

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN TİP 2
DİYABETLİ BİREYLERDE YEME BAĞIMLILIĞI İLE
DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
SAPTANMASI**

(Yüksek Lisans Tezi)

SELİN AKBULUT

Referans no: 10576361

EDİRNE – 2023

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Aydan ERCAN

**BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN TİP 2
DİYABETLİ BİREYLERDE YEME BAĞIMLILIĞI İLE
DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
SAPTANMASI**

(Yüksek Lisans Tezi)

SELİN AKBULUT

EDİRNE – 2023

TEŞEKKÜR

Öncelikle eğitim sürecinde ve tez dönemimin her aşamasında ilgi ve desteğini benden esirgemeyen çok değerli danışmanım Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Aydan ERCAN'a ve bölümdeki diğer tüm hocalarıma, anket ve ölçekleri uygulamam için yardımcı olan ve bu aşamayı benim için keyifli bir süreç haline getiren Mudanya 1 Nolu Mütareke Aile Sağlığı Merkezi hekimlerine ve tüm çalışanlarına, emeğini hiçbir zaman esirgemeyen ve vermiş olduğu destek ile bu süreci kolaylaştıran eşim ve meslektaşım Dyt. Batuhan Akbulut'a, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
SAĞLIK.....	3
TİP 2 DİYABET.....	4
YEME BAĞIMLILIĞI.....	5
GEREÇ VE YÖNTEMLER	16
BULGULAR.....	23
TARTIŞMA.....	65
SONUÇLAR	75
ÖZET	79
SUMMARY	80
KAYNAKLAR	82
ÖZGEÇMİŞ.....	96

SİMGE VE KISALTMALAR

ALT	: Alanin Aminotrasferaz
AST	: Aspartat Aminotransferaz
BDÖ-11	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
BKI	: Beden Kütle İndeksi
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSM-IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın Dördüncü Revizyonu
DSM-V	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın Beşinci Revizyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HDL	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
LDL	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
TSH	: Tiroid Stimülan Hormon (TSH)
TURDEP-I	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TURDEP-II	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması
YFAS	: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği
YFAS 2.0	: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'nin Yeni Versiyonu

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıklı olmayı “*yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamaktadır (1,2). Sağlığın temelinde yeterli ve dengeli beslenme bulunmaktadır (3). Sağlıklı beslenmenin obezite, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve bazı kanser türleri gibi birçok hastalığın önlenmesinde etkisi olduğu bilinmektedir (4).

İnsülin direnci ve β hücre yetmezliğinin bir kombinasyonu sonucu oluşan tip 2 diyabet, kontrol sağlanamadığında akut ve kronik komplikasyonlara yol açarak morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir (5-7). Diyabetli birey sayısı ülke genelinde ve dünyada hızla artmaya devam etmektedir (8).

Multifaktöriyel bir hastalık olan tip 2 diyabet için sağlıksız beslenmenin bir sonucu olan obezitenin önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Obezitenin artan prevalansı, obezite ile ilişkili olduğu düşünülen yeme bağımlılığı teriminin önemini arttırmıştır (9). Biyolojik ihtiyaç olmadan, besinlerin tadı, kokusu ve diğer duyuşsal özellikleri nedeniyle iştahta meydana gelen artma ve besini tüketirken alınan zevk besin tüketim kontrolünü sağlamayı zorlaştırmaktadır (10). Özellikle şeker ve yağ açısından zengin, işlenmiş besinler aşırı yeme ile ilişkili bulunmuştur (11).

Yeme bağımlılığının tedavisinde, kişinin davranışının altında yatan sebebin bilinmesi ve sebebe yönelik tedavi planı uygulanması gerekmektedir. Yeme bağımlılığının etiyolojisinde dürtüsellik faktörünün etkisi büyük görünmektedir (12). Dürtüsel bireylerin haz ve ödüle yönelik bir çaba içerisinde olduğu, yeme davranışı üzerinde kontrol sağlayamadığı

ve yüksek kalorili besinlere karşı koyamadığı bilinmektedir. Obezite ve dürtüsellik üzerine yapılan çalışmalarda, artmış dürtüsellik düzeyinin aşırı yemek yemeye ve kilo alımına etkisi olduğu görülmüştür (13,14). Literatürde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki pozitif yönlü ilişkiyi destekleyen çalışmalar mevcuttur (15-20). Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ve artan dürtüsellik ile obezite arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (21).

Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışma bir aile sağlığı merkezine başvuran tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla planlanmış olup çalışma bulgularının literatüre destek vermesi beklenmektedir.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı olmayı “*yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamaktadır. Sağlığın temel insan haklarından biri olduğu ve tüm insanların sağlık kaynaklarına erişiminin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (1,2).

Sağlığın temelinde yeterli ve dengeli beslenme bulunmaktadır. Besinlerin yapısındaki besin öğelerinin herhangi biri alınmadığında veya vücudun ihtiyacından daha az ya da çok alındığında sağlık bozulabilmektedir (3). Sağlıklı beslenmenin obezite, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve bazı kanser türleri gibi birçok hastalığın önlenmesinde etkili olduğu bilinmektedir (4).

Günümüzde kalp hastalıkları, inme, kanser ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar sürekli olarak artmakta ve ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır (22). Kronik hastalıkların oluşumunda tütün kullanımı, aşırı alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, obezite, yüksek kan basıncı, yüksek kan şekeri ve anormal düzeyde kan lipidi rol oynamaktadır (22,23). Bu risk faktörlerinden beslenme, tütün kullanımı, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite gibi değiştirilebilir olanların kontrolü büyük önem taşımaktadır. Kronik hastalıkların erken tanısının konulup erken tedaviye alınması bireyi ve toplumu korumaktadır (24).

TİP 2 DİYABET

Tip 2 diyabet, insülin direnci ve β hücre yetmezliğinin bir kombinasyonu sonucu oluşan hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. İnsülin direnci, insüline yanıtın azalması veya dokularda duyarlılığın azalması şeklinde oluşmaktadır. Tip 2 diyabetin oluşumunda ailede diyabet öyküsü, obezite, sağlıklı beslenme tarzı, fiziksel inaktivite, yaş artışı, hipertansiyon, etnik köken, bozulmuş glikoz toleransı, gestasyonel diyabet öyküsü rol oynamaktadır. Tip 2 diyabet tüm diyabetlilerin %90'ını oluşturmaktadır. Çoğunlukla 30 yaş ve üzerinde ortaya çıkmakta iken son yıllarda artan obezite sebebiyle çocukluk ve adolesan döneminde de görülmeye başlamıştır (6,7).

Diyabetli birey sayısı obezite, hareketsiz yaşam, çevresel ve genetik faktörler gibi sebeplerle ülke genelinde ve dünyada hızla artmaya devam etmektedir. Uluslararası Diyabet Fedarasyonu tarafından tanımlanan 10. Uluslararası Diyabet Atlası verilerine göre dünyada diyabet prevalansı kadınlarda %10,2, erkeklerde %10,8 olarak belirlenmiştir (8). Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I) sonuçlarına göre diyabet prevalansı %7,2 olarak saptanmıştır (25). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II) sonuçlarına göre ise 2010 yılında Türk erişkin toplumunda diyabet prevalansının %13,7'ye (yaklaşık 6,5 milyon kişi) ulaştığı görülmüştür. TURDEP-I sonuçları ile kıyaslandığında son 12 yılda diyabet sıklığının %90 arttığı görülmektedir (26). Aytekin ve ark. (27) yapmış olduğu çalışmada ise Türkiye'de diyabet prevalansının 2015 yılında %21'e yükseldiğini bildirmiştir.

Diyabet, kontrol sağlanamadığında akut ve kronik komplikasyonlara yol açan ve morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkileyen çok ciddi bir sağlık sorunudur (5). Bu sebeple tüm yetişkinlerin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi son derece önem taşımaktadır. Vücut ağırlığı ne olursa olsun ≥ 35 yaş olan kişilere 3 yılda bir; en az bir risk faktörü ve beden kütle indeksi (BKI) ≥ 25 kg/m² olan kişilere daha erken ve daha sık aralıklarla tarama yapılması önerilmektedir (7).

Diyabet yönetiminde bir ekip çalışması gerekmektedir. Ekip üyeleri olan hekim, diyetisyen, hemşire ve diğer sağlık çalışanları uzmanlık alanları ile ilişkili olarak tedaviye katılarak ve diyabetin kontrol altında tutulmasını sağlamaktadır (28). Diyabetin önlenmesinde, teşhis ve tedavisinde birinci basamak sağlık hizmetleri büyük rol oynamaktadır. Birinci basamak sağlık çalışanları hastaları diyabet risk faktörleri açısından değerlendirip önleyici tedbirler almakta, diyabeti olan hastalarda komplikasyonları önlemek için gerekli tedaviyi uygulamakta ve hastaların rutin takibini yapmaktadır. Aile hekimi gerekli gördüğü

durumlarda, hastayı nefroloji, göz, kardiyoloji vb. bölümlere sevk etmektedir (5). Diyabet yönetiminin bir diğer önemli unsuru olan ve diyetisyenlerden sağlanan tıbbi beslenme tedavisinin metabolik kontrol üzerindeki etkisinin çok büyük olduğu bilinmektedir. Diyabetik bireyin beslenmesini etkileyebilecek etmenler net olarak bilinmeden beslenme alışkanlıklarında kalıcı değişikliklerin sağlanması mümkün görünmemektedir. Bu sebeple bireyin beslenme alışkanlıklarını ve altında yatan etmenleri iyi belirlemek ve buna yönelik beslenme önerileri oluşturmak glisemik kontrolün sağlanması açısından faydalı olacaktır (28).

Multifaktöriyel bir hastalık olan tip 2 diyabet için sağlıklı beslenmenin bir sonucu olan obezitenin önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Obezitenin artan prevalansı, obezite ile ilişkili olduğu düşünülen yeme bağımlılığı teriminin önemini arttırmıştır (29). Obez bireylerde, obez olmayanlara göre daha fazla hedonik açlık görüldüğü ve hedonik açlık ile zayıf glisemik kontrol arasında anlamlı ve doğrusal bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (30). Tip 2 diyabetli bireylerde yapılan çalışmada yeme bağımlılığı ile BKİ arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmış, glikolize hemoglobin (HbA1c) düzeyinin yeme bağımlılarında istatistiksel olarak önemli düzeyde yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığının glisemik kontrolü zorlaştırdığı sonucuna varılmıştır (31). Sarısoy ve ark. (32) ise yüksek dürtüsellik düzeyinin morbid obezite gelişimine sebep olabileceğine vurgu yapmıştır. Literatür incelendiğinde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (15,18). Raymond ve Lovell'in (21) tip 2 diyabetli bireylerde yapmış olduğu çalışmada dürtüsellik düzeyi ile BKİ arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Yeme bağımlılığı olan bireylerin daha yüksek BKİ'ye sahip olduğu görülmüştür. Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

YEME BAĞIMLILIĞI

Bağımlılık, bireyler üzerindeki tüm olumsuz etkilerine rağmen maddelerin kullanılması, kullanılmaya başlandıktan sonra kişinin alımı durdurmada sıkıntı yaşaması ve alımın kesilmesi durumunda yoksunluk belirtilerine yol açması ile karakterize kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Madde alınmadığında bireyleri hem psikolojik hem de bedensel olarak zor duruma düşürmekte ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Beyin yapıları, genetik özellikler, çevresel ve kişiye bağlı etkenler bağımlılık gelişiminde önemli rol oynamaktadır (33,34).

Bağımlılık kavramı son yıllarda sadece maddelerin kötüye kullanımıyla ilgili olanları değil, birçok aşırı davranış türünü de içerecek şekilde genişletilmiştir. Bireylerde egzersiz, alışveriş, internet, cinsel davranışlar, aşırı yeme gibi davranışsal bağımlılıklar da oluşabilmektedir. Son yıllarda giderek daha popüler hale gelen yeme bağımlılığı kavramı, bazı besinlerin (yüksek oranda işlenmiş, çok lezzetli ve yüksek kalorili besinler) bağımlılık yapıcı etkiye sahip olabileceği fikrine dayanmaktadır (35,36).

Yeme bağımlılığı terimi ilk kez 1956'da Theron Randolph tarafından tanıtılmıştır. Bağımlılık ve yeme davranışı arasındaki ilişki araştırılmış olsa da yeme bağımlılığını sistematik olarak inceleme ve tanımlama 2000'li yılların başına kadar yapılmamıştır. Obezite ve tıknırcasına yemenin dopaminerjik sinyalizasyonda neden olduğu değişikliklerin ve besinlerin beyindeki ödül merkezlerinde meydana getirdiği hiperaktivasyon bulgularının uyuşturucu kullananlarla benzer bulunması konuya olan bilimsel ilgiyi arttırmıştır. Bu sebeple 2009 yılından bu yana yeme bağımlılığı kavramını araştıran yayınların sayısında ciddi bir artış gözlenmiştir (37). Yeme bağımlılığı araştırmaları; 20. yüzyılın ortalarında obezite, 1980'lerde anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza, 1990'larda çikolata, 2000'lerde tıknırcasına yeme sendromu üzerine odaklanmıştır. Sonraki süreçte yapılan hayvan ve nörogörüntüleme çalışmaları yeme bağımlılığı ve obezite arasındaki ilişkiyi güçlendirmiş ve yapılan çalışmalar tekrar obezite üzerinde yoğunlaşmıştır (36).

Yeme bağımlılığı kavramının kabul edilmesi noktasında görüş ayrılıkları bulunmaktadır. Yeme ve madde bağımlılığının, beyinde benzer etkiler oluşturmaları sebebiyle yemek yemenin bağımlılık oluşturabileceğini savunanlar olduğu gibi madde bağımlılığının tanımlayıcı özelliklerinin beslenme davranışında görülemeyeceği gerekçesiyle bu kavramı desteklemeyen araştırmacılar da bulunmaktadır (38). Yeme bağımlılığı kavramını desteklemeyen araştırmacılar yaşamın devamı için beslenmenin bir zorunluluk olduğunu ve besin maddelerini bağımlılık yapıcı olan maddeler olarak tanımlamanın doğru olmadığını belirtmektedirler. Yemek yemek ve cinsellik gibi davranışların doğal ödülleri olduğunu ve bu sebeple madde bağımlılıklarıyla aynı şekilde değerlendirilmesinin doğru olmadığını ileri sürmektedirler. Bütün besinlerin bağımlılığa neden olmadığına, özellikle tuzlu, yağlı, şekerli ve katkı maddeleri içeren besinlerin bu etkilerinin daha fazla olduğuna dikkat çekmektedirler (39).

Yeme Bağımlılığı Etiyolojisi

Yeme bağımlılığı tanılarının yaygınlık oranı sağlıklı bireylerde yaklaşık %3 ile %20 arasında, obez bireylerde yaklaşık %20 ile %50 arasında, tip 2 diyabetli bireylerde yaklaşık %29 ile %70 arasında bulunmuştur. Yeme bozukluğu olan bireylerde ise bu oranının yaklaşık %60 olduğu görülmüştür. Anoreksiya nervoza hastaları %70, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan hastalar %80 ve bulimia nervoza hastaları %95 oranında yeme bağımlılığı tanısı da almıştır. Tıkanırcasına yeme/çıkarma tipi anoreksiya hastalarında, kısıtlayıcı tip anoreksiya hastalarına göre daha fazla yeme bağımlılığı görülmüş ancak yine de kısıtlayıcı tip anoreksiya hastalarının da yarısından fazlası yeme bağımlılığı teşhisi almıştır. İlginç bir şekilde şiddetli yeme bağımlılığı tanılarının, orta veya hafif yeme bağımlılığı tanılarından daha yaygın olduğu görülmüştür (21,31,40).

Yeme bağımlılığının etiyolojisinde beyin ödül sistemindeki bozuklukların rolü iyi bilinmektedir. Madde bağımlılığı ve diğer davranışsal bağımlılıklar ile dürtüsellik arasında da ilişki gösterilmiştir. Dopaminerjik sistemde meydana gelen bozulmalar ve dürtüsellik ile olan ilişkisi nedeni ile genetik faktörlerin rolü de araştırılmıştır. Yeme bağımlılığının etiyolojisindeki bir diğer önemli etken ise psikolojik faktörler olarak belirtilmiştir. Aşırı yeme, olumsuz duygu durumları ile mücadelede kullanılan bir yöntem olarak görülmektedir (12). Bilişsel kontrol mekanizmalarında meydana gelen bozulmalar, edimsel koşullanma ve çevresel faktörler de yeme bağımlılığının oluşumunda rol oynayabilmektedir (11).

Beyin ödül sistemi: Enerji dengesinin homeostatik olmayan düzenlenmesi, beyin ödül sistemine dayanmaktadır. Beyin ödül sistemi dopaminerjik, serotojenik, opioid ve endokanabinoid sistemi içermektedir. Bu sistemlerdeki genetik farklılıklar besinlerin ödül değerini etkilemektedir. Bu sistemler birbiriyle etkileşim halinde olduğu gibi homeostatik mekanizmalarla da etkileşim içerisindedir. Yeme eyleminin başlangıcı genellikle homeostatik olmayan mekanizmaları içerirken, yemek boyutu ve sonlandırma homeostatik mekanizmalar tarafından kontrol edilmektedir (41-43).

Besinlerin lezzeti ve besinden alınan zevk gibi durumların etkisi olmadan sadece vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için biyolojik ihtiyaç kadar tüketilmesi homeostatik açlık olarak tanımlanmaktadır. Hedonik açlık ise homeostatik olmayan açlık olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik ihtiyaç olmadan, besinlerin kokusu, tadı gibi duyuşal özellikleri sebebiyle iştahta meydana gelen değişim ile ilişkili olduğu bilinmektedir (10).

Besinin görüntüsü, kokusu, reklamının yapılması gibi dış tetikleyiciler ya da duygu durumu veya ödül olarak değerlendirilebilecek deneyimler gibi iç tetikleyiciler hedonik beslenmenin temelini oluşturmaktadır. Bu tetikleyici unsurlar açlık olarak yanlış yorumlanmakta ve fiziksel ihtiyaç dışında besinlere yönelim artmaktadır. Şeker ve yağ açısından zengin, işlenmiş, lezzetli besinler homeostatik mekanizmaları geçersiz kılarak obeziteye neden olabilmektedir. Obez bireylerin kilo vermede ve sağlıklı bir kiloda kalmada karşılaştığı zorluklar hedonik beslenme ile ilişkilendirilmektedir (10,44).

Dopaminerjik sistemin, bağımlılık gelişiminde önemli bir rolü bulunmaktadır. Dopaminerjik yollardan bir tanesini oluşturan mezokortikolimbik yolak, mezolimbik ve mezokortikal yolların birleşiminden meydana gelmektedir. Mezokortikal yolak ventral tegmental alandan, prefrontal kortekse uzanırken; mezolimbik yolak ventral tegmental alandan, ventral striatum, amigdala ve hipokampüse uzanmaktadır. Bir başka dopaminerjik yol olan nigrostriatal yolak orta beyindeki substansiya nigra ve dorsal striatum arasında uzanmaktadır. Bu sistemlerde ana nörotransmitterin dopamin olduğu bilinmektedir. Bağımlılığa yol açan maddeler gibi kumar, internet kullanımı, alışveriş ve yeme gibi davranışlar da beyinde dopamin salınımı arttırarak bu sistemleri aktifleştirmektedir. Lezzetli besinlerin tüketimiyle ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronlardan sentezlenen dopamin; nukleus akkumbens, prefrontal korteks ve amigdalaya projeksiyonlar göndermektedir. Mezokortikolimbik yolak ve bağlantılı beyin yapılarındaki bozukluklar bağımlılık oluşumuna sebep olmaktadır (45). Aşırı lezzetli besinlerin tekrarlanan alımı, madde bağımlılarında görüldüğü gibi D2 reseptörlerinin downregülasyonuna sebep olmakta ve bireyin ödüle duyarlılığında azalma meydana getirmektedir. Ödüle karşı geliştirilen bu tolerans, ödül eşiğini arttırmaktadır. Bu durum bireylerin lezzetli besin tüketirken aldığı zevki azaltmakta ve bireyleri aşırı besin tüketimine yöneltmektedir. Sonuç olarak yeme eylemi bir zorunluluk halini almakta ve yeme bağımlılığı bir döngü şeklinde devam etmektedir (46).

Serotonerjik sistemin de dopaminerjik sistem gibi yeme bağımlılığı oluşumu üzerinde önemli bir rolü mevcuttur. Serotonin düzeyindeki artış, besin alımının azalmasına neden olurken azalmış serotonin seviyesi, besin alımını teşvik etmektedir (42). Serotonin veya 5-hidroksitriptamin sentezinin, diyetdeki triptofanın varlığına bağlı olduğu bulunmuştur. Yüksek karbonhidrat ve düşük proteinli yemekler, düşük karbonhidrat ve yüksek proteinli yemeklere kıyasla 5-hidroksitriptamin sentezini daha fazla artırarak ruh halini olumlu yönde etkilemektedir (47).

Endojen opioidler mezokortikolimbik sistemde görev almakta ve lezzetli besinlere duyulan isteği ve besinin ödül değerini arttırmaktadır. Böylelikle lezzetli besin alımının modülasyonunda rol oynamaktadır. Propiomelanokortin, proenkefalin ve prodinorfin öncül maddelerinden elde edilen endojen opioidler; μ , δ ve κ opioid reseptörlerine bağlanarak etkilerini göstermektedir. Propiomelanokortinin parçalanmasından beta endorfin, proenkefalinden enkefalin ve prodinorfinden dinorfin elde edilmektedir (41,45).

Endokannabinoidlerin, kanabinoid reseptör tip 1 ve kanabinoid reseptör tip 2 reseptörlerine bağlanabilen vücut tarafından sentezlenen yağlar olduğu bilinmektedir. Vücutta açlık durumunda sentezlenerek besin alımının teşvik edilmesinde rol oynamaktadır. Endokannabinoid sistem, kilo almaya neden olan yeme mekanizmalarını etkileyerek obezitenin artmasına yol açabilmektedir (48). Endokannabinoid sistemin, genetik olarak obez bireylerde aşırı şekilde aktif olduğu bilinmektedir. Bu durum besine duyulan isteği ve besinin ödül değerini arttırmaktadır. Hedonik açlık, aşırı yeme ile sonuçlanmaktadır (49,50).

Bilişsel kontrol: Karar alınmasında, ödül sisteminde, besin tüketiminin başlatılması veya durdurulmasında bilişsel kontrol rol oynamaktadır. Nukleus akkumbens, medial prefrontal korteks gibi beyin bölgelerinden uyarılar almaktadır. Obezitede medial prefrontal korteksin bozulmuş fonksiyonunun bireylerde öz denetimi azalttığı ve bireylerin aşırı yemeye karşı kendini frenleyememesine yol açtığı görülmüştür (11,44). Aşırı besin tüketimi sonucu oluşan obezitenin bilişsel kontrolü zayıflatabileceği gibi bilişsel kontrol mekanizmalarında meydana gelen bozulmaların da obeziteyi tetikleyebileceği bilinmektedir. Obezite ve bilişsel kontrol arasındaki çift yönlü ilişki belirsizliğini korumakta ve araştırılmaya devam edilmektedir (43).

Yeme eylemi ile yemenin sonucu arasında beyinde bir ilişki kurulmaktadır. Besinle tekrar karşılaşıldığında, beklenen sonuç aynı zamanda hedef ise aşırı besin tüketimine engel olmak zorlaşmaktadır. Bilişsel kontrolü sağlamak için besinlerin sağlık üzerine uzun süreli etkilerine odaklanarak hedonik açlık ile mücadele etmek gerekmektedir (43).

Genetik faktörler: Obezitenin %60 oranda genetik faktörlerle ilişkili olduğu ve aracı mekanizmalardan birisinin de yeme bağımlılığı olabileceği düşünülmektedir (40). D2 reseptörlerinin sayısı düşük olan bireylerin obezite ve madde bağımlılığına yatkınlığı olduğu

kanıtlanmıştır. Bu durumda kişi ödül ihtiyacını karşılayabilmek için aşırı yeme davranışı göstermekte ve yeme dürtüsüne engel olamayan bireylerde obezite riski oluşmaktadır (51).

Yüksek karbonhidrat içeren besinlere karşı olan ilginin, ailesinde alkol bağımlılığı olan bireylerde daha fazla olabileceği saptanmıştır. Yüksek oranda yağ ve şeker içeren besinlerle beslenen gebe ratların yavrularında, serbest beslenen ratların yavrularına göre bu besinlere daha fazla yönelme olduğu görülmüştür (40).

Çevresel faktörler: Obezogenik çevre kavramı ise 1990'lı yıllarda başlamış, ev ve iş yerinde kilo almaya sebep olan ortam şeklinde tanımlanmıştır. Günümüzde besinlerin büyük porsiyonlarda hazırlanabilen, yemesi kolay, lezzetli, enerjisi fazla ve tatlandırılmış şekilde olduğu görülmektedir (52).

Yüksek tuz, şeker ve yağ içeriği nedeniyle lezzetli veya aşırı lezzetli olarak adlandırılan besin türlerinin yeme bağımlılığı oluşturma potansiyelinin yüksek olduğu bilinmektedir. Lezzetli besinlerden alınan zevk ile dopamin salınımı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bu tür besinlerin aşırı tüketimi madde bağımlılığına benzer şekilde D2 reseptörlerinin downregülasyona sebep olmaktadır. Yemekten elde edilen hedonik zevk, sinirsel alışkanlık nedeniyle azalmakta ve ödül beklentisi artmaktadır. Birey besinlerden daha az zevk almaya ve yiyecek için artan bir arzu yaşamaya başlamaktadır. Bu durum aşırı besin tüketimi ile sonuçlanmaktadır. Aşırı lezzetli besinlere karşı her bireyin aynı tepkileri göstermemesi genetik faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bazı bireyler aşırı yemeye eğilimli olabilmektedir (11,51,53).

Lezzetli bir yiyeceğin tadı, kokusu gibi bireyleri yemek yeme konusunda tetikleyen sinyaller besin çağrılarını olarak adlandırılmaktadır. Bu sinyaller besinin ödüllendirici değerini değiştirebilmektedir. Besinle ilgili beklentiler tüketim isteğini etkileyebileceği gibi besinin tüketiminin ardından duyulan beğeniye de etkileyebilmektedir. Besin çağrılarının iştahı arttırarak besin alımı üzerinde etkili olabileceği ancak beslenme davranışı üzerindeki etkilerinin kişiler arasında farklılık gösterebileceği bilinmektedir. Obez bireylerin zayıf bireylere göre besin çağrılarına daha güçlü tepkiler verdiği bilinmektedir (43).

Besin çağrılarına maruz kalan bireylerde besine karşı şiddetli bir arzu oluşabilmektedir. Tatlı veya karbonhidrat açısından zengin yiyeceklerle duyulan aşırı istek yeme bağımlılığına ve dolayısıyla artan BKİ'ye sebep olabilmektedir. Örneğin, bir çikolatanın görüntüsü istek uyandırabilmekte ve zihinde çikolata hayal edildiğinde bu istek şiddetli bir arzuya

dönüşebilmektedir. Bellekte yiyecek görüntülerinin korunması besin çağrılarını olmadan da şiddetli bir arzu hissetmeyi mümkün kılmaktadır (11,43).

Edimsel koşullanma: Edimsel koşullanma bireyin yeme davranışının yeme bağımlılığına dönüşüm sürecini açıklamaya yardımcı olmaktadır. Birey besinin ödüllendirici yönleriyle motive olmakta ve iyi ruh halini deneyimlemektedir (Pozitif pekiştirme). Zaman ilerledikçe olumlu hislerde azalma olmakta ve kaçış davranışları başlamaktadır. Bu kaçış deneyimi kötü ruh halini beraberinde getirmektedir. Birey olumsuz hislerden ancak aşırı yeme ile kurtulabilmektedir (Negatif pekiştirme) (11).

Duygu durumu: Duygu durumu, bireylerin besin seçimini etkileyebilmektedir. Stresli dönemlerde genellikle aşırı yemek yemenin yaygın bir davranış olarak ortaya çıktığı ve bireyin hızla rahatlamasını sağlayacak besin arayışına girdiği bilinmektedir. Bu süreçte sıklıkla olumsuz duyguları giderdiğine ve olumlu duyguları arttırdığına inanılan stres azaltan yiyecekler tercih edilmektedir. Yüksek karbonhidrat içerikli besinlerin tüketimi beyindeki serotonin seviyesini yükselterek kişinin ruh hali iyileştirebilmektedir (54).

Ödül duyarlılığı ile aşırı yeme arasındaki nedenselliğin yönü belirsizliğini korumaktadır. Bir yandan artan ödül duyarlılığı, dopamin ve opioid aktivasyonunu ortaya çıkaran yoğun enerjili besinleri tüketmek gibi zevkli faaliyetlere yönelik motivasyonu artırarak aşırı yemeye yol açmaktadır. Öte yandan azalmış ödül duyarlılığı, bireylerin dopamin işlevini artırmak için kendi kendine ilaç verme biçimi olarak ödüllendirici faaliyetler aramasına neden olmaktadır. Bu durumda yeme bağımlılığı davranışı ödül eksikliği sendromunun bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (51).

Stres yeme ataklarına ve lezzetli yiyecekleri arzulamaya sebep olabilmektedir. Lezzetli besinlerin tüketimi sonlandırılmaya çalışıldığında vücutta yoksunluk belirtileri gözlenecek ve bağımlılık bir döngü halinde devam edecektir. Düşük kilolu veya normal kilolu bireyler, olumsuz duygular yaşadıklarında daha az besin tükettiklerini bildirirken, aşırı kilolu bireyler daha fazla besin tükettiğini belirtmiştir. Depresyon ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise yeme bağımlılığı ölçeğinden yüksek puan alan bireylerin, yeme bağımlılığı bulunmayan bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek depresyon seviyeleri gösterdiği görülmüştür (11).

Dürtüsellik: Düşünmeden hareket etme eğilimi olarak tanımlanmaktadır. İçsel veya dışsal uyaranlara hızlı ve planlanmamış tepkiler göstermeye yatkınlık olarak ifade edilmektedir. Dürtüsel kişiler genellikle duygu odaklı, mantık ve gerçeklikten uzak kimseler olarak nitelendirilmektedir (55). Sabırsızlık, dikkatsizlik, risk alma, heyecan arama ve dışa dönüklük gibi özellikler ile kendini gösteren dürtüsellik zihnini çabuk toplayamama ile ilişkilendirilmektedir (56). Dürtüsellik tek başına psikiyatrik bir tanı olmamak ile birlikte dikkat eksikliği, borderline kişilik bozukluğu ve hiperaktivite bozukluğu gibi bazı psikiyatrik bozukluklarla ve saldırganlık, madde kullanımı, kumar gibi bazı riskli davranışlarla ilişkili bulunmuştur. Dürtüsellik plan yapamama (düşünmeden hareket), motor aktivasyon (aniden hareket) ve dikkat (odaklanmadan hareket) olmak üzere 3 bölümde incelenmektedir. Plan yapamama dürtüsellliği, gelecek odaklı olmama ve plansız olma; motor dürtüsellik, düşünmeden eyleme geçme ve acele yanıtlar; dikkatte dürtüsellik, konsantrasyon sorunları ve zihinde uçuşan düşünceler gibi özelliklere karşılık gelmektedir (56,57).

Dürtüsellğin birçok psikiyatrik bozukluğun önemli bir klinik özelliği olduğu bilinmektedir. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), dürtüsellliği ölçmek için en çok kullanılan ölçeklerden biridir. Ölçek, 30 alt maddeden oluşmaktadır. Katılımcının alacağı puan ne kadar yüksekse dürtüsellik düzeyi de o kadar yüksek kabul edilmektedir. Dikkatle ilişkili dürtüsellik, plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik ve motor dürtüsellik olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. (58) tarafından 2008 yılında yapılmıştır.

Dürtüsellğin tedavisinde psikoterapötik yaklaşım ve farmakolojik tedaviden bahsedilmektedir. Psikoterapötik yaklaşım; içgörü yönelimli psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi ve beklemedik olayların yönetimini kapsamaktadır. Farmakolojik tedavide ise lityum, valproat, karbamazepin, topiramat, antidepresanlar, atipik antipsikotipler, klozapin, olanzapin, ketiyapin, betaadrenerjik antagonistler kullanılmaktadır (56).

Dürtüsel bireylerin haz ve ödüle yönelik bir çaba içerisinde olduğu, yeme davranışı üzerinde kontrol sağlayamadığı ve yüksek kalorili besinlere karşı koyamadığı bilinmektedir. Obezite ve dürtüsellik üzerine yapılan çalışmalarda artmış dürtüsellik düzeyinin aşırı yemek yemeye ve kilo alımına etkisi olduğu görülmüştür (13,14). Dürtüsel bireyler, ağırlık kaybı için gereken davranış değişikliklerine uyumda zorluk yaşamaktadır (59).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca BDÖ-11'in alt ölçekleri olan dikkat

dürtüsellığı, motor dürtüsellik ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik ayrı ayrı incelendiğinde de yeme bağımlılığı ile pozitif ilişkisi bilinmektedir (15,60). Raymond ve Lovell'in (21) tip 2 diyabetli bireylerde yapmış olduğu çalışmada yeme bağımlılığı ve artan dürtüsellik ile obezite arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

Yeme Bağımlılığının Tanısı

Madde bağımlılığı için tanı kriterleri Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ile tanımlanmaktadır. Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın dördüncü revizyonunda (DSM-IV) madde bağımlılığı için tanı kriterleri şu şekilde belirtilmiştir: aynı etkileri elde etmek için artan miktarlarda madde tüketmek veya aynı miktarların sürekli kullanımıyla azalmış etkiler yaşamak olarak tanımlanan tolerans; madde tüketilmediğinde yoksunluk semptomları; maddenin daha fazla miktarlarda veya amaçlanandan daha uzun bir süre kullanılması; madde kullanımını azaltmaya yönelik başarısız teşebbüsler; maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için artan çaba; yaşamdaki sosyal aktivitelerin azaltılması veya bırakılması; maddenin neden olduğu veya şiddetlendirdiği fiziksel veya psikolojik zararlara rağmen maddenin kullanımı (37).

Yeme bağımlılığının değerlendirilmesinde standart bir ölçü sağlamak amacıyla 2009 yılında, DSM-IV kriterleri referans alınarak Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS) geliştirilmiştir (61). Bayraktar ve ark. (62) tarafından 2012 yılında Türkçe geçerliliği alınmıştır. Son 12 ay içinde fazla yağlı ve şekerli besinlere karşı bağımlılık benzeri yeme davranışlarını ölçmekte kullanılan ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Klinik anlamlılığın sağlanmasına ek olarak 7 tanısal ölçütten en az 3 tanesinin karşılanması gerekmektedir. Klinik anlamlılık, olumsuz sonuçlarına rağmen bireyin yeme davranışını denetleyememesi olarak tanımlanmaktadır (17,61).

2013 yılında, DSM-IV revize edilerek Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci revizyonu (DSM-V) oluşturulmuştur. DSM'nin revize edilmiş versiyonunda, DSM-IV'teki madde kullanım bozukluğu kriterlerine şu maddeler eklenmiştir: madde kullanımına bağlı olarak temel görev ve yükümlülüklerini yerine getirememesi; madde kullanımının neden olduğu veya şiddetlendirdiği sosyal veya kişiler arası sorunlara rağmen madde kullanımına devam etmesi; fiziksel olarak tehlikeli durumlarda madde kullanımı; madde kullanımına yönelik şiddetli istek ya da dürtü. Ayrıca bağımlılık; hafif (iki veya üç semptomun varlığı), orta (dört veya beş semptomun varlığı) ve şiddetli (altı veya daha fazla

semptomun varlığı) olmak üzere derecelendirilmiştir (37). DSM-V’te beslenme ve yeme bozukluğu bölümünde yeme bağımlılığı kavramı ile madde bağımlılığının benzerlik gösterdiği belirtilmiştir (12). Gearhardt ve ark. (63) tarafından 2016’da DSM-V kriterleri dikkate alınarak YFAS’ın yeni versiyonu (YFAS 2.0) geliştirilmiştir. Ölçek 11 tanısıl ölçüt ve 35 maddeden oluşmaktadır. DSM-V tanı kriterlerine benzer şekilde iki veya üç semptom hafif yeme bağımlılığını, dört veya beş semptom orta derecede yeme bağımlılığını ve altı veya daha fazla semptom şiddetli yeme bağımlılığını göstermektedir (40).

Yeme Bağımlılığının Tedavisi

Yeme bağımlılığı tedavisi ve madde bağımlılığı tedavisinin benzerlik gösterdiği noktalar bulunmaktadır. Bağımlılık tedavilerindeki hedefler; davranışı tetikleyen unsurları belirlemek, bireyleri değişimin mümkün olabileceğine inandırmak, dürtü kontrolünü sağlamak ve bu davranışın yerine zevk veren farklı davranışlar geliştirmektir. Psikoterapinin asıl amacının dürtülerle başa etmek ve dürtüleri kontrol altına almaktır (12).

Bağımlılık tedavisinde, kişinin davranışının altında yatan sebebin bilinmesi ve sebebe yönelik tedavi planı uygulanması son derece önemli görünmektedir. Yeme bağımlılığının tedavisinde yeme bozukluklarının da değerlendirilmesi ve öncelikle bu durumlar için kanıta dayalı tedavilerin uygulanması gerekmektedir (12,64).

Bireylerin olumsuz duyguları kontrol edebilmek amacıyla yeme eylemini bir aracı olarak kullandığı bilinmektedir. Yeme bağımlılığının tedavisinde duygusal yemenin mutlaka engellenmesi ve bireylerin yeme eylemi dışında zevk veren farklı eylemlere yönlendirilmesi gerekmektedir. Yeme bağımlısı bireyler sadece çikolata, cips, kola, pizza gibi besinlerden değil düzenli olarak yapılan fiziksel aktiviteden de zevk alabilmektedir. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, beyindeki dopamin reseptörlerinin sayısını arttırmakta ve bireylere zevk vermektedir (48).

Yeme bağımlılığının tedavisindeki amaç, hedonik açlık ile homeostatik açlığı ayırt edebilmek ve hedonik açlık durumunda besin alımının durdurulmasını sağlayabilmektir. Yeme bağımlısı bireylerin besine karşı aşırı istek uyandıracak tetikleyici sinyallerden kaçınması yeme davranışının kontrolüne fayda sağlayacaktır. Aç kalmak besine duyulan isteğin artmasına ve kontrolsüz yemeye sebep olacağından bu durumun engellenmesi gerekmektedir (65).

Yeme bağımlılığının tedavisi konusunda henüz fikir birliğine varılamadığı görülmektedir. Bazı araştırmacılar yeme bağımlılığı teşhisi koyulan bireylerin aşırı lezzetli besinleri tüketmemesi gerektiğini savunurken, bazıları lezzetli besinlerin ölçülü bir şekilde tüketilebileceğini savunmaktadır (64).

Yeme bağımlılığının tedavisi için geliştirmiş bir ilaç olan ribonamantının, hayvanlar üzerindeki etkisi denenmeye devam edilmektedir. Obezite ve bağımlılık tedavisinde kullanılabilecek farklı ilaçlar üzerine de çalışılmaya devam edilmektedir (65). Yeme bağımlılığının bireylerde depresyon ve anksiyete geliştirdiği durumlarda ilaç müdahalesinin önemi çok büyük olmaktadır. İlaçlar, anksiyete ve depresyonun kontrol altına alınmasına ve özellikle serotonin geri alım blokörleri iyi ruh halinin korunmasına destek olmaktadır (12).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Mudanya 1 Nolu Mütareke Aile Sağlığı Merkezi'ne 01.08.2022-09.09.2022 tarihleri arasında müracaat eden 18-75 yaş arası tip 2 diyabet tanısı almış tüm bireyler çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Belirtilen tarihler arasında kontrol için gelen 18-75 yaş aralığındaki diyabet hastalarından gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; Mudanya 1 Nolu Mütareke Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmamak, tip 2 diyabet tanısı almamış olmak, 18-75 yaş aralığında olmamak, okuma ve yazma bilmiyor olmak, kendi işini göremiyor olmak, akli melekeleri yerinde olmamak, anketi cevaplamak için gönüllü olmamak, gebe veya emzikli olmak, anketi tam olarak cevaplamamış olmaktır. Çalışmaya 18 yaşından küçük bireylerin dahil edilmeme sebebi tip 2 diyabetin daha çok yetişkin bireylerde görülmesi, 75 yaşından büyük bireylerin dahil edilmeme sebebi ise çoğunluğunun anketi cevaplayamayacak sağlık durumunda olması ve aile sağlığı merkezine gelen 75 yaş üzeri birey sayısının çok az olduğu bilgisinin önceden alınmasıdır. Bu sebeple araştırma yapılabilecek ve veri toplanabilecek en geniş aralık olarak 18-75 yaş arası bireyler tercih edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN GENEL PLANI

Bu çalışma için, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 14.02.2022 tarihinde 03/12 nolu karar ile Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın yapılabilmesi ve kan parametrelerinin

kullanılabilmesi için gerekli izin Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır (Ek-2). Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amaçları açıklanarak bilgi verilmiş ve onam formu okunmuştur (Ek-3). Bireylere demografik özelliklerini, genel bilgilerini, yaşam biçimlerini, yeme tutum ve davranışlarını sorgulayan anket formu uygulanmıştır. Katılımcıların yeme bağımlılığı durumunu saptamak için YFAS, dürtüsellik düzeyini saptamak için ise BDÖ-11 uygulanmıştır. Kullanılan anket formu ve ölçekler Ek-4'te sunulmuştur. Vücut ağırlığı, boy uzunluğu, boyun, göğüs, bel ve kalça çevresi ölçümleri araştırmacı tarafından alınmıştır. Kan parametrelerinin çalışmada kullanılmasına onay veren tip 2 diyabet hastalarının, hekim tarafından rutin izlenen kan parametreleri kaydedilmiştir.

ANTROPOMETRİK VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Obezitenin değerlendirmesinde en bilinen yöntem BKİ değeri olmasına karşın bu bulgu kas oranı yüksek olduğu için ağırlığı fazla olan bireylerde veya zayıf olup yağ oranı yüksek bireylerde doğru sonucu vermeyeceği için tartışmalıdır (66). Bu sebeple vücut ağırlığı ve boy uzunluğuna ek olarak boyun, göğüs, bel ve kalça çevresi ölçümleri de araştırmacı tarafından alınmıştır. Veriler kullanılarak BKİ, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı hesaplanmıştır.

Vücut Ağırlığı

Ankete katılan kişilerin ağırlıklarını ölçmek amacıyla hassas Grundig markalı dijital yer baskülü kullanılmıştır. Ölçüm yapılırken; ayakların çıplak olmasına, kıyafetlerin mümkün olduğunca ince olmasına ve ceplerde ağırlık yapacak eşyaların bulunmamasına özen gösterilmiştir. Katılımcılardan basküle ayaklarını dengeli bir şekilde yerleştirerek dik ve sabit şekilde durmaları istenmiştir. Yapılan ölçüm araştırmacı tarafından kaydedilmiştir (67).

Boy Uzunluğu

Boy uzunluğu, bireyler dik pozisyonda, ayaklar çıplak ve bitişik, baş Frankfurt düzleminde tutularak, 0,1 cm duyarlılıktaki mezura ile ölçülmüş ve yapılan ölçümler araştırmacı tarafından kaydedilmiştir (67).

Beden Kütle İndeksi

Beden kütle indeksi, kişinin kilosunun (kilogram cinsinden) boyunun karesine (metre cinsinden) bölünmesi ile hesaplanmıştır. Beden kütle indeksi sınıflandırmasında DS 'n n verileri esas alınmıştır. Bireylerin BKİ değeri 18,5 m² ve altında ise zayıf, 18,5-24,9 m² arasında ise normal, 25-29,9 m² arasında ise hafif şişman, 30-34,9 m² arasında ise 1.derece obez, 35-39,9 m² arasında ise 2. derece obez, 40 m² ve üzerinde ise 3.derece obez olarak değerlendirilmiştir (68).

Bel  evresi

Bel  evresi kişi ayakta iken, en alt kaburga kemiği ile kalça kemik çıkıntısının (iliak) tam ortasından ölçülmüştür.  l  m yapılan kişilerden midelerini kasmamaları istenmiştir. Ayaklar birbirine yakın ve vücut ağırlığı eşit olarak dağılacak şekilde, ince giysiler üzerinden esnek olmayan mezura  l  m yapılmıştır.  l  m iki kez tekrarlandıktan sonra ölçümler arasında 1 cm'den az fark varsa ortalaması alınmıştır. Ancak iki  l  m arasındaki fark 1 cm'yi geçerse  l  m tekrarlanmıştır. Bel  evresi sınıflandırmasında DS 'n n verileri esas alınmıştır. Erkeklerde bel çevresi 94 cm ve altında ise normal, 94 cm'den fazla ise riskli, 102 cm'den fazla ise yüksek riskli olarak kabul edilmiştir. Kadınlarda bel çevresi 80 cm ve altında ise normal, 80 cm'den fazla ise riskli, 88'cm'den fazla ise yüksek riskli olarak kabul edilmiştir (67).

Kalça  evresi

Kalça  evresi, kalçanın en büyük çevresinden zemine paralel bir seviyede ölçülmüştür. Ayaklar birbirine yakın ve vücut ağırlığı eşit olarak dağılacak şekilde, ince giysiler üzerinden esnek olmayan mezura ile  l  m yapılmıştır.  l  m iki kez tekrarlandıktan sonra ölçümler arasında 1 cm'den az fark varsa ortalaması alınmıştır. Ancak iki  l  m arasındaki fark 1 cm'yi geçerse  l  m tekrarlanmıştır (67).

Bel/Kalça Oranı

Bel/kalça oranı, bel çevresi (cm)/kalça çevresi (cm) formülü ile hesaplanmıştır. Bireylerin bel/kalça oranı sınıflandırmasında DS 'n n verileri esas alınmıştır. Erkeklerde bel/kalça oranı 0,90'dan küçük ise normal, 0,90 ve üzerinde ise riskli kabul edilmiştir.

Kadınlarda bel/kalça oranı 0,85'den küçük ise normal, 0,85 ve üzerinde ise riskli kabul edilmiştir (67).

Bel/Boy Oranı

Bel/boy oranı sağlık risklerinin tespitinde kullanılan önemli bir parametredir. Bu oran 0,5'ten küçük ise normal, 0,6'dan büyük ise yüksek risk mevcut olduğu kabul edilmiştir (69).

Boyun Çevresi

Boyun çevresi ölçümü için bireylerden dik durmaları ve karşıya bakmaları istenmiştir. Gırtlak çıkıntısının alt sınırından ölçüm yapılmıştır. Boyun çevresi ölçümü erkeklerde 37 cm, kadınlarda 34 cm'den fazla ise riskli kabul edilmiştir (70).

Göğüs Çevresi

Göğüs çevresi bireylerin vücut yapılarının saptanmasında kullanılan bir parametredir. Android tipi yağlanmalar bireylerde hastalık risklerinin artışına sebep olmaktadır. Katılımcılardan ayakta, dik pozisyonda durmaları ve kollarını vücutlarından uzaklaştırmaları istenmiştir. Göğüs çevresi mezura ile ölçülmüştür (71).

KAN PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kan parametrelerinin kullanılabilmesi için gerekli izin Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. Kan parametrelerinin çalışmada kullanılmasına onay veren tip 2 diyabet hastalarında, hekim tarafından rutin izlenen kan parametreleri kaydedilmiştir. Bireylerin açlık kan şekeri, insülin, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), kolesterol, trigliserit, alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), tiroid stimulan hormon (TSH), B12 vitamini ve HbA1c değerleri alınmıştır.

YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (YFAS)

Yeme bağımlılığının değerlendirilmesinde standart bir ölçü sağlamak amacıyla 2009 yılında YFAS geliştirilmiştir (61). Bayraktar ve ark. (62) tarafından 2012 yılında Türkçe geçerliliği alınmıştır. Son 12 ay içinde belirli besin türlerine (fazla yağlı ve şekerli besinlere) karşı bağımlılık benzeri yeme davranışlarını ölçmekte kullanılan ölçek 27 maddeden oluşmaktadır (17,61). Yeme bağımlılığı teşhisi için 7 tanısallık ölçütten en az 3 tanesinin karşılanmasına ek olarak klinik anlamlılığın olması gerekmektedir. Klinik anlamlılık 15. ve 16. soruların birinden bir puan almak koşuluyla sağlanmaktadır (72).

Katılımcıların yeme bağımlılığı durumunu saptamak için YFAS uygulanmıştır. Ölçek 8 semptomdan oluşmaktadır. Bunlar:

Semptom 1: Maddenin uzun süre ve planlanandan fazla alınması (1, 2 ve 3. soru).

Semptom 2: Bırakmak için duyulan yoğun istek veya tekrar eden başarısız bırakma girişimleri (4, 22, 24, ve 25. soru).

Semptom 3: Elde etme, kullanma ve bırakma için çok fazla zaman harcanması (5, 6 ve 7. soru).

Semptom 4: Sosyal aktivitelerin bırakılması veya azaltılması (8, 9, 10 ve 11. soru).

Semptom 5: Negatif sonuçların bilinmesine rağmen kullanıma devam edilmesi (19. soru).

Semptom 6: Tolerans gösterme (20 ve 21. soru).

Semptom 7: Yoksunluk belirtilerini azaltmak için maddenin kullanılması (12, 13 ve 14. soru).

Semptom 8: Kullanımının klinik olarak önemli sorunlara sebep olması (15 ve 16. soru).

Her semptom için ayrı ayrı yeme bağımlılığı kriter puanları hesaplanmıştır. Her bir semptomu ait soruların toplam puanı bir veya birden büyük ise kriter puanı bir, sıfır ise kriter puanı sıfır olarak değerlendirmiştir. Soru puanlamasında ilk 16 soru için hiç=0, ayda 1 kez=1, ayda 2-4 kez=2, haftada 2 kez=3, haftada 4'ten fazla=4 olarak hesaplanmıştır. Sorular şu şekilde puanlandırılmıştır: 1, 2, 4, 6 ve 25 numaralı sorular için 0, 1, 2 veya 3 cevaplarına sıfır puan, 4 cevabına bir puan; 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15 ve 16 numaralı sorular için 0, 1 veya 2 cevaplarına sıfır puan, 3 veya 4 cevaplarına bir puan; 8, 10 ve 11 numaralı sorular için 0 veya

1 cevaplarına sıfır puan, 2, 3 veya 4 cevaplarına bir puan; 19, 20, 21 ve 22 numaralı sorular için hayır cevabına sıfır puan, evet cevabına bir puan; 24 numaralı soru için hayır cevabına bir puan, evet cevabına sıfır puan. Numarası 17, 18 ve 23 olan sorular puanlamaya dahil edilmemiştir. Numarası 26 ve 27 olan sorularda bireylerde aşırı yeme isteği uyandıran ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaratan yiyecekler sorgulanmıştır (72).

BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 (BDÖ-11)

Dürtüsellik bir çok psikiyatrik bozukluğun önemli bir klinik özelliği olduğu bilinmektedir. Dürtüsellik ölçmek için en çok kullanılan ölçeklerden biri BDÖ-11'dir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. (58) tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçek, 30 alt maddeden oluşmaktadır. Katılımcının alacağı puan ne kadar yüksekse dürtüsellik düzeyi de o kadar yüksek kabul edilmektedir. Dikkatle ilişkili dürtüsellik, plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik ve motor dürtüsellik olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmakta ve her bir alt boyut için ayrı ayrı dürtüsellik puanı hesaplanmaktadır.

Katılımcıların dürtüsellik düzeyini saptamak için BDÖ-11 uygulanmıştır. Dikkatle ilişkili dürtüsellik 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26, 28 numaralı sorulardan elde edilen puanlarla; motor dürtüsellik 2, 3, 4, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30 numaralı sorulardan elde edilen puanlarla ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik 1, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 18, 27, 29 numaralı sorulardan elde edilen puanlarla belirlenmiştir. Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde değerlendirilmiştir. Numarası 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20, 29, 30 olan maddeler puanlanırken verilen puanlar tersine çevrilmiştir (57,73).

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma verileri SPSS 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Veriler ortalama, standart sapma, medyan, 1. çeyreklik, 3. çeyreklik, sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Kategorik değişkenlerin ilişki tespiti için Ki-Kare testi kullanılmıştır. İlişki testi sonucu anlamlı bulunan 2x2'den büyük tablolarda ilişkinin hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için Z testi kullanılmıştır. Normallik varsayımına uyum kontrolü Shapiro-Wilk ile test edilmiştir. Varsayımı sağlayan değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında Student's t test, varsayımı sağlamayan değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Yine normallik varsayımı sağlayan değişkenlerin ikiden fazla grup

karşılaştırmalarında ANOVA, varsayımı sağlamayan değişkenlerin ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılığın tespiti için parametrik durumda Tukey, parametrik olmayan durumda Dunn Z testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Bireylerin cinsiyete göre demografik özelliklerinin dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir. Evli olanlarda erkeklerin oranı, bekar olanlarda ise kadınların oranı daha fazla tespit edilmiştir ($p<0,001$). İlkokul mezunu olanlarda kadınların oranı erkeklere göre daha fazla iken lise ve üniversite mezunu olanlarda tam tersi bir durum görülmüştür ($p=0,003$).

Tablo 1. Bireylerin cinsiyete göre demografik özelliklerinin dağılımları

Demografik Özellikler	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu							
35 yaş ve altı	4	2,8%	0	0,0%	4	2,0%	0,171
36 – 45 yaş arası	9	6,3%	3	5,1%	12	6,0%	
46 – 55 yaş arası	37	26,1%	9	15,3%	46	22,9%	
56 – 65 yaş arası	63	44,4%	28	47,5%	91	45,3%	
66 – 75 yaş arası	29	20,4%	19	32,2%	48	23,9%	
Medeni Durum							
Evli	96	67,1%	57	96,6%	153	75,7%	<0,001
Bekar	47	32,9%	2	3,4%	49	24,3%	
Eğitim Durumu							
İlkokul	107	74,8%	28	47,5%	135	66,8%	0,003
Lise	19	13,3%	15	25,4%	34	16,8%	
Üniversite	15	10,5%	14	23,7%	29	14,4%	
Yüksek Lisans/Doktora	2	1,4%	2	3,4%	4	2,0%	
Ki-Kare Testi							

Bireylerin cinsiyete göre yaş ve diyabet yaşı ortalamaları Tablo 2’de gösterilmiştir. Erkeklerin ortalama yaşı kadınlara göre daha fazla tespit edilmiştir (p=0,046).

Tablo 2. Bireylerin cinsiyete göre yaş ve diyabet yaşı ortalamaları

Yaş ve Diyabet Yaşı	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$ (<i>Medyan</i> <i>Q1-Q3</i>)	<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$ (<i>Medyan</i> <i>Q1-Q3</i>)	<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$ (<i>Medyan</i> <i>Q1-Q3</i>)	p
Yaş (yıl)	143	58,350±9,269 (60,000 53,000-65,000)	59	61,153±8,395 (61,000 57,000-67,000)	202	59,168±9,092 (60,000 53,750-65,000)	0,046
Diyabet Yaşı (yıl)	142	9,042±7,775 (7,000 3,000-15,000)	59	10,339±7,862 (10,000 4,000-14,000)	201	9,423±7,804 (8,000 3,000-14,500)	0,176

Mann-Whitney U Testi

Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile yaş ve diyabet yaşı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3’te gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olmayan bireyler incelendiğinde, erkeklerin ortalama yaşı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,007). Erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin ortalama yaşı yeme bağımlılarına göre daha yüksek saptanmıştır (p=0,002). Kadınlarda, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin ortalama diyabet yaşı yeme bağımlılarına göre daha yüksek tespit edilmiştir (p=0,010). Cinsiyet ayrımı yapılmadığında ise yeme bağımlılığı olmayan bireylerin ortalama yaş ve diyabet yaşı yeme bağımlılarına göre daha yüksek belirlenmiştir (p=0,003; 0,002).

Tablo 3. Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile yaş ve diyabet yaşı ortalamalarının karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı															

Mann-Whitney U Testi; **P1:** Kadınlarda ve erkeklerde yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P3:** Yeme bağımlılığı olanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P4:** Cinsiyet ayrımı yapmadan yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma

Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile yaşam biçimlerine göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4'te gösterilmiştir. Fiziksel aktivite yapmayan ve yapan bireylerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BKİ değeri yeme bağımlılarına göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$; 0,006). Sigara içmeyen, bırakan ve içen bireylerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BKİ değeri yeme bağımlılarına göre daha düşük saptanmıştır ($p<0,001$; $<0,001$; 0,001). Alkol içmeyen, bırakan ve içen bireylerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BKİ değeri yeme bağımlılarına göre daha düşük tespit edilmiştir ($p<0,001$; 0,020; 0,021).

Tablo 4. Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile yaşam biçimlerine göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı																		
Yaşam Biçimi	Yeme bağımlılığı yok						Yeme bağımlılığı var											
							Cinsiyet											
	Kadın			Erkek			Toplam			Kadın			Erkek			Toplam		
	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	P1	P2	P3	
Fiziksel aktivite																		
Yapmıyor	74	30,067±4,996 (29,637 26,501-33,115)	31	27,119±4,165 (26,715 23,715-29,761)	105	29,197±4,935 (28,828 25,029-32,474)	50	35,403±4,991 (34,697 31,506-38,485)	16	33,799±4,076 (33,657 31,398-34,629)	66	35,014±4,806 (34,088 31,506-37,316)	0,139	0,169	<0,001			
Yapıyor	14	28,571±4,632 (28,535 25,662-32,091)	9	25,963±2,765 (26,298 24,497-28,546)	23	27,550±4,141 (28,274 24,882-29,129)	5	34,950±2,303 (35,970 33,384-36,006)	3	28,553±2,654 (29,915 25,494-)	8	32,551±4,001 (33,384 29,998-35,993)	0,006					
Sigara																		
İçmiyor	59	30,334±4,697 (30,044 26,718-32,773)	22	27,048±4,366 (26,432 23,597-29,912)	81	29,441±4,813 (29,532 25,895-32,402)	35	35,773±4,941 (36,000 32,000-40,142)	7	33,551±4,365 (34,090 31,086-36,623)	42	35,403±4,872 (34,932 31,907-38,252)	0,210 0,377 <0,001					
Bırakmış	9	28,263±4,253 (28,616 24,899-31,094)	12	26,915±3,440 (26,480 24,069-29,495)	21	27,493±3,769 (27,609 24,224-29,457)	5	35,320±4,486 (35,754 31,321-39,102)	3	32,951±1,459 (33,768 31,267-)	8	34,432±3,689 (33,793 31,342-35,916)						
İçiyor	20	29,045±5,866 (28,151 23,956-33,162)	6	26,053±3,335 (26,540 24,141-28,401)	26	28,354±5,480 (27,762 24,118-32,153)	15	34,414±4,729 (33,515 31,227-37,098)	9	32,526±5,125 (31,790 29,558-33,499)	24	33,706±4,860 (32,820 30,346-36,505)	0,001					
Alkol																		
İçmiyor	85	29,817±5,013 (29,532 26,439-32,723)	27	27,311±4,001 (26,567 24,112-29,714)	112	29,213±4,892 (28,757 25,438-32,308)	52	35,504±4,873 (35,497 31,719-37,844)	11	32,475±4,048 (33,546 29,915-34,808)	63	34,976±4,850 (34,667 31,227-37,229)	0,147 0,613 0,020					
Bırakmış	1	33,352±. (33,352 33,352-33,352)	9	25,659±3,427 (26,715 22,393-28,546)	10	26,428±4,045 (27,341 22,520-28,964)	1	31,565±. (31,565 31,565-31,565)	2	33,793±0,035 (33,793 33,768-)	3	33,051±1,286 (33,768 31,565-)						
İçiyor	2	28,578±0,779 (28,578 28,028-)	4	26,503±4,538 (25,190 23,161-31,158)	6	27,195±3,691 (26,763 24,308-30,108)	2	33,540±3,131 (33,540 31,326-)	6	33,605±5,702 (32,123 29,987-36,042)	8	33,589±4,962 (32,153 30,504-35,095)	0,021					

Student's t Testi; One way ANOVA Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P3:** Cinsiyet ayrımı yapmadan yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma

Bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol kullanım durumu ortalamaları Tablo 5'te gösterilmiştir. Kadınların ortalama sigara içme süresi erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (p=0,036).

Tablo 5. Bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol kullanım durumu ortalamaları

Sigara ve Alkol Kullanımı	Cinsiyet						
	Kadın			Erkek		Toplam	
	$\bar{X} \pm ss$			$\bar{X} \pm ss$		$\bar{X} \pm ss$	
	<i>N</i>	<i>Medyan</i> <i>Q1-Q3</i>	<i>N</i>	<i>Medyan</i> <i>Q1-Q3</i>	<i>N</i>	<i>Medyan</i> <i>Q1-Q3</i>	p
Sigara İçme Süresi (Yıl)	36	31,972±10,517	15	23,800±16,077	51	29,569±12,804	0,036
		35,000		25,000		30,000	
		20,500-40,000		10,000-35,000		20,000-40,000	
Sigara, Adet/gün	36	15,694±9,245	15	17,667±16,625	51	16,275±11,749	0,671
		20,000		10,000		20,000	
		7,750-20,000		3,000-30,000		5,000-20,000	
Alkol Tüketme Süresi (Yıl)	3	35,000±5,000	10	33,700±14,229	13	34,000±12,503	0,882
		35,000		35,000		35,000	
		30,000-.		25,250-46,250		28,500-42,500	

Student's t Testi

Bireylerin cinsiyete göre sağlık sorunlarının, düzenli ilaç ve bitkisel ürün kullanımlarının dağılımları Tablo 6'da gösterilmiştir. Diyabet haricinde sağlık soruları olan bireylerde kadınların oranı erkeklere göre daha fazla saptanmıştır (p=0,010). Hiperlipidemi, hipertansiyon ve hipotiroidi sorunu olan bireylerde kadınların oranı erkeklere göre daha fazla iken kalp yetmezliği olan bireylerde tam tersi bir durum görülmüştür (p=0,023; 0,040; 0,013; 0,033). Düzenli ilaç kullanımı olan bireylerde kadınların oranı erkeklere göre daha fazla tespit edilmiştir (p=0,003). Antihipertansif ilaç, hipotiroidi ilacı, astım ilacı ve antidepresan ilaç kullanan bireylerde kadınların oranı erkeklere göre daha fazla iken kalp ilacı kullanan bireylerde tam tersi bir durum saptanmıştır (p=0,004; 0,017; 0,022; 0,046; 0,015).

Tablo 6. Bireylerin cinsiyete göre sağlık sorunlarının, düzenli ilaç ve bitkisel ürün kullanımlarının dağılımları

Sağlık Bilgileri	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Sağlık Sorunu							
Yok	21	14,7%	18	30,5%	39	19,3%	0,010
Var	122	85,3%	41	69,5%	163	80,7%	
Hiperlipidemi							
Yok	115	80,4%	55	93,2%	170	84,2%	0,023
Var	28	19,6%	4	6,8%	32	15,8%	
Hipertansiyon							
Yok	46	32,2%	28	47,5%	74	36,6%	0,040
Var	97	67,8%	31	52,5%	128	63,4%	
Kalp Yetmezliği							
Yok	136	95,1%	51	86,4%	187	92,6%	0,033
Var	7	4,9%	8	13,6%	15	7,4%	
Aritmi							
Yok	131	91,6%	54	91,5%	185	91,6%	0,985
Var	12	8,4%	5	8,5%	17	8,4%	
Ateroskleroz							
Yok	137	95,8%	55	93,2%	192	95,0%	0,441
Var	6	4,2%	4	6,8%	10	5,0%	
Hipotiroidi							
Yok	120	83,9%	57	96,6%	177	87,6%	0,013
Var	23	16,1%	2	3,4%	25	12,4%	
Hipertiroidi							
Yok	139	97,2%	58	98,3%	197	97,5%	0,647
Var	4	2,8%	1	1,7%	5	2,5%	
Ülser							
Yok	133	93,0%	55	93,2%	188	93,1%	0,957
Var	10	7,0%	4	6,8%	14	6,9%	
Astım							
Yok	127	88,8%	57	96,6%	184	91,1%	0,077
Var	16	11,2%	2	3,4%	18	8,9%	
Düzenli İlaç Kullanımı							
Yok	1	,7%	5	8,5%	6	3,0%	0,003
Var	142	99,3%	54	91,5%	196	97,0%	
Oral Antidiyabetik İlaç Kullanımı							
Kullanmıyor	14	9,8%	8	13,6%	22	10,9%	0,434
Kullanıyor	129	90,2%	51	86,4%	180	89,1%	
Antihiperlipidemik İlaç Kullanımı							
Kullanmıyor	123	86,0%	55	93,2%	178	88,1%	0,150
Kullanıyor	20	14,0%	4	6,8%	24	11,9%	
Antihipertansif İlaç Kullanımı							
Kullanmıyor	51	35,7%	34	57,6%	85	42,1%	0,004
Kullanıyor	92	64,3%	25	42,4%	117	57,9%	
Kalp İlacı Kullanımı							
Kullanmıyor	128	89,5%	45	76,3%	173	85,6%	0,015
Kullanıyor	15	10,5%	14	23,7%	29	14,4%	
Hipotiroidi İlacı Kullanımı							
Kullanmıyor	121	84,6%	57	96,6%	178	88,1%	0,017
Kullanıyor	22	15,4%	2	3,4%	24	11,9%	

Tablo 6. (Devamı) Bireylerin cinsiyete göre sağlık sorunlarının, düzenli ilaç ve bitkisel ürün kullanımlarının dağılımları

Sağlık Bilgileri	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
	S	%	S	%	S	%	
Hipertiroidi İlacı Kullanımı							
Kullanmıyor	139	97,2%	58	98,3%	197	97,5%	0,647
Kullanıyor	4	2,8%	1	1,7%	5	2,5%	
Antiasit İlaç Kullanımı							
Kullanmıyor	139	97,2%	58	98,3%	197	97,5%	0,647
Kullanıyor	4	2,8%	1	1,7%	5	2,5%	
Astım İlacı Kullanımı							
Kullanmıyor	131	91,6%	59	100,0%	190	94,1%	0,022
Kullanıyor	12	8,4%	0	0,0%	12	5,9%	
Antidepresan İlaç Kullanımı							
Kullanmıyor	129	90,2%	58	98,3%	187	92,6%	0,046
Kullanıyor	14	9,8%	1	1,7%	15	7,4%	
Bitkisel Ürün Çeşidi							
Bitkisel Ürün Kullanmıyor	136	95,1%	56	94,9%	192	95,0%	0,180
Yeşil Çay	0	0,0%	1	1,7%	1	,5%	
Karabaş Otu	1	,7%	0	0,0%	1	,5%	
Propolis	2	1,4%	0	0,0%	2	1,0%	
Kurkumin	1	,7%	0	0,0%	1	,5%	
Zeytin Yaprağı	3	2,1%	0	0,0%	3	1,5%	
Tarçın	0	0,0%	1	1,7%	1	,5%	
Hibiskus Çayı	0	0,0%	1	1,7%	1	,5%	
Ki-Kare Testi							

Bireylerin cinsiyete ve diyabet tedavi yöntemlerine göre yaş ve diyabet yaşı ortalamaları Tablo 7’de gösterilmiştir. Oral antidiyabetik ilaç kullanan bireylerde erkeklerin ortalama yaşı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Cinsiyet ayrımı yapılmadığında, oral antidiyabetik ilaç kullanan bireylerin ortalama yaşı kullanmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p=0,043$). Erkeklerde, insülin kullanan bireylerin ortalama yaşı kullanmayan bireylere göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,002$). Cinsiyet ayrımı yapılmadığında, insülin kullanan bireylerin ortalama diyabet yaşı kullanmayan bireylere göre daha yüksek belirlenmiştir ($p=0,003$).

Tablo 7. Bireylerin cinsiyete ve diyabet tedavi yöntemlerine göre yaş ve diyabet yaşı ortalamaları

Yaş ve Diyabet Yaşı		Cinsiyet												
		Kadın			Erkek			Toplam						
		N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	P1	P2	P3	P4
Diyet Tedavisi														
Yaş (yıl)	Yapmıyor	116	58,888±8,852	59,000 53,000-65,000	54	61,370±8,612	62,500 57,750-67,250	170	59,676±8,827	60,000 54,750-66,000	0,057	0,449	0,331	0,203
	Yapıyor	27	56,037±10,761	60,000 48,000-64,000	5	58,800±5,630	58,000 54,500-63,500	32	56,469±10,112	59,500 52,000-64,000	0,960			
Diyabet Yaşı (yıl)	Yapmıyor	115	8,922±7,751	7,000 3,000-15,000	54	10,648±8,024	10,000 4,000-14,250	169	9,473±7,857	8,000 3,000-15,000	0,120	0,671	0,388	0,856
	Yapıyor	27	9,556±8,006	7,000 4,000-15,000	5	7,000±5,292	6,000 2,500-12,000	32	9,156±7,633	7,000 4,000-14,000	0,687			
Oral Antidiyabetik İlaç Kullanımı														
Yaş (yıl)	Kullanmıyor	14	56,214±5,846	57,000 52,000-60,500	8	55,500±12,728	55,500 44,000-66,250	22	55,955±8,677	57,000 52,000-61,250	0,920	0,184	0,137	0,043
	Kullanıyor	129	58,581±9,555	60,000 53,000-65,000	51	62,039±7,291	63,000 58,000-67,000	180	59,561±9,087	60,000 55,000-66,000	0,034			
Diyabet Yaşı (yıl)	Kullanmıyor	13	10,769±9,951	7,000 3,500-20,000	8	8,375±9,970	5,000 0,750-13,000	21	9,857±9,779	6,000 3,000-17,000	0,500	0,600	0,247	0,781
	Kullanıyor	129	8,868±7,548	7,000 3,000-15,000	51	10,647±7,555	10,000 5,000-14,000	180	9,372±7,572	8,000 3,250-14,750	0,074			
İnsülin Kullanımı														
Yaş (yıl)	Kullanmıyor	127	58,110±9,498	59,000 52,000-65,000	51	60,294±8,353	60,000 56,000-66,000	178	58,736±9,215	59,500 53,000-65,000	0,147	0,385	0,054	0,066
	Kullanıyor	16	60,250±7,160	61,000 55,750-65,000	8	66,625±6,781	67,000 60,250-73,500	24	62,375±7,540	62,000 58,000-67,000	0,061			
Diyabet Yaşı (yıl)	Kullanmıyor	126	8,532±7,181	7,000 3,000-14,000	51	9,098±7,284	8,000 3,000-12,000	177	8,695±7,194	7,000 3,000-12,000	0,494	0,142	0,002	0,003
	Kullanıyor	16	13,063±10,915	12,500 2,750-20,000	8	18,250±7,106	17,000 12,250-24,250	24	14,792±9,965	14,500 7,500-20,000	0,192			

Mann-Whitney U Testi; **P1:** Cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Kadınlarda diyabet tedavi yöntemi uygulama durumuna göre karşılaştırma; **P3:** Erkeklerde diyabet tedavi yöntemi uygulama durumuna göre karşılaştırma; **P4:** Cinsiyet ayrımı yapmadan diyabet tedavi yöntemi uygulama durumuna göre karşılaştırma

Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre beden kütle indeksi ortalamaları Tablo 8’de gösterilmiştir. Diyet tedavisi yapmayan, oral antidiyabetik ilaç kullanan, insülin kullanmayan ve yeme bağımlılığı olmayan bireyler ayrı ayrı incelendiğinde kadınların ortalama BKİ değeri erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $<0,001$; $<0,001$; $0,001$). Kadınlarda, erkeklerde ve cinsiyet ayrımı olmadan, yeme bağımlılarının ortalama BKİ değeri yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 8. Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre beden kütle indeksi ortalamaları

Diyabet Tedavi Yöntemleri ve Yeme Bağımlılığı	Cinsiyet													
	Kadın			Erkek			Toplam				P1	P2	P3	P4
	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3					
Diyet tedavisi														
Yapmıyor	116	31,905±5,827	31,446 28,288-35,993	54	28,666±5,037	28,181 24,795-31,544	170	30,876±5,775	30,656 26,501-34,095	0,001	0,818	0,413	0,328	
Yapıyor	27	32,180±4,384	32,773 28,629-36,000	5	30,568±3,312	29,408 27,790-33,927	32	31,928±4,230	32,683 28,630-35,818	0,443				
Oral Antidiyabetik İlaç Kullanımı														
Kullanmıyor	14	31,981±3,884	31,910 28,367-35,230	8	31,434±4,248	31,447 27,438-33,642	22	31,782±3,928	31,910 28,367-34,128	0,762	0,986	0,108	0,510	
Kullanıyor	129	31,954±5,735	31,689 28,303-36,043	51	28,418±4,931	27,968 24,535-31,267	180	30,952±5,733	30,709 26,716-34,561	<0,001				
İnsülin Kullanımı														
Kullanmıyor	127	31,729±5,523	31,625 28,332-35,363	51	28,809±4,970	29,012 25,329-32,980	178	30,892±5,518	30,737 26,824-34,117	0,001	0,169	0,944	0,297	
Kullanıyor	16	33,766±5,793	34,296 28,156-37,199	8	28,942±4,925	26,892 25,223-31,614	24	32,158±5,887	31,082 27,172-37,107	0,056				
Yeme Bağımlılığı														
Yok	88	29,829±4,945	29,444 26,563-32,748	40	26,858±3,892	26,432 23,963-29,627	128	28,901±4,828	28,622 24,994-32,082	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Var	55	35,361±4,798	35,056 31,565-37,578	19	32,971±4,300	33,115 30,249-34,090	74	34,748±4,764	34,088 31,257-37,209	0,059				

Student's t Testi; **P1:** Cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Kadınlarda diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma;

P3: Erkeklerde diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P4:** Cinsiyet ayrımı yapmadan diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma

Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre HbA1c değerlerinin ortalamaları Tablo 9’da gösterilmiştir. Diyet tedavisi yapmayan, oral antidiyabetik ilaç kullanan, insülin kullanmayan ve yeme bağımlılığı olmayan bireyler ayrı ayrı incelendiğinde kadınların ortalama HbA1c değeri erkeklere göre daha düşük saptanmıştır (p=0,010; 0,002; 0,009; 0,011).

Tablo 9. Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre HbA1c değerlerinin ortalamaları

Diyabet Tedavi Yöntemleri ve Yeme Bağımlılığı	Cinsiyet												
	Kadın			Erkek			Toplam			P1	P2	P3	P4
	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3				
Diyet tedavisi													
Yapmıyor	66	6,850±1,361	6,450 6,075-7,300	25	8,172±2,246	7,300 6,450-9,750	91	7,213±1,742	6,600 6,100-7,600	0,010	0,516	0,567	0,975
Yapıyor	14	7,150±2,318	6,400 5,875-7,550	4	7,500±1,175	7,650 6,300-8,550	18	7,228±2,092	6,500 5,975-7,800				
Oral Antidiyabetik İlaç Kullanımı													
Kullanmıyor	5	6,240±0,856	6,000 5,650-6,950	6	7,333±1,896	6,300 5,975-9,575	11	6,836±1,555	6,100 5,900-7,700	0,245	0,329	0,344	0,462
Kullanıyor	75	6,947±1,586	6,500 6,100-7,400	23	8,274±2,181	7,500 6,800-8,900	98	7,258±1,821	6,750 6,175-7,625	0,002			
İnsülin Kullanımı													
Kullanmıyor	72	6,867±1,612	6,400 6,000-7,250	24	7,988±2,200	7,300 6,425-8,575	96	7,147±1,831	6,550 6,100-7,500	0,009	0,540	0,620	0,279
Kullanıyor	8	7,225±0,929	7,150 6,500-7,775	5	8,520±1,887	9,400 6,500-10,100	13	7,723±1,456	7,300 6,600-9,150				
Yeme Bağımlılığı													
Yok	55	6,965±1,653	6,600 5,900-7,500	21	8,457±2,307	7,900 6,650-10,100	76	7,378±1,959	6,900 6,100-7,775	0,011	0,595	0,123	0,153
Var	25	6,764±1,342	6,300 6,100-7,100	8	7,088±1,163	6,700 6,200-7,900	33	6,842±1,291	6,400 6,100-7,350				

Mann-Whitney U Testi; **P1:** Cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Kadınlarda diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P3:** Erkeklerde diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P4:** Cinsiyet ayrımı yapmadan diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma

Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları Tablo 10'da gösterilmiştir. Kadınlarda, erkeklerde ve cinsiyet ayrımı olmadan, yeme bağımlılarının ortalama BDÖ-11 puanı yeme bağımlılığı olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 10. Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları

Diyabet Tedavi Yöntemleri ve Yeme Bağımlılığı	Cinsiyet												
	Kadın			Erkek			Toplam						
	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	P1	P2	P3	P4
Diyet tedavisi													
Yapmıyor	116	58,422±16,938	52,500 44,000-74,000	54	58,852±16,180	53,000 47,000-73,000	170	58,559±16,654	53,000 45,000-73,250	0,610	0,916	0,113	0,635
Yapıyor	27	57,593±15,766	53,000 45,000-65,000	5	48,800±7,430	46,000 45,000-54,000	32	56,219±15,037	52,000 45,000-64,000	0,310			
Oral Antidiyabetik İlaç Kullanımı													
Kullanmıyor	14	60,214±14,370	59,000 48,000-75,000	8	67,625±17,816	69,500 49,500-83,750	22	62,909±15,714	62,500 48,250-78,500	0,365	0,449	0,106	0,113
Kullanıyor	129	58,054±16,939	53,000 44,000-69,500	51	56,490±15,152	52,000 46,000-65,000	180	57,611±16,426	52,500 44,250-68,000	0,947			
İnsülin Kullanımı													
Kullanmıyor	127	57,630±16,574	52,000 44,000-68,000	51	58,118±15,587	53,000 46,000-70,000	178	57,770±16,255	52,500 45,000-68,500	0,563	0,194	0,698	0,352
Kullanıyor	16	63,313±17,122	62,500 45,750-78,250	8	57,250±18,538	50,000 43,250-69,750	24	61,292±17,444	61,000 45,500-72,250	0,383			
Yeme Bağımlılığı													
Yok	88	47,864±8,591	46,000 42,000-51,750	40	48,625±6,046	48,000 44,000-53,000	128	48,102±7,868	46,500 42,000-52,750	0,168	<0,001	<0,001	<0,001
Var	55	74,909±12,392	76,000 64,000-85,000	19	77,737±11,095	75,000 70,000-85,000	74	75,635±12,062	75,500 65,000-85,000	0,480			

Mann-Whitney U Testi; **P1:** Cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Kadınlarda diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P3:** Erkeklerde diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P4:** Cinsiyet ayrımı yapmadan diyabet tedavi yöntemi uygulama ve yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma

Bireylerin cinsiyete, kendi algılarına göre beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti durumlarının dağılımları ile beden kütle indeksi ortalamaları Tablo 11’de gösterilmiştir. Kadınlarda, erkeklerde ve cinsiyet ayrımı yapılmadığında, beden görünümünü tanımlama gruplarının tamamının ortalama BKİ değerleri arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kendini zayıf olarak tanımlayan bireylerin ortalama BKİ değeri en düşük, obez olarak tanımlayan bireylerin ortalama BKİ değeri ise en yüksek bulunmuştur. Beden memnuniyeti olan ve olmayan bireylerin ortalama BKİ değerleri arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Beden memnuniyeti olan bireylerin ortalama BKİ değeri olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Beden memnuniyeti olmayan bireyler incelendiğinde ise kadınların ortalama BKİ değeri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,006$).

Tablo 11. Bireylerin cinsiyete, kendi algılarına göre beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti durumlarının dağılımları ile beden kütle indeksi ortalamaları

Beden Görünümünü Tanımlama ve Beden Memnuniyeti	Cinsiyet												
	Kadın						Erkek						
	Toplam			Toplam				Toplam					
	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan Q1-Q3	P1	P2	P3	P4
Beden Görünümünü Tanımlama													
Zayıf	8	22,895±1,814	23,328 21,092-24,468	8	22,760±2,055	22,707 20,686-24,931	16	22,828±1,874	22,893 20,956-24,468	0,891			
Normal	47	28,504±3,757	28,332 26,298-30,709	28	27,215±3,126	26,641 24,622-29,673	75	28,023±3,569	27,664 25,329-30,260	0,131			
Fazla Kilolu	81	34,318±4,553	33,633 31,149-37,156	20	32,175±3,295	31,365 29,703-33,866	101	33,894±4,402	33,045 30,798-36,659	0,051	<0,001	<0,001	<0,001
Obez	7	38,180±4,755	40,142 33,352-41,876	3	37,725±6,177	34,808 33,546-	10	38,044±4,858	37,475 33,497-42,603	0,901			
Beden Memnuniyeti													
Memnun	43	27,703±4,070	27,997 23,906-30,260	30	27,142±3,123	26,641 24,524-29,496	73	27,473±3,697	26,839 24,345-29,903	0,528			
Düşünmemiş	1	33,515±.	33,515 33,515-33,515	1	29,201±.	29,201 29,201-29,201	2	31,358±3,050	31,358 29,201-	NC	NC	NC	<0,001
Memnun Değil	99	33,789±5,149	33,352 30,676-37,109	28	30,618±5,923	31,177 25,911-33,866	127	33,090±5,466	32,672 29,700-36,563	0,006			

Student's t Testi; One way ANOVA Testi; **P1:** Cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Kadınlarda beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti gruplarına göre karşılaştırma; **P3:** Erkeklerde beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti gruplarına göre karşılaştırma; **P4:** Cinsiyet ayrımı yapılmadan beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti grupları arasında karşılaştırma

Bireylerin cinsiyete, kendi algılarına göre beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti dağılımları ile yeme bağımlılıklarına göre Barrat Dürtüselik Ölçeği-11 puan ortalamaları Tablo 12’de gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olan bireyler incelendiğinde; kendini obez olarak tanımlayan bireylerin ortalama BDÖ-11 puanı, zayıf ve normal olarak tanımlayanlardan daha düşük bulunmuştur ($p=0,045$). Beden görünümünü zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olarak tanımlayan bireyler incelendiğinde; yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BDÖ-11 puanı, yeme bağımlılarına göre daha düşük tespit edilmiştir ($p=0,017$; $<0,001$; $<0,001$; $0,044$). Beden memnuniyeti olan ve olmayan bireyler incelendiğinde; yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BDÖ-11 puanı, yeme bağımlılarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 12. Bireylerin cinsiyete, kendi algılarına göre beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti dağılımları ile yeme bağımlılıklarına göre Barrat Dürtüselik Ölçeği-11 puan ortalamaları

Yeme Bağımlılığı																
Yeme Bağımlılığı Yok							Yeme Bağımlılığı Var									
Cinsiyet																
Kadın			Erkek			Toplam		Kadın			Erkek			Toplam		
Beden Görünümünü Tanımlama ve Beden Memnuniyeti	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$ Medyan Q1-Q3	P1	P2	P3	
Beden Görünümünü Tanımlama																
Zayıf	7	43,286±6,897 (42,000 40,000-43,000)	7	47,571±7,678 (48,000 40,000-56,000)	14	45,429±7,356 (42,000 40,000-53,000)	1	89,000±. -	1	88,000±. -	2	88,500±0,707 (88,500 88,000-.)			0,017	
Normal	38	48,368±8,534 (46,000 42,750-52,250)	24	48,667±6,253 (47,500 44,000-53,000)	62	48,484±7,677 (47,000 43,000-53,000)	9	79,778±13,160 (81,000 67,000-88,500)	4	86,250±7,500 (85,000 80,000-93,750)	13	81,769±11,798 (81,000 74,500-90,000)	0,090	0,045	<0,001	
Fazla Kilolu	41	48,585±8,835 (46,000 43,000-52,500)	9	49,333±4,472 (48,000 46,000-53,000)	50	48,720±8,189 (47,000 44,000-53,000)	40	74,450±12,356 (76,000 64,250-83,750)	11	74,182±10,998 (73,000 66,000-75,000)	51	74,392±11,970 (74,000 65,000-83,000)			<0,001	
Obez	2	39,500±0,707 (39,500 39,000-.)	0	- -	2	39,500±0,707 (39,500 39,000-.)	5	67,000±7,416 (63,000 61,000-75,000)	3	76,000±12,124 (83,000 62,000-.)	8	70,375±9,753 (68,500 62,000-81,250)			0,044	
Beden Memnuniyeti																
Memnun	4	73,000±18,385 (66,500 60,500-92,000)	4	86,250±7,500 (85,000 80,000-93,750)	8	79,625±80,000 (14,803 65,750-93,750)	39	46,308±5,795 (45,000 42,000-50,000)	26	48,846±6,195 (47,500 44,000-53,250)	65	47,323±46,000 (6,042 42,500-52,000)	0,747	0,597	<0,001	
Düşünmemiş	1	87,000±. -	1	74,000±. -	2	80,500±80,500 (9,192 74,000-.)	0	- -	0	- -	0	- -			NC	
Memnun Değil	50	74,820±12,052 (77,000 64,000-84,250)	14	75,571±11,359 (73,500 65,750-83,500)	64	74,984±74,500 (11,819 65,000-83,750)	49	49,102±10,180 (46,000 42,000-54,500)	14	48,214±5,964 (48,000 43,250-53,000)	63	48,905±47,000 (9,372 42,000-53,000)			<0,001	

Mann-Whitney U Testi; Kruskal Wallis Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti grupları arasında karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti grupları arasında karşılaştırma; **P3:** Yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; P değerleri toplamlar üzerinden hesaplanmıştır.

Bireylerin cinsiyete, duygu durumlarına ve yeme bağımlılığı durumlarına göre besin alımlarının dağılımları Tablo 13'te gösterilmiştir. Kadınlarda ve cinsiyet ayrımı olmadığında stres, kaygı, üzüntü, mutluluk ve heyecan duygu durumlarında besin tüketiminin arttığını belirtenlerde yeme bağımlılığı olanların oranı olmayanlara göre daha fazla iken; stres, üzüntü, mutluluk ve heyecan duygu durumlarında besin tüketiminin değişmediğini belirtenlerde tam tersi bir durum görülmüştür ($p=0,013$; $0,005$; $0,014$; $0,005$; $0,013$ ve $p=0,002$; $0,002$; $0,008$; $0,001$; $0,015$).

Tablo 13. Bireylerin cinsiyete, duygu durumlarına ve yeme bağımlılığı durumlarına göre besin alımlarının dağılımları

Duygu Durumları		Yeme Bağımlılığı																			
		Yeme Bağımlılığı Yok						Yeme Bağımlılığı Var						Toplam							
		Besin Alımı																			
		Artar		Değişmez		Azalır		Artar		Değişmez		Azalır		Artar		Değişmez		Azalır			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	P1	P2	
Stresli	K	14	15,9%	37	42,0%	37	42,0%	20	36,4%	14	25,5%	21	38,2%	34	23,8%	51	35,7%	58	40,6%	0,013	0,002
	E	10	25,0%	25	62,5%	5	12,5%	9	47,4%	6	31,6%	4	21,1%	19	32,2%	31	52,5%	9	15,3%	0,084	
Kaygılı	K	10	11,4%	38	43,2%	40	45,5%	18	32,7%	15	27,3%	22	40,0%	28	19,6%	53	37,1%	62	43,4%	0,005	0,002
	E	8	20,0%	28	70,0%	4	10,0%	6	31,6%	8	42,1%	5	26,3%	14	23,7%	36	61,0%	9	15,3%	0,099	
Üzgün	K	8	9,1%	35	39,8%	45	51,1%	14	25,5%	13	23,6%	28	50,9%	22	15,4%	48	33,6%	73	51,0%	0,014	0,008
	E	5	12,5%	27	67,5%	8	20,0%	2	10,5%	8	42,1%	9	47,4%	7	11,9%	35	59,3%	17	28,8%	0,091	
Mutlu	K	18	20,5%	65	73,9%	5	5,7%	21	38,2%	26	47,3%	8	14,5%	39	27,3%	91	63,6%	13	9,1%	0,005	0,001
	E	7	17,5%	31	77,5%	2	5,0%	6	31,6%	11	57,9%	2	10,5%	13	22,0%	42	71,2%	4	6,8%	0,296	
Heyecanlı	K	8	9,1%	44	50,0%	36	40,9%	13	23,6%	16	29,1%	26	47,3%	21	14,7%	60	42,0%	62	43,4%	0,013	0,015
	E	5	12,5%	28	70,0%	7	17,5%	2	10,5%	11	57,9%	6	31,6%	7	11,9%	39	66,1%	13	22,0%	0,476	

Ki-Kare Testi; **P1:** Kadınlarda ve erkeklerde yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P2:** Cinsiyet ayrımı olmadan yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **K:** Kadın; **E:** Erkek;

Bireylerin cinsiyete, duygu durumlarına, besin alım miktarlarına ve yeme bağımlılığı durumlarına göre beden kütle indeksi ortalamaları ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları Tablo 14'te gösterilmiştir.

Yeme bağımlılığı olanlarda, cinsiyet ayrımı olmadan ve kadınlarda; stres, kaygı, üzüntü ve heyecan duygu durumlarında besin tüketimi değişmeyenlerin ortalama BKİ değeri, besin tüketimi azalanlara göre daha fazla saptanmıştır ($p=0,005$; $0,006$; $0,018$; $0,001$ ve $0,006$; $0,006$; $0,025$; $0,001$). Yeme bağımlılığı olmayan erkeklerde; stresli iken besin tüketimi artanların ortalama BKİ değeri, besin tüketimi değişmeyenlere ve azalanlara göre daha fazla tespit edilmiştir ($p=0,010$).

Yeme bağımlılığı olmayanlarda, cinsiyet ayrımı olmadan ve kadınlarda; mutluluk durumunda besin tüketimi değişmeyenlerin ortalama BDÖ-11 puanı, besin tüketimi artanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,022$ ve $p=0,049$).

Tablo 14. Bireylerin cinsiyete, duygu durumlarına, besin alım miktarlarına ve yeme bağımlılığı durumlarına göre beden kütle indeksi ortalamaları ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları

Yeme Bağımlılığı																			
Besin Alımı																			
BKI	Yeme Bağımlılığı Yok						Yeme Bağımlılığı Var												
	Artar			Değişmez			Azalır			Artar			Değişmez			Azalır			
	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N		$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N		$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N		$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N		$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N		$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	$P1$	$P2$	$P3$
Stresli	K	14	30,836±5,285 (30,159 27,388-34,652)	37	30,166±5,094 (30,034 27,433-33,286)	37	29,112±4,692 (28,616 24,599-32,414)	20	35,314±3,783 (35,846 31,727-37,222)	14	38,477±4,427 (36,808 34,958-42,194)	21	33,330±4,968 (32,000 30,656-36,555)	0,220	0,005	0,470	0,006		
			29,904±3,458 (29,210 27,974-30,897)															25	26,056±3,593 (25,499 23,814-27,762)
	E	10	30,740±5,855 (30,084 26,717-34,148)	38	30,132±5,098 (29,817 26,679-33,574)	40	29,314±4,626 (28,891 24,864-32,308)	18	35,069±3,916 (34,943 31,550-37,209)	15	38,441±4,268 (37,229 35,056-42,152)	22	33,501±4,915 (32,331 30,666-37,101)			0,774	0,006	0,638	0,006
			28,193±2,691 (28,703 26,363-30,472)		28		26,719±4,189 (25,911 23,963-29,230)		4		25,164±3,653 (23,681 22,799-29,013)		6						
Kaygılı	K	8	29,359±5,816 (28,072 24,586-32,269)	35	29,849±5,122 (29,600 26,563-32,773)	45	29,898±4,759 (29,355 26,028-33,444)	14	35,663±4,132 (35,846 31,930-38,525)	13	38,181±4,462 (36,387 34,861-41,507)	28	33,901±4,783 (32,842 30,723-37,107)	0,664	0,018	0,961	0,025		
			29,469±1,856 (29,761 27,707-31,086)		27		26,722±4,258 (26,246 23,914-29,408)		8		25,688±2,930 (25,030 22,930-28,527)		2					37,954±9,711 (37,954 31,086-)	8
	E	5	28,446±4,722 (27,383 24,334-32,115)	65	30,286±4,841 (30,044 28,072-33,194)	5	28,871±6,998 (26,839 24,427-34,332)	21	34,949±4,963 (34,727 31,201-37,390)	26	36,437±4,871 (35,991 32,594-40,443)	8	32,949±3,317 (33,059 29,411-35,892)			0,715	0,271	0,345	0,177
			27,862±2,764 (28,699 24,535-30,506)		31		26,625±4,212 (26,246 23,242-29,408)		2		26,959±2,029 (26,959 25,525-)		6						
Üzgün	K	18	29,822±5,785 (30,084 24,051-34,543)	44	30,807±5,010 (30,302 28,193-33,672)	36	28,635±4,537 (28,151 24,313-31,963)	13	35,707±3,365 (36,000 32,570-37,216)	16	38,675±4,228 (37,581 35,284-42,174)	26	33,150±4,624 (32,016 30,666-36,094)	0,543	0,001	0,148	0,001		
			28,552±3,069 (29,761 25,413-31,086)		28		26,725±4,213 (26,272 23,765-29,309)		7		26,182±3,050 (25,525 22,826-28,699)		2					33,047±0,096 (33,047 32,980-)	11
	E	5	29,822±5,785 (30,084 24,051-34,543)	44	30,807±5,010 (30,302 28,193-33,672)	36	28,635±4,537 (28,151 24,313-31,963)	13	35,707±3,365 (36,000 32,570-37,216)	16	38,675±4,228 (37,581 35,284-42,174)	26	33,150±4,624 (32,016 30,666-36,094)			0,564	0,074		
			28,552±3,069 (29,761 25,413-31,086)		28		26,725±4,213 (26,272 23,765-29,309)		7		26,182±3,050 (25,525 22,826-28,699)		2					33,047±0,096 (33,047 32,980-)	11

Tablo 14. (Devamı) Bireylerin cinsiyete, duygu durumlarına, besin alım miktarlarına ve yeme bağımlılığı durumlarına göre beden kütle indeksi ortalamaları ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamaları

BDÖ-11		Yeme Bağımlılığı															
		Yeme Bağımlılığı Yok								Yeme Bağımlılığı Var							
		Besin Alımı															
		Artar		Değişmez		Azalır		Artar		Değişmez		Azalır					
N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	P1	P2	P3	P4
Stresli	K	14	49,571±6,969 (48,500)	37	46,919±6,379 (46,000)	37	48,162±10,862 (44,000)	20	75,400±10,410 (78,500)	14	77,214±12,299 (80,500)	21	72,905±14,324 (68,000)	0,257	0,816	0,351	0,942
			44,250-55,250)		42,500-50,000)		40,000-52,000)		65,750-83,750)		68,500-87,000)		63,500-87,000)				
	E	10	48,800±4,614 (48,000)	25	48,800±6,690 (48,000)	5	47,400±6,148 (48,000)	9	79,333±11,347 (74,000)	6	73,000±13,236 (70,500)	4	81,250±5,852 (81,500)				
			46,000-51,500)		44,000-53,500)		41,500-53,000)		71,500-87,500)		61,500-83,750)		75,500-86,750)				
Kaygılı	K	10	46,900±6,624 (45,500)	38	47,500±6,935 (46,000)	40	48,450±10,400 (46,000)	18	75,889±10,884 (79,500)	15	76,867±11,928 (80,000)	22	72,773±13,993 (68,500)	0,669	0,718	0,972	0,550
			41,500-52,250)		42,750-51,500)		41,250-52,000)		64,500-84,250)		70,000-86,000)		63,750-86,000)				
	E	8	49,125±4,581 (49,500)	28	48,964±6,580 (47,500)	4	45,250±4,425 (45,000)	6	80,833±13,182 (78,000)	8	74,125±12,065 (72,500)	5	79,800±6,017 (80,000)				
			46,250-52,500)		44,000-53,750)		41,250-49,500)		71,000-92,750)		63,000-83,750)		74,000-85,500)				
Üzgün	K	8	46,750±5,726 (45,500)	35	46,714±6,042 (46,000)	45	48,956±10,488 (47,000)	14	76,000±11,177 (79,500)	13	78,308±12,072 (81,000)	28	72,786±13,090 (68,500)	0,950	0,420	0,950	0,941
			42,000-52,250)		43,000-50,000)		40,500-54,500)		64,500-85,500)		72,000-88,000)		63,250-83,750)				
	E	5	48,800±1,789 (49,000)	27	48,667±6,720 (48,000)	8	48,375±5,829 (47,500)	2	78,000±7,071 (78,000)	8	78,000±15,137 (77,500)	9	77,444±8,368 (74,000)				
			47,000-50,500)		44,000-53,000)		43,000-54,500)		73,000-.)		63,000-92,500)		71,500-85,500)				
Mutlu	K	18	53,222±12,417 (50,000)	65	46,185±6,564 (45,000)	5	50,400±8,792 (52,000)	21	73,952±12,769 (76,000)	26	75,692±12,677 (74,000)	8	74,875±11,825 (80,000)	0,022	0,916	0,049	0,214
			43,750-61,750)		40,500-50,000)		42,000-58,000)		64,000-84,500)		64,750-87,000)		62,500-84,500)				
	E	7	50,000±7,211 (48,000)	31	47,903±5,758 (47,000)	2	55,000±2,828 (55,000)	6	77,333±11,961 (79,000)	11	78,636±11,404 (75,000)	2	74,000±12,728 (74,000)				
			47,000-51,000)		44,000-53,000)		53,000-.)		65,000-88,500)		73,000-83,000)		65,000-.)				
Heyecanlı	K	8	50,125±3,907 (50,000)	44	47,727±8,484 (45,500)	36	47,528±9,521 (44,500)	13	74,231±9,884 (78,000)	16	77,750±12,053 (80,500)	26	73,500±13,791 (68,000)	0,082	0,692	0,197	0,433
			46,500-54,000)		42,000-50,750)		40,000-52,750)		66,000-82,500)		70,500-89,000)		63,750-85,500)				
	E	5	52,400±7,197 (50,000)	28	48,036±5,903 (47,000)	7	48,286±5,707 (48,000)	2	87,500±3,536 (87,500)	11	76,273±12,854 (74,000)	6	77,167±8,183 (77,000)				
			48,000-58,000)		44,000-53,000)		42,000-53,000)		85,000-.)		66,000-83,000)		71,000-84,250)				

Student's t Testi; Mann-Whitney U Testi; One way ANOVA Testi; post hoc: Tukey Testi; Kruskal Wallis Testi; post hoc: Dunn Z Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda besin alımına göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda besin alımına göre karşılaştırma; **P3:** Yeme bağımlılığı olmayan kadınlarda ve erkeklerde besin alımına göre karşılaştırma; **P4:** Yeme bağımlılığı olan kadınlarda ve erkeklerde besin alımına göre karşılaştırma; **BKI:** Beden Kütle İndeksi; **BDÖ-11:** Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11; **K:** Kadın; **E:** Erkek

Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile öğün atlama ve beslenme davranışına göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olan bireylerde; gece öğününü her zaman atlayanların ortalama BKİ değeri, sık sık atlayanlara göre daha yüksek ve nadiren atlayanların ortalama BKİ değeri, hiç atlamayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,033$).

Kahvaltı; hiç grubunda, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKİ değeri olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Öğle ve gece; her zaman, nadiren ve hiç gruplarında, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKİ değeri olmayan bireylere göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$; $<0,001$; $0,001$ ve $<0,001$; $<0,001$; $0,009$). Akşam; nadiren ve hiç gruplarında, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKİ değeri olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$; $<0,001$). Kuşluk ve ikindi; tüm alt gruplarında, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKİ değeri olmayan bireylere göre daha yüksek görülmüştür ($p=0,001$; $<0,001$; $<0,001$; $0,004$ ve $0,001$; $0,001$; $<0,001$; $0,002$). Canı istemediği için öğün atlayanlarda, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKİ değeri olmayan bireylere göre daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,001$).

Tablo 15. Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile öğün atlama ve beslenme davranışına göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı																
Öğün Atlama ve Beslenme Davranışı	Yeme Bağımlılığı Yok						Yeme Bağımlılığı Var									
	Kadın		Erkek		Toplam		Kadın		Erkek		Toplam		P1	P2	P3	
	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)				
Kahvaltı	Her Zaman	3	25,202±2,964 (23,702 23,287-)	0	- -	3	25,202±2,964 (23,702 23,287-)	2	35,297±3,728 (35,297 32,661-)	2	30,332±5,020 (30,332 26,782-)	4	32,814±4,610 (33,271 28,252-36,920)			0,056
	Sık Sık	0	-	0	- -	0	- -	3	33,664±2,030 (33,024 32,031-)	2	33,954±0,192 (33,954 33,818-)	5	33,780±1,448 (33,818 32,527-35,014)	0,221	0,794	NC
	Nadiren	3	25,102±1,277 (24,544 24,199-)	2	28,962±2,183 (28,962 27,419-)	5	26,646±2,545 (26,563 24,372-28,962)	0	- -	1	33,546± (33,546 33,546-33,546)	1	33,546± (33,546 34,963±4,977)			0,069
	Hiç	82	30,171±4,926 (29,644 27,036-33,115)	38	26,748±3,948 (26,272 23,864-29,481)	120	29,087±4,891 (28,692 25,438-32,308)	50	35,466±4,973 (35,405 31,301-38,219)	14	33,166±4,730 (32,385 30,166-35,262)	64	34,963±4,977 (34,399 31,122-37,229)			<0,001
Öğle	Her Zaman	53	30,429±5,075 (30,034 27,356-34,050)	17	27,865±4,155 (27,419 24,512-29,707)	70	29,806±4,964 (29,184 26,104-32,912)	36	35,886±5,040 (34,697 31,580-40,723)	8	34,389±5,253 (32,779 30,504-38,110)	44	35,614±5,051 (34,399 31,342-40,030)			<0,001
	Sık Sık	5	29,185±1,809 (29,586 27,725-30,444)	3	26,535±2,859 (27,968 23,242-)	8	28,191±2,467 (28,773 26,716-29,596)	3	34,706±2,005 (35,754 32,394-)	2	27,704±3,126 (27,704 25,494-)	5	31,905±4,377 (32,394 27,704-35,862)	0,102	0,210	0,073
	Nadiren	10	26,892±3,321 (27,125 24,627-28,407)	8	27,129±3,352 (26,284 24,304-30,658)	18	26,997±3,237 (26,894 24,627-29,101)	10	33,161±4,534 (32,842 30,477-36,492)	2	33,682±0,192 (33,682 33,546-)	12	33,248±4,106 (33,285 31,139-35,993)			<0,001
	Hiç	20	29,869±5,468 (31,576 24,303-32,970)	12	25,334±3,973 (25,788 22,251-28,203)	32	28,168±5,376 (27,707 23,061-32,565)	6	36,207±4,401 (36,628 34,130-38,480)	7	32,651±3,071 (33,115 31,086-34,090)	13	34,292±4,023 (34,090 32,033-36,659)			0,001
Akşam	Her Zaman	1	38,578± (38,578 38,578-38,578)	1	25,419± (25,419 25,419-25,419)	2	31,998±9,305 (31,998 25,419-)	0	- -	0	- -	0	- -			NC
	Sık Sık	0	-	0	- -	0	- -	2	29,578±1,495 (29,578 28,521-)	0	- -	2	29,578±1,495 (29,578 28,521-)	0,299	0,176	NC
	Nadiren	3	24,326±2,353 (24,544 21,872-)	2	28,962±2,183 (28,962 27,419-)	5	26,181±3,226 (26,563 23,208-28,962)	8	33,388±2,899 (32,842 31,406-35,892)	2	33,682±0,192 (33,682 33,546-)	10	33,447±2,561 (33,285 32,065-35,800)			<0,001
	Hiç	84	29,922±4,845 (29,559 26,749-32,748)	37	26,784±3,996 (26,298 23,814-29,554)	121	28,962±4,810 (28,633 25,105-32,147)	45	35,969±4,925 (36,000 31,813-40,223)	17	32,887±4,553 (32,980 30,082-34,449)	62	35,124±4,985 (34,399 31,311-37,405)			<0,001

Tablo 15. (Devamı) Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile öğün atlama ve beslenme davranışına göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı																
Öğün Atlama ve Beslenme Davranışı	Yeme Bağımlılığı Yok						Yeme Bağımlılığı Var									
	Kadın		Erkek		Toplam		Kadın		Erkek		Toplam		P1	P2	P3	
	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)				
Kuşluk	Her Zaman	17	30,713±5,474 (32,007 26,270-33,444)	9	27,383±4,771 (25,499 24,323-29,551)	26	29,561±5,392 (28,657 24,542-32,782)	13	35,596±3,737 (34,727 32,324-37,403)	3	32,630±3,006 (33,882 29,201-)	16	35,040±3,715 (34,429 31,975-37,196)	0,542	0,323	0,001
	Sık Sık	21	29,040±4,152 (28,633 26,430-30,338)	12	27,178±4,266 (27,244 23,410-30,825)	33	28,363±4,226 (28,441 24,666-30,719)	11	32,955±3,066 (32,661 30,765-35,938)	4	34,596±3,328 (33,954 31,905-37,930)	15	33,393±3,107 (33,632 31,267-35,938)			
	Nadiren	43	30,334±4,919 (30,044 26,718-33,036)	17	26,206±3,442 (26,298 22,737-29,210)	60	29,164±4,894 (29,184 25,682-32,480)	28	35,457±5,319 (35,877 31,199-39,413)	10	32,729±5,427 (33,047 29,132-34,482)	38	34,739±5,412 (33,927 30,701-37,209)			
	Hiç	7	26,950±5,653 (27,609 21,965-31,221)	2	28,133±2,215 (28,133 26,567-)	9	27,213±4,985 (27,609 22,831-30,460)	3	42,275±2,179 (41,177 40,863-)	2	31,438±0,498 (31,438 31,086-)	5	37,940±6,137 (40,863 31,438-42,981)			
	İkinci	Her Zaman	8	29,533±6,648 (28,315 24,146-33,238)	8	26,440±2,236 (25,512 24,734-28,150)	16	27,987±5,051 (26,472 24,734-30,190)	5	35,772±2,097 (36,694 33,568-37,515)	2	34,345±0,655 (34,345 33,882-)	7			
Sık Sık		23	29,431±4,634 (28,828 26,298-32,007)	9	27,464±4,038 (27,069 23,578-30,719)	32	28,878±4,500 (28,570 24,763-31,040)	12	33,233±3,938 (32,346 30,667-35,717)	4	34,596±3,328 (33,954 31,905-37,930)	16	33,573±3,736 (33,146 30,890-35,717)			
Nadiren		46	30,163±4,902 (30,039 26,679-32,839)	21	26,637±4,536 (26,298 22,737-29,561)	67	29,058±5,033 (29,012 24,729-32,462)	32	35,215±5,070 (35,211 31,312-37,491)	11	32,644±5,157 (32,980 29,915-33,768)	43	34,557±5,157 (33,768 31,076-37,202)			
Hiç		11	29,480±5,036 (30,343 27,609-33,352)	2	28,133±2,215 (28,133 26,567-)	13	29,273±4,669 (29,700 27,088-32,972)	6	40,058±3,731 (41,020 36,104-42,871)	2	30,144±1,333 (30,144 29,201-)	8	37,579±5,591 (38,713 31,997-41,969)			
Gece		Her Zaman	13	28,197±4,349 (28,629 23,948-32,320)	5	24,726±3,894 (24,112 21,656-28,104)	18	27,233±4,413 (27,315 23,583-30,854)	8	37,155±3,466 (36,896 34,266-40,891)	0	- - 34,431±2,906	8	37,155±3,466 (36,896 34,266-40,891)	0,132	0,033
	Sık Sık	22	30,980±5,764 (29,369 27,751-35,576)	7	28,360±4,140 (28,699 23,914-30,931)	29	30,348±5,467 (29,152 26,816-34,147)	12	32,685±2,872 (32,346 30,667-35,580)	5	34,431±2,906 (33,818 32,517-36,650)	17	33,199±2,908 (33,632 31,016-35,405)			
	Nadiren	49	29,405±4,544 (29,532 26,439-32,474)	23	26,847±4,107 (26,298 23,715-29,408)	72	28,587±4,542 (28,238 24,994-32,082)	27	34,987±5,014 (34,667 31,565-37,578)	11	31,490±3,299 (31,790 29,915-33,546)	38	33,975±4,816 (33,530 30,984-36,768)			
	Hiç	4	34,005±4,804 (34,421 29,169-38,425)	5	26,944±2,101 (26,567 25,030-9,047)	9	30,082±4,971 (28,394 26,046-34,421)	7	38,240±5,495 (40,863 31,227-42,233)	3	35,968±8,016 (38,882 29,201-)	10	37,558±5,968 (38,713 31,128-42,871)			

Tablo 15. (Devamı) Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile öğün atlama ve beslenme davranışına göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı																			
Öğün Atlama ve Beslenme Davranışı		Yeme Bağımlılığı Yok						Yeme Bağımlılığı Var											
		Kadın		Erkek		Toplam		Kadın		Erkek		Toplam							
		N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	P1	P2	P3			
Öğün atlama nedeni	Zayıflamak için	6	34,367±4,737 (32,494	2	29,715±2,471 (29,715	8	33,204±4,640 (31,383	4	32,893±3,783 (32,977	0	-	4	32,893±3,783 (32,977	0,085	0,982	0,911			
			30,816-39,727)		27,968-)		30,005-37,865)		29,198-36,505)		29,198-36,505)								
	Zaman Yetersizliğinden	8	30,727±5,834 (29,736	11	27,251±4,176 (27,069	19	28,715±5,102 (28,332	2	33,500±12,276 (33,500	2	34,869±2,481 (34,869	4	34,185±7,274 (34,869				0,083		
			27,731-35,867)		25,499-29,012)		25,525-33,045)		24,820-)		33,115-)		26,893-40,791)						
	Canı İstemediği için	69	29,330±4,769 (28,633	24	25,895±3,041 (25,374	93	28,443±4,627 (28,274	41	35,802±4,955 (35,970	16	32,698±4,604 (32,385	57	34,931±5,020 (33,882					<0,001	
			25,896-32,539)		23,360-29,230)		24,517-31,848)		31,595-40,223)		29,998-34,038)		31,081-37,755)						
	Unuttuğu için	0	-	0	-	0	-	5	34,867±2,273 (35,754	1	33,546± (33,546	6	34,646±2,103 (34,920						NC
			32,706-36,583)		33,546-33,546)		32,991-36,260)												
Üşendiği için	0	-	3	31,224±7,076 (30,506	3	31,224±7,076 (30,506	2	34,518±2,113 (34,518	0	-	2	34,518±2,113 (34,518	0,584						
		-		24,535-)		24,535-)		33,024-)		33,024-)									
Sağlık için	5	29,841±4,552 (31,289	0	-	5	29,841±4,552 (31,289	0	-	0	-	1	35,056± (35,056		0,355					
		26,113-32,846)		-		26,113-32,846)		-		-		35,056-35,056)							

Student's t Testi; One way ANOVA Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda öğün atlama ve beslenme davranışı grupları arasında karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda öğün atlama ve beslenme davranışı grupları arasında karşılaştırma; **P3:** Yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; P değerleri toplamalar üzerinden hesaplanmıştır.

Bireylerin cinsiyete göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları Tablo 16’da gösterilmiştir. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 16. Bireylerin cinsiyete göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları

YFAS ve BDÖ-11	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	$\bar{X} \pm ss$ <i>(Medyan Q1-Q3)</i>	N	$\bar{X} \pm ss$ <i>(Medyan Q1-Q3)</i>	N	$\bar{X} \pm ss$ <i>(Medyan Q1-Q3)</i>	p	
YFAS	143	2,818±2,251 (2,000 1,000-4,000)	59	2,661±2,225 (2,000 1,000-4,000)	202	2,772±2,239 (2,000 1,000-4,000)	0,606
BDÖ-11	143	58,266±16,672 (53,000 44,000-70,000)	59	58,000±15,843 (53,000 46,000-70,000)	202	58,188±16,395 (53,000 45,000-70,000)	0,917
Dikkatte Dürtüsellik	143	15,538±5,387 (14,000 11,000-20,000)	59	14,661±5,271 (13,000 11,000-18,000)	202	15,282±5,355 (14,000 11,000-19,000)	0,291
Motor Dürtüsellik	143	17,643±5,790 (16,000 13,000-22,000)	59	18,322±4,981 (17,000 15,000-21,000)	202	17,842±5,562 (16,000 13,750-21,250)	0,432
Plan Yapamama	143	22,070±6,260 (21,000 17,000-27,000)	59	21,881±6,821 (19,000 17,000-25,000)	202	22,015±6,412 (20,500 17,000-27,000)	0,850

Mann-Whitney U Testi; **YFAS:** Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği; **BDÖ-11:** Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumuna göre yemek yemeye ilişkin ifadesinin dağılımları ve beden kütle indeksi ortalamaları Tablo 17’de gösterilmiştir. Yemek yemenin gereklilik, duygusal olarak rahatlama ve mutluluk ifade ettiği ve ifade etmediği bireylerde, cinsiyet ayrımı yapılmadan; yeme bağımlılığı olanların ortalama BKİ değeri, olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p=0,001$; $<0,001$ ve $<0,001$; $0,004$ ve $<0,001$; $<0,001$). Yemek yemenin boşluk doldurma ve problem çözme ifade etmediği bireylerde, cinsiyet ayrımı yapılmadan; yeme bağımlılığı olanların ortalama BKİ değeri, olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$; $<0,001$).

Tablo 17. Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumuna göre yemek yemeye ilişkin ifadesinin dağılımları ve beden kütle indeksi ortalamaları

		Yeme Bağımlılığı																	
		Yeme Bağımlılığı Yok						Yeme Bağımlılığı Var											
		Cinsiyet																	
Yemek Yemeye İlişkin İfade		Kadın			Erkek			Toplam			Kadın			Erkek			Toplam		
		<i>N</i>	<i>X̄±ss</i> (Medyan Q1-Q3)	<i>N</i>	<i>X̄±ss</i> (Medyan Q1-Q3)	<i>N</i>	<i>X̄±ss</i> (Medyan Q1-Q3)	<i>N</i>	<i>X̄±ss</i> (Medyan Q1-Q3)	<i>N</i>	<i>X̄±ss</i> (Medyan Q1-Q3)	<i>N</i>	<i>X̄±ss</i> (Medyan Q1-Q3)	<i>N</i>	<i>X̄±ss</i> (Medyan Q1-Q3)	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	
Gereklik	İfade etmiyor	17	29,939±5,481 (29,129 25,683-33,249)	4	28,918±2,502 (29,356 26,377-31,022)	21	29,744±5,014 (29,129 26,581-32,045)	16	34,772±4,271 (34,109 31,401-37,095)	6	34,995±5,090 (33,657 32,315-37,311)	22	34,833±4,383 (33,927 31,550-36,828)	0,383	0,921			0,001	
	İfade ediyor	71	29,803±4,850 (29,532 26,563-32,773)	36	26,630±3,976 (26,272 23,765-29,230)	107	28,735±4,798 (28,394 24,729-32,210)	39	35,603±5,030 (35,970 31,565-37,933)	13	32,036±3,735 (31,790 29,725-33,986)	52	34,712±4,956 (34,101 31,122-37,222)						
Duygusal Olarak Rahatlama	İfade etmiyor	82	29,881±5,080 (29,444 26,501-33,115)	38	26,640±3,780 (26,272 23,864-29,481)	120	28,855±4,929 (28,548 24,712-32,176)	48	35,223±4,874 (34,697 31,386-37,491)	19	32,971±4,300 (33,115 30,249-34,090)	67	34,584±4,796 (33,882 31,227-37,109)	0,678	0,365			<0,001	
	İfade ediyor	6	29,118±2,612 (29,160 27,388-31,498)	2	31,014±5,084 (31,014 27,419-)	8	29,592±3,055 (29,160 27,632-31,888)	7	36,312±4,461 (36,694 33,024-40,303)	0	- (36,694 33,024-40,303)	7	36,312±4,461 (36,694 33,024-40,303)						
Mutluluk	İfade etmiyor	66	30,050±4,880 (29,593 26,563-33,115)	35	26,517±3,880 (26,246 23,715-29,408)	101	28,825±4,842 (28,480 24,768-32,212)	33	35,268±4,884 (35,056 31,396-37,755)	13	31,800±3,511 (31,790 29,725-33,850)	46	34,288±4,769 (33,850 31,084-37,101)	0,734	0,290			<0,001	
	İfade ediyor	22	29,168±5,195 (28,657 24,472-32,058)	5	29,248±3,406 (29,012 26,459-32,154)	27	29,183±4,856 (28,685 25,499-32,007)	22	35,502±4,776 (35,240 31,550-37,957)	6	35,508±5,069 (34,288 32,315-38,673)	28	35,503±4,743 (34,767 31,719-37,229)						
Boşluk Doldurma	İfade etmiyor	87	29,812±4,971 (29,355 26,563-32,773)	39	26,740±3,870 (26,298 23,914-29,408)	126	28,861±4,857 (28,548 24,844-32,115)	52	35,272±4,803 (34,891 31,580-37,491)	18	32,939±4,423 (33,047 30,166-34,269)	70	34,672±4,788 (34,088 31,192-37,139)	0,466	0,573			<0,001	
	İfade ediyor	1	31,303±. -	1	31,463±. -	2	31,383±0,113 (31,383 31,303-)	3	36,903±5,434 (37,202 31,326-)	1	33,546±. -	4	36,064±4,743 (35,374 31,881-40,936)						
Problem Çözme	İfade etmiyor	87	29,812±4,971 (29,355 26,563-32,773)	40	26,858±3,892 (26,432 23,963-29,627)	127	28,882±4,843 (28,616 24,882-32,084)	54	35,385±4,840 (35,405 31,506-37,667)	18	32,939±4,423 (33,047 30,166-34,269)	72	34,773±4,827 (34,101 31,237-37,222)	0,619	0,781			<0,001	
	İfade ediyor	1	31,303±. -	0	- -	1	31,303±. -	1	34,086±. -	1	33,546±. -	2	33,816±0,382 (33,816 33,546-.)						

Student's t Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda yemek yemeye ilişkin ifade gruplarına göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda yemek yemeye ilişkin ifade gruplarına göre karşılaştırma; **P3:** Yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; P değerleri toplamalar üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığına ve yemek yemeye ilişkin ifadelerine göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları Tablo 18’de gösterilmiştir. Yemek yemenin gereklilik, duygusal olarak rahatlama ve mutluluk ifade ettiği ve ifade etmediği bireylerde, cinsiyet ayrımı yapılmadan; yeme bağımlılığı olanların ortalama BDÖ-11 puanı, olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$; $<0,001$ ve $<0,001$; $0,001$ ve $<0,001$; $<0,001$). Yemek yemenin boşluk doldurma ve problem çözme ifade etmediği bireylerde, cinsiyet ayrımı yapılmadan; yeme bağımlılığı olanların ortalama BDÖ-11 puanı, olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$; $<0,001$).



Tablo 18. Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığına ve yemek yemeye ilişkin ifadelerine göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları

Yeme Bağımlılığı														
Yeme Bağımlılığı Yok														
Yeme Bağımlılığı Var														
Cinsiyet														
Yemek Yemeye İlişkin İfade		Kadın			Erkek			Toplam			Kadın			P1
		N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	
Gereklik	İfade etmiyor	17	50,235±10,041 (48,000)	4	48,000±3,916 (47,500)	21	49,810±9,152 (48,000)	16	73,188±11,089 (71,000)	6	76,833±8,727 (79,000)	22	74,182±10,427 (74,500)	0,397
	İfade ediyor	71	44,000-52,000) 47,296±8,184 (45,000)	36	44,500-52,000) 48,694±6,274 (48,000)	107	44,000-52,000) 47,766±7,594 (46,000)	39	63,000-83,500) 75,615±12,959 (78,000)	13	70,250-83,500) 78,154±12,341 (74,000)	52	63,000-83,250) 76,250±12,735 (77,000)	
Duygusal Olarak Rahatlama	İfade etmiyor	82	47,939±8,550 (46,000)	38	48,500±6,141 (47,500)	120	48,117±7,845 (46,500)	48	74,938±12,740 (76,000)	19	77,737±11,095 (75,000)	67	75,731±12,279 (75,000)	0,805
	İfade ediyor	6	42,000-52,000) 46,833±9,928 (44,000)	2	44,000-53,000) 51,000±4,243 (51,000)	8	42,000-52,750) 47,875±8,758 (46,000)	7	64,000-85,000) 74,714±10,515 (76,000)	0	- -	7	65,000-85,000) 74,714±10,515 (76,000)	
Mutluluk	İfade etmiyor	66	39,750-52,500) 46,788±7,779 (45,000)	35	48,500±6,141 (48,000)	101	41,000-52,500) 47,406±7,317 (46,000)	33	65,000-84,000) 75,364±13,573 (76,000)	13	79,154±12,151 (80,000)	46	76,435±13,167 (77,000)	0,116
	İfade ediyor	22	41,000-51,000) 51,091±10,193 (49,000)	5	44,000-53,500) 49,000±4,359 (48,000)	27	42,000-52,000) 50,704±9,355 (48,000)	22	64,500-86,500) 74,227±10,646 (76,500)	6	69,500-89,000) 74,667±8,501 (74,000)	28	65,750-87,250) 74,321±10,078 (74,500)	
Boşluk Doldurma	İfade etmiyor	87	44,000-58,750) 47,908±8,630 (46,000)	39	45,000-53,500) 48,615±6,124 (48,000)	126	44,000-54,000) 48,127±7,922 (46,500)	52	64,000-82,250) 74,308±12,445 (74,000)	18	68,000-83,500) 77,444±11,341 (74,500)	70	75,114±12,169 (74,000)	0,901
	İfade ediyor	1	42,000-52,000) 44,000±. . -	1	44,000-53,000) 49,000±. -	2	42,000-53,000) 46,500±3,536 (46,500)	3	64,000-84,750) 85,333±4,933 (83,000)	1	69,000-85,750) 83,000±. -	4	65,000-85,000) 84,750±4,193 (83,000)	
Problem Çözme	İfade etmiyor	87	82,250-89,000) 47,908±8,630 (46,000)	40	82,250-89,000) 48,625±6,046 (48,000)	127	82,250-89,000) 48,134±7,890 (47,000)	54	82,250-89,000) 75,167±12,359 (77,000)	18	82,250-89,000) 77,444±11,341 (74,500)	72	75,736±12,075 (75,500)	0,672
	İfade ediyor	1	65,000-85,000) 44,000±. . -	0	65,000-85,000) - -	1	65,000-85,000) 44,000±. . -	1	65,000-85,000) 61,000±. . -	1	69,000-85,750) 83,000±. -	2	65,000-85,000) 72,000±15,556 (72,000)	
													P2	P3
													0,407	<0,001
													0,875	<0,001
													0,397	<0,001
													0,133	<0,001
													0,088	<0,001
													0,644	NC

Mann-Whitney U Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda yemek yemeye ilişkin ifade gruplarına göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda yemek yemeye ilişkin ifade gruplarına göre karşılaştırma; **P3:** Yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; P değerleri toplamalar üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin cinsiyete ve yemek yemeye ilişkin ifadelerine göre yeme bağımlılığı ölçeği puan ortalamaları Tablo 19’da gösterilmiştir. Yemek yemenin gereklilik ifade etmediği erkeklerde ortalama YFAS puanı, ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,019). Yemek yemenin mutluluk ifade etmediği kadınlarda ve erkeklerde ortalama YFAS puanı, ifade edenlere göre daha düşük saptanmıştır (p=0,028; 0,026).

Tablo 19. Bireylerin cinsiyete ve yemek yemeye ilişkin ifadelerine göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları

Cinsiyet									
Yemek Yemeye İlişkin İfade	Kadın		Erkek		Toplam		P1	P2	P3
	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)			
Gereklilik									
İfade etmiyor	33	3,364±2,162 (4,000 2,000-5,000)	10	4,100±1,969 (4,500 2,750-6,000)	43	3,535±2,120 (4,000 2,000-5,000)	0,273	0,088	0,019
İfade ediyor	110	2,655±2,260 (1,500 1,000-4,000)	49	2,367±2,177 (1,000 1,000-4,000)	159	2,566±2,232 (1,000 1,000-4,000)	0,413		
Duygusal olarak rahatlama									
İfade etmiyor	130	2,785±2,276 (2,000 1,000-5,000)	57	2,632±2,257 (2,000 1,000-4,500)	187	2,738±2,265 (2,000 1,000-5,000)	0,616	0,601	0,540
İfade ediyor	13	3,154±2,035 (4,000 1,000-4,000)	2	3,500±0,707 (3,500 3,000-.)	15	3,200±1,897 (4,000 1,000-4,000)	0,933		
Mutluluk									
İfade etmiyor	99	2,535±2,144 (1,000 1,000-4,000)	48	2,375±2,228 (1,000 1,000-4,000)	147	2,483±2,166 (1,000 1,000-4,000)	0,547	0,028	0,026
İfade ediyor	44	3,455±2,377 (4,000 1,000-5,000)	11	3,909±1,814 (4,000 3,000-5,000)	55	3,545±2,267 (4,000 2,000-5,000)	0,477		
Boşluk doldurma									
İfade etmiyor	139	2,755±2,229 (2,000 1,000-4,000)	57	2,579±2,212 (2,000 1,000-4,000)	196	2,704±2,220 (2,000 1,000-4,000)	0,558	0,074	0,141
İfade ediyor	4	5,000±2,160 (4,500 3,250-7,250)	2	5,000±1,414 (5,000 4,000-.)	6	5,000±1,789 (4,500 3,750-6,500)	1,000		
Problem çözme									
İfade etmiyor	141	2,809±2,264 (2,000 1,000-4,500)	58	2,603±2,200 (2,000 1,000-4,000)	199	2,749±2,242 (2,000 1,000-4,000)	0,523	0,640	0,169
İfade ediyor	2	3,500±0,707 (3,500 3,000-.)	1	6,000±. -	3	4,333±1,528 (4,000 3,000-.)	NC		

Mann-Whitney U Testi; NC: Not Calculate; **P1**: Cinsiyete göre karşılaştırma; **P2**: Kadınlarda yemek yemeye ilişkin ifade durumları arasında karşılaştırma; **P3**: Erkeklerde yemek yemeye ilişkin ifade durumları arasında karşılaştırma
Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile kan parametrelerinin karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olmayanlarda, ortalama trigliserit ve TSH değeri kadınlarda daha fazla iken ortalama HbA1c değeri erkeklerde daha fazla saptanmıştır ($p=0,046$; $<0,001$; $0,001$). Kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama insülin değeri yeme bağımlılarına göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,017$; $0,030$). Erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama açlık kan şekeri değeri yeme bağımlılarına göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p=0,022$). Kadınlarda, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama HDL ve TSH değerleri yeme bağımlılarına göre daha yüksek görülmüştür ($p=0,049$; $0,014$).



Tablo 20. Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile kan parametrelerinin karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı																				
Yeme Bağımlılığı Yok									Yeme Bağımlılığı Var											
Cinsiyet																				
Kadın			Erkek			Toplam			Kadın			Erkek			Toplam					
	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)	N	$\bar{X} \pm ss$ (Medyan Q1-Q3)		P1	P2	P3	P4	
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	59	132,051±54,352 (116,000 102,000-141,000)	26	174,423±85,702 (145,000 118,750-206,500)	85	145,012±67,908 (129,000 105,000-154,500)	27	130,526±53,553 (116,000 96,000-137,000)	8	114,875±20,455 (114,500 94,750-135,750)	35	126,949±48,205 (116,000 96,000-137,000)			0,008	0,893	0,567	0,022		
İnsülin (uU/mL)	42	11,293±7,142 (9,250 6,200-14,305)	17	9,682±7,166 (8,100 3,900-14,200)	59	10,829±7,125 (8,900 5,900-14,240)	22	16,332±9,443 (14,250 8,975-21,800)	6	15,633±5,776 (12,800 11,450-22,900)	28	16,182±8,696 (13,950 10,175-22,250)			0,269	0,892	0,017	0,030		
HDL (mg/dL)	57	54,930±14,868 (52,000 46,000-63,000)	21	50,000±13,217 (49,000 40,500-55,500)	78	53,603±14,526 (52,000 44,500-61,250)	27	48,815±10,236 (48,000 44,000-54,000)	7	43,429±10,937 (45,000 32,000-54,000)	34	47,706±10,449 (46,500 40,750-54,000)			0,162	0,222	0,049	0,249		
LDL (mg/dL)	50	121,196±44,344 (119,200 95,000-150,250)	17	111,588±23,152 (112,000 92,500-134,500)	67	118,758±40,095 (118,400 93,000-139,000)	26	127,385±28,735 (121,000 104,750-147,500)	6	120,000±58,299 (126,000 77,500-157,500)	32	126,000±34,966 (121,000 104,250-144,750)			0,397	0,649	0,522	0,617		
Kolesterol (mg/dL)	58	213,914±46,122 (213,500 179,500-246,000)	21	196,000±32,660 (193,000 171,000-211,500)	79	209,152±43,491 (204,000 178,000-239,000)	27	213,111±31,872 (212,000 190,000-225,000)	7	193,286±60,218 (195,000 164,000-217,000)	34	209,029±39,062 (208,500 188,500-224,250)			0,106	0,237	0,926	0,880		
Trigliserit (mg/dl)	58	183,052±142,716 (139,500 118,250-219,000)	20	131,000±67,704 (118,000 82,250-158,750)	78	169,705±129,352 (137,500 105,250-190,500)	27	188,815±75,821 (177,000 122,000-228,000)	7	144,000±42,312 (155,000 99,000-184,000)	34	179,588±72,064 (172,000 121,750-199,000)			0,046	0,177	0,208	0,219		
ALT (U/L)	58	22,000±11,893 (18,500 14,000-27,000)	24	19,292±11,122 (15,500 11,500-23,500)	82	21,207±11,670 (17,000 13,000-25,250)	27	17,778±9,001 (17,000 10,000-22,000)	7	23,143±8,513 (23,000 16,000-25,000)	34	18,882±9,048 (18,000 11,500-25,000)			0,221	0,127	0,102	0,153		
AST (U/L)	58	20,914±8,591 (19,500 15,750-23,250)	24	17,458±6,164 (16,000 12,000-23,750)	82	19,902±8,076 (18,500 14,000-23,250)	27	17,444±5,652 (17,000 12,000-21,000)	6	18,500±4,231 (19,500 13,750-21,750)	33	17,636±5,378 (17,000 12,500-21,000)			0,089	0,508	0,075	0,527		
TSH (mU/L)	52	2,670±1,290 (2,425 1,748-3,325)	22	2,280±4,448 (1,145 0,915-1,618)	74	2,554±2,624 (2,025 1,263-2,840)	25	2,143±1,778 (1,610 0,984-2,570)	6	1,576±1,266 (1,750 0,266-2,298)	31	2,033±1,688 (1,610 0,971-2,170)			<0,001	0,679	0,014	0,764		
B12 Vitamini (pg/mL)	48	431,640±237,314 (364,500 269,250-493,975)	19	352,042±125,698 (343,000 301,000-423,000)	67	409,067±213,825 (350,000 287,000-490,000)	23	500,830±360,701 (378,000 248,000-572,000)	4	297,000±170,366 (236,500 177,500-477,000)	27	470,633±344,794 (337,000 244,000-543,000)			0,651	0,168	0,995	0,250		
HbA1c (%)	55	6,965±1,653 (86,600 5,900-7,500)	21	8,457±2,307 (7,900 6,650-10,100)	76	7,378±1,959 (6,900 6,100-7,775)	25	6,764±1,342 (6,300 6,100-7,100)	8	7,088±1,163 (6,700 6,200-7,900)	33	6,842±1,291 (6,400 6,100-7,350)			0,001	0,290	0,614	0,126		

Student's t Testi; Mann-Whitney U Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P3:** Kadınlarda yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P4:** Erkeklerde yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **HDL:** Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein; **LDL:** Düşük Yoğunluklu Lipoprotein; **ALT:** Alanin Aminotransferaz; **AST:** Aspartat Aminotransferaz; **TSH:** Tiroid Stimulan Hormon; **HbA1c:** Glikolize Hemoglobin

Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumlarına göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olmayanlarda, kadınların ortalama BKİ değeri erkeklere göre daha fazla bulunmuştur ($p=0,001$). Kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BKİ değeri yeme bağımlılarına göre daha düşük tespit edilmiştir ($p<0,001$).



Tablo 21. Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumlarına göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı																	
Yeme Bağımlılığı Yok						Yeme Bağımlılığı Var											
Cinsiyet																	
Kadın			Erkek			Toplam			Kadın			Erkek			Toplam		
<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$		<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$		<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$		<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$		<i>N</i>	$\bar{X} \pm ss$				
	Medyan		Medyan			Medyan	Medyan		Medyan			Medyan			P1		
	Q1-Q3		Q1-Q3			Q1-Q3	Q1-Q3		Q1-Q3			Q1-Q3			P2		
BKI	29,829±4,945		26,858±3,892	12	28,901±4,828		35,361±4,798		32,971±4,300		34,748±4,764				P3		
	29,444	40	26,432	8	28,622	55	35,056	19	33,115	74	34,088	0,001	0,059	<0,001	P4		
	26,563-32,748		23,963-29,627		24,994-32,082		31,565-37,578		30,249-34,090		31,257-37,209						

Student's t Testi; **P1**: Yeme bağımlılığı olmayanlarda cinsiyetler arası karşılaştırma; **P2**: Yeme bağımlılığı olanlarda cinsiyetler arası karşılaştırma; **P3**: Kadınlarda yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P4**: Erkeklerde yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **BKI**: Beden Kütle İndeksi

Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olmayanlarda, bel çevresi riskli olmayan ve yüksek riskli olan bireylerde kadınların oranı daha fazla iken riskli olan bireylerde tam tersi bir durum görülmüştür ($p<0,001$). Yeme bağımlılığı olanlarda, bel/kalça oranı riskli olmayan bireylerde kadınların oranı daha fazla iken riskli olan bireylerde erkeklerin oranı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,046$).

Tablo 22. Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı														
Antropometrik Ölçümler	Yeme Bağımlılığı Var						Yeme Bağımlılığı Yok							
	Cinsiyet													
	Kadın		Erkek		Toplam		Kadın		Erkek		Toplam		P1	P2
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
BKI														
18.5-24.9 (Normal)	18	20,5%	14	35,0%	32	25,0%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,4%		
25.0-29.9 (Fazla Kilolu)	30	34,1%	19	47,5%	49	38,3%	4	7,3%	3	16,7%	7	9,6%		
30.0-34.9 (1.Derece Obez)	26	29,5%	6	15,0%	32	25,0%	22	40,0%	12	66,7%	34	46,6%	0,057	0,114
35.0-39.9)(2.Derece Obez)	12	13,6%	1	2,5%	13	10,2%	16	29,1%	2	11,1%	18	24,7%		
>40 (3.Derece Obez)	2	2,3%	0	0,0%	2	1,6%	12	21,8%	1	5,6%	13	17,8%		
Bel/Boy Oranı														
<0.5 (Risk Yok)	3	3,4%	3	7,5%	6	4,7%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,4%		
0.5-0.6 (Risk)	33	37,5%	22	55,0%	55	43,0%	3	5,5%	2	10,5%	5	6,8%	0,068	0,638
>0.6 (Yüksek Risk)	52	59,1%	15	37,5%	67	52,3%	51	92,7%	17	89,5%	68	91,9%		
Bel Çevresi														
Risk Yok (E≤94, K≤80)	3	3,4%	13	32,5%	16	12,5%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,4%		
Riskli (E>94, K>80)	10	11,4%	12	30,0%	22	17,2%	1	1,8%	3	15,8%	4	5,4%	<0,001	0,059
Yüksel Risk (E>102, K>88)	75	85,2%	15	37,5%	90	70,3%	53	96,4%	16	84,2%	69	93,2%		
Bel/Kalça Oranı														
Risk Yok (E<0.90, K<0.85)	16	18,2%	6	15,0%	22	17,2%	10	18,2%	0	0,0%	10	13,5%		
Riskli (E≥ 0.90, K≥0.85)	72	81,8%	34	85,0%	106	82,8%	45	81,8%	19	100,0%	64	86,5%	0,658	0,046
Boyun Çevresi														
Risk Yok (E≤37, K≤34)	12	13,6%	4	10,0%	16	12,5%	1	1,8%	0	0,0%	1	1,4%		
Riskli (E>37, K>34)	76	86,4%	36	90,0%	112	87,5%	54	98,2%	19	100,0%	73	98,6%	0,564	0,554

Ki-Kare Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **BKI:** Beden Kütle İndeksi; **K:** Kadın; **E:** Erkek

Bireylerin cinsiyete göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanları ortalamaları ile yeme bağımlılığı durumlarının karşılaştırılması Tablo 23’de gösterilmiştir. Yeme bağımlılığı olmayanlarda, kadınların motor dürtüsellik puanı ortalaması erkeklere göre daha düşük saptanmıştır ($p=0,018$). Kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik puanı ortalaması yeme bağımlılarına göre daha düşük tespit edilmiştir ($p<0,001$).



Tablo 23. Bireylerin cinsiyete göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanları ortalamaları ile yeme bağımlılığı durumlarının karşılaştırılması

Yeme Bağımlılığı																
Yeme Bağımlılığı Yok																
Yeme Bağımlılığı Var																
BDÖ-11	Cinsiyet															
	Kadın						Erkek						Toplam			
	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan	Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan	Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan	Q1-Q3	N	$\bar{X} \pm ss$	Medyan	Q1-Q3
Toplam Dürtüsellik	88	47,864±8,591	46,000	42,000-51,750	40	48,625±6,046	48,000	44,000-53,000	128	48,102±7,868	46,500	42,000-52,750	55	74,909±12,392	76,000	64,000-85,000
Dikkatte Dürtüsellik	88	12,489±3,122	12,000	10,000-14,000	40	11,825±2,845	11,000	10,000-13,750	128	12,281±3,043	12,000	10,000-14,000	55	20,418±4,606	20,632±4,058	20,473±4,445
Motor Dürtüsellik	88	14,386±3,341	14,000	12,000-15,750	40	15,875±3,098	15,500	14,000-17,750	128	14,852±3,328	15,000	13,000-17,000	55	22,855±5,024	23,474±4,221	23,014±4,810
Plan Yapamama	88	18,523±4,080	18,000	16,000-20,750	40	18,300±3,575	18,000	16,250-19,750	128	18,453±3,916	18,000	16,000-20,000	55	27,745±4,789	29,421±5,805	28,176±5,081

Mann-Whitney U Testi; **P1:** Yeme bağımlılığı olmayanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P2:** Yeme bağımlılığı olanlarda cinsiyete göre karşılaştırma; **P3:** Kadınlarda yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **P4:** Erkeklerde yeme bağımlılığı durumuna göre karşılaştırma; **BDÖ-11:** Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11

Bireylerin Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ve Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 puanları ile yaş, diyabet yaşı, beden kütle indeksi ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki Tablo 24'te gösterilmiştir.

Kadınlarda, YFAS puanı ile yaş ve diyabet yaşı arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, negatif yönde (biri arttıkça diğeri azalan) ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p=0,039$; $r=-0,172$ ve $p<0,001$; $r=-0,283$). Kadınlarda, YFAS puanı ile BKİ ve ağırlık arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$; $r=0,523$ ve $p<0,001$; $r=0,495$). Kadınlarda, YFAS puanı ile bel/boy oranı, boyun çevresi, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$; $r=0,334$ ve $p=0,004$; $r=0,242$ ve $p<0,001$; $r=0,355$ ve $p<0,001$; $r=0,350$ ve $p<0,001$; $r=0,380$).

Erkeklerde, YFAS puanı ile yaş ve diyabet yaşı arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, negatif yönde (biri arttıkça diğeri azalan) ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$; $r=-0,503$ ve $p=0,005$; $r=-0,360$). Erkeklerde, YFAS puanı ile BKİ, bel/boy oranı, ağırlık, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$; $r=0,489$ ve $p=0,008$; $r=0,343$ ve $p<0,001$; $r=0,485$ ve $p=0,001$; $r=0,414$ ve $p=0,005$; $r=0,362$ ve $p<0,001$; $r=0,492$).

Kadınlarda, BDÖ-11 puanı ile diyabet yaşı arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, negatif yönde (biri arttıkça diğeri azalan) ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p=0,021$; $r=-0,193$). Kadınlarda, BDÖ-11 puanı ile BKİ ve ağırlık arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$; $r=0,366$ ve $p<0,001$; $r=0,359$). Kadınlarda, BDÖ-11 ile boyun çevresi, göğüs çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p=0,032$; $r=0,180$ ve $p<0,001$; $r=0,299$ ve $p=0,002$; $r=0,259$).

Erkeklerde, BDÖ-11 puanı ile yaş arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, negatif yönde (biri arttıkça diğeri azalan) ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p=0,002$; $r=-0,397$). Erkeklerde, BDÖ-11 puanı ile BKİ, bel/boy oranı, ağırlık, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$; $r=0,496$ ve $p=0,008$; $r=0,343$ ve $p<0,001$; $r=0,529$ ve $p<0,001$; $r=0,482$ ve $p=0,002$; $r=0,392$ ve $p<0,001$; $r=0,508$).

Tablo 24. Bireylerin Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanları ile yaş, diyabet yaşı, beden kütle indeksi ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki

	Yeme Bağımlılığı				Barrat Dürtüsellik			
	Cinsiyet							
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Yaş (Yıl)	-0,172	0,039	-0,503	<0,001	-0,164	0,051	-0,397	0,002
Diyabet Yaşı	-0,283	<0,001	-0,360	0,005	-0,193	0,021	-0,295	0,024
BKI	0,523	<0,001	0,489	<0,001	0,366	<0,001	0,496	<0,001
Bel/Boy Oranı	0,334	<0,001	0,343	0,008	0,145	0,085	0,343	0,008
Bel/Kalça Oranı	0,035	0,680	0,087	0,512	-0,051	0,548	0,113	0,393
Ağırlık	0,495	<0,001	0,485	<0,001	0,359	<0,001	0,529	<0,001
Boyun Çevresi	0,242	0,004	0,149	0,258	0,180	0,032	0,182	0,169
Göğüs Çevresi	0,355	<0,001	0,414	0,001	0,299	<0,001	0,482	<0,001
Bel Çevresi	0,350	<0,001	0,362	0,005	0,164	0,051	0,392	0,002
Kalça Çevresi	0,380	<0,001	0,492	<0,001	0,259	0,002	0,508	<0,001

Pearson correlation Testi; **BKI**: Beden Kütle İndeksi

Bireylerin cinsiyete göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği puanı ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanı arasındaki ilişki Tablo 25'te gösterilmiştir. Kadınlarda ve erkeklerde, YFAS puanı ile toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik puanı arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Kadınlarda: $p<0,001$; $r=0,757$ ve $p<0,001$; $r=0,662$ ve $p<0,001$; $r=0,685$ ve $p<0,001$; $r=0,715$ Erkeklerde: $p<0,001$; $r=0,761$ ve $p<0,001$; $r=0,649$ ve $p<0,001$; $r=0,676$ ve $p<0,001$; $r=0,664$).

Tablo 25. Bireylerin cinsiyete göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği puanı ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanı arasındaki ilişki

	Yeme Bağımlılığı Ölçeği Puanı			
	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Toplam Dürtüsellik	0,757**	<0,001	0,761**	<0,001
Dikkatte Dürtüsellik	0,662**	<0,001	0,649**	<0,001
Motor Dürtüsellik	0,685**	<0,001	0,676**	<0,001
Plan Yapamama	0,715**	<0,001	0,664**	<0,001

Pearson correlation Testi

TARTIŞMA

Obezite, hareketsiz yaşam, çevresel ve genetik faktörler gibi sebeplerle diyabetli birey sayısı her yıl artmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu tarafından yayınlanan 10. Uluslararası Diyabet Atlası verilerine göre dünyada diyabet prevalansı kadınlarda %10,2 erkeklerde %10,8 olup diyabetli birey sayısı erkeklerde daha fazla bulunmaktadır (8). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise kadınların tip 2 diyabet prevalansı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla kadınlarda %8 ve %17,2; erkeklerde %6,2 ve %16,0) (25,26). Yapılan bu çalışmada tip 2 diyabetli bireylerin 143’ü kadın, 59’u erkek bireyden oluşmaktadır. Bu çalışma yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Tablo 1).

Kaner ve ark.’nın (74) yapmış olduğu çalışmada bireylerin yaş ortalaması bu çalışma ile benzerlik göstermiştir. Bu çalışmada tüm bireylerin ortalama yaşı $59,168 \pm 9,092$ olarak bulunmuş ve erkeklerin ortalama yaşı kadınlardan daha fazla saptanmıştır (Tablo 2). Özkan ve ark.’nın (75) yapmış olduğu çalışmada ise yeme bağımlılığı olan ve olmayan bireylerin yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Flint ve ark.’nın (76) yapmış olduğu çalışmada yeme bağımlılığı prevalansı ile yaş arasında güçlü negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada da cinsiyet ayrımı olmadan ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin ortalama yaşı yeme bağımlılarına göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 3). Bu durum yeme bağımlılığının genç nesillerde daha sık görülebileceğine işaret etmektedir. Çalışmanın tip 2 diyabetli bireylerle yapılmasından kaynaklı olarak ortalama yaştan yüksek olduğu görülmektedir. Yaş gruplarının daha homojen olduğu çalışmalarla literatüre destek sağlamak faydalı olacaktır.

Kalangadan ve ark.'nın (77) yaptıkları çalışmada bireylerin düşük eğitim düzeyine sahip olmasının tip 2 diyabet riskini artırdığı bulunmuştur. Tip 2 diyabeti olan 60 bireyden %10'unu üniversite mezunu, %33,3'ü ise lise mezunu bireyden oluşmaktadır. Diğer bir çalışmada ise 1001 diyabeti olan bireyden sadece %9,66'sının üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (78). Bu çalışmada diyabetli bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında diğer çalışmalarla benzer olarak çoğunluğunun (%66,8) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Tablo 1). Yapılan çalışmalar tip 2 diyabetli bireylerde düşük eğitim seviyesine işaret etmektedir. Ancak çalışmanın örnekleminin yaş ortalamasının yüksek olduğu ve Türkiye'de eğitim seviyesinin yıldan yıla yükseldiği düşünüldüğünde bu durumun değişme ihtimali söz konusudur. Bu sebeple gelecek nesillerde tip 2 diyabetli bireylerin demografik özelliklerine yönelik yapılan çalışmaların tekrarlanması faydalı olacaktır.

Sigara içme ve diyabet ilişkisine bakılan bir çalışmada halen sigara içenlerde, hiç sigara içmeyenlere kıyasla tip 2 diyabet insidansı %79 daha fazla bulunmuştur (79). Kayar ve ark.'nın (80) yapmış olduğu çalışmada ise tip 2 diyabet hastalarında sigara içiciliğinin ve içilen sigara miktarının fazla olması ile diyabetik komplikasyonlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tip 2 diyabetli hastaların %33,2'sinin (251 hasta) halen sigara içmekte olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise yeme bağımlılığı olmayan 26 ve yeme bağımlılığı olan 24 kişi halen sigara içmektedir (Tablo 4). Ayrıca sigara içme süresi kadınlarda erkeklere göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 5).

Düşük fiziksel aktivitenin tip 2 diyabet oluşumunda önemli etmenlerden biri olduğu bilinmektedir (81). Orta ve şiddetli yoğunlukta düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite, bilinen tip 2 diyabet komplikasyonlarının ortaya çıkışını geciktirmekte, ya da komplikasyonların şiddetini azaltmaktadır (82). Ayrıca fiziksel aktivitenin beyindeki dopamin reseptörlerinin sayısını arttırdığı ve yeme bağımlılığının tedavisinde önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (63). Bu çalışmaya katılan bireylerden yeme bağımlılığı olmayan 105 ve yeme bağımlılığı olan 66 kişi düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığını belirtmiştir (Tablo 4). Bu yüksek sayılar diyabetik bireylerde fiziksel aktivitenin öneminin vurgulanması gerektiğini bir kez daha göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda ılımlı miktarda alkol tüketiminin diyabet riskini düşürdüğü, fazla miktarda alkol tüketiminin ise diyabet riskini arttırdığı belirtilmiştir (83,84). Küçükerdönmez ve ark.'nın (85) yapmış olduğu çalışmada alkol bağımlılarının beslenme ve iştah durumunun bozulduğu ve yaşam kalitelerinin kötü etkilendiği ifade edilmiştir. Aydoğan ve ark.'nın (86) 149 tip 2 diyabetli birey ile yapmış olduğu çalışmada 12 birey halen alkol kullandığını

belirtmiştir. Bu çalışmada ise yeme bağımlılığı olmayan 6 ve yeme bağımlılığı olan 8 birey halen alkol kullanmakta olduğunu belirtmiştir (Tablo 4). Alkol bağımlılığı ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki düşünüldüğünde bağımlılık ile mücadelenin önemi büyük görünmektedir.

Yapılan bir çalışmada tip 2 diyabeti olan bireylerin %17,2'sinde hiperlipidemi, %20,3'ünde hipertansiyon, %14,1'inde hipotiroidi, %3,1'inde alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı, %7,8'inde kardiyovasküler hastalık ve %4,7'sinde diğer hastalıklar görülmüştür (29). Bu çalışmada tip 2 diyabetli bireylerin %80,7'sinde diyabet haricindeki sağlık sorunları bulunmaktadır. Bireylerin %15,8'inde hiperlipidemi, %63,4'ünde hipertansiyon, %7,4'ünde kalp yetmezliği, %8,4'ünde aritmi, %5'inde ateroskleroz, %12,4'ünde hipotiroidi, %2,5'inde hipertiroidi, %6,9'unda ülser, %8,9'unda astım bulunmaktadır (Tablo 6). Yapılan bir başka çalışmada ise diyabetik bireylerde kadınların dislipidemi risklerinin daha yüksek olduğu ayrıca kadınların erkeklere kıyasla fiziksel olarak daha az aktif olup daha stresli bir yaşam sürdürdükleri belirlenmiştir. Dolayısıyla kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (87). Bu çalışmada da benzer bir şekilde sağlık sorunlarının erkeklere göre kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların %85,3'ünde, erkeklerin ise %69,5'inde diyabet haricinde sağlık sorunlarının bulunduğu görülmektedir (Tablo 6).

Obezitenin değerlendirmesinde en bilinen yöntem BKİ değeri olmasına karşın bu bulgu kas oranı yüksek olduğu için ağırlığı fazla olan bireylerde veya zayıf olup yağ oranı yüksek bireylerde doğru sonucu vermeyeceği için tartışmalıdır. Bu sebeple bel çevresi, kalça çevresi gibi antropometrik ölçümlerin de değerlendirilmesi son derece önemlidir (66). Yapılan meta-analiz çalışmasında geniş bel çevresinin tip 2 diyabet riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (88). Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda kadınların bel çevresi yüksek risk oranının erkeklerin bel çevresi yüksek risk oranından anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür (74,89). Bu çalışmada bireylerin antropometrik özellikleri incelendiğinde, yeme bağımlılığı olmayanlarda, bel çevresi riskli olmayan ve yüksek riskli olan bireylerde kadınların oranı daha fazla iken riskli olan bireylerde tam tersi bir durum saptanmıştır. Yeme bağımlılığı olanlarda, bel/kalça oranı riskli olmayan bireylerde kadınların oranı daha fazla iken riskli olan bireylerde erkeklerin oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Kadınlarda, kendi beden algılarına göre beden görünümünü zayıf olarak tanımlayan kişilerin ortalama BKİ değerinin $22,895 \pm 1,814$, normal olarak tanımlayan kişilerin ortalama BKİ değerinin $28,504 \pm 3,757$, fazla kilolu olarak tanımlayan kişilerin ortalama BKİ değerinin

34,318±4,553 olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise kendi beden algılarına göre beden görünümünü zayıf olarak tanımlayan kişilerin ortalama BKİ değerinin 22,760±2,055, normal olarak tanımlayan kişilerin ortalama BKİ değerinin 27,215±3,126, fazla kilolu olarak tanımlayan kişilerin ortalama BKİ değerinin 32,175±3,295 olduğu görülmektedir (Tablo 11). Bu durum bireylerin beden algılarının bozuk olduğunu ve kendi bedenlerinin farkında olmadıklarını göstermektedir. Beden algılarındaki bu sorun tip 2 diyabet ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların ortaya çıkmasında önemli bir etken oluşturmaktadır. Farkındalığı olmayan bireylerde hastalıkların teşhis ve tedavisi zorlaşmaktadır. Bu sebeple bireylerin farkındalığının artırılması büyük önem taşımaktadır.

Yeme bağımlılığı ve biyokimyasal parametreler arasındaki ilişkiyi değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yeme bağımlılığının biyokimyasal parametreler üzerinde olumsuz etkilerine yönelik çelişkili veriler mevcuttur. Güzel ve Kevser'in (90) yapmış olduğu çalışmada yeme bağımlılığı olan ve olmayan bireylerin biyokimyasal bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yang ve ark.'nın (91) yaptığı çalışmada; açlık kan şekeri değeri, yeme bağımlılığı olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanırken total kolesterol, LDL, HDL ve trigliserit değeri anlamlı farklılık göstermemiştir. Pedram ve Sun'ın (92) yapmış olduğu çalışmada da yeme bağımlılığı olan ve olmayan bireylerin açlık kan şekeri, total kolesterol, LDL, HDL düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yapılan bu çalışmada ise kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama insülin değeri yeme bağımlılarına göre daha düşük bulunmuştur. Erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama açlık kan şekeri değeri yeme bağımlılarına göre daha yüksek tespit edilmiştir. Kadınlarda, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama HDL ve TSH değerleri yeme bağımlılarına göre daha yüksek görülmüştür. Yeme bağımlılığı olmayanlarda, ortalama trigliserit ve TSH değeri kadınlarda daha fazla iken ortalama HbA1c değeri erkeklerde daha fazla saptanmıştır (Tablo 20). Diyet tedavisi yapmayan, oral antidiyabetik ilaç kullanan, insülin kullanmayan ve yeme bağımlılığı olmayan bireyler ayrı ayrı incelendiğinde de kadınların ortalama HbA1c değeri erkeklere göre daha düşük görülmüştür (Tablo 9). Bunu çelişkili verilerin araştırmaya katılan bireylerin sağlık durumlarının farklı olması, katılımcıların yaş aralığının farklı olması ve verilerin tek merkezden toplanması dolayısıyla katılımcıların benzer özelliklere ve beslenme alışkanlıklarına sahip olması gibi sebeplerle olduğu düşünülebilir.

Dinçer (93) yapmış olduğu çalışmada olumsuz duygu ve durumlarda, yeme bağımlılığı olan öğrencilerin yeme bağımlılığı olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla yeme

eğilimi gösterdiğini saptamıştır. Bireylerin olumsuz duyguları kontrol edebilmek amacıyla yeme eylemini bir aracı olarak kullandığı görülmektedir. Bu çalışmada da duygusal yeme eğilimi olan kişilerde yeme bağımlılığının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Kadınlarda ve cinsiyet ayrımı olmadığında stres, kaygı, üzüntü, mutluluk ve heyecan duygu durumlarında besin tüketiminin arttığını belirtenlerde yeme bağımlılığı olanların oranı olmayanlara göre daha fazla iken; stres, üzüntü, mutluluk ve heyecan duygu durumlarında besin tüketiminin değişmediğini belirtenlerde tam tersi bir durum görülmüştür (Tablo 13).

Literatür incelendiğinde dürtüsellik ve duygusal yeme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar dürtüsellik seviyelerinin artması ile duygusal yeme oranının arttığını belirtmiştir (72,94,95). Bu çalışmada da benzer şekilde yeme bağımlılığı olmayanlarda, cinsiyet ayrımı olmadan ve kadınlarda; mutluluk durumunda besin tüketimi değişmeyenlerin ortalama BDÖ-11 puanı, besin tüketimi artanlara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 14).

Dinçer (93) üniversite öğrencileri üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada üzüntü, stres, mutluluk ve heyecan duygu durumlarına bağlı olarak iştah düzeyinde meydana gelen değişim ile BKİ arasında bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Stresli ve üzgün iken besin tüketimi artan bireylerde obez öğrencilerin oranı anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır. Mutlu ve stresli olduğunda besin tüketimi azalan bireylerde ise zayıf öğrencilerin oranı anlamlı şekilde daha yüksek belirlenmiştir. Bu çalışmada ise yeme bağımlılığı olanlarda, cinsiyet ayrımı olmadan ve kadınlarda; stres, kaygı, üzüntü ve heyecan duygu durumlarında besin tüketimi değişmeyenlerin ortalama BKİ değeri, besin tüketimi azalanlara göre daha fazla saptanmıştır. Yeme bağımlılığı olmayan erkeklerde; stresli iken besin tüketimi artanların ortalama BKİ değeri, besin tüketimi değişmeyenlere ve azalanlara göre daha fazla tespit edilmiştir (Tablo 14). Literatür ile benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Duygusal yeme eğilimi olan ve duygu durumlarına göre besin tüketiminin arttığını belirten kişilerin ortalama BKİ değerinin daha yüksek olması duygusal yemenin obezite açısından önemli bir risk faktörü olduğunun göstergesidir.

Literatürde yeme bağımlılığı ile BKİ arasındaki pozitif yönlü ilişkiyi destekleyen çalışmalar mevcuttur (21,30,31,96-98).

Nicolau ve ark.'nın (31) tip 2 diyabetli 300 birey ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %29,3'ünde yeme bağımlılığı saptanmış ve yeme bağımlılığı olan hastaların daha

yüksek BKİ'ye sahip olduğu görülmüştür. Yeme bağımlılığı ile BKİ arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Raymond ve Lovell'in (21) tip 2 diyabetli 334 birey ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %70'inde yeme bağımlılığı saptanmış ve yeme bağımlılığı ile obezite arasında pozitif yönlü ilişki bir saptanmıştır. Yeme bağımlılığı olanların önemli derecede daha yüksek BKİ'ye sahip olduğu görülmüştür.

Cheung ve ark.'nın (30) tip 2 diyabetli 211 bireyi dahil ettikleri çalışmanın sonucuna göre obezlerde, obez olmayanlara göre daha fazla hedonik açlık görülmüştür. Ayrıca obez bireylerde hedonik açlık ve zayıf glisemik kontrol arasında anlamlı, doğrusal bir ilişki olduğu ancak obez olmayan bireylerde böyle bir ilişkiden bahsedilemeyeceği anlaşılmıştır.

Mutlu ve Sargın'ın (96) yapmış olduğu çalışmada, 6 aylık zaman diliminde bir eğitim ve araştırma hastanesi obezite polikliniğine başvuran 202 kişiye YFAS uygulanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerde yeme bağımlılığı oranının %35,10 olduğu tespit edilmiştir. Yeme bağımlılığı olan bireylerin BKİ değeri, olmayan bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada obez bireylerde yeme bağımlılığı oranının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle, yeme bağımlılığının erken dönemde tanı almasının ve tedavi edilmesinin obezite tedavisine önemli katkı sağlayacağı vurgulanmıştır.

Pedram ve ark.'nın (97) yapmış olduğu çalışmaya genel popülasyondan alınan toplam 652 yetişkin (415 kadın, 237 erkek) katılmıştır. Vücut yağ yüzdesi, bel çevresi ve BKİ değerleri yeme bağımlılığı olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek tespit edilmiştir. Obezite ve yeme bağımlılığı arasında çift yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Meseri ve Akanalci'nin (98) yapmış olduğu adolesanlarda obezite ve yeme bağımlılığı ilişkisini inceleyen kesitsel bir çalışmada ergenlerin (n=874) %18,9'u yeme bağımlısı, %25,1'i fazla kilolu ve %12,1'i obez olarak tespit edilmiştir. Yeme bağımlılığının anlamlı derecede obezite riskini arttırdığı görülmüştür.

Bu çalışmada bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile yaşam biçimlerine göre BKİ ortalamaları karşılaştırıldığında; düzenli fiziksel aktivite yapılması, sigara ve alkol kullanımı fark etmeksizin yeme bağımlılarının ortalama BKİ değeri yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre BKİ ortalamaları incelendiğinde; kadınlarda, erkeklerde ve cinsiyet ayrımı olmadan, yeme bağımlılarının ortalama BKİ değeri yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 8). Bireylerin

cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile öğün atlama ve beslenme davranışına göre BKI ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kahvaltı, hiç grubunda; öğle ve gece; her zaman, nadiren ve hiç gruplarında; akşam; nadiren ve hiç gruplarında; kuşluk ve ikindi, tüm alt gruplarında; canı istemediği için öğün atlayanlarda yeme bağımlılığı olanların ortalama BKI değeri olmayan bireylere göre daha yüksek belirlenmiştir (Tablo 15). Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumuna göre yemek yemeye ilişkin ifadesinin dağılımları ve BKI ortalamaları incelendiğinde; yemek yemenin gereklilik, duygusal olarak rahatlama ve mutluluk ifade ettiği ve ifade etmediği bireylerde cinsiyet ayrımı yapılmadan, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKI değeri olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Yemek yemenin boşluk doldurma ve problem çözme ifade etmediği bireylerde cinsiyet ayrımı yapılmadan, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKI değeri olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17). Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumlarına göre BKI ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olanların ortalama BKI değeri olmayan bireylere göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 21). Bireylerin yeme bağımlılığı puanları ile BKI ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınlarda, YFAS puanı ile BKI, ağırlık, bel/boy oranı, boyun çevresi, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Erkeklerde, YFAS puanı ile BKI, bel/boy oranı, ağırlık, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 24).

Bu çalışmanın bulgularının literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bireyler yaşam biçimlerine, diyabet tedavi yöntemlerine, öğün atlama ve beslenme davranışına, yemek yemeye ilişkin ifadelerine ve cinsiyete göre incelendiğinde; yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BKI değeri, yeme bağımlılığı olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca bireylerin YFAS puanları ile BKI ve antropometrik ölçümler arasında da pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Tip 2 diyabetin en önemli risk faktörünün obezite olduğu ve yeme bağımlılığı olan bireylerde obezite görülme riskinin daha fazla olduğu düşünüldüğünde yeme bağımlılığının teşhis ve tedavisinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

Literatürde dürtüsellik ile BKI arasındaki pozitif yönlü ilişkiyi destekleyen çalışmalar mevcuttur (21,32,99).

Raymond ve Lovell'in (21) tip 2 diyabetli 334 birey ile yapmış olduğu çalışmada dürtüsellik düzeyi ile BKI arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Dürtüsellik ile çocukluk çağı obezitesi ilişkisini inceleyen bir meta analiz çalışmasında dürtüsellik besin alımında artışa neden olduğu ve ilerleyen dönemlerde obezite için risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir (99).

Sarısoy ve ark.'nın (32) yapmış olduğu çalışmada 76 obezite hastası ve bu hastalarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 76 sağlıklı kontrol olmak üzere 152 gönüllü alınmıştır. Morbid obez hastaların toplam dürtüsellik, dikkat dürtüsellik ve plan yapmama dürtüsellik puanları sağlıklı bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Morbid olmayan obez hastalarda bu durum gözlenmemiştir. Ayrıca morbid obez hastaların, morbid olmayan obez hastalara göre plan yapmama dürtüsellik puanları daha yüksek saptanmıştır. Sonuç olarak yüksek dürtüsellik düzeyinin morbid obezite gelişiminde önemli bir etken olabileceği vurgulanmıştır.

Gözegir'in çalışmasında (73) dürtüsellik ve BKİ arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu sonucun katılımcıların boy ve kilolarını kendilerinin doldurmasından kaynaklandığını düşünmüşlerdir.

Yapılan bu çalışmada literatüre benzer bulgulara rastlanmaktadır. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 puanları ile BKİ ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınlarda BDÖ-11 puanı ile BKİ, ağırlık, boyun çevresi, göğüs çevresi ve kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Erkeklerde BDÖ-11 puanı ile BKİ, bel/boy oranı, ağırlık, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 24).

Literatürde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki pozitif yönlü ilişkiyi destekleyen çalışmalar mevcuttur (15-21).

Raymond ve Lovell'in (21) tip 2 diyabetli 334 birey ile yapmış olduğu çalışmada yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Maxwell ve ark.'nın (15) yapmış olduğu 45 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca BDÖ-11'in alt ölçekleri olan dikkat dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapmama ile ilişkili dürtüsellik ayrı ayrı incelendiğinde de yeme bağımlılığı ile aralarında pozitif yönlü bir ilişkili saptanmıştır.

Altan'ın (16) 292 kişi ile yapmış olduğu çalışmada yeme bağımlılığı ile toplam dürtüsellik puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır.

Tekin ve ark.'nın (17) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %21,7'sinde (n=65) yeme bağımlılığı saptanmıştır. Yeme bağımlılığı olan bireylerin motor dürtüsellik ile toplam dürtüsellik puanları, yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre yüksek saptanmıştır. Yeme bağımlılığı olan bireylerde dürtüsellğin bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğı sonucuna varılmıştır.

Hernandez ve ark.'nın (18) bariatrik cerrahi adayı bireylerde yapmış olduğu bir araştırmada katılımcıların %13,8'inde yeme bağımlılığı olduğu saptanmıştır.

Toplam dürtüsellik puanı ile yeme bağımlılığı arasında pozitif yönlü bir ilişki gösterilmiştir.

Meule ve ark.'nın (19) bariatrik cerrahi için başvuran 133 birey ile yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %47,4'ünde yeme bağımlılığı saptanmıştır. Obez bireylerde yeme bağımlılığı ile dikkatte dürtüsellik ve motor dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Fernandes ve ark.'nın (20) yapmış olduğu 32 çalışmanın incelendiğı meta-analizin sonuçlarına göre yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkinin özellikle fazla kilolu ve obez bireylerde daha güçlü olduğu görülmüştür.

Yapılan bu çalışmada literatür ile benzer bulgulara rastlanmıştır. Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre BDÖ-11 puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlarda, erkeklerde ve cinsiyet ayrımı olmadan, yeme bağımlılarının ortalama BDÖ-11 puanı yeme bağımlılığı olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 10). Bireylerin cinsiyete, kendi algılarına göre beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti dağılımları ile yeme bağımlılıklarına göre BDÖ-11 puan ortalamaları incelendiğinde; beden görünümünü zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olarak tanımlayan bireylerde yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BDÖ-11 puanı, yeme bağımlılarına göre daha düşük tespit edilmiştir. Beden memnuniyeti olan ve olmayan bireyler incelendiğinde; yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BDÖ-11 puanı, yeme bağımlılarına göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12). Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığına ve yemek yemeye ilişkin ifadelerine göre BDÖ-11 puan ortalamaları incelendiğinde; yemek yemenin gereklilik, duygusal olarak rahatlama ve mutluluk ifade ettiğı ve ifade etmediğı bireylerde cinsiyet

ayrımı yapılmadan, yeme bağımlılığı olanların ortalama BDÖ-11 puanı, olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Yemek yemenin boşluk doldurma ve problem çözme ifade etmediği bireylerde, cinsiyet ayrımı yapılmadan; yeme bağımlılığı olanların ortalama BDÖ-11 puanı, olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18). Bireylerin cinsiyete göre BDÖ-11 puanları ortalamaları ile yeme bağımlılığı durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik puanı ortalaması yeme bağımlılarına göre daha düşük tespit edilmiştir (Tablo 23). Bireylerin cinsiyete göre YFAS puanı ile BDÖ-11 puanı arasındaki ilişkisi incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde, YFAS puanı ile toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik puanı arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 25).

Literatür ile benzer şekilde bu çalışmada da yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yeme bağımlılığının altında yatan en önemli sebeplerden olan dürtüsellikğin teşhis ve tedavisinin önemi açıkça görülmektedir. Dürtü kontrolünü sağlamak yeme bağımlılığının tedavisinde ve obezite ile mücadelede büyük önem taşımaktadır. Tip 2 diyabetin etiyolojisindeki en önemli risk faktörlerinden birinin obezite olduğu düşünüldüğünde ilişkili olduğu görülen dürtüsellik ve yeme bağımlılığının önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen kapsamlı çalışmalar ile literatüre destek sağlamak faydalı olacaktır.

SONUÇLAR

Bu çalışmada, bir aile sağlığı merkezine başvuran tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmaya 18-75 yaş arası 202 birey (143 kadın, 59 erkek) dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan 74 birey (55 kadın, 19 erkek) yeme bağımlılığı tanısı almıştır. Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı oranı %36,63 olarak tespit edilmiştir. Çalışma doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Yeme bağımlılığı olmayan bireyler incelendiğinde, erkeklerin ortalama yaşı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin ortalama yaşı yeme bağımlılarına göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda, yeme bağımlılığı olmayan bireylerin ortalama diyabet yaşı yeme bağımlılarına göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$). Cinsiyet ayrımı yapılmadığında ise yeme bağımlılığı olmayan bireylerin ortalama yaş ve diyabet yaşı yeme bağımlılarına göre daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$).
2. Düzenli fiziksel aktivite yapılması, sigara ve alkol kullanımı fark etmeksizin yeme bağımlılarının ortalama BKİ değeri yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).
3. Kadınlarda, erkeklerde ve cinsiyet ayrımı olmadan, yeme bağımlılarının ortalama BKİ değeri yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4. Kadınlarda, erkeklerde ve cinsiyet ayrımı olmadan, yeme bağımlılarının ortalama BDÖ-11 puanı yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).
5. Beden görünümünü zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olarak tanımlayan bireyler incelendiğinde; yeme bağımlılarının ortalama BDÖ-11 puanı yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$). Beden memnuniyeti olan ve olmayan bireyler incelendiğinde; yeme bağımlılığı olmayanların ortalama BDÖ-11 puanı, yeme bağımlılarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
6. Kadınlarda ve cinsiyet ayrımı olmadığında stres, kaygı, üzüntü, mutluluk ve heyecan duygu durumlarında besin tüketiminin arttığını belirtenlerde yeme bağımlılığı olanların oranı olmayanlara göre daha fazla iken; stres, üzüntü, mutluluk ve heyecan duygu durumlarında besin tüketiminin değişmediğini belirtenlerde tam tersi bir durum görülmüştür ($p<0,05$).
7. Bireylerin cinsiyete göre YFAS ve BDÖ-11 puan ortalamaları incelendiğinde, cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).
8. Yemek yemenin gereklilik, duygusal olarak rahatlama ve mutluluk ifade ettiği ve ifade etmediği bireylerde yeme bağımlılarının ortalama BKİ değeri ve BDÖ-11 puanı, yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yemek yemenin boşluk doldurma ve problem çözme ifade etmediği bireylerde, yeme bağımlılarının ortalama BKİ değeri ve BDÖ-11 puanı, yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).
9. Yemek yemenin gereklilik ifade etmediği erkeklerde ortalama YFAS puanı, ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Yemek yemenin mutluluk ifade etmediği kadınlarda ve erkeklerde ortalama YFAS puanı, ifade edenlere göre daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$).
10. Yeme bağımlılığı olmayanlarda, ortalama trigliserit ve TSH değeri kadınlarda daha fazla iken ortalama HbA1c değeri erkeklerde daha fazla saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılarının ortalama insülin değeri yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayanların ortalama açlık kan şekeri değeri yeme bağımlılarına göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınlarda, yeme

bağımlılığı olmayanların ortalama HDL ve TSH değerleri yeme bağımlılarına göre daha yüksek görülmüştür ($p<0,05$).

11. Yeme bağımlılığı olmayanlarda, kadınların motor dürtüsellik puanı ortalaması erkeklere göre daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılarının toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik puanı ortalaması yeme bağımlılığı olmayan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$).
12. Kadınlarda ve erkeklerde, YFAS puanı ile yaş ve diyabet yaşı arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda, YFAS puanı ile BKİ, ağırlık, bel/boy oranı, boyun çevresi, göğüs çevresi, bel çevresi ve kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Erkeklerde YFAS puanı ile BKİ, ağırlık, bel/boy oranı, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).
13. Kadınlarda BDÖ-11 puanı ile diyabet yaşı arasında ve erkeklerde BDÖ-11 puanı ile yaş arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlarda BDÖ-11 puanı ile BKİ, ağırlık, boyun çevresi, göğüs çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Erkeklerde BDÖ-11 puanı ile BKİ, ağırlık, bel/boy oranı, göğüs çevresi, bel çevresi, kalça çevresi arasında istatistiksel anlamlı, doğrusal ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).
14. Bireylerin cinsiyete göre YFAS puanı ile BDÖ-11 puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde, YFAS puanı ile toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik puanı arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tip 2 diyabet kontrol sağlanamadığında akut ve kronik komplikasyonlara sebep olan ciddi bir sağlık sorunudur. Yapılan bu çalışma tip 2 diyabetli bireylerin beden algılarının bozuk olduğunu ve kendi bedenlerinin farkında olmadıklarını açıkça göstermektedir. Farkındalığı olmayan bireylerde tip 2 diyabetin teşhis ve tedavisi zorlaşmaktadır. Bu sebeple bireylerin farkındalığının artırılması büyük önem taşımaktadır.

Duygusal yeme eğilimi olan ve duygu durumlarına göre besin tüketiminin arttığını belirten kişilerin ortalama BKİ değerinin daha yüksek olması duygusal yemenin obezite açısından önemli bir risk faktörü olduğunun göstergesidir. Bireylerde duygusal yeme mutlaka engellenmelidir. Hedonik açlık ile homeostatik açlığı ayırt edebilmek ve hedonik açlık durumunda besin alımının durdurulmasını sağlayabilmek gerekmektedir. Duygusal yeme ve dürtüsellik arasında saptanan pozitif yönlü ilişki dürtüsellikğin teşhis ve tedavisinin önemini ortaya koymaktadır. Yapılan bu çalışmada dürtüsellik düzeyi yüksek olan tip 2 diyabetli bireylerin ortalama BKİ değeri daha yüksek saptanmıştır. Bu sebeple dürtü kontrolünü sağlamak obezite ile mücadelede büyük önem taşımaktadır.

Yeme bağımlılığı olan tip 2 diyabetli bireylerde ortalama BKİ değerinin daha yüksek saptanmış olması yeme bağımlılığı ve obezite arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Tip 2 diyabetin en önemli risk faktörünün obezite olduğu düşünüldüğünde yeme bağımlılığının teşhis ve tedavisinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

Diyabetik bireyin beslenmesini etkilebilecek etmenler tam olarak bilinmeden beslenme alışkanlıklarında kalıcı değişikliklerin yapılması mümkün olmayacaktır. Bu sebeple bireyin beslenme alışkanlıklarını ve altında yatan etmenleri iyi belirlemek ve buna göre beslenme önerileri sunmak glisemik kontrolün sağlanmasında faydalı olacaktır. Yapılan bu çalışmada tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ve dürtüsellik arasında saptanan pozitif yönlü ilişki bu faktörlerin mutlaka sorgulanması gerektiğinin göstergesidir.

Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmanın literatüre destek vermesi beklenmektedir. Tip 2 diyabetli bireylerde dürtüsellik ve yeme bağımlılığının, daha geniş vaka gruplarıyla tekrar incelenmesi yararlı olacaktır.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi saptamak ve ileride yapılacak olan çalışmalara ışık tutmaktır. Çalışmaya 01.08.2022-09.09.2022 tarihleri arasında Mudanya 1 Nolu Mütareke Aile Sağlığı Merkezi'ne müracaat eden 18-75 yaş arası tip 2 diyabet tanısı almış 202 birey katılmıştır. Bireylere demografik özelliklerini, genel bilgilerini, yaşam biçimlerini, yeme tutum ve davranışlarını sorgulayan bir anket formu uygulanmıştır. Katılımcıların yeme bağımlılığı durumunu saptamak için YFAS, dürtüsellik düzeyini ölçmek için ise BDÖ-11 uygulanmıştır. Antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tip 2 diyabet hastalarında, hekim tarafından rutin izlenen kan parametreleri kaydedilmiştir. Bireylerin cinsiyete göre YFAS puanı ile BDÖ-11 puanı arasındaki ilişki incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde YFAS puanı ile toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik, plan yapamama arasında istatistiksel anlamlı doğrusal, pozitif yönde (biri arttıkça diğeri artan) ve yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Kadınlarda: $p<0,001$; $r=0,757$ ve $p<0,001$; $r=0,662$ ve $p<0,001$; $r=0,685$ ve $p<0,001$; $r=0,715$; Erkeklerde: $p<0,001$; $r=0,761$ ve $p<0,001$; $r=0,649$ ve $p<0,001$; $r=0,676$ ve $p<0,001$; $r=0,664$). Bireylerin cinsiyete göre BDÖ-11 puanları ortalamaları ile yeme bağımlılığı durumlarının karşılaştırılması incelendiğinde; kadınlarda ve erkeklerde, yeme bağımlılığı olmayanların toplam dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik, motor dürtüsellik, plan yapamama ile ilişkili dürtüsellik puanı ortalamaları yeme bağımlılığı olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Anahtar kelimeler: tip 2 diyabet, yeme bağımlılığı, dürtüsellik

DETECTION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN FOOD ADDICTION AND IMPULSIVITY OF INDIVIDUALS WITH TYPE 2 DIABETES WHO REFERRED TO A FAMILY HEALTH CENTRE

SUMMARY

The aim of this study is to determine the relationship between food addiction and impulsivity of individuals with Type 2 diabetes and to provide an insight for the future studies. The study recruited 202 participants from, whose age are 18-75 years, who referred to the Mudanya 1 Nolu Mütareke Family Health Centre between 01.08.2022 and 09.09.2022. A questionnaire was administered to determine the participants demographic characteristics, general informations, lifestyles, eating attitudes and behaviors. The food addiction status of the participants was determined using the YFAS, and their impulsivity level was determined with the BDÖ-11. Anthropometric measurements were taken by the researcher. The patients with type 2 diabetes who volunteered to participate to the study, blood parameters that were routinely monitored by a physician were recorded. When the individuals according to gender was examined association of between the YFAS score and BDÖ-11 score; a statistically significant relationship, statistically significant linear, positive(as one increases, the other increases) was found between the YFAS score and total impulsivity, attentional impulsivity, motor impulsivity, and inability to plan in women and men (Women: $p<0,001$; $r=0,757$ ve $p<0,001$; $r=0,662$ ve $p<0,001$; $r=0,685$ ve $p<0,001$; $r=0,715$; Men: $p<0,001$; $r=0,761$ ve $p<0,001$; $r=0,649$ ve $p<0,001$; $r=0,676$ ve $p<0,001$; $r=0,664$). When the individuals according to gender was examined comparison of between BDÖ-11 scores average and food addiction

status; total impulsivity, attentional impulsivity, motor impulsivity, inability to plan associated with impulsivity scores average of those without food addiction was detected lower than those food addiction in men and women ($p<0,001$).

Keywords: type 2 diabetes, food addiction, impulsivity



KAYNAKLAR

1. Öztürk YE, Kır   R. Sağlık ve hastalık. Scientific Developments, 2019:382.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi S  zl  ğ . Ankara; 2011
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi (T  BER). Ankara; 2016.
4. World Health Organization (WHO). Nutrition. Erişim adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/nutrition>
Erişim Tarihi: 04.08.2023
5. Tanrıverdi MH,   elep  olu T, Aslanhan H. Diyabet ve birinci basamak sağlık hizmetleri. JCEI 2013;4(4):562-7.
6. International Diabetes Federation (IDF). Erişim adresi: <https://idf.org/about-diabetes/type-2-diabetes/> Erişim tarihi: 21.08.2023.
7. Satman İ, İmamoğlu ř, Yılmaz C, Akalın S. Diyabetes mellitus tanı, tedavi ve izlem kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) 15. Baskı. Ankara; 2022.

8. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th Edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2021. Erişim adresi: <https://diabetesatlas.org/>. Erişim tarihi:25.06.2023.
9. Baran Ö, Türker PF, Tayfur M. Tip 2 diyabetik bireylerde beslenme durumu, yeme bağımlılığı ve farkındalığının değerlendirilmesi. BÜSBİD 2020;5(3):226-42.
10. Gündüz N, Akhalil M, Sevgi EN. Hedonik Açlık. İzmir Democr Univ Health Sci J 2020;3(1):80-96.
11. Kalon E, Hong JY, Tobin C, Schulte T. Psychological and neurobiological correlates of food addiction. Int Rev Neurobiol 2016;129:85-110.
12. Kafes AY, Ülker S, Sayar, GH. Yeme bağımlılığı. Current Addiction Research 2018;2(2):54-8.
13. TUNAY M. Kadınlarda obezite ve dürtüsellik ilişkisinin değerlendirilmesi. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi 2018;2(2):59-64.
14. Wrzosek M, Sawicka A, Tałałaj M, Wojnar M, Nowicka G. Obezite cerrahisi adaylarında dürtüsellik ve D vitamini. Farmakolojik Raporlar 2018;70(4):688-93.
15. Maxwell AL, Gardiner E, Loxton NJ. Investigating the relationship between reward sensitivity, impulsivity, and food addiction: A systematic review. Eur Eat Disord Rev 2020;28(4):368-84.
16. Altan H. Yeme bağımlılığı ve dürtüsel davranış arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.

17. Tekin A, Yetkin A, Gürsoy Ç. Genç erişkinlerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;3(4):171-8.
18. Hernandez j, Cervoni C, Hymowitz G. The effects of impulsivity on food addiction and eating behaviors in a bariatric sample. Surgery for Obesity and Related Diseases 2017;13(10):93.
19. Meule A, de Zwaan M, Müller A. Attentional and motor impulsivity interactively predict 'food addiction' in obese individuals. Comprehensive Psychiatry 2017;72:83-7.
20. de Sousa Fernandes MS, Santos GCJ, dos Santos RM, da Costa Ribeiro I, e Silva LDLs, Cabral APDFA, et al. Relation of food addiction in overweight/obesity, depression and impulsivity: A systematic review and meta-analysis. Health Sci J 2020;14(5):1-14.
21. Raymond KL, Lovell GP. Food addiction symptomology, impulsivity, mood, and body mass index in people with type two diabetes. Appetite 2015;95:383-9.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele politikaları. Yayın No:809. Ankara; 2011.
23. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). DSÖ Türkiye Ofisi. Ankara; 2018.
24. Üner S, Özcebe LH, Yardım N. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörlerini azaltıcı kentsel politikalar. Yeni gelecekte kentler ve bölgeler: değişen dinamikler, yeni sorunlar, değişim ve dönüşümün sunduğu fırsatlar. Konya: 8. Kentsel ve Bölgesel Araştırmalar Sempozyumu, 2021:361.

25. Satman I, Yilmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, ve ark. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care* 2002;25(9):1551-6.
26. Satman I, Ömer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, ve ark. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013;28(2):169-80.
27. Aytekin O, Telci Çaklılı Ö, Tümerdem Çalık B, Investigators P. The prospective urban rural epidemiology (PURE) study: PURE Turkey. *Turk Kardiyol Dern Ars* 2018; 46: 613-23.
28. Özer E. Diyabette tıbbi beslenme tedavisinin uygulanması ve diyetisyenin sorumlulukları. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2019;47:5-14.
29. Baran Ö. Tip 2 diyabetli bireylerin beslenme durumu, yeme bağımlılığı ve farkındalığının değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020;5(3):226-42.
30. Cheung LTF, Ko GTC, Chow FCC, Kong APS. Association between hedonic hunger and glycemic control in non-obese and obese patients with type 2 diabetes. *JDI* 2018;9(5):1135-43.
31. Nicolau J, Romerosa JM, Rodríguez I, Sanchís P, Bonet A, Arteaga M, et al. Associations of food addiction with metabolic control, medical complications and depression among patients with type 2 diabetes. *Acta Diabetol.* 2020;57(9):1093-1100.
32. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2013;14:53-61.

33. Kaya E, Akpınar D, Akpınar H. Bağımlılığın patofizyolojisi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2019;6(3):166-70.
34. Yüksel E. Ne demek lazım; uyuşturucu mu madde bağımlılığı mı? Uyuşturucuyla mücadelenin temel kavramlarına yönelik uygulama ve tartışmalar. Kurgu 2017; 25(2):39-64.
35. Thege BK, Woodin EM, Hodgins DC, Williams RJ. Natural course of behavioral addictions: A 5-year longitudinal study. BMC psychiatry 2015;15(1):1-14.
36. Meule A. Focus: Addiction: Back by popular demand: A narrative review on the history of food addiction research. YJBM 2015;88(3):295.
37. Meule A, Gearhardt AN. Food addiction in the light of DSM-5. Nutrients 2014;6(9):3653-71.
38. Fletcher PC, Kenny PJ. Food addiction: a valid concept?. Neuropsychopharmacol 2018;43(13):2506-13.
39. Öyekçin DG, Deveci A. Yeme bağımlılığının etyolojisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(2):138.
40. Meule A, Gearhardt AN. Ten years of the Yale Food Addiction Scale: a review of version 2.0. Curr Addict Rep 2019;6(3):218-28.
41. Matafome P, Seiça R. The role of brain in energy balance. Obesity and Brain Function 2017;33-48.
42. Arslan S, İmamoğlu İD, Yıldırım H. Şeker bağımlılığı: gerçek mi hayal ürünü mü? Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;13(3):444-56.

43. Higgs S. Cognitive processing of food rewards. *Appetite* 2016;104:10-7.
44. Cope EC, Gould E. New evidence linking obesity and food addiction. *Biol Psychiatry* 2017;81(9):734-6.
45. Kaya E, Akpınar D, Akpınar H. Bağımlılığın patofizyolojisi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi* 2019;6(3):166-70.
46. Adams RC, Sedgmond J, Maizey L, Chambers CD, Lawrence NS. Food addiction: Implications for the diagnosis and treatment of overeating. *Nutrients* 2019;11(9):2086.
47. Stefanska E, Wendolowicz A, Kowzan U, Konarzewska B, Szulc A, Ostrowska L. Nutritional values of diets consumed by women suffering unipolar depression. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2014;65(2):139-45.
48. Alphan ET, Yılmaz N. Endokannabinoid sistemin, enerji metabolizması ve obeziteye etkisi. *Marmara Med J* 2007;20(3):202-14.
49. Baysal A. Endokannabinoidler ve obezite. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2008;36(12):5-8.
50. Di Marzo V, Ligresti A, Cristino L. The endocannabinoid system as a link between homeostatic and hedonic pathways involved in energy balance regulation. *Int J Obes* 2009;33(2):18-24.
51. Jáuregui-Lobera I, Montes-Martínez M. Emotional eating and obesity. In *Psychosomatic Medicine*. IntechOpen; 2020.

52. Karaçıl MŞ, Şanlıer N. Obezitenin çevre ve sağlık üzerine etkileri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(2):786-803.
53. Turton R, Chami R, Treasure J. Emotional eating, binge eating and animal models of binge-type eating disorders. Curr Obes Rep 2017;6(2):217-28.
54. Özenoğlu A. Duygu durumu, besin ve beslenme ilişkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;9(4):357-65.
55. Melbye EL, Bergh IH, Hausken SE, Sleddens EF, Glavin K, Lien N, et al. Adolescent impulsivity and soft drink consumption: the role of parental regulation. Appetite 2016;96:432-42.
56. Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(3):293-314.
57. Genç C. Yetişkin bireylerde dürtüsellik kontrolsüz yeme davranışı ve obezite ile ilişkisi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
58. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, ve ark. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 2008;18(4):251-8.
59. Manasse SM, Flack D, Dochat C, Zhang F, Butryn ML, Forman EM. Not so fast: The impact of impulsivity on weight loss varies by treatment type. Appetite 2017;113:193-9.
60. Loxton NJ. The role of reward sensitivity and impulsivity in overeating and food addiction. Curr Addict Rep; 2018;5(2):212-22.

61. Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite* 2013;60:103-10.
62. Bayraktar, F, Erkman, F, Kurtulus, E. Adaptation study of Yale food addiction Scale. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2012;22(1):38.
63. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. *Psychol Addict Behav* 2016;30(1):113.
64. Cassin SE, Sijercic I, Montemarano V. Psychosocial interventions for food addiction: A systematic review. *Curr Addict Rep* 2020;7(1):9-19.
65. Dimitrijević I, Popović N, Sabljak V, Škodrić-Trifunović V, Dimitrijević N. Food addiction-diagnosis and treatment. *Psychiatr Danub* 2015;27(1):0-106.
66. Cirhinlioğlu FG, Yanık A, Batu M, Dığın F, Mercan Y, Çakmak G, ve ark. Obezite ve besin bağımlılığı. *Multidisipliner Perspektiften Psikoloji* 2019; 75-93
67. World Health Organization 2011. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Geneva, 8-11 December 2008.
68. Body Mass Index. World Health Organization (WHO). Erişim adresi: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>. Erişim tarihi: 27.03.2023.
69. Ashwell M, Gibson S. Waist-to-height ratio as an indicator of ‘early health risk’: simpler and more predictive than using a ‘matrix’ based on BMI and waist circumference. *BMJ open* 2016;6(3):e010159.

70. Shrestha N. Neck circumference as an indicator of overweight and obesity in young adults. *Am J Appl Math Stat* 2018;6(5):176-80.
71. Kahve AN, Derin DÖ. Yetişkinlerde antropometrik ölçümler. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar X* 2022; 137-55
72. Sevinçer GM, Konuk N, Bozkurt S, Saraçlı Ö, Coşkun H. Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16(1):44-53.
73. Gözegir E. Ergenlerde dürtüsellik ve duygusal yeme arasındaki ilişkide ebeveyn tutumunun aracı rolünün incelenmesi (tez). İstanbul: Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.
74. Kaner G, Pamuk BÖ, Pamuk G, Ongan D, Koyu EB, Çalık G, ve ark. Tip 2 diyabetli bireylerin beslenme durumlarının saptanması ve diyabete yönelik davranışlarının belirlenmesi. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* 2021;5(2):146-57.
75. Özkan İ, Devrim A, Bilgiç P. Hafif şişman ve obez kadınlarda yeme bağımlılığı ile beslenme durumu ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2017;45(3):242-9.
76. Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *AJCN* 2014;99(3):578-86.
77. Kalangadan A, Puthiyamadathil S, Koottat S, Rawther SC, Beevi A. Sociodemographics, clinical profile and health promotion behaviour of people with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2020;8:845-9.

78. Moradinazar M, Pashar Y, Najafi F, Shakiba E, Hamzeh B, Samadi M, et al. Validity of self-reported diabetes varies with sociodemographic characteristics: Example from Iran. *Clin Epidemiology Glob Health* 2020;8(1):70-5.
79. White WB, Cain LR, Benjamin EJ, DeFilippis AP, Blaha MJ, Wang W, et al. High-intensity cigarette smoking is associated with incident diabetes mellitus in black adults: the Jackson Heart Study. *JAHA* 2018;7(2):e007413.
80. Kayar Y, Çetin H, Ağın M. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında sigara içiciliği ve miktarı ile diyabetik komplikasyonlar arasındaki ilişkisi. *Çukurova med j* 2019;44(1):110-7.
81. Okburan G, Büyükkaragöz AH. Tip 2 diyabet tedavisinde yaşam tarzı değişikliği- beslenme ve fiziksel aktivite. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2018;46(3):294-302.
82. Amanat S, Ghahri S, Dianatinasab A, Fararouei M, Dianatinasab M. Exercise and type 2 diabetes. *Adv Exp Med Biol* 2020;1228:91-105.
83. Polsky S, Akturk HK. Alcohol consumption, diabetes risk, and cardiovascular disease within diabetes. *Curr Diab Rep* 2017;17:1-12.
84. Li X, Yu F, Zhou Y, He J. Association between alcohol consumption and the risk of incident type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2016;103(3):818-29.
85. Küçükerdönmez Ö, Urhan M, Köksal E. Alkol ve madde bağımlılığı olan bireylerde iştah, beslenme durumu ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2018;46(2):147-56.

86. Aydoğan B, Aydın A, İnci MB, Ekerbiçer H. Tip 2 diyabet hastalarının hastalıklarıyla ilgili bilgi, tutum düzeyleri ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi 2020;10(Özel Sayı):11-23.
87. Gezer C, Uluşan D. Tip 2 diyabetli bireylerde hastalık bilgi düzeyi, sağlıklı yaşam biçimi ve yaşam kalitesi ilişkili mi?. Turk hij ve deney biyol derg 2020;77(2):155-66.
88. Jayedi A, Soltani S, Motlagh SZT, Emadi A, Shahinfar H, Moosavi H, et al. Anthropometric and adiposity indicators and risk of type 2 diabetes: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. BMJ 2022;376.
89. Kamanlı B. Tip 2 diyabetli bireylerde beslenme durumu ve sağlıklı beslenme takıntısı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Turk J Diab Obes 2023;1:17-29.
90. Güzel S, Keser A. Kadın bireylerde besin bağımlılığının değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2020;7(4):481-88.
91. Yang F, Liu A, Li Y, Lai Y, Wang G, Sun C, et al. Food addiction in patients with newly diagnosed type 2 diabetes in Northeast China. Front Endocrinol 2017;8:218
92. Pedram P, Sun G. Hormonal and dietary characteristics in obese human subjects with and without food addiction. Nutrients 2014;7(1):223-38.
93. Dinçer RS. Üniversite öğrencilerinde yeme bağımlılığı ve duygusal yeme eğiliminin değerlendirilmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
94. Akkol Ö. Genç yetişkin kadınlarda yeme tutumlarının dürtüsellik ve öz duyarlılık ile ilişkisi (tez). İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.

95. Ertekin T. Ergenlerde yeme tutumu ile bağlanma stilleri, dürtüsellik ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.
96. Mutlu H, Sargın M. Obez bireylerde yeme bağımlılığı ve ilişkili faktörler: hastane tabanlı bir çalışma. Ankara Med J 2021;21(1):22-34.
97. Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, Cahill F, et al. Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. PloS one 2013;8(9):e74832.
98. Meseri R, Akanalci C. Food addiction: A key factor contributing to obesity?. J Res Med Sci. 2020;25:71.
99. Thamotharan S, Lange K, Zale EL, Huffhines L, Fields S. The role of impulsivity in pediatric obesity and weight status: a meta-analytic review. Clinical psychology review 2013;33(2):253-62.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Bireylerin cinsiyete göre demografik özelliklerinin dağılımları	23
Tablo 2. Bireylerin cinsiyete göre yaş ve diyabet yaşı ortalamaları.....	24
Tablo 3. Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile yaş ve diyabet yaşı ortalamalarının karşılaştırılması.....	25
Tablo 4. Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile yaşam biçimlerine göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması.....	27
Tablo 5. Bireylerin cinsiyete göre sigara ve alkol kullanım durumu ortalamaları.....	28
Tablo 6. Bireylerin cinsiyete göre sağlık sorunlarının, düzenli ilaç ve bitkisel ürün kullanımlarının dağılımları.....	29
Tablo 7. Bireylerin cinsiyete ve diyabet tedavi yöntemlerine göre yaş ve diyabet yaşı ortalamaları	31
Tablo 8. Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre beden kütle indeksi ortalamaları	33
Tablo 9. Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre HbA1c değerlerinin ortalamaları.....	35
Tablo 10. Bireylerin cinsiyete, diyabet tedavi yöntemlerine ve yeme bağımlılığı durumuna göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları.....	37
Tablo 11. Bireylerin cinsiyete, kendi algılarına göre beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti durumlarının dağılımları ile beden kütle indeksi ortalamaları.....	39

Tablo 12. Bireylerin cinsiyete, kendi algılarına göre beden görünümünü tanımlama ve beden memnuniyeti dağılımları ile yeme bağımlılıklarına göre Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları.....	41
Tablo 13. Bireylerin cinsiyete, duygu durumlarına ve yeme bağımlılığı durumlarına göre besin alımlarının dağılımları.....	43
Tablo 14. Bireylerin cinsiyete, duygu durumlarına, besin alım miktarlarına ve yeme bağımlılığı durumlarına göre beden kütle indeksi ortalamaları ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları.....	45
Tablo 15. Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığı durumu ile öğün atlama ve beslenme davranışına göre beden kütle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 16. Bireylerin cinsiyete göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları.....	51
Tablo 17. Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumuna göre yemek yemeye ilişkin ifadesinin dağılımları ve beden kütle indeksi ortalamaları.....	52
Tablo 18. Bireylerin cinsiyete, yeme bağımlılığına ve yemek yemeye ilişkin ifadelerine göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puan ortalamaları.....	54
Tablo 19. Bireylerin cinsiyete ve yemek yemeye ilişkin ifadelerine göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği puan ortalamaları.....	55
Tablo 20. Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile kan parametrelerinin karşılaştırılması.....	57
Tablo 21. Bireylerin cinsiyete ve yeme bağımlılığı durumlarına göre BKİ ortalamalarının karşılaştırılması.....	59
Tablo 22. Bireylerin cinsiyete göre yeme bağımlılığı durumu ile antropometrik ölçümlerinin karşılaştırılması.....	60
Tablo 23. Bireylerin cinsiyete göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanları ortalamaları ile yeme bağımlılığı durumlarının karşılaştırılması.....	62
Tablo 24. Bireylerin Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanları ile yaş, diyabet yaşı, BKİ ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki	64
Tablo 25. Bireylerin cinsiyete göre Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği puanı ile Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 puanı arasındaki ilişki.....	64

ÖZGEÇMİŞ

EKLER



Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI						
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye						
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU/ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/32				
	PROTOKOL ADI	Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tıp 2: Diyabetli Bireylerde Yeme Bağımlılığı ile Dörtüsellik Arasındaki İlişkinin Saptanması				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Prof. Dr. Aydan ERCAN				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:03/12	Tarih:14.02.2022				
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Aydan ERCAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Selin ESEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcutun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi						
ÜYELER						
Önvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsum ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Ek 2: Bursa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BURSA TOPLUM
SAĞLIĞI BİRLİMİ
13/06/2022 15:06 - E-72873149 - 604.01.02 - 614



Sayı : E-72873149-604.01.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Diyetisyen
Selin ESEN)

BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonuna sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün **"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler"**e uygunluğunu değerlendirmek üzere 18/05/2022 tarihinde saat 16.30'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında görevli Prof.Dr. Aydan ERCAN'ın sorumluluğunda aynı bölümde Yüksek Lisans Programı öğrencisi Selin ESEN'in **"Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tip-2 Diyabetli Bireylerde Yeme Bağlılığı ile Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin Saptanması"** konulu çalışmasını, Bursa İl Müdürlüğümüze bağlı Mudanya 1 no.lu Mütareke Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışmaya gönüllü katılım sağlamak isteyen hastalar ile anket uygulamak yöntemiyle gerçekleştirmek için Müdürlüğümüzün onayını talep ettiği görülmüştür.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

- Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması" hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine,
- Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve çalışma saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
- Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayının, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Bu araştırmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14.02.2022 tarih ve 03/12 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

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

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

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

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

- **Araştırmanın bilimsel adı:** Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yeme Bağımlılığı ile Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin Saptanması
- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:** Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Tip 2 Diyabetli Bireylerde Yeme Bağımlılığı ile Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin Saptanması
- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:** Prof. Dr. Aydan Ercan, Trakya Üniversitesi - Beslenme ve Diyetetik Bölümü
- **Araştırmanın amacı:** Mudanya 1 Nolu Mütareke Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18-75 yaş aralığındaki Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmaktadır.
- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):** Tez çalışması
- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:** 01.08.2022, 6 hafta
- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:** 01.08.2022 – 09.09.2022 tarihleri arasında Mudanya 1 Nolu Mütareke Aile Sağlığı Merkezi'ne müracaat eden 18-75 yaş arası Tip 2 DM tanısı almış tüm bireyler
- **Araştırma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:** Anket- Ölçek
- **Araştırmanın deneysel kısımları:** Deneysel çalışma değildir.
- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı:** -

- **Katılımcının araştırmaya dahil edilme nedeni:**
Mudanya 1 Nolu Mütareke Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak
Tip 2 diyabet tanısı almış olmak
18-75 yaş aralığında olmak
Okuma ve yazma biliyor olmak
Kendi işini görebiliyor olmak
Akli melekeleri yerinde olmak
Anketi cevaplamak için gönüllü olmak
- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:** Araştırma gönüllüye doğrudan bir yarar sağlamayacaktır.
- **Gönüllünün sorumlulukları:** Gönüllüler anket formunu eksiksiz ve samimiyetle doldurmaya özen göstermelidir.
- **Gönüllünün (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:** Araştırmanın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
- **Risklere karşı alınan önlemler:** Araştırmanın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:** Araştırmanın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:** Araştırmanın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:** Gönüllüye herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.
- **Gönüllünün araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:** Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Gönüllü çalışmaya katılmayı reddettiği takdirde herhangi bir aşamada yazılı bildirim yaparak onayını çekme hakkına sahiptir. Araştırmanın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
- **Araştırma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?:** Gönüllülere araştırma sonunda bilgi verilmeyecektir.
- **Gönüllülerin araştırma hakkında, kendileri hakkında ya da araştırmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**
- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:** Çalışmada biyolojik materyal kullanılmayacaktır.

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

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

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

Araştırma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

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

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

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Gönüllünün; (El yazısı ile)*

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....
.....

Tarih:

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

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....
.....

Tarih:

- *Açıklamaları yapan araştırmacının (El yazısı ile)*

Unvanı, Adı- Soyadı:

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

Ek 4: Anket ve Ölçekler

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN TİP 2 DİYABETLİ BİREYLERDE YEME BAĞIMLILIĞI İLE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SAPTANMASI

Sayın Katılımcı,

Bu anket Tip 2 diyabetli bireylerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla uygulanacaktır. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır ve araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Sizden istenilen soruların tamamını samimiyetle yanıtlamanızdır. Teşekkür ederim.

I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- 1) Yaş: (yıl) 2) Cinsiyet: ☐ Kadın ☐ Erkek
3) Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Diğer 4) Eğitim Durumu:

II. GENEL BİLGİLER

- 5) Diyabet haricinde herhangi bir sağlık sorunuz var mı?
☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz.....)
- 6) Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz)
- 7) Son 6 ay içinde büyük bir ameliyat geçirdiniz mi? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz.....)
- 8) Son 6 ay içinde travmatik bir olay yaşadınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz)
- 9) Tip2 Diyabet tanısını ne zaman aldınız? (Diyabet yaşı.....)
- 10) Oral antidiyabetik ilaç kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz.....)
- 11) İnsülin kullanıyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet
- 12) İnsülinleri aksatmadan uyguluyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Kısmen
- 13) Kullandığınız insülinin türünü, dozunu ve uygulama saatlerini belirtiniz (.....)
- 14) Son 1 yıl içerisinde diyet tedavisi uyguladınız mı? ☐ Hayır ☐ Evet
- 15) Diyet tedavisini kimden, hangi amaçla aldınız ve diyet tedavisinin sonucunda ne oldu?
(Belirtiniz.....)
- 16) Almış olduğunuz diyet listesinin kalorisini biliyor musunuz? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz)
- 17) Diyabet tedavisinde kullandığınız bitkisel bir ürün var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz.....)

III. YAŞAM BİÇİMİ

- 18) Düzenli fiziksel aktivite yapar mısınız? ☐ Hayır ☐ Evet
- 19) Haftada kaç kez, ne kadar süreyle, hangi fiziksel aktiviteyi yaparsınız? (Belirtiniz)
- 20) Sigara kullanıyor musunuz?
Hayır ☐ önce bıraktım ☐ Evet (Günde adet, ... süredir)
- 21) Alkol kullanıyor musunuz?
☐ Hayır ☐ önce bıraktım ☐ Evet (Süresini belirtiniz.....)

IV. YEME TUTUM VE DAVRANIŞI

22) Kendi beden görünümünüzü nasıl tanımlarsınız? ☐ Zayıf ☐ Normal ☐ Fazla kilolu ☐ Obez

23) Vücut görünümünüzden memnun musunuz? ☐ Memnunum ☐ Düşünmedim

☐ Kilo almam gerekiyor ☐ Zayıflamam gerekiyor

24) Yemek yemek sizin için ne ifade ediyor? (En çok 3 seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Gereklilik ☐ Duygusal olarak rahatlama ☐ Mutluluk

☐ Boşluk doldurma ☐ Problem Çözme ☐ Diğer (Belirtiniz.....)

25) Gün içerisindeki toplam besin tüketiminiz duygu durumunuza göre nasıl değişir?

	Artar	Değişmez	Azalı
Stresli			
Kaygılı			
Üzgün			
Mutlu			
Heyecanlı			
Diğer (.....)			

26) Gün içerisinde öğün atlar mısınız?

Atlanan Öğün	Her zaman	Sık sık	Nadiren	Hiç
Kahvaltı				
Öğle				
Akşam				
Ara (Kuşluk)				
Ara (İkindi)				
Ara (Gece)				

27) Öğün atlıyorsanız nedeni nedir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Zayıflamak için ☐ Zaman yetersizliğinden
☐ Canım istemediği için ☐ Unuttuğum için
☐ Üşendiğim için ☐ Diğer (Belirtiniz.....)

28) Ara öğünlerde genellikle ne tüketirsiniz. (Belirtiniz.....)

29) Tokken bile kendinize engel olamayıp tükettiğiniz besinler var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz...)

30) Ana öğün öncesinde tükettiğiniz besinler var mı? ☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz.....)

31) Her aklınıza geldiğinde tüketmek istediğiniz, yemediğinizde huzursuz olduğunuz bir besin var mı?

☐ Hayır ☐ Evet (Belirtiniz.....)

V. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Ağırlık,kg: Boy uzunluğu,cm:..... Boyun Çevresi,cm:.....

Göğüs Çevresi Bel Çevresi Kalça Çevresi.....

YALE YEMEK BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (YFAS)

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla dair yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır. İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar: Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar; beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar; cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar; biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler; kolalı ve şekerli içecekler.

Aşağıdaki sorularda “BELİRLİ YİYECEKLER” ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekler ya da benzerlerini, ya da geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün

SON 12 AYDIR:	Hiç	Ayda bir kez	Ayda 2 / 4 kez	Haftada 2 kez	Haftada 4’ten fazla
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim.					
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum.					
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum.					
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor.					
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum.					
6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum.					
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım.					
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.					
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.					
10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.					
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.					
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (Lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin)					
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (Lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin)					
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.					
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.					
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum. (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)					

						EVET	HAYIR
17. Yemek tüketimim yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.							
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.							
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.							
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.							
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim.							
22. Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.							
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım.							
24. Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım.							
25. Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?	1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 ya da daha fazla kere		

26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz:				
Şeker/Şekerleme	Hamburger	Tost /Peynirli Sandviç	Elma	Donat/Tatlı Çörek
Çikolata / Gofret	Simit	Patates Kızartması	Pizza/Lahmacun/Döner	Havuç
Kola/Gazoz	Karnabahar	Kırmızı Et	Peynir (Beyaz peynir, kaşar vs.)	Pastırma/Sucuk/Salam
Kurabiye/Bisküvi	Muz	Pasta/Kek	Dondurma	Hiçbiri

27. Listeler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz.
--

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 (BDÖ-11)

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve size en uygun kısma X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve içtenlikle cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir Zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım.				
2. Düşünmeden iş yaparım.				
3. Hızla karar veririm.				
4. Hiçbir şeyi dert etmem.				
5. Dikkat etmem.				
6. Uçuşan düşüncelerim var.				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım.				
8. Kendimi kontrol edebilirim.				
9. Kolayca konsantre olurum.				
10. Düzenli para biriktirim.				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam.				
12. Dikkatli düşünen birisiyim.				
13. İş güvenliğine dikkat ederim.				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim.				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16. Sık sık iş değiştiririm.				
17. Düşünmeden hareket ederim.				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
20. Düşünerek hareket ederim.				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm.				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım.				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
24. Hobilerimi değiştiririm.				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim.				
30. Geleceğini düşünen birisiyim.				