nedeninin; çalışılan örneklemelerin sosyo ekonomik statülerindeki farktan kaynakladığı düşünülmektedir.

YTT'nden alınan puan kişilerin yeme bozukluğuna yatkınlığının belirleyicisidir. Çalışmamızda olgu grubundaki kişilerin YTT den aldıkları ortalama puan $20,88 \pm 8,86$ iken kontrol grubunun aldığı ortalama puan $14,78 \pm 6,98$ dir. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur

Alkol bağımlılığı ile yeme bozuklukları için eş zamanlılık söz konusudur (14,32). Yeme bozukluğu ve alkol bağımlılığı oluşumu ve gelişiminin temelde bir bağımlılık sorunu olduğu, diyet yapmak ve alkol kullanım davranışlarının gerilim azaltıcı etkisi olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında bu iki bozukluğun bir arada bulunmasına serotonin eksikliğinin de neden olabileceği bildirilmiştir (15).

Bulik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 672 yeme bozukluğu vakası ile çalışılmıştır.(97 AN, 282 BN ve 293 tıknıma tipi anoreksiya). Bu kişilerin 253'ünde (%37.6) alkol kötüye kullanım ve bağımlılığı saptanmış ve alkol bağımlısı bu kişileri 82'sinde (%32) alkol bağımlılığı yeme bozukluğundan önce

başlamıştır.136 kişide(%54) yeme bozukluğu önce başlamış 23 kişide (%9) ise eş zamanlı bir başlama söz konusudur (97).

Bizim çalışmamızda hangi bozukluğun daha önce başladığına yönelik bir saptama yapılmamıştır.

Olgu grubundaki erkeklerin %36.8'inde kontrol grubundaki erkeklerin ise %7.4'ünde yeme bozukluğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Olgu grubundaki kadınların %44.4'ünde kontrol grubundaki kadınların ise %11.1'inde yeme bozukluğu saptanmıştır. Kadınlarda istatistiksel olarak anlamlılık yoktur. Bizim çalışmamızda; kadınlardaki oransal farka rağmen anlamlılığının yakalamamasının nedeninin kadın vaka sayısının azlığından kaynakladığı düşünülmektedir. Erkeklerde rahatlama unsurunun alkol, kadınlarda ise genel olarak yemek olması, kadınların alkol bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatışlarını azaltmaktadır. Bu da hastane bünyesinde yapılan çalışmamızda kadın sayısının azlığının nedenidir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 1998-2002 yılları arasında AMATEM'e (Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) yatırılan 6007 hastanın 3851'i (%64.1) alkol bağımlısı olup bu kişilerin %97.1'i erkektir. Erkekler için oranın bu kadar yüksek çıkmasının nedeni ise alkol kullanımının erkekler için rahatlatıcı olarak görülmesi ve toplumda sosyal olarak kabul edilmesi olarak açıklanmıştır. Kadınlar için ise toplumdan gelen baskı tam tersi yöndedir ve kadınlar alkol kullanımına bağlı olarak daha fazla damgalanmaktadır (98).

Kalyoncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 2002 yılında alkol bağımlılığı için hastaneye yatırılan,26 kadın (%9.3), 254 erkek (%90.7) olmak üzere 280 hasta ile çalışılmıştır. Kadınların tedavi için hastaneye yatışı daha düşük orandadır (99).

Yapılan benzer bir çalışmada ise alkol bağımlısı tedavisi alan 36 kadının tamamı araştırmaya alınırken, 36 erkek bağımlı; 332 alkol bağımlılığı tedavisi alan erkek arasında dokuzda bir olacak şekilde belirlenmiştir (100).

Ülkemizde yapılan benzer çalışmalar dikkate alındığında alkol bağımlılığı tedavisi için hastaneye yatışlar, erkeklerde kadınlara oranla daha fazladır. Bizim çalışmamızda da hastanede tedavi alan kişiler üzerinde yapıldığı için erkek olgular çoğunluğu oluşturmaktadır.(%84.1). Örneklemimizde kadın sayısının az olması kadınlardaki karşılaştırmaların anlamsız çıkmasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Olgu grubundaki erkeklerin YTT' den aldıkları ortalama puan $20,62 \pm 8,96$ iken kadınların aldığı ortalama puan $22,28 \pm 8,42$ dir. Çalışmamızda kadınların YTT' nden daha yüksek puan alması kadınlarda yeme bozukluğunun daha sık görüldüğü bilgisi ile uyumludur.

Çalışmamızda, olgularda yeme bozukluğu varlığı ve YTT' den alınan puan tüm yaş gruplarında kontrol grubuna oranla daha yüksektir. Ancak bu fark sadece 19–29 ve 50–59 yaş grubunda anlamlı olarak bulunmuştur ($p < 0,05$ ve $p < 0,001$). Farkın anlamlı bulunduğu 19–29 yaş grubu için erişkinliğe geçiş, 50–59 yaş grubu için ise yaşlılığa geçiş dönemleri olduğu görülmektedir. Alkol bağımlıları; geçiş dönemleri gibi zor dönemlerinde tüm bağımlılıklara daha yatkın oldukları için yeme bozukluklarına sığınıyor olabilirler. Alkol bağımlılarına bu geçiş dönemlerinde yeme bozukluklarının eşlik ediyor olabileceği düşünülmektedir.

Tüm eğitim durumları için; alkol bağımlısı grupta yeme bozukluğu sıklığı ve YTT den aldıkları puanlar kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında eğitim seviyesi yükseldikçe yeme bozukluğu sıklığı azalmakta YTT'den alınan puan düşmektedir. Ancak istatistiksel anlamlılık ilköğretim ve lise mezunları için bulunmuştur.

Medeni duruma göre her üç kategoride(bekâr, evli, dul-boşanmış) yeme davranış bozukluğu arasındaki fark olgu ve kontrol grubu için anlamlıdır. Olgu grubumuzda bekâr kişilerde %42,9 evli kişilerde %34,3 dul ve boşanmış kişilerde %45,5 oranında yeme bozukluğu saptanmıştır.

Tüm BKI gruplarında olgu grubunda yeme bozukluğu kontrol grubuna göre daha yüksektir. Ama bu fark sadece normal ve şişman bireylerde istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer gruplarda örneklem sayısının düşük olması nedeniyle anlamlı fark

bulunamamıştır.

Yapılan çalışmalar alkolün yeme davranışlarını ve besin seçimini etkilediğini göstermektedir

Üniversite birinci sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada alkol kullanımı, kötü beslenme davranışları ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Kampüste yaşayan 282 (172 kadın) üniversite birinci sınıf öğrencisine besin ve alkol tüketim anketi ile alkol kullanım bozukluğu tanımlama testi uygulanmıştır. Öğrencilerin %32.5' i alkolün iştahlarının artırdığı %39' u ise alkol aldıktan sonra daza az ve sağlıksız gıda seçtiklerini bildirmişlerdir (101).

Çalışmamızda alkol bağımlılığı olan kişilerde sigara kullanımı %92 alkol bağımlılığı olmayan kişilerde ise %61.6 olarak saptanmıştır. Pektaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; alkol bağımlılığı tedavi programını tamamladıktan sonra nüks eden evli, eşi ile birlikte yaşayan 40 erkek alkol bağımlısı olguları, bir kez hastaneye yattıktan sonra nüks etmeyen evli, eşi ile birlikte yaşayan 40 erkek alkol bağımlısı ise kontrolleri oluşturmuştur. Alkol bağımlılığı nüks eden kişilerin % 100'ünde sigara kullanımı varken, bu kişilerin eşlerinde ise %55 oranında sigara kullanımı saptanmıştır. Nüks etmeyen grupta sigara kullanımı %70, eşlerinin sigara kullanımı ise %25'tir (102).

Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada ise; her gün alkol kullandıklarını belirten üniversite son sınıf öğrencilerinin %80'i haftada birkaç kez alkol kullananların ise %64'ü sigara içmektedir. Alkol almayan kişilerde ise sigara kullanımı %42'dir (103).

. Ülkemizde askerler üzerinde yapılan bir araştırmada sigara kullananların %60.6' sını sigara kullanmayanların ise % 26.5' i alkol kullanmaktadır. Bir iki yıldır sigara içicisi olanların %47.3' ü alkol kullanmakta iken, 5 yıldan uzun süredir sigara içicisi olanlarda bu oran %68.5' e yükselmektedir. (104)

Yapılan başka bir çalışmada ise alkol ve madde bağımlılığı tedavisi alan 166 ergende tedavi süresince sigara kullanımı %90' dan %64'e düşmüştür.(105)

Ulusal ve uluslar arası çalışmalarda da sonuçlar bizim araştırmamızla benzerlikler göstermektedir.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

- 1) Çalışmamızda alkol bağımlısı kişilerde alkol bağımlılığı olmayan kişilere göre yeme bozukluğu varlığı yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,01$). Kişilerin alkol kullanımını artırmak için gıda tüketimlerini azaltmaları ya da sadece alkol kullanımı esnasında az miktarda gıda tüketimleri zaman içerisinde yeme bozukluğu olarak kendini göstermiş olabilir. Bu nedenle alkol bağımlılığı tedavisi alan kişiler yeme bozukluğu açısından değerlendirilmeli ve tedavi gören kişilere beslenme eğitiminin verilmesi gerekliliği düşünülmektedir.
- 2) Bağımlılık tedavisi esnasında beslenme durumu değerlendirilen ve ileri düzeyde beslenme bozukluğu saptanan kişilere psikolojik tedavi ile birlikte beslenme tedavisi uzman bir ekip tarafından sağlanmalıdır.
- 3) Alkol bağımlılığı ile ilgili araştırmalar sıklıkla tedavi olmayı isteyen kişiler üzerinde yapılmaktadır. Alkol bağımlılığı olan kişilerde yeme bozukluğu varlığı tedavi olan ve olmayan tüm bağımlıları kapsadığı zaman bulduğumuz orandan daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir. Bu iki hastalık için, toplum temelli genel bir araştırma ve bilgilendirme birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık personeline uygulanacak kısa süreli eğitimle sağlanabileceği düşünülmektedir. Böylece daha çok olguya erkenden ulaşılabilmesi ve hastalıkların ilerlemesinin önüne geçilebileceği düşünülmektedir.
- 4) Alkol bağımlılığı, sigara kullanımı ve yeme bozuklukları birliktelik göstermektedir. Bunların, birlikte bulunma hallerinin birbirlerini etkileme nedenleri, şekli, sıklığı üzerinde durulmalıdır.
- 5) Alkol bağımlılığı ve yeme davranış bozuklukları arasındaki ilişkinin nedenlerinin ve seyrinin aydınlatılması uygun tedavi yöntemleri geliştirilmesine yardımcı olacaktır.
- 6) Aile ilişkilerinin, sosyal-kültürel değişkenlerin, genetik nedenlerin, kişilik özelliklerinin, sosyal olayların ve çevresel etmenlerin araştırılacağı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

- 7) Bu kişilerin faydalanabileceği; uzman kadrolardan oluşan (psikolog, psikiyatrist, diyetisyen.) sosyal destek merkezleri kurulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Kuruoğlu AÇ, Arıkan Z. (1995). Yeme bozukluklarında genel bir gözden geçiri. *3P Dergisi*, 3: 7–22.
- 2) Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N, Pekcan G, Besler T, Aksoy M, Kutluay Merdol T, Keçecioğlu S, Mercanlıgil SM. (2002). Diyet El Kitabı. Hatipoğlu Yayınevi, 4.Baskı, s59–63.
- 3) Tolstrup K. (1990). Incidence and causality of anorexia nervosa seen in a historical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 361: 1-6.
- 4) Akyüz G. (1999). Yeme Bozukluklarının Psikanalitik Açıklamaları, Yeme Bozuklukları Yaz. 155–160.
- 5) Uğur M. (2008). Yeme bozukluklarının tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi Özel*, 1(1): 1–7.
- 6) Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). DSM-IV. Çeviren: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- 7) Yapıcı A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 11. Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- 8) Muhtar N. (2003). Alkol Bağımlılarında Bağlanma, Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- 9) Mırsal H, Kalyoncu A. (2000). Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 4: 22-30.
- 10) Cuijpers P, Smith F.(2001). A comparison of the family history research diagnostic criteria versus a single- question method. *Addictive Behaviors*, 26(5): 741-748.
- 11) Smith-Dijulio K. (1998). People Who Depend Upon Substances of Abuse : Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, Varcalaris EM (Ed) WB Saunders Company, Philadelphia, s749-756.
- 12) Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- 13) Baysal A, Baş M. (2007). Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayınları. 1: 202–234
- 14) Grilo MC, Sinha R, O'Malley SS. (2002). Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol res health* 26: 151-160.

- 15) Goldbloom DS, Naranjo CA, Bremner KE, Hicks LK. (1992). Eating disorders and alcohol abuse in women. *Br J Addict*, 87: 913-920.
- 16) Maner F, Erkıran M, Hantaş Y. (2004). Alkol ve alkol dışı bağımlılığı olan kadınlarda yeme bozuklukları. *Bağımlılık Dergisi*, 5: 12-15.
- 17) CASA. (2003). The National Center On Addiction And Substance Abuse At Columbia Univercity. Food For Thought-Substance Abuse And Eating Disorders. Newyork.
- 18) Becker A, Grinspoon S, Klibanski A, Herzog D. (1999). Current concepts: Eating disorders. *N Engl J Med*, 340: 1092-98.
- 19) Granillo BA, Rodriguez G, Carvajal S. (2005). Prevalence of eating disorders in latina adolescents: associations with substance use and other correlates. *J Adolesc Health*, 36: 214-20.
- 20) Kjelssas E, Bjornstrom C, Götestam G. (2000). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behavior*, 5: 13-25.
- 21) Tunaboylu-İkiz T.(1999). Yeme bozukluklarının rorschach testi ile değerlendirilmesi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. İzmir, 4: 261-266.
- 22) Sadock BJ, Sadock VA. (2005). Yeme Bozuklukları Kaplan And Sadock's Concise Textbook Of Clicinical Psychiatry 9th Ed. Lippincott Williams And Winkins'den Çeviren Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, İstanbul. 302-308
- 23) Özdel O, Ateşci F, Oğuzhanoğlu NK. (2003). Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14: 153-159.
- 24) Kaya N, Çilli AS. (1997). Anoreksiya nervosa. *Genel Tıp Dergisi* 7: 107-110.
- 25) Russel G.F.M. (1970).Anorexia Nervosa: Its Identity as an illness and its treatment. In J.H. Price(Ed.). *Modern Trends in Psychological Medicine*, 2, 131 - 164.
- 26) Gürdal A. (1997). Yeme Bozuklukları Tanı Ölçütleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları. Ankara, 31-38.
- 27) Gürdal A. (1999). Yeme bozuklukları ve tedavisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(1): 21-27.
- 28) American Psikiyatri Birliği (1980). Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders III. Baskı (DSM-III). Washington DC.
- 29) Amerikan Psikiyatri Birliği (1989). DSM-III-R. Çeviren: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

- 30) Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). DSM-IV-TR. Çeviren: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- 31) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu(1993). Türkiye Sinir ve Ruh Sağliğı Derneği Yayını, Ankara, 167-170.
- 32) Kınık E. (1997). Ergen Hekimliğinde Yeme Bozuklukları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliğı Derneği Yayınları:1 Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları Ankara, 22–30.
- 33) Cinemre B, Çelikkol A. (1999). Yeme bozuklukları: epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 4(2): 137–154.
- 34) Hoek HW, Hoeken DV(2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int. J. Eating Disorders*, 34: 383–396.
- 35) Emül HM, Güler Ö. (2008). Erkeklerde anoreksiya nevroza. *Psikiyatri Dergisi Özel*, 1(1): 76–80.
- 36) Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of finnish twins. *PLoS One* 4(2): 4402.
- 37) Lucas AR, Crowson CS, O’Fallon WM, Melton LJ. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 26: 397-405.
- 38) Yeşilbursa D. (1990). Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervoz, Bulimiya Nervoz ve Beden İmgesi Değerlendirmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 39) Bordo S. (2004). Unhbeatable weight, feminism western culture and the body tenth edition. *University Of California Pres*, California
- 40) Öztürk O. (1994). Ruhsal Etkenlere Bağlı Olan Fizyolojik İşlev veya Yapı Bozuklukları II. Ruh Sağliğı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 354-362.
- 41) Koptagel- İlal G. (2000). Psikonevroz Psikosomatik Psikoterapi. Yeme Bozuklukları, İstanbul Üniversitesi Yayın No. 4211, AB Ofset Basın Yayın Matbaacılık İstanbul, 99-109.
- 42) Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KK, Kaplan AS. (2005). Symptom fluctuation in eating disorders; correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry*, 162-732-740.

- 43) Beumont PJV. (1995). The Clinical Presentation Of Anorexia And Bulimia Nervosa. In Eating Disorders And Obesity, The Guilford Pres, Newyork, 27:151-158.
- 44) Fairburn GC(1995). Physiology of Anorexia Nervosa. In: Eating disorders and obesity. The Guilford Pres, Newyork, 44:251–254.
- 45) Goldbloom DS, Kennedy SH. (1995). Medical Complications of Anorexia Nervosa. In: Eating disorders and obesity, The Guilford Pres, Newyork, 47: 266-269.
- 46) Yazgan Y, Yazgan Ç.(1999). Yeme bozukluklarında medikal- psikiyatrik değerlendirme: Tedavi yaklaşımları. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 4(2): 233-241.
- 47) Gürdal A. (1999). Anoreksiya nervoza tedavisinde karşılaşılan güçlükler. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 4(2): 243-255.
- 48) Kocabaşoğlu N. (2001). Yeme bozuklukları. *Yeni Symposium*. 39(2): 95-99.
- 49) Russell G. (1979). Bulimia Nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9(3): 429-448.
- 50) Parry-Jones B, Parry-Jones WL. (1995). History of Bulimia and Bulimia Nervosa. In: Eating disorders and obesity. The Guilford Pres, Newyork, 26: 145-150.
- 51) Andersen AE, Yağır J. (2001). Eating Disorders. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry eight'h Edition, 1: 2002-2021.
- 52) Ghazal N, Agoup E, Moussooui D, Battas Ö. (2001). Prevalence of bulimia among secondary school students in Casablanca. *Encophole* 27(4): 338-342.
- 53) Hoek HW, Bartelds AI, Bosveld JJ, Van Der Groaf Y, Limpensve, Maiwald M, Spoorj CJ. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 152(9): 1272-1278.
- 54) Granfinkel PE, Lin E, Goering P, Speff C, Goldbloom Ds, Kebbedy S, Kaplan AS, Woodside DM. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 152(7): 1052-1058.
- 55) Olesti Baiges M, Pinal Mareso JL, Martin Vengara N, De-La Fuente Garcia M, Riera Sole A, Boforull Bosch JM. (2008). Prevalance of anoreksia nervoza, bulimiya nervoza and other eating disorders in a adolescent girls in Reus. *Am Pediatr* , 68(1): 18-23.

- 56) Bhugra D, Mastrogianni A, Maharoj H, Harvey S. (2003). Prevalence of bulimic behaviours and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad And Barbados. *Transcultural Psychiatr*, 40(3): 409-428.
- 57) Hay PJ, Mond J, Buttner P, Darby A. (2008). Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia *PLoS ONE*, 3(2): e1541.
- 58) Polat A, Yücel B, Genç A, Meteris H. (2005). Bir grup üniversite öğrencisinde yeme davranışı özellikleri: Bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Dergisi Arşivi*, 42(1-4): 5-8.
- 59) Büyükkal MB. (1995). Duygudurum Spektrumunda Yeme Bozukluklarının Yeri, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 60) Siyez DM, Uzbaş A. (2006). Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni Symposium Journal*, 44(1): 37-43.
- 61) Birmingham Cl, Bone S. (2004). Pancreatitis causing death in bulimia nervosa. *Int. J. Eating Disorders* 36(2): 234-237.
- 62) Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. (2005). New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: Detection of false negatives. *Eur Psychiatry*. 20(2):173-178.
- 63) Öztürk F. (2000). Alkol Bağımlıları ve Opiyat Bağımlılarında Panik Bozukluğu Yaygınlığının Araştırılması ve Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 11. Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- 64) Tunaboğlu-İkiz T, Kalyoncu ÖA, Beyazyürek M, Tezel-Eti F. (1999). Do alcoholics have specific responses to the Rorschach Test. 41st International Institute on the Prevention and Treatment of Dependencies’de sunulmuş bildiri, Kahire, Mısır.
- 65) İncesu C. (1993). Alkol Bağımlılarında Tabloya Eşlik Eden Mizaç, Anksiyete ve Kişilik Bozuklukları. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Adli Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- 66) Güleç C, Köroğlu E. (1998). Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, 1. baskı.
- 67) Güleç C, Köroğlu E. (1997). Alkol Kullanımı ile İlgili Bozukluklar, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, MedicoGraphics, 265-268.
- 68) Arıkan Z, Coşar B.(1996). Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış, *Kriz Dergisi*, 4(2): 81-91.

- 69) Evren EC, Çakmak D.(2001). Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi, *Düşünen Adam*: 14(3):142-149
- 70) Wilsnack SC, Wilsnack RW. (2001). Epidemiology of women's drinking. *J Subst Abuse Treat* 3:133-157 , (Bağımlılık Dergisi,2(1))
- 71) Helzer JE. (1991). Epidemiology of alcohol addiction. Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction. Miller NS (ed). New York, 1991
- 72) Arıkan Z, Coşar B, Işık A (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. III. Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayısı, Alkol Madde Bağımlılığı. 4(2): 93-100
- 73) Türkcan A. (1999). Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4): 310-318
- 74) Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Kokkevi A, Morgan M, Narusk A. ESPAD. (1995). (European School survey Project on Alcohol and Other Drugs). Alcohol And Other Drug Use Among Students In 26 European Countries.
- 75) Strober M, Freeman R, Bower S, Rigali J. (1996). Binge eating in anoreksiya predicts later onset of substance use disorder: a ten-year prospective, longitudinal follow-up of 95 adolescents. *J Youth Adolesc*, 25: 519-532.
- 76) Davis C. (2001). Addiction and eating disorders. *Psychiatr Times*. 18:2
- 77) Davis C, Claridge G. (1998). The eating disorders as addiction: A psychobiological perspective. *Addict Behav*, 23: 463-475.
- 78) . Beray MD, Lacey JH, Merry J. (1986). Alcoholism and eating disorders in women of fertile age. *Br J Addict*, 81: 685-689.
- 79) İlhan MN, Özkan S, Aksakallı FN, Durukan E, Maral I. (2006). Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*, 8:3.
- 80) Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, Sigman G, Ammerman S, Hoberman HM.(1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *J Adolesc Health*. 420-437.
- 81) Bushnell JA, Wells JE, McKenzie JM, hornblow AR, Oakley-Browne MA, Joyce PR. (1994). Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. *Psychol medicine*. 24(3): 605–611.
- 82) Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren M P. (1994). Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord*, 16:1-34.
- 83) Lacey JH, Mourel E.(1986). Bulimic Alcoholics: Some features of a clinical sub-group. *Br J Addict*, 81: 389-393.

- 84) Dansky SB, Brewerton TD, Kilpatrick DG.(2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Survey. *Int J Eat Disord*, 27: 180-190.
- 85) Corcos M, Nezelof S, Speranza M. (2001). Psychoactive substance consumption in eating disorders. *Eat Behavior*, 2: 27–38.
- 86) Franko DL, Dorer DJ, Keel PK. (2005). How do eating disorders and alcohol use disorders influence each other. *Int. J. Eat Disord*, 38: 200–207.(Abstract).
- 87) Pisetsky EM, May Chao BY, Dierker LC, Alexis M. May AM, Striegel-Moore RH. (2008). Disordered eating and substance use in high-school students: Results from the youth risk behavior surveillance system. *Int J Eat Disord* 41:464–470
- 88) Krug Í, Pinheiro AP, Bulik C, Murcia SJ, Granero R, Penelo E, Masuet C, Agüera Z, Aranda FF. (2009). Lifetime substance abuse, family history of alcohol abuse/ dependence and novelty seeking in eating disorders: Comparison study of eating disorder subgroups psychiatry and clinical *Neurosciences*, 63: 82–87
- 89) Krug Í, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, Bernardo M, Granero R, Karwautz A, Nacmias B, Penelo E, Rica V, Sorbi S, Tchanturia K, Wagner G, Collier D, Fernández-Aranda F. (2008). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study, *Drug and Alcohol Dependence*, 97:169–179
- 90) Schuckit MA, Tipp JE, Anthenelli RM, Buchalz KK, Hesselbrock VM, Nurnberger JI. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol dependent men and women and their relatives. *Am J Psychiatry* 153:74-82
- 91) Krahn DD, Kurth CL, Gomberg E, Drewnowski A. (2005). Pathological dieting and alcohol use in college women- a continuum of behaviors. *Eating Behaviors* 6; 43-52
- 92) Royal colleges of Physicians, Psychiatrists, and General Practitioners. (1995) Alcohol and the heart in perspective: Sensible limits reaffirmed. Report of a joint working party. *J Royal Coll Physicians London*, 29:266-71.
- 93) Department Of Health. (1995). Sensible Drinking: Report Of An Inter-Departmental Working Group. London: Department of Health, External Link
- 94) Garner DM, Garfinkel PE (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9:273-279.

- 95) Savaşır I, Erol N.Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi, *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7(23): 19-25.
- 96) Smith AI, Thesis A (2005). Abnormal Eating Attitudes And Behaviors Among Undergraduate College Students: The Influence Of Low Carbohydrate Dieting Trends. Master Of Family And Consumer Science.
- 97) Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, Hamli KA, Strober M, Woodside B, Crow S, Mitchell JE, Rotondo A, Mauri M, Cassano GB, Keel PK, Berrettini WH , Kaye WH. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter studydisorders: *J Clin Psychiatry* 65:7; 1000-1007.
- 98) Evren EC, Saatçioğlu Ö, Evren B, Yapıcı A, Çakmak D. (2003). Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4: 96-100.
- 99) Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal H, Ünsalan N, Beyazyürek M. (2003). Alkol bağımlılarında grup etkileşimi ile sosyodemografik-klinik özellikler arasındaki ilişkilerin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:201-207.
- 100) Pektaş Ö, Kalyoncu A, Mırsal H, Beyazyürek M. (2001). Alkol bağımlılarında sosyodemografik değişkenler, klinik özellikler ve tedavi sonuçlarının cinsiyetler arasındaki farklılıklarının incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1): 25-29.
- 101) Lloyd-Richardson EE, Lucero ML, Dibello JR, Jacobson AM, Wing RR. (2008). The relationship between alcohol use, eating habits and weight change in college freshmen. *Eating Behaviors*, 9: 504-508.
- 102) Pektaş Ö, Mırsal H, Kalyoncu A, Tiryaki A, Beyazyürek M. (2002). Alkol bağımlılığında nüks ve eş tutumlar. *Bağımlılık Dergisi*, 3: 2
- 103) Yıldırım İ. Sigara alkol ve uyuşturucu kullanan üniversite öğrencilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1997:13:147-155
- 104) Bakır B, Özer M. Tümerdem N, Kır T, Selim Kılıç S, Hasde M. (2003). İstanbul ve Ankara'daki bir grup askerin alkol kullanım sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* 45(3): 221 - 227
- 105) Myers MG, Doran MN, Brown SA. (2007). Is cigarette smoking related to alcohol use during the 8 years following treatment for adolescent alcohol and other drug abuse? *Alcohol Alcohol*, 42(3): 226–233.

EK 1

**ALKOL BAĞIMLILIĞI OLAN VE OLMAYAN KİŞİLERDE YEME
BOZUKLUKLARININ SAPTANMASI ÇALIŞMASI ANKET FORMU**

Tarih:

Tel:

1) Adı Soyadı:

2) Yaş :

3) Cinsiyet:

a. Kadın

b. Erkek

4) Medeni Hali:

a. Bekâr

b. Evli

c. Dul/boşanmış

5) Eğitim Durumu:

a. Okur-yazar değil

b. Okur-yazar

c. İlkokul mezunu

d. Ortaokul mezunu

e. Lise mezunu

f. Üniversite mezunu

g. Lisansüstü

6). Mesleğiniz:

7). İşinize devam etme durumunuz?

a. Halen çalışıyorum

b. Geçici bir süre ara verdim

c. Çalışmıyorum

8). Kim veya kimlerle yaşıyorsunuz ?

9). Ne kadar süredir alkol kullanıyorsunuz?

- a. 0–2 yıl
- b. 3–5 yıl
- c. 6–10 yıl
- d. 11–15 yıl
- e. 16 yıl ve üzeri

10) Alkol kullanmaya kaç yaşında başladınız?

11) Alkol alma sıklığınız nedir.

- a. Hergün
- b. Haftada en az 5 kez
- c. Haftada 3–4 kez
- d. Haftada 1–2 kez

12) Tek seferdeki alkol tüketim miktarınız nedir?

13) Alkolle birlikte devam eden herhangi bir bağımlılığınız var mı?

- a. Sigara
- b. Eroin
- c. Uçucu madde(esrar, kokain...vb).

14) Aylık net geliriniz ne kadardır?

- a. 0-500 YTL
- b. 501-1000YTL
- c. 1001-1500 YTL
- d. 1501-2000YTL
- e. 2001-3000YTL
- f. 3001-5000YTL
- g. 5000 VE ÜZERİ

EK 2**YEME TUTUM TESTİ**

Adı Soyadı:

Tel:

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

	Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1). Şişman olmaktan çok korkarım						
2). Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım						
3). Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4). Çatlayıncaya kadar yemek yerim						
5). Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.						
6). Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
7). Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
8). Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim						
9). Yedikten sonra kusarım						
10). Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım						
11). Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler						
12). Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
13). Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.						
14). Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır						
15). Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer						
16). İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım						
17). Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir						
18). Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm						
19). Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır						
20). Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar						
21). Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım						

EK 2 devam

	Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
22). Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissedirim						
23). Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim						
24). Midemin boş olmasını severim						
25). Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						
26). Yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim						

EK 3

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/1474
Konu :

Sayın : Öğr. Gör. Dr. Pınar AY

30.11.2007

MAR-YÇ-2007-0232 protokol nolu “ Alkol bağımlısı olan ve olmayan kişilerde yeme davranışı bozukluğu” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

20.09.2007

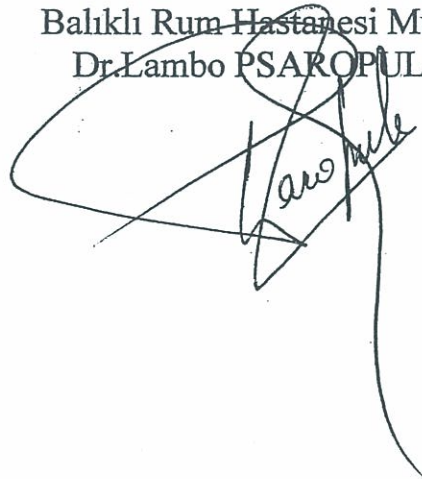
T.C

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine devam eden Hatice Koçak isimli öğrencinizin tez çalışması için hastanemiz bünyesinde bulunan psikiyatri servisinde yatan alkol almış veya alan kişilerle iletişim kurmasına ve tez çalışması için gereken uygulamaları yapmasına izin verilmiştir.

Balıkli Rum Hastanesi Psikiyatri (Psikiyatri)
Klinik Şefi
Prof.Dr. Mansur BEYAZYÜREK

Balıkli Rum Hastanesi Müdürü
Dr.Lambo PSAROPULOS



EK 5

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

Proje Adı: Alkol Bağımlılığı Olan ve Olamayan Kişilerde Yeme Davranışı Bozuklukları

Merhaba,

Ben Hatice KOÇAK, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencisiyim ve Balıklı Rum Hastanesinin diyetisyeniyim.

Araştırmamız alkol bağımlılığı tanısı Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV (DSM- IV). tanı ölçütleri dikkate alınarak konmuş kişiler ve bu kişilere benzer özellikler gösteren kişilerde yeme davranışı bozukluklarının saptanması amacıyla yapılacaktır. Araştırma süresinde ve bitiminde kesinlikle kişisel bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırma sırasında yeme bozukluğu saptanan kişilere gereken tıbbi yardım sağlanacaktır. Araştırma kapsamında herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilceğiniz ve bunun tedavi sürecinizi etkilemeyeceği bildirilir yardımlarınız ve ilginiz için teşekkür ederim

Dyt. Hatice KOÇAK

EK-6

KATILIMCI ONAY FORMU

Proje Adı: Alkol Bağımlılığı Olan ve Olamayan Kişilerde Yeme Davranışı Bozuklukları

Alkol tedavisi için başvurduğum Balıklı Rum Hastanesi diyetisyeni Hatice KOÇAK tarafından "Alkol Bağımlılığı Olan ve Olmayan Kişilerde Yeme Davranışı Bozuklukları" konulu araştırma hakkında bilgilendirildim ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:.....

Adres:.....
.....
.....
.....

Telefon:.....

e-posta:@.....

İmza:.....

Araştırmacı

(imza).

Tanık

(imza).

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hatice	Soyadı	KOÇAK
Doğum Yeri	Kayseri	Doğum Tarihi	10.06.1984
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	42829642030
E-mail	dyt.haticekocak@mynet.com haticekocak84@hotmail.com	Tel	0212-5471600 (255). 0536-2071554

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı	2009
Lisans	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Beslenme Ve Diyetetik Bölümü	2006
Lise	Alanya Ayşe Melahat Erkin Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın).

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl).
1.	Diyetisyen	Balıklı Rum Hastanesi Vakfı	2006-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	İyi

- Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı (2005 yılında).	61,367	61,273	61,179

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft office (word-powerpoint).	Çok iyi
SPSS	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

SERTİFİKALAR :

- 1) Prof. Dr. Ayşe Baysal Beslenme Eğitimi ve Araştırma Vakfı Özendirme Ödülü
06.Haziran 2006
- 2) Obezite diyetisyenliği katılım sertifikası 15 Nisan 2006
- 3) Diyabet diyetisyenliği katılım sertifikası 10 Mayıs 2006