

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**OBEZ VE FAZLA KİLOLU BİREYLERDE YEME
BAĞIMLILIĞININ ÜSTBİLİŞ, FARKINDALIK, DUYGU VE
DÜŞÜNCE KONTROL STRATEJİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
SAĞLIKLI KONTROL İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. GİZEM KAYA

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. SELÇUK ASLAN

KASIM 2019

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI

**OBEZ VE FAZLA KİLOLU BİREYLERDE YEME
BAĞIMLILIĞININ ÜSTBİLİŞ, FARKINDALIK, DUYGU VE
DÜŞÜNCE KONTROL STRATEJİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
SAĞLIKLI KONTROL İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ
Dr. GİZEM KAYA

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. SELÇUK ASLAN

KASIM 2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kendilerinden edindiğim kıymetli bilgi ve tecrübeler için başta tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Selçuk Aslan'a; klinik hocalarım Sayın Prof. Dr. Zehra Arıkan'a, Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e, Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu'na, Prof. Dr. Behçet Coşar'a, Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a, Prof. Dr. Filiz Karadağ'a ve Prof. Dr. Mustafa Ender Taner'e, Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekçi Ertek ve Öğr. Gör. Dr. Melike Küçükkarapınar'a; Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi rotasyon süreçlerimdeki sayın hocalarıma teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince katkı, ilgi ve desteklerini esirgemeyen aynı süreçte asistanlık yaptığım tüm arkadaşlarıma ve başta tez sürecimdeki katkıları nedeniyle Arş Gör. Dr. Mehmet Ünler'e teşekkür ederim.

Obezite bilişsel davranışçı terapisi alanındaki bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan Hemşire Aycan Kayalar başta olmak üzere, beraber çalışma şansı bulduğum hastanemiz hemşireleri, sekreterleri ve personellerine teşekkür ederim.

Uzun süreli eğitim hayatım boyunca her adımda yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini eksik etmeyen, her anlamda gurur ve ilham kaynağım olan annem Hanım Kaya ve babam Metin Kaya'ya; en yakın arkadaşım, aynı zamana denk gelen tez süreçlerimizde ve tüm hayatımda yoldaşım, bazen de akıl hocam olan canım kardeşim Arş. Gör. Gözde Kaya'ya teşekkür ederim, şimdiye kadar olan ve gelecekte olabilecek tüm başarılarım için size minnettarım...

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obezite.....	2
2.2. Obezitede Ruhsal Etmenler	4
2.2.1. Psikodinamik Model.....	4
2.2.2. Bilişsel Davranışçı Model	5
2.2.3. Klinik Obezite Sürdürüm Modeli.....	7
2.2.4. Yemek Bağımlılığı	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Yeri	14
3.2. Araştırmanın Tipi.....	14
3.3. Katılımcılar	14
3.4. Etik Kurul Onayı.....	15
3.5. Araştırmanın Bütçesi	15
3.6. Veri Toplama Araçları	15
3.6.1. Sosyodemografik veri formu.....	15
3.6.2. Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği	15
3.6.3. Üstbiliş Ölçeği-30.....	16
3.6.4. Düşünce Kontrol Etme Ölçeği	16

3.6.5.	Duyguları Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	17
3.6.6.	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği.....	17
3.6.7.	Yeme Farkındalığı Ölçeği	18
3.7.	İstatistiksel Analizler	18
4.	BULGULAR.....	21
5.	TARTIŞMA	62
6.	KAYNAKLAR	77
7.	ÖZET	88
8.	SUMMARY	89
9.	EKLER.....	90
9.1.	Sosyodemografik veri formu	90
9.2.	Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği	91
9.3.	Üstbiliş Ölçeği – 30	93
9.4.	Düşünce Kontrol Etme Ölçeği.....	94
9.5.	Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	95
9.6.	Sıkıntıya Dayanma Ölçeği.....	98
9.7.	Yeme Farkındalığı Ölçeği.....	99
9.8.	Etik Komisyon Onayı	100
9.9.	Tez Sınavı Tutanağı	102
10.	ÖZGEÇMİŞ.....	103

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Beden kitle indeksine göre olguların demografik ve klinik özellikleri...	22
Tablo 2. Beden kitle indeksine göre olguların eşlik eden hastalıklar yönünden dağılımları	23
Tablo 3. Beden kitle indeksine göre olguların diğer klinik özellikleri.....	24
Tablo 4. Beden kitle indeksine göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptomları ve yemek bağımlılığı tanısı yönünden dağılımları	27
Tablo 5. Beden kitle indeksine göre olguların üst biliş alt ölçek ve toplam ölçek puanları	27
Tablo 6. Beden kitle indeksine göre olguların düşünce kontrol alt ölçek ve toplam ölçek puanları	28
Tablo 7. Beden kitle indeksine göre olguların duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları.....	29
Tablo 8. Beden kitle indeksine göre olguların sıkıntıya dayanma alt ölçek ve toplam ölçek puanları	29
Tablo 9. Beden kitle indeksine göre olguların yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları	31
Tablo 10. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri	32
Tablo 11. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların eşlik eden hastalıklar yönünden dağılımları	33
Tablo 12. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları	36
Tablo 13. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları	38
Tablo 14. Tüm olgular içerisinde çoklu değişkenli lojistik regresyon analizine göre yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktörler	40
Tablo 15. Fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri.....	41
Tablo 16. Fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları	42
Tablo 17. Fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları	43
Tablo 18. Obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri	44

Tablo 19. Obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları	45
Tablo 20. Obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları	46
Tablo 21. Tüm olgular içerisinde demografik ve klinik özelliklere göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları	48
Tablo 22. Tüm olgular içerisinde eşlik eden hastalıklara göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları	49
Tablo 23. Tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların demografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri.....	50
Tablo 24. Tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri	51
Tablo 25. Tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri	52
Tablo 26. Tüm olgular içerisinde çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi öngörmede en fazla belirleyici olan faktörler.....	54
Tablo 27. BKİ grupları içerisinde demografik ve klinik özelliklere göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları	55
Tablo 28. BKİ grupları içerisinde eşlik eden hastalıklara göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları	56
Tablo 29. Her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların demografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri.....	57
Tablo 30. Her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri.....	58
Tablo 31. Her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri .	59
Tablo 32. BKİ grupları içerisinde çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi öngörmede en fazla belirleyici olan faktörler.....	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Gruplar arası yemek bağımlılığı tanısının dağılımı	26
Şekil 2. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre üstbiliş skorları	34
Şekil 3. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre düşünce kontrol skorları.....	34
Şekil 4. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre duygu düzenlemede güçlük skorları.....	35
Şekil 5. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre sıkıntıya dayanma skorları	37
Şekil 6. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre yeme farkındalığı skorları	38

1. GİRİŞ

Obezitenin yaygınlığının Dünya çapındaki artışı ile tıbbın birçok alanında obeziteyle ilgili araştırmalar da artış göstermektedir. Psikiyatrik anlamda obezitenin oluşumu, tedavisi ve sürdürümünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi yapılan müdahalelerin geliştirilmesi ve özelleşmesi anlamında önem arz etmektedir(35).

Obezitede yeme bağımlılığıyla ilgili araştırmalar 2009 yılından itibaren ivme kazanmış olmasına rağmen(44) bulgulardaki çelişkiler, tanımlanan olgunun davranışsal bir bağımlılık mı yoksa bağımlılık yapıcı besinlere sekonder gelişen bir bozukluk mu olduğunun tartışmalı olması, bozukluk tanısının konulmasının bu tanıyı taşıyan kişilere nasıl bir faydası olabileceğinin henüz bilinmemesi, stigmatize edici ve kişinin kendi kontrolünü görmezden gelmesine sebep olabilecek etkisiyle ilgili çekinceler ve bu alandaki tek ölçeğin “tanı koyma” fonksiyonunu tek başına sağlayamayacağı çünkü mevcut literatür ile yeme bağımlılığının bir bozukluk olarak değerlendirilmesi için erken olduğu düşünülmekte ve bu modelin varlığı tartışmalı niteliğini sürdürmektedir(71-74).

Çalışmamızda; yeme bağımlılığının obez ve fazla kilolu bireylerde daha sık gözlemleneceği, tıknırcasına yeme davranışının obez ve fazla kilolu yemek bağımlılığı olan bireylerde daha sık gözlemleneceği, yemek bağımlılığıyla ilgili bileşenlerin patolojik olarak değerlendirilen ruhsal etmenlerle ilişkili olacağı ve fazla kilolu ve obez gruplarda bu patolojik ilişkinin daha net olarak gözlemlenebileceği varsayılmıştır. Ayrıca yeme bağımlılığını ayırt etmede önem arz eden etmenlerin araştırılması planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Obezite genellikle yağ dokusunda kişinin sağlığını bozabilecek düzeyde anormal ve aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır(1). Dünya çapında yaygınlığı her geçen yıl artan bu durum için yapılan araştırmada, Türkiye’de fazla kilolu prevalansı %24,3(kadınlarda %24,3, erkeklerde %25,9), obezite prevalansı ise %19,4(kadınlarda %24,6, erkeklerde %14,4) olarak bulunmuştur(2).

Fazla kilo ve obezitenin sınıflandırılabilir olması aynı popülasyon ya da popülasyonlar arası karşılaştırmalar yapabilmek, mortalite ve morbidite için artmış riske sahip olanları tespit edebilmek, bireysel ya da toplumsal müdahalelerin önceliklerini ve sonuçlarını takip edebilmek açısından önem arz etmektedir. Beden Kitle İndeksi(BKİ); kilo değerinin boyun karesine bölünmesi ile elde edilen; normal-altı(18,5 altı), normal(18,5-25), fazla kilolu(25-30) ve obezite(30 üstü) sınıflandırmasının yapılabilmesini için kullanılan kullanımı basit ve sık kullanılan bir yöntemdir(3).

Bu sınıflandırma ile tespit edilen obezite ve fazla kilolu olma metabolik sendrom, tip 2 diabetes, hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, inme, uyku apnesi, pulmoner hipertansiyon, bazı kanser türleri, infertilite, osteoartrit, karaciğer ve mesane hastalıkları gibi kişinin yaşam süresini kısaltabilecek, yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliğini etkileyebilecek hastalıklar ile ilişkili bulunmuştur(4).

Birçok çalışmada psikiyatrik komorbidite yaygınlığı normal kilolularla obezler arasında benzer bulunmakla birlikte tedavi arayışında olan obez bireylerde

tıkınırcasına yeme davranışının ve psikiyatrik komorbiditenin daha sık olduğu bildirilmiştir(5).

İngiliz Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü(NICE) kılavuzlarında kilo kaybının yöntemini kararlaştırırken hastanın ihtiyaçlarının, davranış değişimlerine hazır olma durumunun ve daha önceki kilo verme çabalarının, tedavi yöntemlerinin güvenlik, etkililik ve maliyetinin göz önünde bulundurulmasını önerilmektedir. BKİ'ne göre fazla kilolu kategorisinde olan ve iki veya daha fazla komorbiditesi olan kişilerin dengeli düşük kalorili diyet tüketimi, fiziksel aktivite artışı ve uygunsuz yeme davranışlarının düzenlenmesi için teşvik edilmeleri önerilmektedir. Fazla kilolu aralığında olan, komorbiditesi olmayan veya kilo kaybı için motive olmayan kişilere ise kilo alımının önlenmesi önerilmektedir. Farmakoterapi seçenekleri BKİ'i 30'un üzerinde olan, komorbiditesi bulunan ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kilo kaybı sağlayamayan kişilerde bir seçenektir. Bariatrik cerrahi ise BKİ'i 35-40 aralığında olup eşlik eden komorbid hastalığı bulunan, BKİ'i 40-50 aralığında olan ve BKİ'i 50 üzerinde olanlarda(ilk basamak tedavi olarak) önerilmektedir. Cerrahi girişim yapılan durumlarda bile cerrahi sonrası uzun süreli takip ve davranışsal müdahaleler gerekmektedir ve operasyon geçiren kişiler ile uzun süreli yapılan takip çalışmaları sınırlı sayıda(6, 7).

Genetik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel etmenler ile ortaya çıkabilen bu ciddi ve multifaktöriyel durumun yönetimi psikiyatristler, psikologlar, dahiliye doktorları, endokrinologlar, diyetisyenler ve cerrahlar için oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Tedavi seçeneklerinin sınırlı başarısı ve ruhsal faktörlerin başarısız tedavi sonuçlarıyla olan ilişkisi nedeniyle, obezitede rol

oynayan ruhsal faktörlerin daha çok anlaşılması, bu alanda çalışan profesyonellere tedavi seçeneklerinin planlanması ve tedavi sonuçlarının öngörülebilmesi açısından katkıda bulunabilecektir.

2.2.Obezitede Ruhsal Etmenler

2.2.1. Psikodinamik Model

Obezite ve diğer yeme bozukluklarının oral dönem çatışmalarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Açlıkla ilgili farkındalık oluşumunda açık ve örtük öğrenmenin üzerinde durulmaktadır. Erken dönemdeki beslenme ve diğer bedensel ihtiyaçlardaki doyumu çevreleyen deneyimsel ve kişilerarası işlemlerde bir şeylerin yolunda gitmediği, bu erken öğrenmedeki kafa karışıklığının açlığın duygusal gerilimden ayrımını engellediği düşünülmektedir. Erken dönemde ayrılmamış ihtiyaç ve dürtüleri uygun biçimde aynalanmamış, desteklenmemiş ve doyurulmamış kişi bu ayrımı yapamamakla birlikte bedeniyle ilgili kusurların da dışarıdan oluşturulduğu gibi bir yanlış yorumlama yapabilecektir. Bu nedenle ayrışmada eksiklik yaşayabilecek, net ego sınırları deneyimleyemeyecek ve dışarıdan gelen müdahalelerde kendisini çaresiz hissedebilecektir. Doğum anından itibaren erken dönemde beslenme sürekli ötekinin varlığını gerektiren bir aktivitedir. Bu yüzden kişinin beslenmeyle ilgili davranışları bakım veren ötekiyle olan ilişkisiyle ilgili de fikir verebilir; örneğin yememe davranışı anneyi eleştirme yeme ise mutluluk ve sevgi gösterisi olarak yorumlanabilir. Alınan bazı hikayelerde yeme bozukluğu olan kişiler çocukluklarında problem yaratmayan, önüne konanı yiyen, klasik direnç döneminde negativistik tutum göstermeyen ve

diğer alanlarda da itaatsizlik göstermeyen, “iyi çocuklar” olarak tanımlanırlar(8). Yiyecek kişinin sahte güç ve büyüme hissi elde etmesine ya da yetişkinlik ve sorumluluğa karşı bir savunma geliştirmesine hizmet ediyor olabilir. Yiyecek ile düşünsel aşırı uğraş ebeveynlere olan çaresiz ve bağımlı tutunma ya da hostile reddediş olarak gözlemlenebilir(9). Bu hastalar, bedenleri ve fonksiyonları üzerinde kontrol sahibi olmadıkları ve kendilerinde gözlemledikleri duygu ve düşüncelere güven duymadıkları için yaygın bir etkisiz olma hissinden mustarip olabilirler. Terapide edindikleri içgörüyü kendilerine karşı olan güvensizlik nedeniyle özümseyemez ve yaşamlarında uygulamaya geçiremezler(8).

Birçok çalışmada çocukluk döneminde ihmal ve istismar, özellikle cinsel istismar, öyküsü olan bireylerde obezitenin daha sık görüldüğü ve çocukluk çağı ihmal ve istismar öyküsü olan bireylerde obezite riskinde artış olduğu saptanmıştır(10-13). Kilo verme programlarına katılan cinsel istismar öyküsü olan bireylerin daha az kilo kaybetmesi ve programa daha az uyum göstermesi, istismar mağduru obez bireylerde beden hoşnutsuzluğunun ve yetişkin çağ kilo değerlerindeki değişimin daha az olması obezitenin istismarın tekrarlamasına karşı koruyucu bir fonksiyonu olabileceği ve bir savunma mekanizması olarak işlev görüyor olabileceğini düşündürmektedir(14, 15).

2.2.2. Bilişsel Davranışçı Model

Obezite üzerine yapılan davranışçı çalışmalarda ilk olarak bir kendini kontrol problemi olarak görülmüş, kilolu kişilerin yemenin yol açabileceği negatif sonuçlar yerine anlık pozitif sonuçlarına odaklandığı, bu sebeple tedavi odağının

negatif sonuçlarla ilgili verbal repertuarı genişletme, yeme ile ilişkili durumlarda bu repertuarı kullanma ile bu eşleştirme sonucunda doğabilecek koşullanma olması düşünülmüştür. Yine bu süreçte yeme davranışı ile eşleşen zaman, yer, kişi ve yemek çeşitleriyle olan koşullanmanın kırılması amacıyla tek mekanda(yemek masası), düzenli öğünleri, eşlik eden bir aktivite olmadan tüketme önerilmiştir(16).

Takip eden çalışmalarda bu koşullanmadan uzaklaşmış ve odak kontrol teknikleri ve self monitorizasyona dönmüştür. Self monitorizasyon ile kişilerin kendi acil durum yöneticileri olmaları ve kendi olumlu pekiştireçlerinin oluşmasında yaratıcı olmaları amaçlanmıştır(17).

70'lerde bu alanda etkili yöntemlerin tespiti için birçok araştırma yapılmış, etkinlik için en yüksek kanıtlar self monitorizasyon ve stimulus kontrolü tekniklerinde bulunmuştur. Bu iki yöntem davranışçı kilo yönetimi tedavisi paketinin merkezini oluşturmuştur(18). 80'lerin ortalarında davranışçı pakete beslenme ile ilgili bilgilendirme, egzersiz, relaps önleme, sosyal destek kullanımı ve kognitif teknikler eklenmiştir(19, 20).

Kognitif yaklaşımın kişilerin kilo vermeye ilgili çarpık düşüncelerini inceleyerek daha gerçeğe uygun ve işlevsel düşüncelerin kabulüne yardımcı olabileceği, laboratuvar ve natüralistik çalışmalarda gösterilen artan stres düzeyiyle tetiklenen duygusal yeme davranışını(21-23) azaltarak etki edebileceği düşünülmüştür. Ayrıca kognitif müdahalelerin obezitede kilo kaybına neden olmadıklarında bile duygusal iyilik halinin sağlanmasında faydalı olabileceğini bildiren bazı çalışmalar vardır(24).

Özellikle uzun dönem kilo korumadaki sonuçlar(25, 26) sonrasında müdahaleyi geliştirmede üçüncü dalga kognitif davranışçı yaklaşımlar bu alanda kullanılmaya başlanmıştır. Diyalektik davranışçı terapi, şema terapi, kabul ve kararlılık terapisi, farkındalık temelli bilişsel terapi, meta kognitif terapi ve şefkat odaklı terapi gibi terapi tipleri bu gruba dahildir. Açıklık, kabul, değerler, farkındalık ve harekete geçmeye olan vurguları üzerinden bilişsel ve davranışçı terapi ile ayrışır(27, 28). Bu yaklaşımlar duygu, düşünce ve davranışların yargılayıcı olmayan farkındalığı ile içsel ve dışsal uyaranlarla tetiklenen yeme davranışını azaltabilirler, istek ve kaygı gibi içsel uyaranların deneyimlenmesini ve sonucunda kişinin amaç ve değerlerine uygun davranışın oluşmasını destekleyerek kilo kaybının plato yaptığı zamanlarda da tedavi uyumunu arttırabilirler, kişinin kendisine şefkatli tutumunu destekleyerek tedavideki küçük aksamalarda ortaya çıkabilecek cesaret kırılmasını önleyebilirler, ek olarak da uzun dönem kilo yönetimi, self-regülasyon, duygusal yeme, beden hoşnutsuzluğu ve duygudurum üzerine etkileri olabilir(27, 29, 30). Obez ve fazla kilolu kişilerde uyuma yönelik olmayan inanışlar ve bilişsel kontrol stratejilerinin(31, 32) tespiti ve üzerinde çalışılması ile daha adaptif stratejiler edinebilirler.

2.2.3. Klinik Obezite Sürdürüm Modeli

Obezite ile ilgili çalışmalara sıkça yapılan bir eleştiri geçerli bir teorik temelin bulunmaması olmuş ve teori tabanlı formülasyonlara olan ihtiyaca dikkat çekilmiştir(33, 34). Raman ve ark.'nın sunduğu bu modele göre yürütücü işlevler, depresyon varlığı, alışkanlık kümelenmeleri, duygu regülasyonunda zorlanma ve

sağlık okur-yazarlığı faktörlerinin birbirleri ve obezite ile olan karşılıklı etkileşimlerinin rahatsızlığın sürmesinde etken olabileceği düşünülmüştür. Bu model ile obeziteyi sürdüren faktörlerin çok yönlü doğasının daha iyi anlaşılabilmesi amaçlanmıştır. Bahsedilen faktörlerin eşzamanlı çalışmayabileceği ya da her vakada tüm faktörlerin görülmeyebileceği belirtilmekle birlikte bu durumun heterojenliğinin bir göstergesi olabileceği belirtilmiştir(35). Depresif bozukluklar ile verbal öğrenme, hafıza(36) ve yorum biaslarının(37, 38) ilişkili olduğunu gösteren çok miktarda çalışma vardır. Depresyonla bağlantılı bozuk kognitif işlemler nedeniyle obez bireyler önerilen diyet ve fiziksel aktivitelere daha az uyum gösteriyor olabilirler(39). Alışkanlıklar bilişsel yol aracılığıyla depresyon ve obeziteyi sürdürücü davranışlar arasındaki ilişkide aracılık ediyor olabilir. Örneğin bazı çalışmalarda sürdürüm sürecinde tekrar kilo alan bireylerin kilo yönetiminde kişisel kontrollerinin eksik olduğu gösterilmiştir. Güçlü alışkanlıklarına direnemedikleri için depresif düşünce patternleri geliştiriyor olabilecekleri düşünülmüştür(40). Model ayrıca yetersiz sağlık okur-yazarlığının getirdiği tedavi arayışında bulunmama gibi davranışların depresif inanç ve tutumların oluşumuna ya da sürdürülmesine neden olarak(41) obeziteye katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Obezite bağlamında bu ilişkiyi araştıran çalışmalar oldukça kısıtlı olduğundan bu modelde boşluğu, yetersiz sağlık okuryazarlığının bilgi işleme biaslarına yol açarak obez bireylerde depresyon riskini arttırabileceğini varsayarak doldurmuşlardır(35). Kognitif kaynakların yetersiz olduğu bireylerde sezgisel temeli olan seçimlere eğilimin arttığı, yeme alışkanlığındaki hızlı karar verme ile yemekle ilgili ipuçları fark etme,

önemsememe ya da karşı koyma kapasitesindeki yetersizlik ile kalori alımını arttırıcı yönde diyet seçimleriyle sonuçlandığı gösterilmiştir(42). Duygu düzenlemenin otonomik ve istemli bileşenlerinin yürütücü işlevler aracılığıyla düzenleniyor olabileceği yine bu modelde varsayılmıştır(35). Dikkat ve inhibitör kontrolle ilgili problemler tıknırcasına yeme ve diğer yeme patolojileri ile ilişkili bulunmuştur(43). Dikkat kontrolündeki zorlanmalar obezitedeki yemeyle bağlantılı impulsiviteye bağlı olabileceği gibi, duygu düzenlemenin de yemeyle ilişkili affektif işlemleri kontrol edebileceği düşünülmüştür. Bu sebeple obez ve depresif bireylerin duygu regülasyonundaki yetersiz repertuarının uygunsuz tepkilere yol açabileceği ve bu tepkilerin sonuç olarak alışkanlığa dönüşebileceği varsayılmıştır(35).

2.2.4. Yemek Bağımlılığı

“Yemek bağımlılığı” ile ilgili araştırmalar özellikle 2009 yılında ilgili ölçeğin geliştirilmesi ile artış göstermekle birlikte(44) konuyla ilgili literatür 19. Yüzyıl sonlarına kadar dayanmaktadır. 1876- 1914 tarihleri arasında ilk bağımlılık dergilerinden biri olan Journal of Inebriety’de bağımlılık terimi ilk olarak 1890 tarihinde çikolata için kullanılmıştır(45).

Yemek bağımlılığı terimi ise bilimsel literatürde ilk kez 1956 yılında Theron Randolph tarafından tanımlanmış(46); mısır, buğday, kahve, süt, yumurta ve patates tüketiminin bu grupta en sık gözlemlendiğini belirtmiştir. 1960’da Adsız Yiyenler(Overeaters Anonymous) kendine yardım organizasyonu Adsız Alkoliklerin 12 adım programına dayanarak kurulmuş, benzer başka organizasyonlar da süreç içinde kurulmuştur. Bu organizasyonların katılımcıları

fayda gördüklerini belirtmekle birlikte bu alandaki çalışma sayısı oldukça azdır ve katılımcıların gördüğü faydanın neye bağlı olduğuyla ilgili bir görüş birliği bulunmamaktadır(47, 48).

80’li yıllarda obezitedeki opioid rolü üzerindeki çalışmalar ile bağımlılık üzerine olan vurgu tekrar canlanmıştır(49, 50).

90’lı yıllarda yeme bozukluklarında bağımlılığın ve kişilik özelliklerinin rolüyle ilgili çalışmalar, derlemeler(51, 52) ve havuç bağımlılığı üzerine vakalar(53, 54) olmakla birlikte bu dekadda odak tekrar çikolata bağımlılığına dönmüştür. Çikolata bağımlılığının varlığı ve başka etmenlerle ilişkisini araştıran bu araştırmalarda katılımcıların kendisini çikolata bağımlısı olarak tanımlayanlardan seçilmesi ve ölçüm yöntemlerinin subjektifliği nedeniyle bu tanımlamanın geçerliliği tartışmalı ve biaslara açıktır(55, 56).

2000’li yıllarda bu alanda yapılan çalışmalar ise daha çok obezite ve fazla yemenin altında yatan nöral mekanizmalara ve bu mekanizmaların madde bağımlılığıyla gösterdiği paralelliğe odaklanmıştır. Örneğin Wang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obezlerde düşük striatal D2 reseptör yoğunluğu saptanmış ve bu bulgunun madde bağımlılığıyla benzerliğine dikkat çekilmiştir(57). Diğer bir çalışmada ise yüksek kalorili besinlere maruziyetin bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde madde bağımlılığında gözlemlendiği gibi ödülle ilişkili beyin bölgelerinde kontrollere göre daha yüksek aktivasyon gözlemlenmiştir(58). Yine bu dönemde konuyla ilgili hayvan deneyleri bildirilmeye başlanmıştır. Şekere aralıklı ulaşımı sağlanan farelerde çekilme belirtileri gözlemlenmiştir(59), yüksek yağ ve şeker bileşimi ile

beslenen farelerde ise kilo artışı, olumsuz sonuçlara rağmen devam eden kullanım ve striatal D2 reseptörlerinde down-regülasyon(60) gözlemlenmiştir.

2010'lu yıllarda ise yemek bağımlılığının insanlar için tanımlanması ve değerlendirilmesi üzerine yoğunlaşmış; ilk olarak Cassin ve ark. DSM 4'e göre madde bağımlılığı kriterlerini tıknırcasına yemeye göre revize ederek yaptıkları yapılandırılmış görüşmelerde tıknırcasına yeme kriterlerini karşılayan bireylerin %92'sinin madde bağımlılığı kriterlerini karşıladıklarını bildirmişlerdir(61). DSM 4 madde bağımlılığı kriterlerine göre oluşturulmuş Yale yemek bağımlılığı ölçeği(62) kullanılarak bu alanda birçok çalışma yapılmakla birlikte yemek bağımlılığı tanısı tartışmalı olmaya devam etmiştir. Bu ölçek ile ölçülenin belli bir yiyecek grubuna bağımlılık değil yeme davranışının özellikleri olduğu belirtilmiş ve "yeme bağımlılığı" teriminin daha uygun olabileceği önerilmiştir(63). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-(DSM-5) ile gelen önemli değişikliklerden biri de kumar bağımlılığının da bağımlılık bölümü içerisinde yer almasıdır. Böylelikle tekrarlayan, zarar verici ve kontrol edilmesinde zorlanılan davranışlar bağımlılık kategorisi altında incelenmektedir. Egzersiz bağımlılığı, alışveriş bağımlılığı ve seks bağımlılığı da DSM-5 de tartışılmış ancak yeterli araştırma olmadığı için resmi bozukluklar olarak dahil edilmemiştir(64). Barry ve ark. DSM-5'in kontrolde zorlanma, sosyal işlev bozukluğu, riskli kullanım, tolerans ve çekilme gibi bağımlılık kriterlerini yeme davranışındaki eşdeğerlerine dikkat çekmiş ve davranışsal bağımlılık olarak yeme bağımlılığını önermiştir (65).

Bağımlılık yapıcı maddeler ve yiyeceklerin ortak özellikleri olarak dopamin ve opiyat ilişkili nöral sistem aktivitesini arttırdıkları, dolaşıma hızlı

geçtikleri, her kullanımda toleransta artışla ilerledikleri, dış etkenlerle tetiklendikleri, kullanımlarını durdurmakta zorlandığı ve zararlı etkilerine rağmen kullanımının sürdürüldüğü saptanmıştır(66). Obez bireylerin normal kilolularla karşılaştırıldığı bir çalışmada tokluğa ulaştıktan sonra yüksek kalorili yiyeceklerle karşılaştıklarında obez bireylerde kortikolimbik aktivasyon ile ödül cevabının oluştuğu gözlenmiştir(67). Başka bir çalışmada ise dopamin D2 reseptör düzeyi düşük olan bireylerin bağımlılık yapıcı yiyeceklere yöneldiği ve tükettiği, bu durumun dopamin reseptörlerinde down-regülasyona yol açarak bu besinlerin tüketim alışkanlığını arttırdığı saptanmıştır(57). Yapılan başka çalışmalarda aşırı yemenin sigara ve madde bağımlılığındaki gibi distress toleransında azalmaya yol açabildiği(68), yemek bağımlılığında aşırma(craving) ve yoksunluğun görülebildiği(69) bildirilmiştir. Yemek bağımlılığına depresyon, duygusal yeme, aşırı yeme, kiloyla ilgili olumsuz tutumlar, beden utancı ve düşük kendilik yönetiminin eşlik ettiği; yemek bağımlılığı kriterlerini karşılayan bireylerin sağlıklı yeme davranışı geliştirme ve kilo vermede daha başarısız oldukları saptanmıştır(70). Duygusal yeme, öğün atlama, düzensiz yeme ve tıkinma davranışları yiyeceğin kötüye kullanımı olarak değerlendirilmiştir(71).

Bu alandaki eleştiriler çalışmaların metodolojik kısıtlılıkları, kültürel ve ekonomik özelliklerin önemsenmemesi, genel olarak öz bildirim yöntemlerine dayanmaları ve kesitsel olmaları, hayvan deneylerinde gösterilen bağımlılık belirtilerinin insanların dahil olduğu çalışmalarda objektif yöntemlerle gösterilememesi ve bulguların çelişkili oluşu, tanımlanan olgunun davranışsal bir bağımlılık mı yoksa bağımlılık yapıcı besinlere sekonder gelişen bir bozukluk mu

olduğunun tartışmalı olması, bozukluk tanısının konulmasının bu tanıyı taşıyan kişilere nasıl bir faydası olabileceğinin henüz bilinmemesi, stigmatize edici ve kişinin kendi kontrolünü görmezden gelmesine sebep olabilecek etkisiyle ilgili çekinceler ve bu alandaki tek ölçeğin “tanı koyma” fonksiyonunu tek başına sağlayamayacağı çünkü mevcut literatür ile yemek bağımlılığının bir bozukluk olarak değerlendirilmesi için erken olduğu yönündedir(72-75).

Çalışmamızın amacı yemek bağımlılığının diğer ruhsal etmenler ile ilişkisinin incelenmesi ve literatürdeki yemek bağımlılığı, diğer bağımlılıklar ve yeme bozuklukları ile ilgili çalışmalar eşliğinde tartışılmasıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

3.2. Araştırmanın Tipi

Kesitsel çalışma

3.3. Katılımcılar

Gazi Üniversitesi Tıp fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde takipli 18 yaş üstü, DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme(SCID-5) ile ruhsal hastalık varlığı dışlanmış ve bilişsel işlevleri etkileyebilecek organik hastalığı olmayan, en az ilkokul mezunu, normal kilolu, fazla kilolu ve obez bireyler beden kitle indeksine göre 3 ayrı grup olarak değerlendirilmiştir. Obez ve fazla kilolu katılımcılar Psikiyatri Anabilim Dalına kilo vermeye yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi için başvuran kişilerden; normal kilolu katılımcılar ise check-up polikliniğinden çalışmaya dahil edilmiştir. Beden kitle indeksi açısından herhangi bir grup içerisinde yemek bağımlılığı ölçek puanları ile çalışmada kullanılacak diğer ölçeklerden (üstbiliş, farkındalık, duygu ve düşünce kontrol stratejileri ve sıkıntıya dayanma ve düşünce kontrol yöntemleri) herhangi birine ait puanlar arasında en az 0.50'lik bir korelasyonun %80 güç ve Bonferroni Düzeltmesine göre%16.7 yanılma düzeyinde istatistiksel olarak önemliliğini test edebilmek için normal kilolu, fazla kilolu ve obez grupların her birine en az 37'şer olgunun dahil

edilmesi öngörülmüştür. Örneklem genişliği hesaplamaları G*Power 3.0.10. (Franz Faul, Universität Kiel, Kiel, Germany) paket programında yapılmıştır.

3.4.Etik Kurul Onayı

T.C. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan 2019-246 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.5.Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacıların kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.6.Veritoplama Araçları

3.6.1. Sosyodemografik veri formu

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir düzeyi, ek hastalık ve kullanılan ilaçlar, fazla kilo probleminin varlığı, süresi, erişkinlikte ulaşılan en yüksek kilo değeri, tıknırcasına yeme davranışı, ailede fazla kilolu birey varlığını sorgulayan ve boy ve kilo ölçümlerini içeren form kullanıldı.

3.6.2. Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği

Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği(YYBÖ) Gearhardt, Corbin ve Brownell tarafından geliştirilmiştir(62). Özgün adı “Yale Food Addiction Scale”dir. Tolerans, çekilme, olumsuz sonuçlara rağmen kullanımı sürdürme, klinik önem gibi bağımlılık gibi faktörlerinin son 12 aydaki varlığını sorgulayan 25 maddeden oluşmaktadır. Puanlama ile her bir faktörün varlığı saptanabilir veya işlev bozukluğu faktörüne eşlik eden en az 3 bağımlılık kriterinin varlığı ile yemek

bağımlılığı tanısı konulabilir. Sevinçer ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır(76).

3.6.3. Üstbiliş Ölçeği-30

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ölçeğin özgün adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” dir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır. ÜBÖ-30'daki her madde, “(1) kesinlikle katılmıyorum” ile “(4) kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder. ÜBÖ-30'daki maddeler olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık olarak beş faktöre dağılmaktadır(77). Tosun ve Irak tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır(78).

3.6.4. Düşünce Kontrol Etme Ölçeği

Düşünce Kontrol Etme Ölçeği(DKEÖ) istenmeyen ve hoş gitmeyen düşüncelerle baş etmede kullanılan çeşitli yöntemlerin sıklığını değerlendirmek amacıyla hazırlanmış 4'lü Likert tipi (1 = Asla, 4 = Hemen her zaman) 30 maddelik bir ölçektir. Dikkat dağıtma, sosyal kontrol, endişe etme, kendini cezalandırma ve yeniden değerlendirme kategorileri 6'şar madde ile sorgulanır(79). Yorulmaz ve Gençöz tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır(80).

3.6.5. Duyguları Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) duygu düzenlemede yaşanan zorlukları değerlendirmek için Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5'li Likert tipi (1= Neredeyse hiçbir zaman, 5= Neredeyse her zaman) derecelendirmeye dayanan ve 36 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır. Duygu Düzenlemedeki Güçlükler Ölçeği; Netlik, Farkındalık, Kabul, Dürtü, Amaç, Strateji olmak üzere 6 alt boyut içermektedir. Elde edilen yüksek puanlar bu alanlarda daha fazla zorluk yaşandığı anlamına gelmektedir(81). Rugancı ve Gençöz tarafından Türkçe' ye uyarlanmıştır ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır(82).

3.6.6. Sıkıntıya Dayanma Ölçeği

Sıkıntıya Dayanma Ölçeği(SDÖ) Simons ve Gaher tarafından oluşturulan özgün adı "Distress Tolerance Scale " olan öz bildirim dayalı 15 maddelik bir ölçektir. Maddeler 1 ile 5 arasında değişen likert tipi ölçeğe göre değerlendirilmektedir. Bu ölçekteki seçenekler (5)Kesinlikle katılmıyorum ile (1) Kesinlikle katılıyorum şeklinde belirlenmiş olup yüksek skorlar sıkıntıya dayanma yetisindeki yüksekliği işaret etmektedir. SDÖ; tolerans, değerlendirme, dikkat çelilmesi ve regülasyon gibi emosyonel sıkıntıya dayanma kapasitesini ölçme açısından 4 alt ölçekten oluşur(83). Sargın ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır(84).

3.6.7. Yeme Farkındalığı Ölçeği

Yeme Farkındalığı Ölçeği(YFÖ) Framson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Özgün adı “Mindful Eating Questionnaire” dir (85). Köse ve arkadaşları tarafından bu ölçekten ilham alınarak oluşturulan ölçekteki maddeler 5’li likert skalası ile değerlendirilmektedir (1:hiç, 2:nadiren, 3:bazen, 4: sık sık, 5: her zaman) ve 30 soruluk likertin etki faktörleri: disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma, yeme disiplini, farkındalık ve enterferans şeklindedir (86).

3.7. İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 17.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programında yapıldı. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenlerin normale yakın dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testiyle varyansların homojenliği varsayımının sağlanıp sağlanmadığı ise Levene testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler; sürekli ve kesikli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma veya medyan (minimum-maksimum) biçiminde ifade edilirken kategorik değişkenler olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi.

Bağımsız iki grup arasında parametrik test istatistiği varsayımlarının sağlandığı sürekli ve kesikli sayısal değişkenler yönünden farkın önemliliği Student’s t testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkın önemliliği ise Tek Yönlü Varyans analizi (One-Way ANOVA) ile değerlendirildi. Gruplar arasında parametrik test istatistiği varsayımlarının sağlanmadığı sürekli ve kesikli sayısal değişkenler ile sıralanabilir değişkenler yönünden farkın önemliliği bağımsız grup

sayısı iki olduğunda Mann Whitney U testiyle ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farkın önemliliği ise Kruskal Wallis testiyle incelendi. Tek Yönlü Varyans analizi veya Kruskal Wallis test istatistiği sonuçlarının önemli bulunması halinde post-hoc Tukey HSD veya Dunn-Bonferroni testi kullanılarak farka neden olan grup(lar) tespit edildi.

2x2'lik çapraz tablolarda gözelerin en az $\frac{1}{4}$ 'ünde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler; Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testiyle değerlendirilirken beklenen frekansın 5-25 arasında olduğu durumlarda Süreklilik Düzeltmeli Ki-Kare testi kullanıldı. Aksi durumlarda ise Pearson'un Ki-Kare testiyle inceleme yapıldı. RxC (satır ya da kolondaki kategorik değişkenlerden en az birinin ikiden fazla sonuçlu olması durumunda) çapraz tablolarda ise gözelerin en az $\frac{1}{4}$ 'ünde beklenen frekansın 5'in altında olması durumunda söz konusu kategorik veriler; Olabilirlik Oran testi ile incelenirken aksi durumlarda Pearson'un Ki-Kare testiyle değerlendirme yapıldı.

Süreklili ve kesikli sayısal değişkenlerin birbirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olup olmadığı Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi kullanılarak araştırıldı.

Yemek bağımlılığı tanısı alan olgular ile yemek bağımlılığı tanısı almayan olguları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler) Çoklu Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda yemek bağımlılığı tanısı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkili gözlenen olası tüm değişkenler lojistik regresyon modeline dahil edildiler. İleriye Dönük Adımsal Elemeli metot uygulanarak grupları birbirinden ayırt etmede en fazla

belirleyici olan etkenler tespit edildi. Ayrıca, her bir değişkene ait odds oranı, %95 güven aralığı ve Wald istatistikleri hesaplandı.

Yale yemek bağımlılığı lçeği semptom sayılarındaki değişimi öngörmede en fazla belirleyici olan faktör(ler) ise oklu Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda Yale yemek bağımlılığı lçeği semptom sayıları ile anlamlı korelasyon ya da birliktelik gösteren olası tüm değişkenler doğrusal regresyon modeline dahil edildiler. Adımsal Elemeli metot uygulanarak Yale yemek bağımlılığı lçeği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede en fazla belirleyici olan etkenler tespit edildi. Ayrıca, her bir değişkene ait regresyon katsayısı, %95 güven aralığı ve t-istatistikleri hesaplandı. Yale yemek bağımlılığı lçeği semptom sayılarının dağılımı normal dağılımdan uzak olduğu için çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizlerinde logaritmik dönüşüm uygulanmıştır.

Aksi belirtilmedikçe $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Ancak, korelasyon analizlerinde Tip I hatayı kontrol edebilmek için bu çalışmada Bonferroni Düzeltmesi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 139 kişiden 17 kişi ruhsal hastalık varlığının tespiti nedeniyle, 11 kişi gereçlerin eksik doldurulması nedeniyle dışlanmış; sonuç olarak her gruptan planlandığı gibi 37'şer kişi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Katılımcıların %57,6'sı kadın, %62,1'i evli, %72,9'u üniversite mezunu, %89,1'i çalışan kişilerden oluşmaktaydı. Ek hastalık sıklığı %36, fazla kilo öyküsü sıklığı %50,4, ailede fazla kilo öyküsü sıklığı %35,1 olup; %47,7 oranda tıknırcasına yeme davranışı, %13,5 oranda yemek bağımlılığı tanısı oranı ve %18,9 oranda da tedavi arayışı olan grupta yemek bağımlılığı sıklığı saptanmıştır.

Tablo 1'de beden kitle indeksine göre olguların demografik ve klinik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez gruplar arasında sırasıyla; yaş ortalamaları, kadın erkek dağılımı, çocuk sayısı, öğrenim durumu, iş durumu ve gelir düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Gruplar arasında medeni durum dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,027$) söz konusu farka neden olan durum; normal kilolu gruba göre fazla kilolu olan grupta bekarların oranının daha düşük ($p=0,025$), evlilerin oranlarının ise daha yüksek ($p=0,004$) olması idi.

Tablo 1. Beden kitle indeksine göre olguların demografik ve klinik özellikleri

	Normal (n=37)	Fazla kilolu (n=37)	Obez (n=37)	p-değeri
Yaş (yıl)	37,0±9,2	37,5±9,2	38,3±9,6	0,852†
Cinsiyet				0,964‡
<i>Kadın</i>	21 (%56,8)	21 (%56,8)	22 (%59,5)	
<i>Erkek</i>	16 (%43,2)	16 (%43,2)	15 (%40,5)	
Medeni durum				0,027¶
<i>Bekar</i>	17 (%45,9) ^a	7 (%18,9) ^a	12 (%32,4)	
<i>Evli</i>	16 (%43,2) ^a	29 (%78,4) ^a	24 (%64,9)	
<i>Eşinden ayrılmış</i>	4 (%10,8)	1 (%2,7)	1 (%2,7)	
Çocuk sayısı	0 (0-4)	2 (0-4)	1 (0-3)	0,118\$
Öğrenim durumu				0,452\$
<i>İlkokul</i>	2 (%5,4)	1 (%2,7)	2 (%5,4)	
<i>Ortaokul</i>	0 (%0,0)	2 (%5,4)	2 (%5,4)	
<i>Lise</i>	10 (%27,0)	4 (%10,8)	7 (%18,9)	
<i>Üniversite</i>	25 (%67,6)	30 (%81,1)	26 (%70,3)	
İş durumu				0,152¶
<i>Çalışmıyor</i>	3 (%8,1)	2 (%5,4)	7 (%18,9)	
<i>Çalışıyor</i>	34 (%91,9)	35 (%94,6)	30 (%81,8)	
Gelir durumu				0,799\$
<i>Açlık altı</i>	1 (%2,7)	4 (%10,8)	1 (%2,7)	
<i>Yoksulluk altı</i>	24 (%64,9)	16 (%43,2)	23 (%62,2)	
<i>Yoksulluk üstü</i>	12 (%32,4)	17 (%45,9)	13 (%35,1)	

† Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA), ‡ Pearson'un Ki-Kare testi, ¶ Olabilirlik Oran testi, \$ Kruskal Wallis testi, a: Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05).

Tablo 2'de beden kitle indeksine göre olguların eşlik eden hastalıklar yönünden dağılımları karşılaştırıldı. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez gruplar arasında eşlik eden hastalıkların görülme sıklıkları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p>0,05).

Tablo 2. Beden kitle indeksine göre olguların eşlik eden hastalıklar yönünden dağılımları

	Normal (n=37)	Fazla kilolu (n=37)	Obez (n=37)	p-değeri
Yandaş hastalık	10 (%27,0)	13 (%35,1)	17 (%45,9)	0,235†
Kalp damar	2 (%5,4)	1 (%2,7)	5 (%13,5)	0,180‡
DM	1 (%2,7)	2 (%5,4)	5 (%13,5)	0,180‡
HT	0 (%0,0)	2 (%5,4)	4 (%10,8)	0,056‡
GİS	0 (%0,0)	1 (%2,7)	3 (%8,1)	0,110‡
Solunum	1 (%2,7)	1 (%2,7)	3 (%8,1)	0,459‡
Kas iskelet	2 (%5,4)	2 (%5,4)	4 (%10,8)	0,600‡
Endokrin	4 (%10,8)	5 (%13,5)	11 (%29,7)	0,073†
Vitamin/Mineral	1 (%2,7)	5 (%13,5)	7 (%18,9)	0,056‡
Kanser	0 (%0,0)	0 (%0,0)	2 (%5,4)	0,107‡

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi.

Tablo 3’de beden kitle indeksine göre olguların diğer klinik özellikleri yönünden yapılan karşılaştırmalar bulunmaktadır. Gruplar arasında fazla kilolu olma öyküsü yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$) söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre fazla kilolu ve obez grupta fazla kilolu olma öyküsü daha sık görülmesidir ($p<0,001$ ve $p<0,001$). Ayrıca, fazla kilolu gruba göre obez grupta da fazla kilolu olma öyküsü daha yüksekti ($p<0,001$). Fazla kilolu olma öyküsü olan olgular içerisinde BKİ düzeylerine göre olguların fazla kilolu olma başlangıç yaş ortalamaları benzerdi ($p=0,486$).

Gruplar arasında erişilen en yüksek ortalama BKİ düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$) söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre fazla kilolu ve obez grupta erişilen en yüksek BKİ düzeyinin daha yüksek olması idi ($p<0,001$ ve $p<0,001$). Ayrıca, fazla kilolu

gruba göre obez grupta da erişilen en yüksek BKİ düzeyi de daha yüksekti ($p<0,001$).

Gruplar arasında tıkanırcasına yeme davranışı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$) söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre fazla kilolu ve obez grupta tıkanırcasına yeme sıklığının daha yüksek olması idi ($p=0,028$ ve $p<0,001$). Fazla kilolu grup ile obez grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,057$).

Gruplar arasında ailede fazla kilolu olan bireylerin bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş olup ($p<0,001$) söz konusu farka neden olan durum normal kilolu ve fazla kilolu gruba göre obez grupta aile öyküsünün daha yüksek olması idi ($p=0,004$ ve $p=0,018$). Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,786$).

Tablo 3. Beden kitle indeksine göre olguların diğer klinik özellikleri

	Normal (n=37)	Fazla kilolu (n=37)	Obez (n=37)	p- değeri
Fazla kilo öyküsü	3 (%8,1) ^{a,b}	16 (%43,2) ^{a,c}	37 (%100,0) ^{b,c}	<0,001†
Fazla kilo başlangıç yaşı	33,3±16,2	24,9±10,7	26,1±10,8	0,486‡
Erişilen en yüksek BKİ	24,4±3,0 ^{a,b}	28,8±2,2 ^{a,c}	36,5±7,3 ^{b,c}	<0,001‡
BKİ (kg/m ²)	22,2±1,60	27,2±1,30	33,6±4,08	-
Tıkanırcasına yeme	8 (%21,6) ^{a,b}	18 (%48,6) ^a	27 (%73,0) ^b	<0,001†
Ailede fazla kilo öyküsü	8 (%21,6) ^b	10 (%27,0) ^c	21 (%56,8) ^{b,c}	0,003†

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA), a: Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$), b: Normal kilolu grup ile obez grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$), c: Fazla kilolu grup ile obez grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$).

Tablo 4’te beden kitle indeksine göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptomları ve yemek bağımlılığı tanısı yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır.

Gruplar arasında “edinme için fazla süre/çaba” semptomunun görülme sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,004$), söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre obez grubun prevelansının daha yüksek olması idi ($p=0,004$).

Gruplar arasında “çekilme” semptomunun görülme sıklığı yönünden de istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p<0,001$), söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre obez grubun prevelansının daha yüksek olması idi ($p<0,001$).

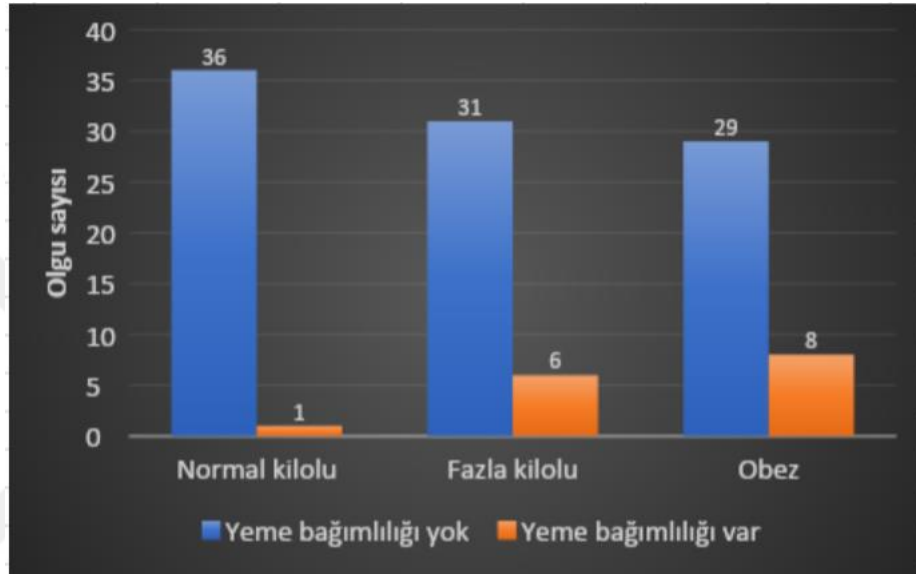
Gruplar arasında “işlevsellik” görülme sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,014$), söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre sırasıyla; fazla kilolu ve obez grubun prevelansının daha yüksek olması idi ($p=0,028$ ve $p=0,009$).

Normal kilolu, fazla kilolu ve obez gruplar arasında Yale yemek bağımlılığı ölçeğindeki medyan semptom sayıları yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,334$).

Gruplar arasında yemek bağımlılığı tanısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,049$), söz konusu farka neden olan durum; normal kilolu gruba göre obez grupta yemek bağımlılığı tanısını alanların oranının daha yüksek olması idi ($p=0,028$). Normal kilolu gruba göre fazla kilolu olan grupta ve fazla kilolu gruba göre obez grupta yemek bağımlılığı tanısını alanların oranı daha

yüksek olmasına rağmen söz konusu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,107$ ve $p=0,767$) (bkz Şekil 1).

Şekil 1. Gruplar arası yemek bağımlılığı tanısının dağılımı



Gruplar arasında besin sayıları yönünden de istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,011$), söz konusu farka neden olan durum; normal kilolu gruba göre obez grupta besin sayısının daha yüksek olması idi ($p=0,010$). Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasında ve fazla kilolu grup ile obez grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,137$ ve $p>0,999$).

Tablo 4. Beden kitle indeksine göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptomları ve yemek bağımlılığı tanısı yönünden dağılımları

	Normal (n=37)	Fazla kilolu (n=37)	Obez (n=37)	p- değeri
YBF-1	7 (%18,9)	13 (%35,1)	13 (%35,1)	0,212†
YBF-2	29 (%78,4)	31 (%83,8)	32 (%86,5)	0,641†
YBF-3	2 (%5,4) ^a	6 (%16,2)	13 (%35,1) ^a	0,004 ‡
YBF-4	4 (%10,8)	7 (%18,9)	9 (%24,3)	0,314†
YBF-5	26 (%70,3)	22 (%59,5)	16 (%43,2)	0,061†
YBF-6	33 (%89,2)	31 (%83,8)	25 (%67,6)	0,052†
YBF-7	0 (%0,0) ^a	4 (%10,8)	10 (%27,0) ^a	<0,001 ‡
YBF-8	1 (%2,7) ^{a,b}	8 (%21,6) ^b	10 (%27,0) ^a	0,014 †
Semptom sayısı	3 (0-6)	3 (1-5)	3 (1-6)	0,334¶
Yemek bağımlılığı tanısı	1 (%2,7) ^a	6 (%16,2)	8 (%21,6) ^a	0,049 †
Besin sayısı	1 (0-16) ^a	4 (0-16)	4 (0-21) ^a	0,011 ¶

† Pearson'un Ki-Kare testi, ‡ Olabilirlik Oran testi, ¶ Kruskal Wallis testi, a: Normal kilolu grup ile obez grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05), a: Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p=0,028).

Tablo 5'te beden kitle indeksine göre olguların üst biliş alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez gruplar arasında üst biliş alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık yoktu (p>0,05).

Tablo 5. Beden kitle indeksine göre olguların üst biliş alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Normal	Fazla kilolu	Obez	p-değeri †
Olumlu inançlar	11,43±3,75	12,84±4,72	11,84±3,99	0,464
Kontrol edilemezlik ve tehlike	12,08±4,13	12,89±4,55	13,27±3,88	0,487
Bilişsel güven	12,65±4,08	12,92±4,48	12,03±4,13	0,675
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	12,30±4,16	13,62±5,18	13,49±4,78	0,497
Bilişsel farkındalık	14,97±3,79	15,86±3,97	15,22±3,69	0,468
Toplam	63,43±13,44	68,14±16,69	65,84±15,02	0,438

† Kruskal Wallis testi.

Tablo 6’da beden kitle indeksine göre olguların düşünce kontrol alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar bulunmaktadır. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez gruplar arasında düşünce kontrol alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık yoktu ($p>0,05$).

Tablo 6. Beden kitle indeksine göre olguların düşünce kontrol alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Normal	Fazla kilolu	Obez	p-değeri †
Dikkat dağıtma	15,35±3,53	14,68±3,89	16,76±4,12	0,094
Sosyal kontrol	14,59±3,16	15,14±2,53	13,95±3,48	0,263
Endişe etme	10,11±3,30	9,86±3,21	10,49±3,35	0,728
Kendini cezalandırma	9,57±3,05	9,19±2,59	9,86±2,30	0,333
Yeniden değerlendirme	14,54±3,34	14,11±3,64	15,19±3,54	0,681
Toplam	64,16±10,45	62,97±10,22	66,24±9,63	0,532

† Kruskal Wallis testi.

Tablo 7’de beden kitle indeksine göre olguların duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez gruplar arasında duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık yoktu ($p>0,05$).

Tablo 7. Beden kitle indeksine göre olguların duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Normal	Fazla kilolu	Obez	p-değeri †
Amaca yönelik hareket etme	12,46±4,05	13,35±4,62	12,95±4,66	0,605
Uygun stratejiye erişememe	15,95±5,34	16,81±7,21	16,22±7,11	0,842
Duygu kabulünde zorlanma	11,11±4,05	11,24±4,57	10,62±4,94	0,568
İmpuls kontrolünde zorlanma	10,41±3,90	11,43±4,84	11,22±3,79	0,472
Duygu netliğinde zorlanma	12,35±1,99	12,35±2,43	11,57±2,42	0,130
Duygu farkındalığında zorlanma	12,81±3,74	12,95±3,49	12,62±3,76	0,918
Toplam	75,08±15,97	78,14±19,36	75,19±20,31	0,721

† Kruskal Wallis testi.

Tablo 8’de beden kitle indeksine göre olguların sıkıntıya dayanma alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Normal kilolu, fazla kilolu ve obez gruplar arasında sıkıntıya dayanma alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık yoktu ($p>0,05$).

Tablo 8. Beden kitle indeksine göre olguların sıkıntıya dayanma alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Normal	Fazla kilolu	Obez	p-değeri †
Sıkıntıya tolerans	11,03±2,87	9,89±2,96	10,97±3,21	0,120
Sıkıntıyı değerlendirme	22,95±5,14	22,22±5,07	24,00±5,15	0,210
Sıkıntıyla dikkatin çelinmesi	9,84±3,01	9,86±3,10	10,70±3,32	0,262
Sıkıntı regülasyonu	8,97±3,37	9,22±3,00	9,35±3,29	0,871
Toplam	52,78±11,91	51,19±11,62	55,03±11,49	0,226

† Kruskal Wallis testi.

Tablo 9’da beden kitle indeksine göre olguların yemek farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar bulunmaktadır. Gruplar arasında disinhibisyon alt ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,013$), söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre obez grubun skorlarının daha düşük olması idi ($p=0,010$). Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasında ve fazla kilolu grup ile obez grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,597$ ve $p=0,288$).

Gruplar arasında duygusal yeme alt ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,027$), söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre obez grubun skorlarının daha düşük olması idi ($p=0,036$). Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasında ve fazla kilolu grup ile obez grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,999$ ve $p=0,115$).

Gruplar arasında yeme kontrolü alt ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,038$), söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre obez grubun skorlarının daha düşük olması idi ($p=0,032$). Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasında ve fazla kilolu grup ile obez grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,756$ ve $p=0,474$).

Gruplar arasında yeme farkındalığı toplam ölçek puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olup ($p=0,039$), söz konusu farka neden olan durum normal kilolu gruba göre obez grubun skorlarının daha düşük olması idi ($p=0,035$). Normal kilolu grup ile fazla kilolu grup arasında ve fazla kilolu grup ile obez grup arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,999$ ve $p=0,356$).

Gruplar arasında yeme farkındalığının diğer alt ölçek puanları yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 9. Beden kitle indeksine göre olguların yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Normal	Fazla kilolu	Obez	p- değeri †
Disinhibisyon	18,41±3,91 ^a	16,89±4,72	15,24±4,65 ^a	0,013
Duygusal yeme	19,32±4,94 ^a	18,65±5,49	16,11±5,83 ^a	0,027
Yeme kontrolü	15,32±3,21 ^a	14,11±4,00	12,62±4,72 ^a	0,038
Odaklanma	16,41±2,35	15,86±2,00	15,81±1,81	0,367
Yeme disiplini	12,05±3,63	11,89±2,98	12,84±3,16	0,492
Farkındalık	14,05±2,73	14,54±3,44	13,76±2,63	0,990
Enterferans	7,73±1,54	7,59±1,89	7,22±1,97	0,508
Toplam	103,30±12,00 ^a	99,54±15,66	93,59±16,32 ^a	0,039

† Kruskal Wallis testi, a: Normal kilolu grup ile obez grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$).

Tablo 10’da tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri açısından yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Gruplar arasında fazla kilolu olma öyküsü ve tıkanırcasına yeme hariç geriye kalan diğer özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta fazla kilolu olma öyküsü istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda görüldü ($p<0,001$).

Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta tıkanırcasına yeme özelliği istatistiksel anlamlı olarak daha sık görülmekte idi ($p<0,001$).

Tablo 10. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri

	Yemek bağımlılığı yok (n=96)	Yemek bağımlılığı var (n=15)	p-değeri
Yaş (yıl)	37,8±9,3	36,4±9,5	0,592†
Cinsiyet			0,632‡
<i>Kadın</i>	54 (%56,3)	10 (%66,7)	
<i>Erkek</i>	42 (%43,8)	5 (%33,3)	
Medeni durum			0,296‡
<i>Evli</i>	62 (%64,6)	7 (%46,7)	
<i>Evli değil</i>	34 (%35,4)	8 (%53,3)	
Çocuk sayısı	1 (0-4)	1 (0-4)	0,700¶
Öğrenim durumu			0,054¶
<i>İlkokul</i>	5 (%5,2)	0 (%0,0)	
<i>Ortaokul</i>	4 (%4,2)	0 (%0,0)	
<i>Lise</i>	20 (%20,8)	1 (%6,7)	
<i>Üniversite</i>	67 (%69,8)	14 (%93,3)	
Herhangi bir işte çalışan	85 (%88,5)	14 (%93,3)	>0,999\$
Gelir durumu			0,336¶
<i>Açlık altı</i>	6 (%6,3)	0 (%0,0)	
<i>Yoksulluk altı</i>	55 (%57,3)	8 (%53,3)	
<i>Yoksulluk üstü</i>	35 (%36,5)	7 (%46,7)	
Fazla kilo öyküsü	42 (%43,8)	14 (%93,3)	<0,001‡
Fazla kilo başlangıç yaşı	26,9±10,0	23,9±13,7	0,370†
Erişilen en yüksek BKİ	29,6±6,9	31,9±6,6	0,233†
BKİ (kg/m²)	27,3±5,4	30,0±4,6	0,068†
Tıkanırcasına yeme	39 (%40,6)	14 (%93,3)	<0,001‡
Ailede fazla kilo öyküsü	30 (%31,3)	9 (%60,0)	0,060‡

† Student's t testi, ‡ Süreklilik düzeltilmeli Ki-Kare testi, ¶ Mann Whitney U testi, \$ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi.

Tablo 11’de tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplar arasında eşlik eden hastalıklar yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır. Yemek bağımlılığı tanısı alan grup ile yemek bağımlılığı tanısı almayan grup arasında eşlik eden hastalıkların görülme sıklıkları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

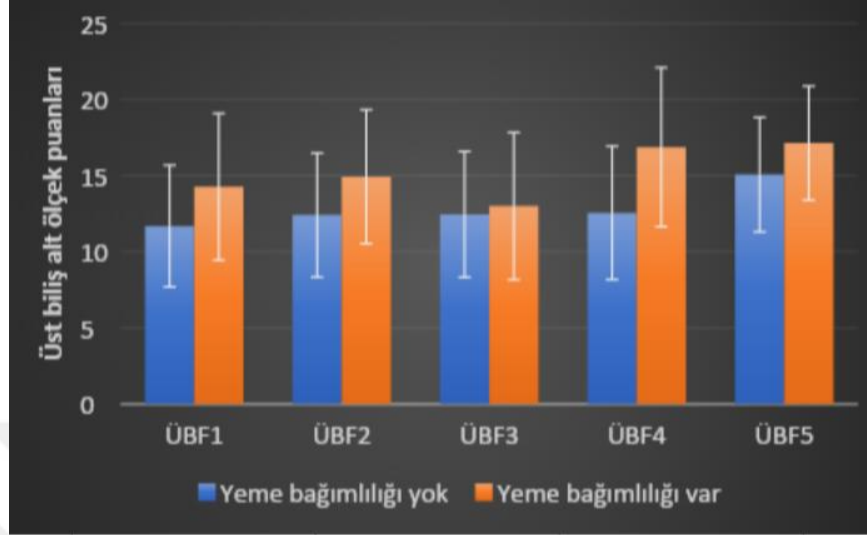
Tablo 11. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların eşlik eden hastalıklar yönünden dağılımları

	Yemek bağımlılığı yok (n=96)	Yemek bağımlılığı var (n=15)	p-değeri
Yandaş hastalık	31 (%32,3)	9 (%60,0)	0,074†
Kalp damar	7 (%7,3)	1 (%6,7)	>0,999‡
DM	5 (%5,2)	3 (%20,0)	0,074‡
HT	6 (%6,3)	0 (%0,0)	>0,999‡
GİS	3 (%3,1)	1 (%6,7)	0,445‡
Solunum	3 (%3,1)	2 (%13,3)	0,134‡
Kas iskelet	5 (%5,2)	3 (%20,0)	0,074‡
Endokrin	16 (%16,7)	4 (%26,7)	0,467‡
Vitamin/Mineral	9 (%9,4)	4 (%26,7)	0,074‡
Kanser	2 (%2,1)	0 (%0,0)	>0,999‡

† Süreklilik düzeltmeli Ki-Kare testi, ‡ Fisher’in kesin sonuçlu olasılık testi.

Tablo 12’de tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplar arasında üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta bilişsel güven hariç diğer tüm üst biliş alt ölçek ve üst biliş toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (bkz Şekil 2).

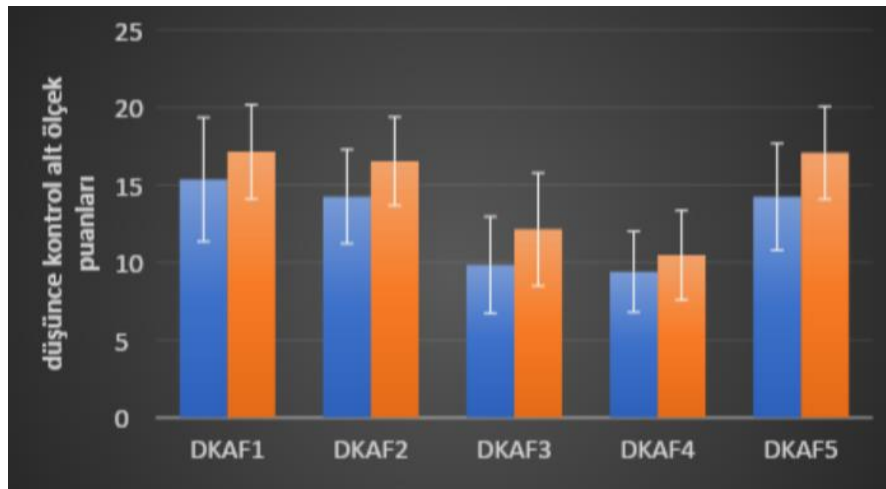
Şekil 2. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre üstbiliş skorları



ÜBF1-olumlu inanç, ÜBF2-kontrol edilemezlik ve tehlike, ÜBF3-bilişsel güven, ÜBF4-düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBF-5 bilişsel farkındalık

Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta dikkat dağıtma ve kendini cezalandırma hariç diğer tüm düşünce kontrol alt ölçek ve düşünce kontrol toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$) (bkz Şekil 3).

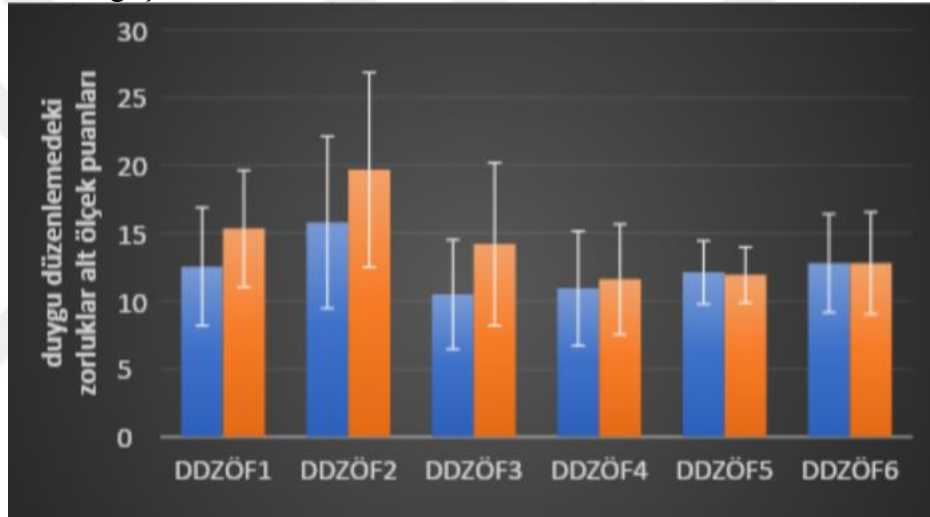
Şekil 3. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre düşünce kontrol skorları



DKAF1-dikkat dağıtma, DKAF2-endişe etme, DKAF3-sosyal kontrol, DKAF4-kendini cezalandırma, DKAF5-yeniden değerlendirme

Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta duygu düzenlemedeki zorluklar toplam ölçek puanı ile amaç, uygun stratejiye erişememe ve duygu kabulünde zorlanma alt ölçek puanları istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Diğer alt ölçekler yönünden ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$) (bkz Şekil 4).

Şekil 4. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre duygu düzenlemede güçlük skorları



DDZÖ1-amaç, DDZÖ2-strateji, DDZÖ3-kabul, DDZÖ4-impuls, DDZÖ5-netlik, DDZÖ6-farkındalık

Tablo 12. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Yemek bağımlılığı yok (n=96)	Yemek bağımlılığı var (n=15)	p-değeri †
Üst biliş			
<i>Olumlu inançlar</i>	11,69±3,99	14,27±4,82	0,044
<i>Kontrol edilemezlik ve tehlike</i>	12,41±4,07	14,93±4,40	0,036
<i>Bilişsel güven</i>	12,46±4,13	13,00±4,84	0,812
<i>Düşünceleri kontrol ihtiyacı</i>	12,55±4,38	16,87±5,22	0,003
<i>Bilişsel farkındalık</i>	15,07±3,76	17,13±3,74	0,045
<i>Toplam</i>	64,18±14,58	76,20±14,58	0,006
Düşünce kontrol			
<i>Dikkat dağıtma</i>	15,35±4,00	17,13±3,04	0,080
<i>Sosyal kontrol</i>	14,25±3,03	16,53±2,85	0,012
<i>Endişe etme</i>	9,84±3,11	12,13±3,64	0,022
<i>Kendini cezalandırma</i>	9,40±2,61	10,47±2,88	0,138
<i>Yeniden değerlendirme</i>	14,23±3,44	17,07±2,99	0,004
<i>Toplam</i>	63,07±9,37	73,33±10,46	0,002
Duygu düzenlemedeki zorluklar			
<i>Amaca yönelik hareket edememe</i>	12,54±4,35	15,33±4,30	0,025
<i>Uygun stratejiye erişememe</i>	15,80±6,34	19,67±7,17	0,029
<i>Duygu kabulünde zorlanma</i>	10,49±4,03	14,20±6,00	0,018
<i>İmpuls kontrolünde zorlanma</i>	10,93±4,22	11,60±4,07	0,502
<i>Duygu netliğinde zorlanma</i>	12,11±2,34	11,93±2,05	0,937
<i>Duygu farkındalığında zorlanma</i>	12,79±3,63	12,80±3,76	0,959
<i>Toplam</i>	74,67±18,18	85,53±18,52	0,041

† Mann Whitney U testi.

Tablo 13'te tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar bulunmaktadır. Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta sıkıntıyı değerlendirme hariç diğer tüm sıkıntıya dayanma alt ölçek ve sıkıntıya

dayanma toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$) (bkz Şekil 5).

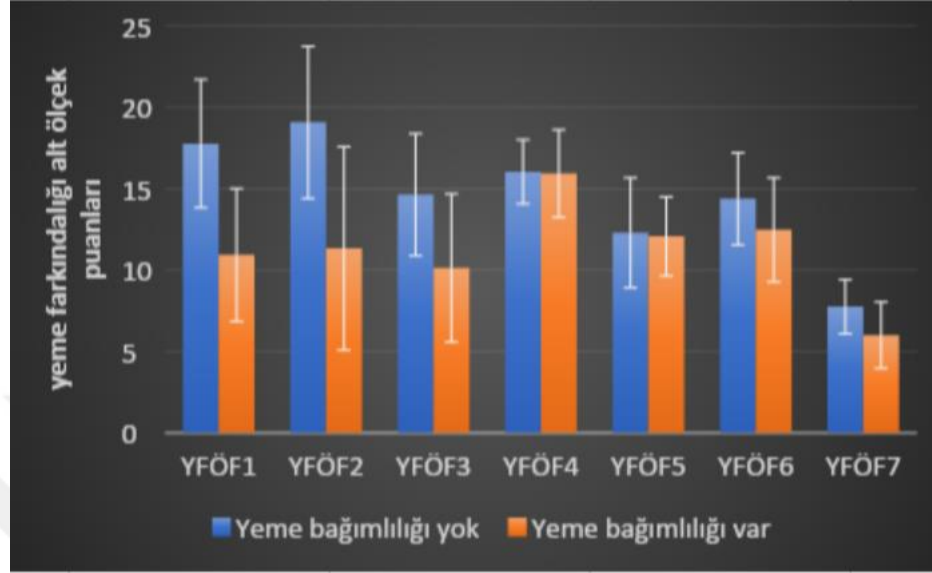
Şekil 5. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre sıkıntıya dayanma skorları



SDÖF1-sıkıntıya tolerans, SDÖF2-sıkıntıyı değerlendirme, SDÖF3-sıkıntıyla dikkatin çelinmesi, SDÖF4-sıkıntı regülasyonu

Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta odaklanma ve yeme disiplini hariç diğer tüm yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$) (bkz Şekil 6).

Şekil 6. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısının varlığına göre yeme farkındalığı skorları



YFÖF1-disinhibisyon, YFÖF2-duygusal yeme, YFÖF3-yeme kontrolü, YFÖF4-odaklanma, YFÖF5-yeme disiplini, YFÖF6-farkındalık, YFÖF7-enterferans

Tablo 13. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Yemek bağımlılığı yok (n=96)	Yemek bağımlılığı var (n=15)	p-değeri †
Sıkıntıya dayanma			
<i>Sıkıntıya tolerans</i>	10,91±2,88	8,87±3,52	0,021
<i>Sıkıntıyı değerlendirme</i>	23,33±5,03	21,27±5,56	0,152
<i>Sıkıntıyla dikkatin çelinmesi</i>	10,48±3,02	7,93±3,15	0,004
<i>Sıkıntı regülasyonu</i>	9,43±3,26	7,60±2,26	0,027
<i>Toplam</i>	54,15±11,32	45,67±11,61	0,007
Yeme farkındalığı			
<i>Disinhibisyon</i>	17,77±3,94	10,93±4,08	<0,001
<i>Duygusal yeme</i>	19,07±4,67	11,33±6,25	<0,001
<i>Yeme kontrolü</i>	14,63±3,75	10,13±4,55	<0,001
<i>Odaklanma</i>	16,04±1,97	15,93±2,69	0,664
<i>Yeme disiplini</i>	12,29±3,38	12,07±2,43	0,697
<i>Farkındalık</i>	14,38±2,83	12,47±3,20	0,016
<i>Enterferans</i>	7,75±1,66	6,00±2,04	<0,001
<i>Toplam</i>	101,93±12,77	78,87±14,61	<0,001

† Mann Whitney U testi.

Tablo 14’te tüm olgular içerisinde çoklu değişkenli lojistik regresyon analizine göre yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler) yer almaktadır. Tüm olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve yemek bağımlılığı tanısı almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler) çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda yemek bağımlılığı tanısı alan ve almayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren tüm değişkenler çoklu değişkenli lojistik regresyon modeline dahil edildiler. İleriye dönük adımsal eleme sonucunda yemek bağımlılığı tanısı alan ve almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktörler sırasıyla; düşünceleri kontrol ihtiyacı, dikkat dağıtma, sosyal kontrol, disinhibisyon ve yeme kontrolü alt ölçekleri idi. Diğer faktörlerden bağımsız olarak düşünceleri kontrol ihtiyacı, dikkat dağıtma ve sosyal kontrol alt ölçek puanları arttıkça yemek bağımlılığı tanısı alma ihtimali artarken disinhibisyon ve yeme kontrolü alt ölçek puanları arttıkça yemek bağımlılığı tanısı alma ihtimali azalmakta idi.

1.modelde yukarıdaki alt ölçek puanlarının yanına orijinal BKİ düzeyleri ilave edildiğinde beden kitle indeksindeki her 1 kg/m²’lik artış yemek bağımlılığı tanısı alma ihtimalini 1,149 kat (%95 Güven Aralığı: 0,891-1,483) artırmış olmasına rağmen söz konusu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmadı (p=0,285).

2.modelde ise yukarıdaki alt ölçek puanlarının yanına şişmanlığın derecesi (normal-fazla kilolu-obez) eklendiğinde diğer faktörlerden bağımsız olarak şişmanlığın derecesi arttıkça yemek bağımlılığı tanısı alma ihtimali de artmış

olmasına rağmen söz konusu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmadı (Odds oranı=2,223; %95 Güven Aralığı: 0,497-9,936 ve p=0,296).

Tablo 14. Tüm olgular içerisinde çoklu değişkenli lojistik regresyon analizine göre yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktörler

	Odds oranı	%95 Güven aralığı		Wald	p-değeri
		Alt sınır	Üst sınır		
Model 1					
<i>Düşünceleri kontrol ihtiyacı</i>	1,803	1,195	2,720	7,884	0,005
<i>Dikkat dağıtma</i>	2,064	1,220	3,490	7,305	0,007
<i>Sosyal kontrol</i>	2,187	1,222	3,912	6,953	0,008
<i>Disinhibisyon</i>	0,317	0,147	0,685	8,543	0,003
<i>Yeme kontrolü</i>	0,703	0,509	0,971	4,575	0,032
<i>BKİ düzeyi</i>	1,149	0,891	1,483	1,144	0,285
Model 2					
<i>Düşünceleri kontrol ihtiyacı</i>	1,797	1,198	2,696	8,013	0,005
<i>Dikkat dağıtma</i>	2,088	1,212	3,597	7,033	0,008
<i>Sosyal kontrol</i>	2,157	1,231	3,780	7,207	0,007
<i>Disinhibisyon</i>	0,321	0,150	0,687	8,591	0,003
<i>Yeme kontrolü</i>	0,712	0,512	0,991	4,046	0,044
<i>BKİ sınıfı</i>	2,223	0,497	9,936	1,093	0,296

Normal kilolu olup yemek bağımlılığı tanısı alan sadece 1 olgu bulunduğundan söz konusu alt grupta yemek bağımlılığı tanısı alan ve almayan gruplar arasında kıyaslamalar yapılamamıştır.

Tablo 15’te fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri açısından yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta fazla kilolu olma öyküsü istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek oranda görüldü (p=0,003). Gruplar arasında incelenen diğer özellikler açısından ise Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık görülmedi (p>0,0167).

Tablo 15. Fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri

	Yemek bağımlılığı yok (n=31)	Yemek bağımlılığı var (n=6)	p-değeri \$
Yaş (yıl)	38,0±9,6	34,7±6,9	0,421†
Cinsiyet			0,206‡
<i>Kadın</i>	16 (%51,6)	5 (%83,3)	
<i>Erkek</i>	15 (%48,4)	1 (%16,7)	
Medeni durum			0,101‡
<i>Evli</i>	26 (%83,9)	3 (%50,0)	
<i>Evli değil</i>	5 (%16,1)	3 (%50,0)	
Çocuk sayısı	2 (0-4)	1 (0-2)	0,644¶
Öğrenim durumu			0,408¶
<i>İlkokul</i>	1 (%3,2)	0 (%0,0)	
<i>Ortaokul</i>	2 (%6,5)	0 (%0,0)	
<i>Lise</i>	4 (%12,9)	0 (%0,0)	
<i>Üniversite</i>	24 (%77,4)	6 (%100,0)	
Herhangi bir işte çalışan	29 (%93,5)	6 (%100,0)	>0,999‡
Gelir durumu			0,673¶
<i>Açlık altı</i>	4 (%12,9)	0 (%0,0)	
<i>Yoksulluk altı</i>	13 (%41,9)	3 (%50,0)	
<i>Yoksulluk üstü</i>	14 (%45,2)	3 (%50,0)	
Fazla kilo öyküsü	10 (%32,3)	6 (%100,0)	0,003‡
Fazla kilo başlangıç yaşı	26,1±11,1	23,0±10,6	0,592†
Erişilen en yüksek BKİ	28,8±2,3	28,4±1,4	0,658†
BKİ (kg/m²)	27,2±1,3	27,2±1,2	0,914†
Tıkanırmasına yeme	13 (%41,9)	5 (%83,3)	0,090‡
Ailede fazla kilo öyküsü	8 (%25,8)	2 (%33,3)	0,653‡
Yandaş hastalık	9 (%29,0)	4 (%66,7)	0,157‡

† Student's t testi, ‡ Fisher'in kesin sonuçlu olasılık testi, ¶ Mann Whitney U testi, \$ Bonferroni Düzeltmesine göre p<0,0167 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 16'da fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplar arasında üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı

alan grupta düşünceleri kontrol ihtiyacı alt ölçek puanı ile üst biliş toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,007$ ve $p=0,010$). Diğer alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden ise gruplar arasında Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,0167$).

Tablo 16. Fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Yemek bağımlılığı yok (n=31)	Yemek bağımlılığı var (n=6)	p-değeri †
Üst biliş			
<i>Olumlu inançlar</i>	12,23±4,30	16,00±5,93	0,114
<i>Kontrol edilemezlik ve tehlike</i>	12,29±4,28	16,00±5,06	0,066
<i>Bilişsel güven</i>	12,58±4,17	14,67±5,99	0,456
<i>Düşünceleri kontrol ihtiyacı</i>	12,55±4,63	19,17±4,54	0,007
<i>Bilişsel farkındalık</i>	15,45±3,66	18,00±5,18	0,125
Toplam	65,10±15,65	83,83±13,48	0,010
Düşünce kontrol			
<i>Dikkat dağıtma</i>	14,42±4,01	16,00±3,22	0,408
<i>Sosyal kontrol</i>	15,10±2,60	15,33±2,34	0,733
<i>Endişe etme</i>	9,32±2,88	12,67±3,61	0,048
<i>Kendini cezalandırma</i>	8,90±2,15	10,67±4,18	0,385
<i>Yeniden değerlendirme</i>	13,65±3,61	16,50±3,02	0,080
Toplam	61,39±9,71	71,17±9,50	0,048
Duygu düzenlemedeki zorluklar			
<i>Amaca yönelik hareket edememe</i>	13,10±4,95	14,67±2,07	0,265
<i>Uygun stratejiye erişememe</i>	16,10±7,48	20,50±4,37	0,035
<i>Duygu kabulünde zorlanma</i>	10,65±4,25	14,33±5,32	0,159
<i>İmpuls kontrolünde zorlanma</i>	11,23±5,16	12,50±2,66	0,247
<i>Duygu netliğinde zorlanma</i>	12,26±2,59	12,83±1,33	0,432
<i>Duygu farkındalığında zorlanma</i>	12,77±3,38	13,83±4,22	0,644
Toplam	76,10±20,04	88,67±11,33	0,105

† Mann Whitney U testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 17’de fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar bulunmaktadır. Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta

sıkıntıyı değerlendirme ve sıkıntı regülasyonu hariç diğer tüm sıkıntıya dayanma alt ölçek ve sıkıntıya dayanma toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,01$).

Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü ve odaklanma toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,01$). Diğer alt ölçek puanları yönünden ise gruplar arasında Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,0167$).

Tablo 17. Fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Yemek bağımlılığı yok (n=31)	Yemek bağımlılığı var (n=6)	p-değeri †
Sıkıntıya dayanma			
<i>Sıkıntıya tolerans</i>	10,48±2,82	6,83±1,47	0,003
<i>Sıkıntıyı değerlendirme</i>	22,74±5,03	19,50±4,76	0,125
<i>Sıkıntıyla dikkatin çelilmesi</i>	10,42±3,00	7,00±1,90	0,007
<i>Sıkıntı regülasyonu</i>	9,55±3,04	7,50±2,26	0,135
<i>Toplam</i>	53,19±11,44	40,83±5,85	0,009
Yeme farkındalığı			
<i>Disinhibisyon</i>	17,97±3,88	11,33±5,09	0,003
<i>Duygusal yeme</i>	19,81±4,74	12,67±5,54	0,005
<i>Yeme kontrolü</i>	14,97±3,49	9,67±3,72	0,003
<i>Odaklanma</i>	15,81±1,68	16,17±3,43	0,363
<i>Yeme disiplini</i>	11,84±3,15	12,17±2,04	0,984
<i>Farkındalık</i>	14,84±3,50	13,00±2,83	0,185
<i>Enterferans</i>	7,81±1,89	6,50±1,64	0,096
<i>Toplam</i>	103,03±13,55	81,50±14,05	0,003

† Mann Whitney U testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 18’de obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri açısından yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Yemek bağımlılığı tanısı alan ve yemek bağımlılığı tanısı almayan gruplar arasında incelenen tüm özellikler yönünden Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık görülmedi ($p>0,0167$).

Tablo 18. Obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların demografik ve klinik özellikleri

	Yemek bağımlılığı yok (n=29)	Yemek bağımlılığı var (n=8)	p-değeri \$
Yaş (yıl)	38,5±9,1	37,4±11,9	0,770†
Cinsiyet			>0,999‡
<i>Kadın</i>	17 (%58,6)	5 (%62,5)	
<i>Erkek</i>	12 (%41,4)	3 (%37,5)	
Medeni durum			0,100‡
<i>Evli</i>	21 (%72,4)	3 (%37,5)	
<i>Evli değil</i>	8 (%27,6)	5 (%62,5)	
Çocuk sayısı	1 (0-3)	0 (0-2)	0,194¶
Öğrenim durumu			0,110¶
<i>İlkokul</i>	2 (%6,9)	0 (%0,0)	
<i>Ortaokul</i>	2 (%6,9)	0 (%0,0)	
<i>Lise</i>	7 (%24,1)	0 (%0,0)	
<i>Üniversite</i>	18 (%62,1)	8 (%100,0)	
Herhangi bir işte çalışan	23 (%79,3)	7 (%87,5)	>0,999‡
Gelir durumu			0,393¶
<i>Açlık altı</i>	1 (%3,4)	0 (%0,0)	
<i>Yoksulluk altı</i>	19 (%65,5)	4 (%50,0)	
<i>Yoksulluk üstü</i>	9 (%31,0)	4 (%50,0)	
Fazla kilo öyküsü	29 (%100,0)	8 (%100,0)	-
Fazla kilo başlangıç yaşı	26,5±9,1	24,5±16,3	0,742†
Erişilen en yüksek BKİ	36,7±7,6	35,8±6,4	0,764†
BKİ (kg/m²)	33,7±4,3	33,2±3,5	0,769†
Tıkanırçasına yeme	19 (%65,5)	8 (%100,0)	0,079‡
Ailede fazla kilo öyküsü	14 (%48,3)	7 (%87,5)	0,104‡
Yandaş hastalık	13 (%44,8)	4 (%50,0)	>0,999‡

† Student’s t testi, ‡ Fisher’in kesin sonuçlu olasılık testi, ¶ Mann Whitney U testi, \$ Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 19’da obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplar arasında üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta sosyal kontrol alt ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,005$). Diğer alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden ise gruplar arasında Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,0167$).

Tablo 19. Obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Yemek bağımlılığı yok (n=29)	Yemek bağımlılığı var (n=8)	p-değeri †
Üst biliş			
<i>Olumlu inançlar</i>	11,59±4,03	12,75±3,96	0,479
<i>Kontrol edilemezlik ve tehlike</i>	13,14±3,90	13,75±4,06	0,871
<i>Bilişsel güven</i>	12,17±4,23	11,50±3,96	0,814
<i>Düşünceleri kontrol ihtiyacı</i>	13,03±4,52	15,13±5,64	0,335
<i>Bilişsel farkındalık</i>	15,00±4,02	16,00±2,14	0,393
Toplam	64,93±15,60	69,13±13,09	0,550
Düşünce kontrol			
<i>Dikkat dağıtma</i>	16,52±4,40	17,63±2,92	0,393
<i>Sosyal kontrol</i>	13,07±3,07	17,13±3,14	0,005
<i>Endişe etme</i>	10,28±3,27	11,25±3,73	0,457
<i>Kendini cezalandırma</i>	9,79±2,43	10,13±1,89	0,651
<i>Yeniden değerlendirme</i>	14,55±3,39	17,50±3,30	0,047
Toplam	64,21±8,11	73,63±11,58	0,047
Duygu düzenlemedeki zorluklar			
<i>Amaç</i>	12,31±4,29	15,25±5,52	0,251
<i>Uygun stratejiye erişememe</i>	15,24±6,28	19,75±9,16	0,251
<i>Duygu kabulünde zorlanma</i>	9,72±3,83	13,88±7,16	0,158
<i>İmpuls kontrolünde zorlanma</i>	11,59±3,78	9,88±3,72	0,266
<i>Duygu netliğinde zorlanma</i>	11,66±2,45	11,25±2,43	0,625
<i>Duygu farkındalığında zorlanma</i>	12,66±3,88	12,50±3,55	0,986
Toplam	73,17±19,19	82,50±23,90	0,373

† Mann Whitney U testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Tablo 20’de obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yemek farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden yapılan karşılaştırmalar bulunmaktadır. Yemek bağımlılığı tanısı almayan gruba göre yemek bağımlılığı tanısı alan grupta düşünmeden yeme, duygusal yeme ve yeme farkındalığı toplam ölçek puanı istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$). Diğer alt ölçek ve toplam ölçek puanları yönünden ise gruplar arasında Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p>0,0167$).

Tablo 20. Obez olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve almayan gruplara göre olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları

	Yemek bağımlılığı yok (n=29)	Yemek bağımlılığı var (n=8)	p-değeri †
Sıkıntıya dayanma			
<i>Sıkıntıya tolerans</i>	11,07±3,05	10,63±3,96	0,842
<i>Sıkıntıyı değerlendirme</i>	24,45±4,78	22,38±6,41	0,550
<i>Sıkıntıyla dikkatin çelinmesi</i>	11,17±3,11	9,00±3,74	0,137
<i>Sıkıntı regülasyonu</i>	9,69±3,51	8,13±2,10	0,128
<i>Toplam</i>	56,38±10,58	50,13±14,00	0,251
Yeme farkındalığı			
<i>Disinhibisyon</i>	16,66±3,92	10,13±3,40	<0,001
<i>Duygusal yeme</i>	18,10±4,18	8,88±5,33	<0,001
<i>Yeme kontrolü</i>	13,48±4,43	9,50±4,69	0,039
<i>Odaklanma</i>	15,90±1,70	15,50±2,27	0,899
<i>Yeme disiplini</i>	13,14±3,22	11,75±2,87	0,236
<i>Farkındalık</i>	14,24±2,05	12,00±3,78	0,067
<i>Enterferans</i>	7,66±1,61	5,63±2,45	0,035
<i>Toplam</i>	99,17±12,66	73,37±11,51	<0,001

† Mann Whitney U testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Fazla kilolu olgular içerisinde yemek bağımlılığı tanısını alan ve yemek bağımlılığı tanısı almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler) çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda yemek bağımlılığı tanısı alan ve almayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren tüm değişkenler çoklu değişkenli lojistik regresyon modeline dahil edildiler. İleriye dönük adımsal eleme sonucunda yemek bağımlılığı tanısı alan ve almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktör disinhibisyon alt ölçeği idi. Fazla kilolu olgularda düşünmeden yeme alt ölçek puanları arttıkça yemek bağımlılığı tanısı alma ihtimali de istatistiksel anlamlı olarak azalmakta idi (Odds oranı=0,692; %95 Güven Aralığı: 0,519-0,922 ve $p=0,012$).

Obez olgular içerisinde de yemek bağımlılığı tanısını alan ve yemek bağımlılığı tanısı almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler) çoklu değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda yemek bağımlılığı tanısı alan ve almayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren tüm değişkenler çoklu değişkenli lojistik regresyon modeline dahil edildiler. İleriye dönük adımsal eleme sonucunda yemek bağımlılığı tanısı alan ve almayan grupları ayırt etmede en fazla belirleyici olan faktör duygusal yeme alt ölçeği idi. Obezlerde duygusal yeme alt ölçek puanları arttıkça yemek bağımlılığı tanısı alma ihtimali de istatistiksel anlamlı olarak azalmakta idi (Odds oranı=0,697; %95 Güven Aralığı: 0,552-0,881 ve $p=0,002$).

Tablo 21’de tüm olgular içerisinde demografik ve klinik özelliklere göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır. Tabloda incelenen özelliklere göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 21. Tüm olgular içerisinde demografik ve klinik özelliklere göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları

	N	Semptom sayısı	p-değeri †
Cinsiyet			0,977
<i>Kadın</i>	64	3 (0-5)	
<i>Erkek</i>	47	3 (0-6)	
Medeni durum			0,781
<i>Evli</i>	69	3 (0-6)	
<i>Evli değil</i>	42	3 (0-5)	
İş durumu			0,372
<i>Çalışmıyor</i>	12	3 (0-5)	
<i>Çalışıyor</i>	99	3 (0-6)	
Fazla kilo öyküsü			0,953
<i>Yok</i>	55	3 (0-6)	
<i>Var</i>	56	3 (1-6)	
Tıkanırçasına yeme			0,200
<i>Yok</i>	58	3 (0-5)	
<i>Var</i>	53	3 (1-6)	
Ailede fazla kilo öyküsü			0,171
<i>Yok</i>	72	3 (0-6)	
<i>Var</i>	39	3 (1-5)	
Yandaş hastalık			0,241
<i>Yok</i>	71	3 (0-6)	
<i>Var</i>	40	3 (1-6)	

† Mann Whitney U testi.

Tablo 22’de ise tüm olgular içerisinde eşlik eden hastalıklara göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları açısından yapılan karşılaştırmalar

verilmiştir. Eşlik eden hastalıkların görülüp görülmemesine göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 22. Tüm olgular içerisinde eşlik eden hastalıklara göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları

	Yok	Var	p-değeri †
Kalp damar	3 (0-6)	3 (1-4)	0,311
DM	3 (0-6)	3 (2-5)	0,450
HT	3 (0-6)	3 (2-3)	0,612
GİS	3 (0-6)	3 (2-5)	0,415
Solunum	3 (0-6)	3 (1-5)	>0,999
Kas iskelet	3 (0-6)	4 (2-6)	0,067
Endokrin	3 (0-6)	3 (1-5)	0,296
Vitamin/Mineral	3 (0-6)	3 (1-5)	0,537
Kanser	3 (0-6)	2,5 (2-3)	0,473

† Mann Whitney U testi.

Tablo 23'te ise tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların demografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri bulunmaktadır. Öğrenim düzeyi arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeğindeki semptom sayıları da istatistiksel anlamlı olarak artmakta idi ($r=0,290$ ve $p=0,002$). Olguların diğer demografik ve klinik özellikleri ile Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 23. Tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların demografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Korelasyon katsayısı	p-değeri †
Yaş	-0,083	0,386
Çocuk sayısı	-0,053	0,578
Öğrenim durumu	0,290	0,002
Gelir durumu	0,037	0,701
Fazla kilo başlangıç yaşı	0,105	0,442
Erişilen en yüksek BKİ	0,046	0,635
BKİ	0,096	0,316

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi.

Tablo 24'te tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri yer almaktadır. Mevcut sonuçlara göre üst biliş toplam ölçek puanı, dikkat dağıtma, sosyal kontrol, yeniden değerlendirme alt ölçek puanları ile düşünce kontrol toplam ölçek puanları arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı da istatistiksel anlamlı olarak artmakta idi ($p<0,05$). Diğer alt ölçek ve toplam ölçek puanları ile Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 24. Tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Korelasyon katsayısı	p-değeri †
Üst biliş		
<i>Olumlu inançlar</i>	0,132	0,169
<i>Kontrol edilemezlik ve tehlike</i>	0,178	0,061
<i>Bilişsel güven</i>	0,058	0,547
<i>Düşünceleri kontrol ihtiyacı</i>	0,160	0,094
<i>Bilişsel farkındalık</i>	0,158	0,097
<i>Toplam</i>	0,193	0,042
Düşünce kontrol		
<i>Dikkat dağıtma</i>	0,237	0,012
<i>Sosyal kontrol</i>	0,263	0,005
<i>Endişe etme</i>	0,037	0,700
<i>Kendini cezalandırma</i>	0,088	0,359
<i>Yeniden değerlendirme</i>	0,210	0,027
<i>Toplam</i>	0,253	0,007
Duygu düzenlemedeki zorluklar		
<i>Amaç</i>	0,103	0,284
<i>Uygun stratejiye erişememe</i>	0,114	0,235
<i>Duygu kabulünde zorlanma</i>	0,174	0,068
<i>İmpuls kontrolünde zorlanma</i>	0,064	0,505
<i>Duygu netliğinde zorlanma</i>	-0,032	0,742
<i>Duygu farkındalığında zorlanma</i>	-0,027	0,777
<i>Toplam</i>	0,086	0,367

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi.

Tablo 25'te tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri bulunmaktadır. Mevcut sonuçlara göre disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü alt ölçek puanları ve yeme farkındalığı toplam ölçek puanı arttıkça Yale

yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı istatistiksel anlamlı olarak azalmakta idi ($p<0,05$). Diğer alt ölçek ve toplam ölçek puanları ile Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 25. Tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Korelasyon katsayısı	p-değeri †
Sıkıntıya dayanma		
<i>Sıkıntıya tolerans</i>	-0,099	0,302
<i>Sıkıntıyı değerlendirme</i>	-0,076	0,425
<i>Sıkıntıyla dikkatin çelinmesi</i>	-0,142	0,137
<i>Sıkıntı regülasyonu</i>	-0,153	0,110
<i>Toplam</i>	-0,138	0,149
Yeme farkındalığı		
<i>Disinhibisyon</i>	-0,295	0,002
<i>Duygusal yeme</i>	-0,279	0,003
<i>Yeme kontrolü</i>	-0,239	0,012
<i>Odaklanma</i>	-0,073	0,445
<i>Yeme disiplini</i>	0,088	0,356
<i>Farkındalık</i>	-0,139	0,145
<i>Enterferans</i>	-0,174	0,068
<i>Toplam</i>	-0,300	<0,001

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi.

Tablo 26'da tüm olgular içerisinde çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi öngörmede en fazla belirleyici olan faktörler tespit edildi. Tüm olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler) çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda Yale yemek bağımlılığı

ölçeği semptom sayıları ile istatistiksel olarak anlamlı birliktelik veya korelasyon gösteren tüm değişkenler çoklu değişkenli doğrusal regresyon modeline dahil edildiler. Adımsal elemeli yöntem sonucunda Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede en fazla belirleyici olan faktörler sırasıyla; öğrenim durumu, sosyal kontrol, yeme kontrolü ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçekleri idi. Diğer faktörlerden bağımsız olarak öğrenim düzeyi arttıkça, sosyal kontrol ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçek puanları arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları da artmakta, yeme kontrolü alt ölçek puanı arttıkça ise Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları azalmakta idi.

1.modelde yukarıdaki değişkenlere ek olarak orijinal BKİ düzeyleri ilave edildiğinde beden kitle indeksi arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı da artış göstermiş olmasına rağmen söz konusu sonuç istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($B=0,003$; %95 Güven Aralığı: $-0,002 - 0,007$ ve $p=0,270$).

2.modelde ise yukarıdaki değişkenlerin yanına şişmanlığın derecesi (normal-fazla kilolu-obez) eklendiğinde diğer faktörlerden bağımsız olarak normal kilolulara göre fazla kilolularda ($B=0,027$; %95 Güven Aralığı: $-0,033 - 0,087$) ve normal kilolulara göre obezlerde ($B=0,049$; %95 Güven Aralığı: $-0,013 - 0,112$) Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları da artış göstermiş olmasına rağmen söz konusu bulgular istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p=0,377$ ve $p=0,122$).

Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarının dağılımı normal dağılımdan uzak olduğu için çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizlerinde logaritmik dönüşüm uygulanmıştır.

Tablo 26. Tüm olgular içerisinde çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi öngörmeye en fazla belirleyici olan faktörler

	Regresyon katsayısı	%95 Güven aralığı		t	p-değeri
		Alt sınır	Üst sınır		
Model 1					
Öğrenim durumu	0,066	0,035	0,098	4,144	<0,001
Sosyal kontrol	0,012	0,004	0,020	2,952	0,004
Yeme kontrolü	-0,007	-0,013	-0,001	-2,206	0,030
Kontrol edilemezlik ve tehlike	0,006	0,000	0,012	2,090	0,039
BKİ düzeyi	0,003	-0,002	0,007	1,109	0,270
Model 2					
Öğrenim durumu	0,067	0,035	0,099	4,149	<0,001
Sosyal kontrol	0,012	0,004	0,020	2,983	0,004
Yeme kontrolü	-0,006	-0,012	0,000	-1,914	0,058
Kontrol edilemezlik ve tehlike	0,006	0,000	0,012	1,937	0,056
Fazla kilolu olmak	0,027	-0,033	0,087	0,886	0,377
Obez olmak	0,049	-0,013	0,112	1,561	0,122

Tablo 27’de BKİ grupları içerisinde demografik ve klinik özelliklere göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları yönünden yapılan karşılaştırmalar yer almaktadır. Tabloda incelenen özelliklere göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarında Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim görülmemiştir ($p>0,0167$).

Tablo 27. BKİ grupları içerisinde demografik ve klinik özelliklere göre olguların Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları

	Normal kilolu			Fazla kilolu			Obez		
	n	S.Sayısı	p †	n	S.Sayısı	p †	n	S.Sayısı	p †
Cinsiyet			0,421			0,797			0,319
<i>Kadın</i>	21	3 (0-4)		21	3 (1-5)		22	3 (1-5)	
<i>Erkek</i>	16	3 (0-6)		16	3 (1-5)		15	3 (2-6)	
Medeni durum			0,534			0,128			0,649
<i>Evlü</i>	16	3 (0-6)		29	3 (1-5)		24	3 (1-6)	
<i>Evlü değil</i>	21	3 (0-4)		8	4 (2-4)		13	4 (1-5)	
İş durumu			0,937			0,919			0,243
<i>Çalışmıyor</i>	3	3 (0-4)		2	3 (2-4)		7	2 (1-5)	
<i>Çalışıyor</i>	34	3 (0-6)		35	3 (1-5)		30	3 (1-6)	
Fazla kilo öyküsü			0,814			0,217			-
<i>Yok</i>	34	3 (0-6)		21	3 (2-5)		-	-	
<i>Var</i>	3	2 (2-4)		16	3 (1-5)		37	3 (1-6)	
Tıkanırçasına yeme			0,393			0,940			0,067
<i>Yok</i>	29	3 (0-4)		19	3 (1-5)		10	3 (2-3)	
<i>Var</i>	8	3 (1-6)		18	3 (1-5)		27	3 (1-6)	
Ailede fazla kilo			0,299			0,724			0,323
<i>Yok</i>	29	3 (0-6)		27	3 (1-5)		16	3 (2-6)	
<i>Var</i>	8	3 (2-4)		10	3 (1-5)		21	3 (1-5)	
Yandaş hastalık			0,775			0,337			0,729
<i>Yok</i>	27	3 (0-4)		24	3 (1-5)		20	3 (1-6)	
<i>Var</i>	10	3 (1-6)		13	3 (1-5)		17	3 (1-5)	

S.Sayısı: Semptom sayısı, † Mann Whitney U testi, Bonferroni Düzeltmesine göre p<0,0167 için sonuçlar istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Tablo 28’de BKİ grupları içerisinde eşlik eden hastalıklara göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları açısından yapılan karşılaştırmalar verilmiştir. Eşlik eden hastalıkların görülüp görülmemesine göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarında Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir değişim görülmemiştir (p>0,0167).

Tablo 28. BKİ grupları içerisinde eşlik eden hastalıklara göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları

	Normal kilolu			Fazla kilolu			Obez		
	Yok	Var	p-değeri †	Yok	Var	p-değeri †	Yok	Var	p-değeri †
Kalp damar	3 (0-6)	2,5 (2-3)	0,631	3 (1-5)	4 (4-4)	-	3 (1-6)	2 (1-4)	0,140
DM	3 (0-6)	2 (2-2)	-	3 (1-5)	3,5 (3-4)	0,547	3 (1-6)	3 (2-5)	0,503
HT	3 (0-6)	-	-	3 (1-5)	3 (3-3)	0,868	3 (1-6)	3 (2-3)	0,493
GİS	3 (0-6)	-	-	3 (1-5)	5 (5-5)	-	3 (1-6)	3 (2-4)	0,855
Solunum	3 (0-6)	3 (3-3)	-	3 (1-5)	1 (1-1)	-	3 (1-6)	4 (2-5)	0,542
Kas iskelet	3 (0-4)	5 (4-6)	0,018	3 (1-5)	4 (3-5)	0,330	3 (1-6)	3 (2-5)	>0,999
Endokrin	3 (0-6)	3 (3-4)	0,354	3 (1-5)	3 (1-4)	0,714	3 (1-6)	3 (2-5)	0,421
Vitamin/Mineral	3 (0-6)	1 (1-1)	-	3 (1-5)	3 (2-5)	0,983	3 (1-6)	4 (2-5)	0,391
Kanser	3 (0-6)	-	-	3 (1-5)	-	-	3 (1-6)	2,5 (2-3)	0,432

† Mann Whitney U testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p < 0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Tablo 29’da her bir BKİ grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların demografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri bulunmaktadır. Normal kilolu olgular içerisinde öğrenim düzeyi arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeğindeki semptom sayıları da istatistiksel anlamlı olarak artmakta idi ($r=0,433$ ve $p=0,007$). Geriye kalan diğer tüm korelasyon sonuçları Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak önemli bulunmadı ($p > 0,0167$).

Tablo 29. Her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların demografik ve klinik özellikleri arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez	
	<i>r</i>	<i>p</i> †	<i>r</i>	<i>p</i> †	<i>r</i>	<i>p</i> †
Yaş	-0,146	0,388	-0,021	0,904	-0,085	0,618
Çocuk sayısı	0,061	0,719	-0,152	0,371	-0,146	0,389
Öğrenim durumu	0,433	0,007	0,059	0,731	0,336	0,042
Gelir durumu	0,188	0,265	-0,146	0,388	0,077	0,653
Fazla kilo başlangıç yaşı	-0,500	0,667	0,393	0,132	0,020	0,908
Erişilen en yüksek BKİ	-0,129	0,446	-0,224	0,183	-0,070	0,680
BKİ	-0,138	0,414	-0,038	0,824	-0,022	0,898

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p < 0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Tablo 30'da her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri verilmiştir. Mevcut sonuçlara göre normal kilolu olgular içerisinde dikkat dağıtma, sosyal kontrol, yeniden değerlendirme alt ölçek puanları ile düşünce kontrol toplam ölçek puanları arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı da istatistiksel anlamlı olarak artmakta idi ($p < 0,01$). Geriye kalan diğer tüm korelasyon analizlerinde Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir sonuç elde edilememiştir ($p > 0,0167$).

Tablo 30. Her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların üst biliş, düşünce kontrol ve duygu düzenlemedeki zorluklar alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez	
	<i>r</i>	<i>p</i> †	<i>r</i>	<i>p</i> †	<i>r</i>	<i>p</i> †
Üst biliş						
<i>Olumlu inançlar</i>	0,279	0,095	0,121	0,474	-0,033	0,845
<i>Kontrol edilemezlik ve tehlike</i>	0,240	0,153	0,206	0,222	0,043	0,802
<i>Bilişsel güven</i>	0,188	0,266	0,098	0,566	-0,069	0,686
<i>Düşünceleri kontrol ihtiyacı</i>	0,178	0,291	0,082	0,630	0,147	0,387
<i>Bilişsel farkındalık</i>	0,367	0,025	0,042	0,804	0,068	0,689
<i>Toplam</i>	0,303	0,068	0,159	0,347	0,062	0,715
Düşünce kontrol						
<i>Dikkat dağıtma</i>	0,604	<0,001	-0,076	0,653	0,142	0,403
<i>Sosyal kontrol</i>	0,429	0,008	-0,012	0,943	0,334	0,043
<i>Endişe etme</i>	0,032	0,852	-0,017	0,921	0,024	0,889
<i>Kendini cezalandırma</i>	0,146	0,389	-0,013	0,941	0,095	0,575
<i>Yeniden değerlendirme</i>	0,421	0,009	0,128	0,451	0,117	0,492
<i>Toplam</i>	0,499	0,002	0,057	0,740	0,194	0,250
Duygu düzenlemedeki zorluklar						
<i>Amaç</i>	0,300	0,071	-0,028	0,867	-0,017	0,920
<i>Uygun stratejiye erişememe</i>	0,229	0,173	0,014	0,934	0,105	0,538
<i>Duygu kabulünde zorlanma</i>	0,235	0,162	0,146	0,390	0,095	0,578
<i>Duygu kontrolünde zorlanma</i>	0,349	0,034	-0,021	0,904	-0,168	0,319
<i>Duygu netliğinde zorlanma</i>	-0,009	0,959	0,136	0,421	-0,142	0,401
<i>Duygu farkındalığında zorlanma</i>	-0,329	0,047	0,130	0,444	0,138	0,415
<i>Toplam</i>	0,226	0,179	-0,017	0,920	0,019	0,910

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p < 0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Tablo 31'de ise her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri yer almaktadır. Mevcut sonuçlara göre normal kilolu olgular içerisinde

disinhibisyon ve enterferans alt ölçek puanları arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı istatistiksel anlamlı olarak azalmakta idi ($p<0,01$). Obez olgularda ise disinhibisyon, duygusal yeme, farkındalık alt ölçek puanları ve yeme farkındalığı toplam ölçek puanı arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı istatistiksel anlamlı olarak azalmakta idi ($p<0,01$). Diğer alt ölçek ve toplam ölçek puanları ile Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmedi ($p>0,05$). Geriye kalan diğer tüm korelasyon analizlerinde Bonferroni Düzeltmesine göre istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir sonuç elde edilememiştir ($p>0,0167$).

Tablo 31. Her bir BKİ alt grubu içerisinde Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayısı ile olguların sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı alt ölçek ve toplam ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

	Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez	
	<i>r</i>	<i>p</i> †	<i>r</i>	<i>p</i> †	<i>r</i>	<i>p</i> †
Sıkıntıya dayanma						
<i>Sıkıntıya tolerans</i>	-0,041	0,810	-0,105	0,537	-0,196	0,244
<i>Sıkıntıyı değerlendirme</i>	-0,059	0,729	-0,098	0,562	-0,066	0,696
<i>Sıkıntıyla dikkatin çelinmesi</i>	-0,199	0,238	-0,072	0,674	-0,234	0,163
<i>Sıkıntı regülasyonu</i>	-0,032	0,852	-0,183	0,279	-0,274	0,100
<i>Toplam</i>	-0,070	0,680	-0,170	0,314	-0,201	0,232
Yeme farkındalığı						
<i>Disinhibisyon</i>	-0,440	0,006	0,092	0,587	-0,484	0,002
<i>Duygusal yeme</i>	-0,309	0,063	-0,006	0,972	-0,482	0,003
<i>Yeme kontrolü</i>	-0,200	0,236	-0,051	0,766	-0,384	0,019
<i>Odaklanma</i>	-0,089	0,599	-0,033	0,847	-0,058	0,733
<i>Yeme disiplini</i>	0,350	0,034	-0,041	0,810	-0,102	0,549
<i>Farkındalık</i>	-0,080	0,640	0,099	0,561	-0,434	0,007
<i>Enterferans</i>	-0,443	0,006	0,197	0,243	-0,300	0,071
<i>Toplam</i>	-0,326	0,049	0,060	0,723	-0,568	<0,001

† Spearman'ın sıra sayıları korelasyon testi, Bonferroni Düzeltmesine göre $p<0,0167$ için sonuçlar istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

Tablo 32’de BKİ grupları içerisinde çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine göre Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayılarındaki değişimi öngörmede en fazla belirleyici olan faktörler tespit edildi. Normal kilolu olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler)  oklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayıları ile istatistiksel olarak anlamlı birliktelik veya korelasyon gösteren tüm değişkenler çoklu değişkenli doğrusal regresyon modeline dahil edildiler. Adımsal elemeli yöntem sonucunda Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede belirleyici olan faktörler sırasıyla; öğrenim durumu, dikkat dağıtma, bilişsel farkındalık ve enterferans alt  l eklerdi ($p<0,0167$). Diğer faktörlerden bağımsız olarak öğrenim düzeyi, dikkat dağıtma ve bilişsel farkındalık alt ölçek puanları arttıkça Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayıları da artmakta, enterferans alt ölçek puanı arttıkça ise Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayıları azalmakta idi.

Fazla kilolu olgular içerisinde ise Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda kayda değer herhangi bir bulgu elde edilemediğinden söz konusu alt grupta ileri analiz yapılamamıştır.

Obez olgular içerisinde Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede en fazla belirleyici olan faktör(ler)  oklu değişkenli doğrusal regresyon analizi ile araştırıldı. Tek değişkenli istatistiksel analizler sonucunda Yale yemek bağımlılığı  l eği semptom sayıları ile

istatistiksel olarak anlamlı birliktelik veya korelasyon gösteren tüm değişkenler çoklu değişkenli doğrusal regresyon modeline dahil edildiler. Adımsal elemeli yöntem sonucunda Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi tahmin etmede en fazla belirleyici olan faktörler sırasıyla; farkındalık ve duygusal yeme alt ölçekleri idi ($p<0,0167$). Farkındalık ve duygusal yeme alt ölçek puanı arttıkça Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayıları azalmakta idi.

Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarının dağılımı normal dağılımdan uzak olduğu için çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizlerinde logaritmik dönüşüm uygulanmıştır.

Tablo 32. BKİ grupları içerisinde çoklu değişkenli doğrusal regresyon analizine göre Yale yemek bağımlılığı ölçeği semptom sayılarındaki değişimi öngörmede en fazla belirleyici olan faktörler

	Regresyon katsayısı	%95 Güven aralığı		t	p-değeri
		Alt sınır	Üst sınır		
Normal kilolu					
Dikkat dağıtma	0,018	0,006	0,029	3,180	0,003
Öğrenim durumu	0,085	0,030	0,139	3,172	0,003
Bilişsel farkındalık	0,018	0,007	0,028	3,380	0,002
Enterferans	-0,035	-0,062	-0,007	-2,532	0,016
Obez					
Farkındalık	-0,019	-0,033	-0,004	-2,640	0,012
Duygusal yeme	-0,008	-0,015	-0,002	-2,533	0,016

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda yemek bağımlılığının genel popülasyondaki sıklığı %13,5(n:15); normal kilolularda %2,7(n:1); fazla kilolularda %16,2(n:6); ve obez bireylerde %21,6(n: 8) bulunmuştur. Literatüre bakıldığında yemek bağımlılığının genel popülasyonda %8,7 ile %19,9 arasında, obez bireylerde genel popülasyona göre ve kadınlarda erkeklere göre iki kat ve anlamlı olarak daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir(62, 87-89). Çalışmamızda yemek bağımlılığı tanısı olan kadınların oranı %66,7(n:10), erkeklerin oranı %33,3(n:5) olarak bulunmuş, cinsiyetler arası anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürle oluşan bu farkın çalışmamızın erkek katılımcı yüzdesinin %42,3(n:47) ile diğer çalışmalardan görece yüksek olmasıyla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Tüm olgularda ve diğer gruplara göre normal gruplarda farklı olarak öğrenim düzeyi arttıkça yemek bağımlılığı semptom sayısında anlamlı artış saptanmıştır. Literatürde genel olarak yemek bağımlılığı olan kişilerde olmayanlara göre bir fark ya da semptom sayısında değişim gözlemlenmemiştir(69, 70, 90-95). Bulimia hastalarıyla yemek bağımlılığıyla ilgili yapılan bir çalışmada öğrenim yılı azaldıkça yemek bağımlılığı tanısı alma sıklığının arttığı saptanmıştır(96). Ergenlerde yapılan bir çalışmada ise yüksek öğrenim düzeyinin yüksek semptom sayısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(97).

Çalışmamıza katılan fazla kilolu ve obez katılımcılar tedavi arayışı olan bireylerdir, içlerinde yemek bağımlılığı tanı kriterlerini karşılayanların fazla kilolu ve obez katılımcıların toplam sayısına oranları %18,9(n:14)'dür. Literatürde

tedavi arayışı olan obez ve fazla kilolu kişilerde yemek bağımlılığı görülme sıklığı %15-%19,6 arasında bildirilmiştir(70, 98).

Beklenildiği üzere obez grupta yemek bağımlılığı tanısı alanların oranı normal kilolulara göre daha yüksek bulunmuş olup; bu bulgu da, değerler popülasyonun özelliklerine göre değişmekle birlikte, geçmiş çalışmalar ile kısmen uyumludur(87, 95, 99), ancak BKİ gruplarının yemek bağımlılığı tanısı ile ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur(94).

Çalışmamızda yemek bağımlılığı olan bireylerde ortalama semptom sayısı 3 olup; en sık görülen semptomlar sırasıyla başarısız bırakma girişimleri, tolerans ve zarara rağmen madde kullanımını sürdürmektir. Bu bulgularımız ikinci ve üçüncü sıklıktaki semptomların sırası değişebilmekle birlikte, genel olarak literatür ile uyumludur(88, 90, 91, 93, 94, 98, 100-106).

Obez grupta normal gruba göre “maddeyi edinme için fazla süre ve çaba harcama ve çekilme semptomları; obez ve fazla kilolu grupta normal kilolu gruba göre işlevselliğin etkilenmesi semptomu daha sık saptanmıştır. İşlevsellikle ilgili olan bulgu tanı konulan katılımcı sayısı sebebiyle beklenmekle birlikte; diğer semptomlardaki farklarla ilgili(104) bilgi sınırlıdır ve bulgunun geçerliliğinin gösterilebilmesi için uygun popülasyonlarda tekrarlanması gereklidir.

Çalışmamızda normal kilolu gruba göre fazla kilolu grupta medeni durumu evli olan kişi sayısı daha fazla bulunmuştur, literatürde benzer bir bulgu bulunamamış olup; bu bulgunun çalışmanın popülasyonunun izole bir özelliği olabileceği ve genellenmesinin veya nedenselleştirilmesinin çalışmanın konusu ile bağlantılı olmayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda fazla kilolu olma öyküsü, ailede fazla kilolu birey bulunması sıklığının obez bireylerde ve tıknırcasına yeme davranış varlığının sıklığının obez ve fazla kilolu bireylerde diğer gruplara göre yüksek olduğu saptanmıştır, literatürde her üç durum da obezite geliştirme riskini arttıran etmenler olarak tanımlanmıştır(107-109).

Obez katılımcılarda normal kilolu katılımcılara göre yeme farkındalığı ölçeği total skoru, disinhibisyon, duygusal yeme ve yeme kontrolü alt ölçeklerinde obez katılımcılarda yeme farkındalığındaki düşüklüğü telkin eden anlamlı farklar bulunmuştur. Literatürde yeme farkındalığını araştıran çalışmalarda benzer(85, 110) olduğu görülmüş ancak bu alanda birçok çalışma olmasına rağmen mevcut çalışmaların büyük bir kısmının farkındalık temelli müdahalelerin çeşitli faktörlere etkisini inceleyen çalışmalar olduğu gözlemlenmiştir(111-113).

Yemek bağımlılığı tanısı alan grupta fazla kilolu olma öyküsü tanı almayan gruptan anlamlı olarak fazlaydı. Bu bulgunun çalışma genelinde fazla kilolu ve obez bireylerin toplam sayısının normal kilolu bireylerin iki katı olması nedeniyle ortaya çıkmış olduğu düşünülmektedir. Gruplara ayrılarak bakıldığında fazla kilolu grupta fazla kilolu olma öyküsü yemek bozukluğu tanısı alanlarda almayanlara göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek orandaydı. Fazla kilolu gruptaki katılımcıların bir kısmının kendisini fazla kilolu olarak değerlendirmemelerinin bu sonuca yol açmış olabileceği düşünülebilir ve yemek bağımlılığı tanısı alan kişilerin BKİ'leri ile ilgili daha yüksek içgörüyeye sahip olabilecekleri speküle edilebilir. Fazla kilo başlangıç yaşı ile yemek bağımlılığı

tanı varlığı arasında korelasyon aynı parametreye bakan başka bir çalışmaya uygun olarak(114) tüm olgularda ve gruplar arasında anlamlı bulunmamıştır.

Yemek bağımlılığı tanısı alan grupta tıknırcasına yeme davranışının varlığı tanı almayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yemek bağımlılığının tıknırcasına yeme davranışı, tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nervosada araştıran çalışmalarda da benzer bulgular saptanmıştır(69, 89, 114, 115).

Üstbiliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, doğal olarak pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir (77). Bu yaklaşımı benimseyen yazarlara göre, psikolojik bozukluklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilişsel bir takım işlevler yol açmaktadır. Bu önermeye göre, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır(116). Üstbilişleri değerlendirmede geliştirilmiş üstbiliş-30 ölçeğinin alt ölçeklerinden birincisi olumlu inançlar; endişelenmenin, plan yapma ya da problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları kapsar. İkinci alt ölçek kontrol edilemezlik ve tehlike iki boyuttan oluşmaktadır. Birincisi, ‘insanın işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gereklidir’ şeklindeki inançtır. Diğeri, endişenin kontrol edilemeyeceğine dair inançtır. Üçüncü alt ölçek

bilişsel güven kişinin kendi bellek ve dikkat yeteneklerine güveninin olmaması ile ilgilidir. Dördüncü alt ölçek düşünceleri kontrol ihtiyacı batıl inanç, cezalandırılma ve sorumlu olma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacını içerir. Bu inançlar, kişi onları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kişinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkindir. Beşinci alt faktör bilişsel farkındalık kişinin kendi düşünce süreçleri üzerinde sürekli uğraşmasını ifade eder(77).

Çalışmamızda tüm olgulardan yemek bağımlılığı tanısı alan grupta almayan gruba göre bilişsel güven hariç diğer tüm alt ölçekler ve toplam ölçek puanı yüksek olarak bulunmuştur. Semptom sayısına göre yapılan değerlendirmede toplam ölçek puanı artışıyla semptom sayısındaki artış ilişkili bulunmuştur. Yine fazla kilolu grupta yemek bağımlılığı tanısı alanlarda almayanlara göre düşünceleri kontrol ihtiyacı ve toplam ölçek puanı yüksek bulunmuştur. Diğer BKİ gruplarındaki bulgular anlamlılık eşiğine ulaşmamıştır. İleriye dönük adımsal eleme sonucunda tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısı alanları ayırt etmede en fazla belirleyici etkisi olan faktör düşünceleri kontrol ihtiyacı, yemek bağımlılığı ölçeği semptom değişimini tahmin etmede 4. sıradaki faktör kontrol edilemezlik ve tehlike olmuştur. Normal kilolu grupta ise yemek bağımlılığı semptom sayısındaki değişimi tahmin etmede belirleyici 3. faktör bilişsel farkındalıktır.

Literatür taramasında yemek bağımlılığı ile üstbiliş bağlantısını araştıran çalışma gözlemlenmemiştir.

Tıkınırcasına yeme davranışını içeren yeme bozuklukları alanında yapılan çalışmalarla yapılan karşılaştırmada; ergen popülasyonda yapılan bir çalışmada bilişsel güven ve düşünceleri kontrol ihtiyacının tıkınırcasına yeme bozukluğunu yordadığı bildirilmiştir(117). Anoreksiya Nervosa öyküsü olan katılımcılarla yapılan bir çalışmada kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuş ancak bu çalışmada anoreksiya tanısının alt grupları incelenmemiştir(118). Tipik ve atipik anoreksiya nervozadaki üstbilişleri inceleyen başka bir çalışmada ise atipik anoreksiya için zayıf olma isteği için kontrol edilemezlik ve tehlike ve bilişsel güven alt faktörlerinin yordalayıcı olduğu saptanmıştır(119). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı olan obez bireylerin toplam üstbiliş puanlarının olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır(31).

Bağımlılık alanında yapılan çalışmalara bakıldığında; üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada üstbiliş puanları arttıkça madde bağımlılığı geliştirme ihtimalinin arttığı saptanmıştır(120). Farklı ölçek ve testler ile yapılan çalışmalarda da madde kullanım bozukluğu olan kişilerde meta kognitif bozulma gösterilmiştir(121-123). Üniversite öğrencilerinde alkol bağımlılığında olumsuz duygular ve üstbilişin etkisinin incelendiği bir çalışmada üstbilişin duygu ve bağımlılık arasındaki ilişkiyi modüle ettiği; üstbiliş puanındaki artış ile olumsuz duygular ve bağımlılık derecesinin ilişkili olduğu saptanmıştır(124). Alkol kullanımıyla ilgili başka bir prospektif çalışmada düşünceleri kontrol ihtiyacının 3. Ve 6. aydaki alkol kullanım durumunu ve 3. 6. Ve 12. Aydaki haftalık alkol

kullanımını yordadığı bulunmuştur(125). Alkol bağımlılığıyla ilgili başka bir çalışmada da düşünceleri kontrol ihtiyacı puanında yükselmenin alkol kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır(126). Başka bir çalışmada ise alkol bağımlılarında toplam üstbilis puanının genele göre yüksek olduğu saptanmıştır(127). Başka bir çalışmada ise bilişsel güven puanında yükselmenin duygu ve sigara bağımlılığı arasındaki ilişkiyi kısmen etkilediğini gösterilmiştir(128). Sigara bağımlısı olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünce kontrol ihtiyacı puanları sigara bağımlısı olanlarda daha yüksek bulunmuştur(129). Kumar bağımlılığının araştırıldığı başka bir çalışmada ise üstbilis puanının kumar bağımlılığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır(130). Problemler internet kullanımı alanında yapılan bir çalışmada olumsuz duygular ve problemler internet kullanımı arasındaki ilişkinin üstbilislerce düzenlendiği saptanmıştır(131). Genel olarak bakıldığında bağımlılık alanında yapılan çalışmalarda düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel güven puanlarında yükselmenin bağımlılığı yordalayabileceği söylenmektedir(132).

Çalışmamızda düşünce kontrol stratejileri düşünce kontrol anketi ile ölçülmüş olup; alt ölçeklerdeki kontrol stratejileri dikkat dağıtma(örnek: hoşlandığım bir şeyler yaparım), sosyal kontrol(örnek: Arkadaşlarıma, benzer düşünceleri olup olmadığını sorarım) , endişe etme(örnek: Farklı olumsuz bir düşünceye odaklanırım), kendini cezalandırma(örnek: Böyle bir düşünce aklıma geldiği için kendime kızarım) ve yeniden değerlendirme(örnek: Düşünceyi yeniden yorumlamaya çalışırım)'dir. Endişe etme ve kendini cezalandırma alt faktörleri daha patolojik kontrol stratejileri olarak değerlendirilmektedir(79).

Mevcut çalışmada tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısı alanlarda sosyal kontrol, endişe etme ve yeniden değerlendirme alt faktörleri ve toplam düşünce kontrol puanı tanı almayanlara göre daha yüksektir. Dikkat dağıtma, sosyal kontrol, yeniden değerlendirme ve toplam puan arttıkça yemek bağımlılığı semptom sayısı artmaktadır. Obez ve yemek bağımlılığı tanısı alan katılımcılarda sosyal kontrol alt faktör puanı diğer gruplara göre daha yüksektir. Normal kilolu grup içerisinde dikkat dağıtma, sosyal kontrol, yeniden değerlendirme alt faktörleri ve toplam puan arttıkça yemek bağımlılığı semptom sayısı artmaktadır. İleriye dönük adımsal eleme sonucunda yemek bağımlılığı tanısını alanları ayırt etmede dikkat dağıtma 2., sosyal kontrol 3. sırada belirleyicidir. Semptom sayısındaki değişimi tahmin etmede ise sosyal kontrol 2. en fazla belirleyici faktördür. Normal kilolu grupta ise yemek bağımlılığı semptom sayısındaki değişimi tahmin etmede belirleyici 2. faktör dikkat dağıtmadır.

Literatür taramasında yemek bağımlılığı ile düşünce kontrol stratejilerinin bağlantısını araştıran çalışma gözlemlenmemiştir.

Beden dismorfik bozukluğu, anoreksiya ve bulimiada düşünce kontrol stratejilerinin araştırıldığı bir çalışmada beden dismorfik bozukluğunda endişe etme alt faktörü ve her üç grupta düşünce kontrol total puanı sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur(133). Yeme bozukluklarında düşünce kontrol stratejilerinin çalışıldığı çalışmalarda yeme bozukluğu tanısı olanların olmayanlara göre endişe etme ve kendini cezalandırma stratejilerini daha sık, dikkat dağıtma ve sosyal kontrol stratejilerini daha seyrek kullandıkları saptanmıştır(134, 135). Bir tez çalışmasında ise endişe etme ve kendini cezalandırma disfonksiyonel yeme

davranışı ve emosyonel stres ile bağlantılı bulunmuştur(136). Başka bir tez çalışmasında ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin düşünce kontrol stratejilerini daha çok kullandıkları ve özellikle kendini cezalandırma stratejisinin kullanımının tıknırcasına yeme bozukluğu olmayanlara göre daha sık gözlemlendiği bildirilmiştir(31).

Madde bağımlısı olan ve olmayanlar arasındaki kognitif farkların araştırıldığı bir çalışmada bağımlı olanlarla olmayanların arasında beş alt faktörde de fark olduğu, bağımlı olanlarda en sık kendini cezalandırma olmayanlarda ise en sık sosyal kontrol stratejilerinin kullanıldığı gösterilmiştir(137). Bağımlı ve kontrol gruplarında düşünce kontrol stratejileri ile irrasyonel düşüncelerin incelendiği bir çalışmada ise bağımlı grupta en sık dikkat dağıtma en nadir kendini cezalandırma stratejilerinin kullanıldığı; bağımlı grupta endişe etmenin kontrol grubunda kendini cezalandırmanın irrasyonel düşüncelerle en yüksek korelasyonu gösterdiği saptanmıştır(138). Sigara bırakmada aşerme(craving) ile ilişkili faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada ise dikkat dağıtma ve yeniden değerlendirme stratejilerinin sigara bırakma ile ilişkili olduğu bulunmuştur(139).

Sonuç olarak bu alanlardaki bulguların çelişkili olduğu ve daha çok çalışma ile desteklenmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda duygu düzenlemede güçlük toplam puanı ve alt faktörleri olumsuz duygulanımda amaca yönelik hareket edememe, uygun stratejiye erişememe, duyguyu kabullenememe, impulsif davranışları kontrol edememe, duygu netliğinin eksikliği ve duygu farkındalığının eksikliğinin yemek bağımlılığı ile ilişkisi incelenmiştir. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısı alan bireylerde

duygu düzenlemede güçlük ölçeği toplam puanı, amaca yönelik hareket edememe, uygun stratejiye erişememe ve duygu kabullenememe alt faktör puanları yemek bağımlılığı tanısı almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Literatüre bakıldığında yemek bağımlılığı ile duygu regülasyonundaki zorlanmanın ilişkisi birçok çalışma ile gösterilmiştir(90, 91, 140-144). Ancak bu ilişkinin gösterilmediği çalışmalar da mevcuttur(145-148). Yemek bağımlılığı ve madde bağımlılığının bağımlı olmayan bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmanın sonuçları olan duygu düzenleme toplam puanı, amaca yönelik hareket edememe, uygun stratejiye erişememe ve duygu kabullenememe alt faktör puanlarında ortaya çıkan anlamlı fark çalışmamız ile tekrarlanabilmiştir(149).

Sıkıntıya dayanma ölçeği ile duygusal sıkıntıyı tolere etme, sıkıntının öznel olarak değerlendirilmesi, sıkıntılı duyguların dikkati çelmesi, sıkıntıyı azaltmak için gösterilen regülasyon çabaları alt faktörlerinin yemek bağımlılığı ile ilişkisi incelenmiştir. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısı alan grupta toplam ölçek puanı ve duygusal sıkıntıyı tolere etme, sıkıntılı duyguların dikkati çelmesi, sıkıntıyı azaltmak için gösterilen regülasyon çabaları alt faktör puanları anlamlı olarak düşük bulunmuş yani yemek bağımlılığı olan kişilerde sıkıntıya dayanma kabiliyetinin düşük olduğu saptanmıştır. Fazla kilolu yemek bağımlılığı tanısı alan grupta duygusal sıkıntıyı tolere etme, sıkıntılı duyguların dikkati çelmesi ve toplam ölçek puanı düşük bulunmuştur.

Düşük sıkıntıya dayanma puanları artmış yemek bağımlılığı semptom sayısı ile ilişkili bulunmuştur(150). Sıkıntıya dayanmanın fazla yeme üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada duygusal yeme, dış etkenlerden etkilenerik

yeme ve kontrol kaybı gibi fazla yeme değişkenleriyle sıkıntıya dayanma ilişkili bulunmuştur(68). Yeme bozuklukları ve sıkıntıya dayanma ilişkisine bakılan bir çalışmada ise sıkıntıya dayanma puanları ile bulimia ve impulsivite puanları negatif olarak ilişkili bulunmuştur(151). Bariatrik cerrahi adaylarında ise düşük sıkıntı toleransının yeme davranışında bozukluk, madde kullanımı, istismar öyküsü ve yüksek BKİ ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(152).

Sıkıntıya dayanma kavramı madde kullanımı ve ilişkili bozukluklarda da önem taşımaktadır(153). Madde kullanımını daha fazla bilişsel beceri gerektiren problem odaklı olmaktan ziyade, ivedi emosyonel değişimleri hedefleyen duygu odaklı bir baş etme stratejisi olarak kabul etmiştir. Bu tür bir baş etme stratejisi düşük sıkıntıya dayanma becerisi olan bireylerce tercih edilebilir. Bununla ilişkili olarak alkol ve diğer madde kullanımı olan bireylerin olumsuz duyguları tolere etmede yetersizlikleri olduğu saptanmıştır(154, 155). Sıkıntıya dayanma sadece hastalıkların etyopatogenezinde değil aynı zamanda psikoterapide artırılması hedeflenen ve tedaviye yanıtı belirleyen etmenlerden birisi olarak da kabul edilmektedir. Özellikle sınır kişilik bozukluğunun tedavisinde kullanılan diyalektik davranışçı tedavi ve alkol, kannabis ve sigara bağımlılığında tedaviyi bırakma, erken relaps gibi durumlarda sıkıntıya dayanmanın önemli bir belirleyici olduğu tespit edilmiştir(156-158).

Çalışmamızda saptanan yemek bağımlılığında düşük sıkıntıya dayanma; literatürdeki bu alan, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarındaki sonuçlara genel olarak benzemektedir.

Yeme farkındalığı ölçeğinin alt faktörlerine bakıldığında Disinhibisyon, Duygusal Yeme, Yeme Kontrolü, Odaklanma, Yeme Disiplini, Farkındalık ve Enterferans şeklinde 7 faktöre dağılmıştır. Puanların düşük oluşu ile farkındalıkta azalma beklenmektedir. Çalışmamızda tüm olgularda odaklanma ve yeme disiplini hariç diğer alt ölçekler ve toplam ölçek puanları yemek bağımlılığı tanısını karşılayan grupta daha düşüktü. Fazla kilolu grupta disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü, odaklanma ve toplam ölçek puanları; obez grupta ise disinhibisyon, duygusal yeme, odaklanma ve toplam ölçek puanları yeme bağımlılığı tanısı alanlarda daha düşüktü. Tüm olgularda disinhibisyon, duygusal yeme, yeme kontrolü alt faktörleri ve toplam ölçek puanı; normal grupta disinhibisyon ve enterferans puanları; obez grupta ise disinhibisyon, duygusal yeme, farkındalık ve ölçek toplam puanı arttıkça yemek bağımlılığı semptom sayısının azaldığı gösterilmiştir. Tüm olgularda yemek bağımlılığı tanısı alanları ayırt etmede en fazla belirleyici faktörler arasında disinhibisyon 4. ve yeme kontrolü 5. sıradadır. Fazla kilolu grupta ise yemek bağımlılığı tanısı alanları ayırt etmede en belirleyici faktör disinhibisyon; obezlerde ise duygusal yemeydi. Tüm olgularda yemek bağımlılığı semptom sayısındaki değişimi öngörmede en fazla etkileyici olan 3. faktör yeme kontrolüydü. Normal kilolu grupta bu semptom değişiminin tahmininde odaklanma 3., enterferans 4.; obez grupta ise 1. sırada farkındalık 2. sırada duygusal yeme gelmektedir.

Opiad blokajına akut tepkilerin obez bireylerde hedonic yemede biyomarker olarak kullanımını araştıran bir çalışmada naltrekson ile kortizol yükselmesi olan katılımcı grubunda yeme farkındalığı puanları yüksek olanlarda

6. Ayda yemek bağımlılığı semptom sayısında daha fazla düşüş saptanmıştır(159). Tıkınırcasına yeme davranışı ve farkındalık ilişkisinin incelendiği başka bir çalışmada farkındalık puanlarındaki yükselmenin tıkınırcasına yeme davranışı ve sıklığı ile negatif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir(160). Başka bir çalışmada ise ergen ve yetişkinlerde mindful yeme eğitiminin dürtüsel yiyecek seçimlerini azalttığı bildirilmiştir(161). Obezite ve bağımlılığın araştırıldığı bir çalışmada enterferans, duygusal yeme ve farkındalık alanlarında düşük farkındalık yüksek yemek bağımlılığı semptom sayısı ile ilişkili bulunmuştur(162). Başka bir çalışmada ise duygusal yeme ve disinhibisyonun yoğun kalorili yiyeceklerin tercihinde servis boyutu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(163).

Çeşitli bağımlılıklarda kognitif ve davranışsal esnekliğin azalması ile hedefler ve çevresel bağlama uyumsuz olan davranışların bilinçsizce ve otomatik olarak yapılıyor olması, bağımlı olunan maddenin edinilmesi önemli bir planlama ve niyet aşaması gerektirmekle birlikte madde aramasına iten aşırma ve motivasyonun intrusif bir şekilde etki ederek akılcı karar almayı etkilemesi ve madde kullanım rutinlerinin otomatikleşmesi, dışsal etmenler ile tetiklenmesi gözlemleri bağımlı kişilerdeki farkındalık eksikliği ile açıklanmıştır(164). Farkındalık eksikliği yaşayan bağımlı bireylerin farkındalığı olan bireylere göre daha yüksek aşırma(craving)(165) ve daha yüksek madde tüketimi(166) gösterdikleri saptanmıştır. İyileşme sürecindeki bağımlılarda ise madde ilişkili ipuçları ile ilgili artmış farkındalığı olan kişilerin madde kullanımlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir(167). Kişinin dışsal etkenlerle tetiklenen tepkilerine olan farkındalığında artış sağlamanın regülasyonu arttıracığı ve madde

kullanımıyla ilgili önleyici kognitif kontrol oluşumunu sağlayacağı düşünülmektedir(168). Farkındalık temelli müdahalelerin çeşitli bağımlılık türlerinde etkili olduğunu gösteren birçok çalışma da bulunmaktadır(169-176).

Bu çalışma ile yemek bağımlılığı tanısı ve semptom sayısının diğer ruhsal etmenler ile ilişkisi genel ve BKİ grupları arasında incelenmiştir. Önceki çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda kadın ve erkek katılımcıların oranlarında fark olmaması çalışmamızın genellenebilirliğini arttırmaktadır. Bazı faktörlerin daha önceki çalışmalarda incelenmediği fark edilmiştir. Gösterilen ilişkiler ışığında bağımlılık özelliği gösteren obez ve fazla kilolu hasta grubuna meta kognitif terapi, farkındalık temelli terapi gibi terapi yöntemlerinin uygulanması ile bağımlılık durumu ve üstbilis/farkındalık gibi alanlardaki değişimin incelenmesi ve ileriye dönük takipler ile sürecin gözlemlenmesi gelecek çalışmalar için önerilmektedir.

Çalışmamızın kesitsel doğası gereği nedensellik ilişkisi kurulamamaktadır. Kullanılan gereçlerin öz bildirim olması katılımcıların biaslarına sebep olabilmesi nedeniyle çalışmanın objektifliğini etkilemektedir. Katılımcıların %70' ve üstünün üniversite mezunlarından oluşması çalışmanın genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Çalışmadan psikopatoloji varlığı olan katılımcıların dışlanmış olmasına rağmen tıknırcasına yeme davranışının varlığının sosyodemografik veri formundaki madde ile sorgulanması ve ölçümü için gereç kullanılmamış olması; yemek bağımlılığı ile ilişkilendirilen gün içinde sık ve az miktarda yiyecek tüketimi ile tanımlanan “grazing” in varlığı ve sıklığının sorgulanmamış olması çalışmanın başka kısıtlılıklarıdır. Bağımlılık kriterlerini karşılayan kişilerin

psikopatoloji taramasında dışlanmasına rağmen yemek bağımlılığının diğer bağımlılıklarla ilişkisinin incelenmesi amacıyla mevcut ya da geçmiş sigara, alkol ve madde kullanımının çalışmada sorgulanmamış olması bu ilişkilerin incelenmesini engellemiştir. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının varlığı dışlanmış da olsa eşik altı düzeylerinin tespiti ve bu düzeylere göre yapılan düzeltme bu karıştırıcıların etkisi olmadan değerlendirmeyi sağlayabilirdi. Korelasyon ve anlamlılık değerlerinde sınırda anlamlılıklar edinilmiş olup, daha büyük örneklem ile verilerin tekrarlanması daha net bulgular elde edilmesini sağlayacaktır.

6. KAYNAKLAR

1. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic: World Health Organization; 2000.
2. Hatemi H, Yumuk VD, Turan N, Arik N. Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. 2003;1(4):285-90.
3. Organization WH. Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. 1995.
4. Kopelman P. Health risks associated with overweight and obesity. *Obesity reviews*. 2007;8:13-7.
5. Fitzgibbon ML, Stolley MR, Kirschenbaum DS. Obese people who seek treatment have different characteristics than those who do not seek treatment. *Health Psychology*. 1993;12(5):342.
6. Excellence NIfC. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. Partial update of CG43 London: Department of Health. 2014.
7. Excellence NIfC. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children-NICE Guidance CG43 NICE LONDON. 2006.
8. Bruch H. Obesity and orality. *Contemporary Psychoanalysis*. 1969;5(2):129-44.
9. Bruch H. Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatric Quarterly*. 1961;35(3):458-81.
10. Felitti VJ. Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern medical journal*. 1991;84(3):328-31.
11. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: a case control study. *Southern medical journal*. 1993;86(7):732-6.
12. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 2019;56(6):774-86.
13. Springs FE, Friedrich WN, editors. Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clinic Proceedings*; 1992: Elsevier.
14. King TK, Clark MM, Pera V. History of sexual abuse and obesity treatment outcome. *Addictive Behaviors*. 1996;21(3):283-90.
15. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. Obesity among sexually abused women: an adaptive function for some? *Women & health*. 1999;29(1):89-100.
16. Ferster CB, Nurnberger JI, Levtit EB. The control of eating. *Obesity research*. 1996;4(4):401-10.
17. Stuart RB. Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*. 1967;5(4):357-65.
18. Abramson EE. A review of behavioral approaches to weight control. *Behaviour Research and Therapy*. 1973;11(4):547-56.
19. Stunkard AJ, Berthold H. What is behavior therapy? A very short description of behavioral weight control. *The American journal of clinical nutrition*. 1985;41(4):821-3.

20. Keefe FJ, Blumenthal JA. The life fitness program: A behavioral approach to making exercise a habit. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1980;11(1):31-4.
21. Conner M, Fitter M, Fletcher W. Stress and snacking: A diary study of daily hassles and between-meal snacking. *Psychology and health*. 1999;14(1):51-63.
22. Wardle J, Steptoe A, Oliver G, Lipsey Z. Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of psychosomatic research*. 2000;48(2):195-202.
23. Polivy J, Herman CP. Distress and eating: why do dieters overeat? *International Journal of Eating Disorders*. 1999;26(2):153-64.
24. Tanco S, Linden W, Earle T. Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation. *International Journal of Eating Disorders*. 1998;23(3):325-39.
25. Barte J, Ter Bogt N, Bogers R, Teixeira P, Blissmer B, Mori T, et al. Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obesity reviews*. 2010;11(12):899-906.
26. Dombrowski SU, Knittle K, Avenell A, Araujo-Soares V, Sniehotta FF. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *Bmj*. 2014;348:g2646.
27. Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017;58:125-40.
28. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*. 2011;7.
29. Carrière K, Khoury B, Günak M, Knäuper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2018;19(2):164-77.
30. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obesity reviews*. 2017;18(1):51-67.
31. Hartley G. Metacognitions, metacognitive processes and metacognitive control strategies in people with obesity and binge eating and people with obesity without binge eating: University of East Anglia; 2013.
32. Quattropani MC, Lenzo V, Faraone C, Pistorino G, Di Bella I, Mucciardi M. The role of Metacognition in eating behavior: an exploratory study. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 2016;4(3).
33. Orleans CT. Promoting the maintenance of health behavior change: recommendations for the next generation of research and practice: American Psychological Association; 2000.
34. Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obesity research*. 2003;11(S10):23S-43S.
35. Raman J, Smith E, Hay P. The clinical obesity maintenance model: an integration of psychological constructs including disordered overeating, mood, emotional

- regulation, habitual cluster behaviours, health literacy and cognitive function. *Journal of obesity*. 2013;2013.
36. Watkins E, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of abnormal psychology*. 2001;110(2):353.
 37. Marazziti D, Consoli G, Picchetti M, Carlini M, Faravelli L. Cognitive impairment in major depression. *European journal of pharmacology*. 2010;626(1):83-6.
 38. Disner SG, Beevers CG, Haigh EA, Beck AT. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*. 2011;12(8):467.
 39. Blaine B. Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of health psychology*. 2008;13(8):1190-7.
 40. Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of psychosomatic research*. 2002;53(5):1029-36.
 41. Andrews G, Sanderson K, Slade T, Issakidis C. Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *Bulletin of the world Health Organization*. 2000;78:446-54.
 42. Cohen DA, Babey SH. Contextual influences on eating behaviours: heuristic processing and dietary choices. *Obes Rev*. 2012;13(9):766-79.
 43. Claes L, Nederkoorn C, Vandereycken W, Guerrieri R, Vertommen H. Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eat Behav*. 2006;7(3):196-203.
 44. Gearhardt AN, Davis C, Kuschner R, Brownell KD. The addiction potential of hyperpalatable foods. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(3):140-5.
 45. Weiner B, White W. The Journal of Inebriety (1876–1914): history, topical analysis, and photographic images. *Addiction*. 2007;102(1):15-23.
 46. Randolph TG. The descriptive features of food addiction. *Addictive eating and drinking*. *Quarterly journal of studies on alcohol*. 1956;17:198-224.
 47. Russell-Mayhew S, von Ranson KM, Masson PC. How does overeaters anonymous help its members? A qualitative analysis. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2010;18(1):33-42.
 48. Weiner S. The addiction of overeating: Self-help groups as treatment models. *Journal of Clinical Psychology*. 1998;54(2):163-7.
 49. Gold MS, Sternbach HA. Endorphins in obesity and in the regulation of appetite and weight. *Integrative Psychiatry*. 1984.
 50. Wise J. Endorphins and metabolic control in the obese: A mechanism for food addiction. *Journal of Obesity & Weight Regulation*. 1981.
 51. Kayloe JC. Food addiction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1993;30(2):269.
 52. Davis C, Claridge G. The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addictive behaviors*. 1998;23(4):463-75.
 53. Černý L, Černý K. Can carrots be addictive? An extraordinary form of drug dependence. *British Journal of Addiction*. 1992;87(8):1195-7.
 54. Kaplan R. Carrot addiction. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1996;30(5):698-700.

55. Hetherington MM, MacDiarmid JI. "Chocolate addiction": A preliminary study of its description and its relationship to problem eating. *Appetite*. 1993.
56. Macdiarmid JI, Hetherington MM. Mood modulation by food: an exploration of affect and cravings in 'chocolate addicts'. *British Journal of Clinical Psychology*. 1995;34(1):129-38.
57. Wang G-J, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, et al. Brain dopamine and obesity. *The Lancet*. 2001;357(9253):354-7.
58. Pelchat ML, Johnson A, Chan R, Valdez J, Ragland JD. Images of desire: food-craving activation during fMRI. *Neuroimage*. 2004;23(4):1486-93.
59. Avena NM, Rada P, Hoebl BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008;32(1):20-39.
60. Johnson PM, Kenny PJ. Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature neuroscience*. 2010;13(5):635.
61. Cassin SE, von Ranson KM. Is binge eating experienced as an addiction? *Appetite*. 2007;49(3):687-90.
62. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. 2009;52(2):430-6.
63. Hebebrand J, Albayrak Ö, Adan R, Antel J, Dieguez C, de Jong J, et al. "Eating addiction", rather than "food addiction", better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;47:295-306.
64. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
65. Barry D, Clarke M, Petry NM. Obesity and its relationship to addictions: is overeating a form of addictive behavior? *American Journal on Addictions*. 2009;18(6):439-51.
66. N Gearhardt A, Davis C, Kuschner R, D Brownell K. The addiction potential of hyperpalatable foods. *Current drug abuse reviews*. 2011;4(3):140-5.
67. Dimitropoulos A, Tkach J, Ho A, Kennedy J. Greater corticolimbic activation to high-calorie food cues after eating in obese vs. normal-weight adults. *Appetite*. 2012;58(1):303-12.
68. Kozak AT, Fought A. Beyond alcohol and drug addiction. Does the negative trait of low distress tolerance have an association with overeating? *Appetite*. 2011;57(3):578-81.
69. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*. 2011;57(3):711-7.
70. 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.
71. Yilmaz J, Povey L, Dalglish J. Adopting a psychological approach to obesity. *Nursing Standard (through 2013)*. 2011;25(21):42.
72. Ziauddeen H, Farooqi IS, Fletcher PC. Obesity and the brain: how convincing is the addiction model? *Nature Reviews Neuroscience*. 2012;13(4):279.
73. Ziauddeen H, Fletcher PC. Is food addiction a valid and useful concept? *obesity reviews*. 2013;14(1):19-28.

74. Rogers PJ. Food and drug addictions: Similarities and differences. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2017;153:182-90.
75. Long CG, Blundell JE, Finlayson G. A Systematic Review of the Application And Correlates of YFAS-Diagnosed 'Food Addiction'in Humans: Are Eating-Related 'Addictions'a Cause for Concern or Empty Concepts? *Obesity facts*. 2015;8(6):386-401.
76. 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. 2014.
77. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96.
78. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(1).
79. Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*. 1994;32(8):871-8.
80. Yorulmaz O, Gençöz T. Obsessif-Kompulsif Bozukluk Semptomlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan İstem Dışı Düşünceleri Yorumlama Envanteri, Obsesif İnanışlar Ölçeği ve Düşünceleri Kontrol Etme Ölçeği'nin Türk Örnekleminde İncelenmesi. *Türk Psikoloji*. 2008.
81. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26(1):41-54.
82. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*. 2010;66(4):442-55.
83. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83-102.
84. Sargın E, Özdel K, Utku Ç, Kuru E, Yalçinkaya Alkar Ö, Türkçapar H. Sıkıntıya dayanma ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012;1:152-61.
85. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(8):1439-44.
86. KÖSE G, TAYFUR M, BİRİNCİOĞLU İ, DÖNMEZ A. Yeme Farkındalığı Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlama Çalışması.
87. Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*. 2014;6(10):4552-90.
88. Pursey KM, Collins CE, Stanwell P, Burrows TL. Foods and dietary profiles associated with 'food addiction'in young adults. *Addictive behaviors reports*. 2015;2:41-8.
89. Brunault P, Ballon N, Gaillard P, Réveillère C, Courtois R. Validation of the French version of the Yale Food Addiction Scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59(5):276-84.

90. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(5):657-63.
91. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Grilo CM. An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive psychiatry*. 2013;54(5):500-5.
92. Pepino MY, Stein RI, Eagon JC, Klein S. Bariatric surgery-induced weight loss causes remission of food addiction in extreme obesity. *Obesity*. 2014;22(8):1792-8.
93. Berenson AB, Laz TH, Pohlmeier AM, Rahman M, Cunningham KA. Prevalence of food addiction among low-income reproductive-aged women. *Journal of women's health*. 2015;24(9):740-4.
94. Meadows A, Nolan LJ, Higgs S. Self-perceived food addiction: Prevalence, predictors, and prognosis. *Appetite*. 2017;114:282-98.
95. VanderBroek-Stice L, Stojek MK, Beach SR, MacKillop J. Multidimensional assessment of impulsivity in relation to obesity and food addiction. *Appetite*. 2017;112:59-68.
96. Meule A, von Rezori V, Blechert J. Food addiction and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2014;22(5):331-7.
97. Mies GW, Treur JL, Larsen JK, Halberstadt J, Pasman JA, Vink JM. The prevalence of food addiction in a large sample of adolescents and its association with addictive substances. *Appetite*. 2017;118:97-105.
98. Eichen DM, Lent MR, Goldbacher E, Foster GD. Exploration of "food addiction" in overweight and obese treatment-seeking adults. *Appetite*. 2013;67:22-4.
99. 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.
100. Yu Z, Tan M. Disordered eating behaviors and food addiction among nutrition major college students. *Nutrients*. 2016;8(11):673.
101. Nolan LJ, Geliebter A. "Food addiction" is associated with night eating severity. *Appetite*. 2016;98:89-94.
102. Raymond K-L, Lovell GP. Food addiction symptomology, impulsivity, mood, and body mass index in people with type two diabetes. *Appetite*. 2015;95:383-9.
103. Koball AM, Clark MM, Collazo-Clavell M, Kellogg T, Ames G, Ebbert J, et al. The relationship among food addiction, negative mood, and eating-disordered behaviors in patients seeking to have bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2016;12(1):165-70.
104. 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. *The American journal of clinical nutrition*. 2014;99(3):578-86.
105. Meule A, Heckel D, Kübler A. Factor structure and item analysis of the Yale Food Addiction Scale in obese candidates for bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*. 2012;20(5):419-22.
106. Meule A, Hermann T, Kübler A. Food addiction in overweight and obese adolescents seeking weight-loss treatment. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(3):193-8.

107. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *Bmj*. 2005;330(7504):1357.
108. Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell C. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International journal of obesity*. 1999;23.
109. Stice E, Presnell K, Shaw H, Rohde P. Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2005;73(2):195.
110. Moor KR, Scott AJ, McIntosh WD. Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students. *Mindfulness*. 2013;4(3):269-74.
111. Godsey J. The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. *Complementary therapies in medicine*. 2013;21(4):430-9.
112. Jordan CH, Wang W, Donatoni L, Meier BP. Mindful eating: Trait and state mindfulness predict healthier eating behavior. *Personality and Individual differences*. 2014;68:107-11.
113. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary therapies in medicine*. 2010;18(6):260-4.
114. Gearhardt AN, Boswell RG, White MA. The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. *Eating behaviors*. 2014;15(3):427-33.
115. Clark SM, Saules KK. Validation of the Yale Food Addiction Scale among a weight-loss surgery population. *Eating behaviors*. 2013;14(2):216-9.
116. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2004;11(2):137-44.
117. Laghi F, Bianchi D, Pompili S, Lonigro A, Baiocco R. Metacognition, emotional functioning and binge eating in adolescence: the moderation role of need to control thoughts. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2018;23(6):861-9.
118. Cooper MJ, Grocutt E, Deepak K, Bailey E. Metacognition in anorexia nervosa, dieting and non-dieting controls: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*. 2007;46(1):113-7.
119. Davenport E, Rushford N, Soon S, McDermott C. Dysfunctional metacognition and drive for thinness in typical and atypical anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*. 2015;3(1):24.
120. Hajloo N, Sadeghi H, Nadinloei KB, Habibi Z. The role of meta-cognition in students' addiction potential tendency. *International journal of high risk behaviors & addiction*. 2014;3(1).
121. Moeller SJ, Fleming SM, Gan G, Zilverstand A, Malaker P, Schneider KE, et al. Metacognitive impairment in active cocaine use disorder is associated with individual differences in brain structure. *European Neuropsychopharmacology*. 2016;26(4):653-62.

122. Sadeghi S, Ekhtiari H, Bahrami B, Ahmadabadi MN. Metacognitive deficiency in a perceptual but not a memory task in methadone maintenance patients. *Scientific reports*. 2017;7(1):7052.
123. Toneatto T. Metacognition and substance use. *Addictive behaviors*. 1999;24(2):167-74.
124. Moneta GB. Metacognition, emotion, and alcohol dependence in college students: A moderated mediation model. *Addictive behaviors*. 2011;36(7):781-4.
125. Spada MM, Caselli G, Wells A. Metacognitions as a predictor of drinking status and level of alcohol use following CBT in problem drinkers: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*. 2009;47(10):882-6.
126. Spada MM, Wells A. Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2005;12(2):150-5.
127. Spada MM, Zandvoort M, Wells A. Metacognitions in problem drinkers. *Cognitive Therapy and Research*. 2007;31(5):709-16.
128. Spada MM, Nikčević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive behaviors*. 2007;32(10):2120-9.
129. Nikčević AV, Spada MM. Metacognitions across the continuum of smoking dependence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008;36(3):333-9.
130. Lindberg A, Fernie BA, Spada MM. Metacognitions in problem gambling. *Journal of Gambling studies*. 2011;27(1):73-81.
131. Spada MM, Langston B, Nikčević AV, Moneta GB. The role of metacognitions in problematic Internet use. *Computers in human behavior*. 2008;24(5):2325-35.
132. Spada MM, Caselli G, Nikčević AV, Wells A. Metacognition in addictive behaviors. *Addictive behaviors*. 2015;44:9-15.
133. Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, de Zwaan M, Martin A. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(4):321-7.
134. Crino N, Touyz S, Rieger E. How eating disordered and non-eating disordered women differ in their use (and effectiveness) of cognitive self-regulation strategies for managing negative experiences. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017:1-8.
135. Cunningham A. Meta-cognition in disordered eating: development and preliminary psychometric evaluation of a questionnaire: *Clinical Psychology*; 2000.
136. Newbolt J. Dieters' experience of craving thoughts: the role of appraisal and thought control in dysfunctional eating behaviour and emotional distress: *Clinical Psychology*; 2000.
137. Tabatabaee SM, Sheikh M, Malekirad A, Samadi F. Cognitive failures and metacognitive strategies of thought control in addicts and normal individuals. *European Journal of Experimental Biology*. 2013;3(6):315-21.
138. ر.ع. نا، ی.ع. بادال ه، سا سان، ی.ع. لو، اری.مهر، ن.مقدم. ADDICTIVE MIND: ADDICTION IRRATIONAL BELIEFS, INTRUSIVE THOUGHTS CONTROL METHODS AND PERSONALITY TRAITS IN MALE ADDICTED PATIENTS.
139. Nosen E, Woody SR. Acceptance of cravings: How smoking cessation experiences affect craving beliefs. *Behaviour research and therapy*. 2014;59:71-81.

140. Pivarunas B, Conner BT. Impulsivity and emotion dysregulation as predictors of food addiction. *Eating behaviors*. 2015;19:9-14.
141. Ceccarini M, Manzoni GM, Castelnovo G, Molinari E. An evaluation of the Italian version of the Yale Food Addiction Scale in obese adult inpatients engaged in a 1-month-weight-loss treatment. *Journal of medicinal food*. 2015;18(11):1281-7.
142. Ouellette A-S, Rodrigue C, Lemieux S, Tchernof A, Biertho L, Bégin C. An examination of the mechanisms and personality traits underlying food addiction among individuals with severe obesity awaiting bariatric surgery. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017;22(4):633-40.
143. Imperatori C, Innamorati M, Lamis DA, Farina B, Fabbriatore M, Contardi A. Body uneasiness is associated with food addiction symptoms: A cross-sectional study. *European Eating Disorders Review*. 2018;26(6):638-44.
144. Tatsi E, Kamal A, Turvill A, Holler R. Emotion dysregulation and loneliness as predictors of food addiction. *J Health Soc Sci*. 2019;4(1):43-58.
145. Bégin C, St-Louis M-È, Turmel S, Tousignant B, Marion L-P, Ferland F, et al. Does food addiction distinguish a specific subgroup of overweight/obese overeating women? 2012.
146. Wolz I, Granero R, Fernández-Aranda F. A comprehensive model of food addiction in patients with binge-eating symptomatology: The essential role of negative urgency. *Comprehensive psychiatry*. 2017;74:118-24.
147. Innamorati M, Imperatori C, Harnic D, Erbuto D, Patitucci E, Janiri L, et al. Emotion regulation and mentalization in people at risk for food addiction. *Behavioral Medicine*. 2017;43(1):21-30.
148. Carlson L, Steward T, Agüera Z, Mestre-Bach G, Magaña P, Granero R, et al. Associations of food addiction and nonsuicidal self-injury among women with an eating disorder: A common strategy for regulating emotions? *European Eating Disorders Review*. 2018;26(6):629-37.
149. Hardy R, Fani N, Jovanovic T, Michopoulos V. Food addiction and substance addiction in women: Common clinical characteristics. *Appetite*. 2018;120:367-73.
150. Kozak AT, Davis J, Brown R, Grabowski M. Are overeating and food addiction related to distress tolerance? An examination of residents with obesity from a US metropolitan area. *Obesity research & clinical practice*. 2017;11(3):287-98.
151. Anestis MD, Selby EA, Fink EL, Joiner TE. The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(8):718-26.
152. Koball AM, Himes SM, Sim L, Clark MM, Collazo-Clavell ML, Mundi M, et al. Distress tolerance and psychological comorbidity in patients seeking bariatric surgery. *Obesity surgery*. 2016;26(7):1559-64.
153. Lazarus RS. Cognition and motivation in emotion. *American psychologist*. 1991;46(4):352.
154. Carey KB, Correia CJ. Drinking motives predict alcohol-related problems in college students. *Journal of Studies on Alcohol*. 1997;58(1):100-5.
155. Carpenter KM, Hasin DS. Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: a test of three alternative explanations. *Journal of studies on alcohol*. 1999;60(5):694-704.

156. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(7):757-66.
157. Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J. Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*. 2007;22(2):131-43.
158. Daughters SB, Lejuez C, Bornovalova MA, Kahler CW, Strong DR, Brown RA. Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of abnormal psychology*. 2005;114(4):729.
159. Mason AE, Lustig RH, Brown RR, Acree M, Bacchetti P, Moran PJ, et al. Acute responses to opioidergic blockade as a biomarker of hedonic eating among obese women enrolled in a mindfulness-based weight loss intervention trial. *Appetite*. 2015;91:311-20.
160. Compare A, Callus E, Grossi E. Mindfulness trait, eating behaviours and body uneasiness: a case-control study of binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2012;17(4):e244-e51.
161. Hendrickson KL, Rasmussen EB. Mindful eating reduces impulsive food choice in adolescents and adults. *Health Psychology*. 2017;36(3):226.
162. De Ridder D, Manning P, Leong SL, Ross S, Sutherland W, Horwath C, et al. The brain, obesity and addiction: an EEG neuroimaging study. *Scientific reports*. 2016;6:34122.
163. Beshara M, Hutchinson AD, Wilson C. Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*. 2013;67:25-9.
164. Bargh JA, Chartrand TL. The unbearable automaticity of being. *American psychologist*. 1999;54(7):462.
165. Garland EL, Roberts-Lewis A. Differential roles of thought suppression and dispositional mindfulness in posttraumatic stress symptoms and craving. *Addictive behaviors*. 2013;38(2):1555-62.
166. Garland EL, Boettiger CA, Gaylord S, Chanon VW, Howard MO. Mindfulness is inversely associated with alcohol attentional bias among recovering alcohol-dependent adults. *Cognitive therapy and research*. 2012;36(5):441-50.
167. Rohsenow DJ, Monti PM, Rubonis AV, Sirota AD, Niaura RS, Colby SM, et al. Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 1994;62(3):620.
168. Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological review*. 1990;97(2):147.
169. Garland E, Froeliger B, Howard M. Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. *Frontiers in psychiatry*. 2014;4:173.
170. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors*. 2013;38(2):1563-71.

171. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance abuse*. 2009;30(4):295-305.
172. Elwafi HM, Witkiewitz K, Mallik S, Thornhill IV TA, Brewer JA. Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug and alcohol dependence*. 2013;130(1-3):222-9.
173. Marlatt GA, Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: Therapist training and therapeutic relationships. *Mindfulness and the therapeutic relationship*. 2008:107-21.
174. Garland E. Restructuring reward processing with Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement: novel therapeutic mechanisms to remediate hedonic dysregulation in addiction, stress, and pain. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2016;1373(1):25.
175. Black DS. Mindfulness-based interventions: an antidote to suffering in the context of substance use, misuse, and addiction. *Substance use & misuse*. 2014;49(5):487-91.
176. Houlihan SD, Brewer JA. The emerging science of mindfulness as a treatment for addiction. *Mindfulness and Buddhist-derived approaches in mental health and addiction*: Springer; 2016. p. 191-210.

7. ÖZET

Obez, fazla kilolu ve normal kilolu bireylerde yeme bağımlılığı ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmamızda yeme bağımlılığının üstbiliş, düşünce kontrol stratejileri, duygu düzenleme zorlukları, sıkıntıya dayanma ve yeme farkındalığı ile ilişkileri gösterilmiş ve birçok alanda anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamıza göre yeme bağımlılığı tanısını ayırt etmede en fazla öneme sahip olan faktör düşünceleri kontrol ihtiyacı, yeme bağımlılığı semptom değişimini öngörmeye en belirgin olan faktör sosyal kontrol olarak bulunmuştur. Bu alanda çeşitli müdahalelerin uzun süreli etkisini takip edecek ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.

8. SUMMARY

In this study, food addiction and related factors were investigated in obese, overweight and normal weighted individuals, and the relationship between food addiction and metacognition, thought control strategies, emotion regulation difficulties, distress tolerance and mindful eating were shown and significant results were obtained in many areas. According to our study, the most important factor in differentiating the diagnosis of food addiction was “need to control thoughts” and “social control” was the most prominent factor in predicting food addiction symptom change. Further studies are needed to monitor the long-term effect of various interventions in this area.

9. EKLER

9.1. Sosyodemografik veri formu

1.Yaş:

2.Cinsiyet :

a) Kadın () b)Erkek ()

3.Medeni durum :

a)Bekar() b)Evli() c)Boşanmış() d)Dul()

4.Çocuğunuz var mı?

a)Hayır b)Evet ise Kaç tane

4.Eğitim Durumu:

a)İlkokul mezunu() b)Ortaokul mezunu() c)Lise mezunu() d)Üniversite ve üzeri()

5.Çalışma durumu:

a)Çalışıyor() b)Çalışmıyor()

6.Ailenizin toplam aylık gelir düzeyi yaklaşık ne kadar? TL

7.Bilinen Hastalıklarınız :

a) Yok b) Kalp-Damar Hastalıkları c) Diyabet (Şeker Hastalığı) d) Hipertansiyon

e) Sindirim Sistemi Hastalıkları f) Solunum Sistemi Hastalıkları

g) Kas İskelet Sistemi Problemleri h)Endokrin (Hormonal) Hastalıklar

i) Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri j) Kanser

k) Diğer (belirtiniz)

8.Kullandığınız ilaçlar:

9.Fazla kilo probleminiz var mı?

a)Hayır b)Evet ise kaç yıldır.....

10. 18 yaş sonrası ulaştığınız en yüksek kilo değeri nedir? Kg

11. Kısa bir zaman içinde (örneğin 2 saat ya da daha kısa zamanda) normalde yenmeyecek kadar çok miktarda ve çok hızlı yemek yediğiniz oldu mu?

a)Hayır b)Evet

12. Ailenizde fazla kilo problemi olan var mı?

a)Yok b)Varsa belirtiniz.....

13.Ölçümler:

Boy:

Kilo:

9.2.Yale Yemek Bağımlılığı Ölçeği

YALE YEMEK BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla ilişkin 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 yiyecekleri veya benzerlerini veya geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün.

0: Hiç

1: Ayda bir kez

2: Ayda 2-4 kez

3: Haftada 2 kez

4: Haftada 4'ten fazla veya her gün

SON 12 AYDIR

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çal ı şmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaç ınıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaç ınıyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı veya fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (Lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 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) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Belirli yiyecekleri azalttığımda veya bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (Günlük yaşam, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

17. Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi nemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.
0 Evet 1 Hayır
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor veya var olan sorunları kötüleştiriyor.
0 Evet 1 Hayır
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.
0 Evet 1 Hayır
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.
0 Evet 1 Hayır
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını veya hazzı artırmadığını fark ettim.
0 Evet 1 Hayır
22. Belirli yiyecekleri azaltmak veya yemeyi bırakmak istiyorum.
0 Evet 1 Hayır
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya veya yemeyi bırakmaya çalıştım.
0 Evet 1 Hayır
24. Bu yiyecekleri azaltmayı veya yemeyi bırakmayı başardım.
0 Evet 1 Hayır
25. Geçen bir yıl içinde belirli yiyecekleri azaltmayı veya bırakmayı kaç kez denediniz?
1 kez, 2 kez, 3 kez, 4 kez, 5 veya daha fazla
26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz.
- ☐ Dondurma
 - ☐ Çikolata/gofret
 - ☐ Elma
 - ☐ Karnabahar
 - ☐ Kurabiye/bisküvi
 - ☐ Pasta/kek
 - ☐ Şeker/şekerleme
 - ☐ Donat/tatlı çörek
 - ☐ Ekmek
 - ☐ Poğaça/açma
 - ☐ Marul
 - ☐ Makarna
 - ☐ Çilek/kiraz/üzüm
 - ☐ Pilav
 - ☐ Kraker
 - ☐ Cips
 - ☐ Simit
 - ☐ Patates kızartması
 - ☐ Havuç
 - ☐ Kırmızı et
 - ☐ Muz
 - ☐ Pastırma/sucuk/salam
 - ☐ Hamburger
 - ☐ Tost/peynirli sandviç
 - ☐ Pizza/lahmacun/döner
 - ☐ Kola/gazoz
 - ☐ Peynir (beyaz peynir, kaşar, vs.)
 - ☐ Yukarıdakilerin hiçbirini
27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz:

9.3.Üstbiliş Ölçeği – 30

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm	(1)	(2)	(3)	(4)

© MCQ-30 Questionnaire telif hakkı sahiplerinin izniyle araştırma amaçlı kullanılmaktadır [Kaynak: Wells, A & Cartwright-Hatton, S. (2004). *Beh. Res. and Therapy*, 42; 385–396.]. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması için Tosun, A., & Irak M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67-80.

9.4.Düşünce Kontrol Etme Ölçeği

Birçok insanın aklına zaman zaman kontrol edilmesi zor olan nahoş ve/veya istenmeyen düşünceler (sözel ve/veya görsel olarak) gelebilir. Bu ankette, *genel olarak* bu tür düşünceleri kontrol etmek üzere kullanılan teknikleri ele almaktayız.

Aşağıda, bu tür düşünceleri kontrol etmek için kullanılan bir dizi yöntem bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir tekniği ne sıklıkla kullandığınızı uygun rakamı *yuvarlak içine alarak* belirtiniz. Ankette doğru veya yanlış cevap yoktur. Cevaplarken her bir madde üzerinde çok fazla zaman harcamayınız.

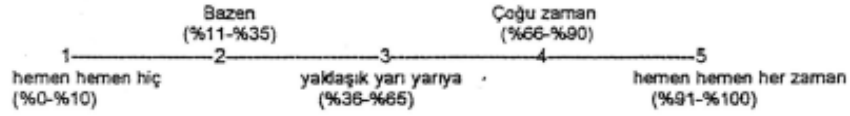
Aklına nahoş ve/veya istenmeyen bir düşünce geldiğinde:

		Asla	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman
1	Onun yerine aklıma olumlu şeyler getirmeye çalışırım	1	2	3	4
2	Kendime bu kadar aptal olma derim	1	2	3	4
3	İstenmeyen düşünceye odaklanırım	1	2	3	4
4	O düşünce yerine, daha önemsiz bir kötü şeyi düşünmeye çalışırım	1	2	3	4
5	Bu düşüncemden hiç kimseye bahsetmem	1	2	3	4
6	Böyle bir şeyi düşündüğüm için kendimi cezalandırırım	1	2	3	4
7	Başka endişelerim üzerine odaklanırım	1	2	3	4
8	Düşüncemi kendime saklarım	1	2	3	4
9	Onun yerine, kendimi işle meşgul ederim	1	2	3	4
10	Düşüncenin ne kadar geçerli olduğunu sorgularım	1	2	3	4
11	Böyle bir düşünce aklıma geldiği için kendime kızarım	1	2	3	4
12	Düşünceyi tartışmaktan kaçınırım	1	2	3	4
13	Böyle bir düşünce aklıma geldiği için kendime bağırırım	1	2	3	4
14	Düşüncemi mantık çerçevesinde analiz ederim	1	2	3	4
15	Düşünceyi durdurmak için kendimi çimdikler veya kendime vururum	1	2	3	4
16	Onun yerine hoş şeyler düşünürüm	1	2	3	4
17	Arkadaşlarıma bu düşüncelerle nasıl baş ettiğini öğrenirim	1	2	3	4
18	Onun yerine daha önemsiz, ufak tefek şeyleri dert edinirim	1	2	3	4
19	Hoşlandığım birşeyler yaparım	1	2	3	4
20	Düşünceyi yeniden yorumlamaya çalışırım	1	2	3	4
21	Başka birşey düşünürüm	1	2	3	4
22	Daha küçük sorunlarım hakkında daha çok düşünürüm	1	2	3	4
23	Düşünceye başka bir başka bir açıdan yaklaşırım	1	2	3	4
24	Onun yerine geçmişteki endişelerimi düşünürüm	1	2	3	4
25	Arkadaşlarıma, benzer düşünceleri olup olmadığını sorarım	1	2	3	4
26	Farklı olumsuz bir düşünceye odaklanırım	1	2	3	4
27	Bu düşüncenin aklıma gelme sebeplerini sorgularım	1	2	3	4
28	Kendime, bu düşünceye odaklanırsam kötü birşey olacak derim	1	2	3	4
29	Düşünceyle ilgili bir arkadaşım ile konuşurum	1	2	3	4
30	Kendimi meşgul ederim	1	2	3	4

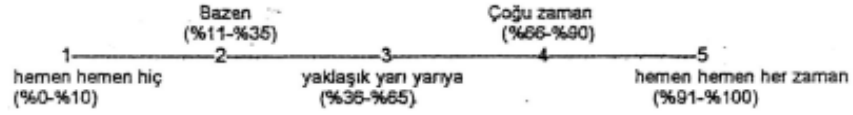
9.5.Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her bir cümlemin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

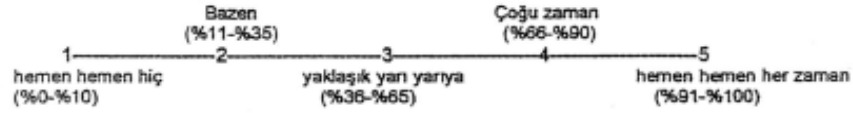
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.



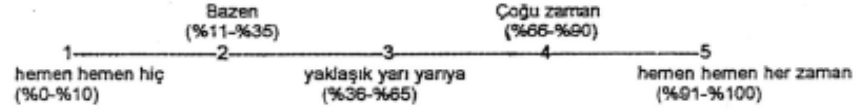
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.



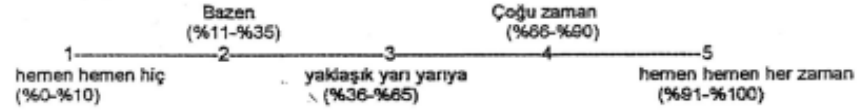
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.



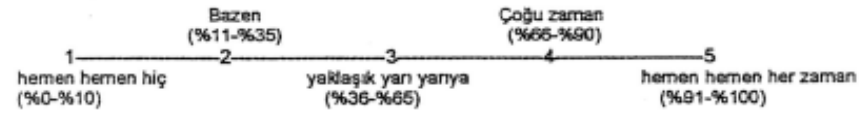
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.



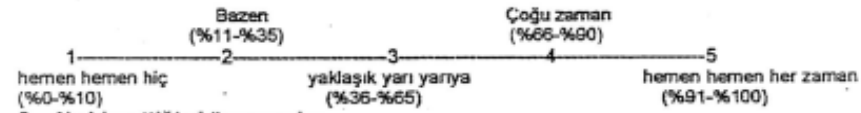
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.



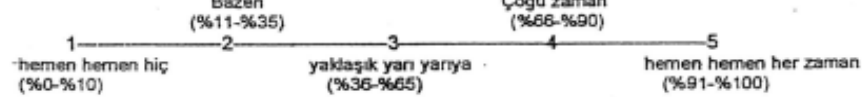
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.



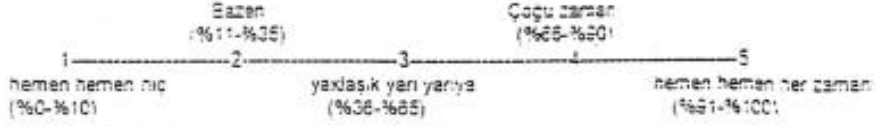
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.



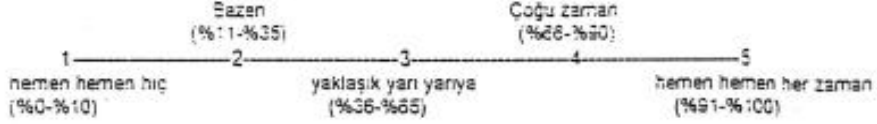
8. Ne hissettiğimi önemserim.



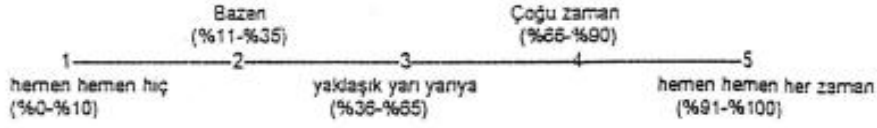
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşıyorum.



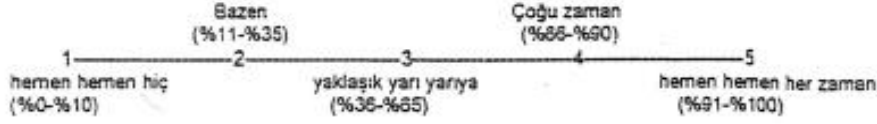
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.



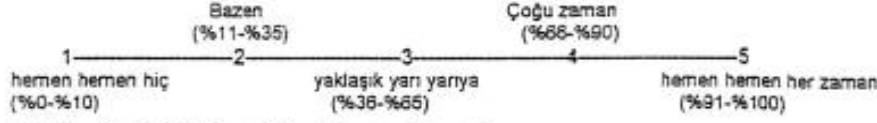
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.



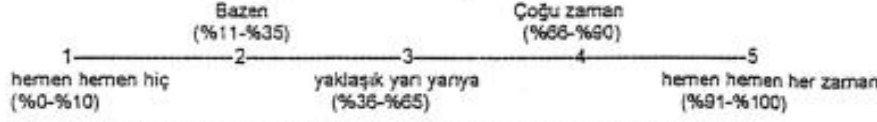
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.



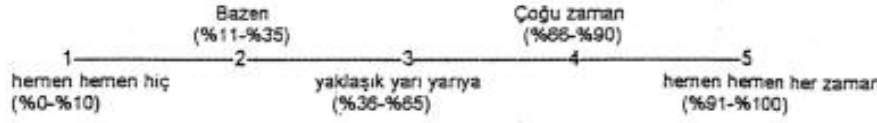
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.



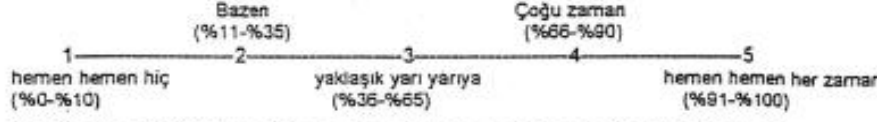
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.



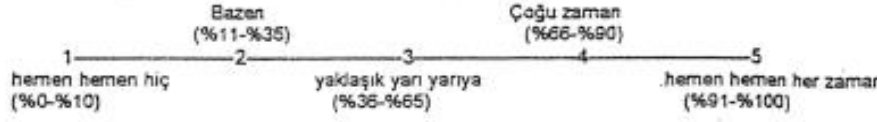
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.



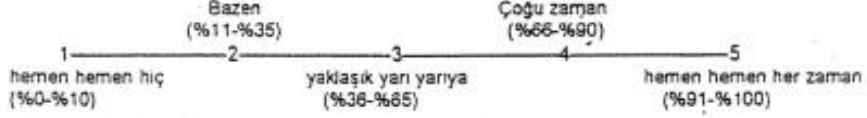
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.



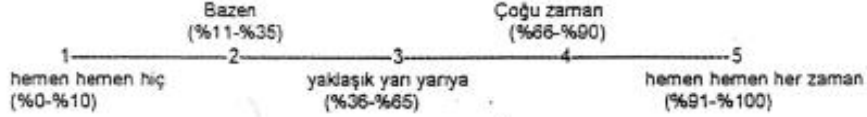
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.



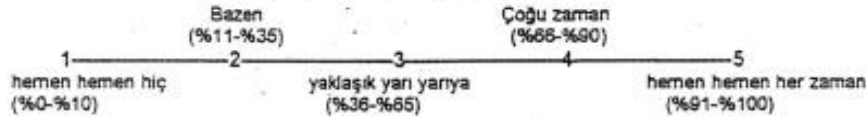
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.



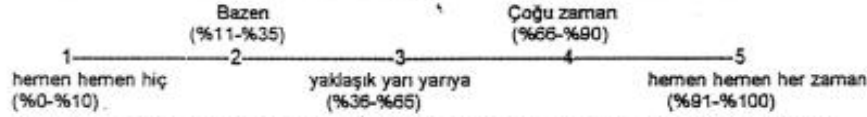
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşıyorum.



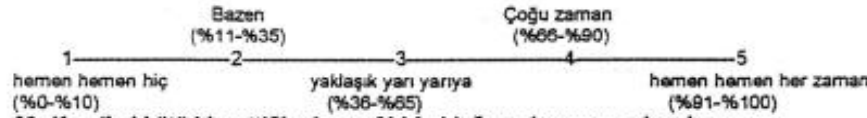
20. Kendimi kötü hissediyorsa da çalışmayı sürdürebilirim.



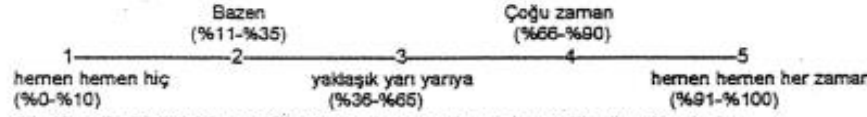
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygudan dolayı kendimden utanırım.



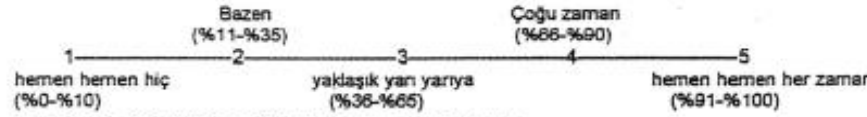
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.



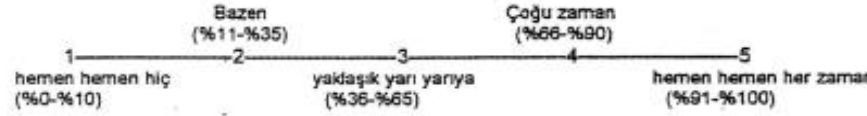
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılıyorum.



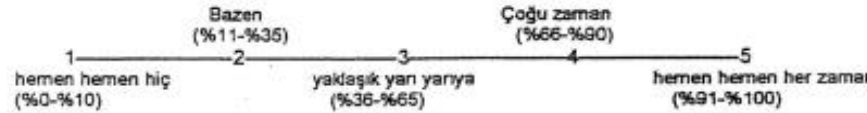
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolden çıktığımdır.



25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.



26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olamakta zorlanırım.



9.6.Sıkıntıya Dayanma Ölçeği

160

A. E. Sargın ve ark./Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 1(2012) 152-161

SIKINTIYA DAYANMA ÖLÇEĞİ (DISTRESS TOLERANCE SCALE)

Lütfen 1 (tamamen katılıyorum) ile 5 (hiç katılmıyorum) arasında puanlama yapınız.

	Tamamen katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek bana dayanılmaz gelir	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde tek düşünebildiğim ne kadar kötü hissettiğimdir	1	2	3	4	5
3. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmenin üstesinden gelemem	1	2	3	4	5
4. Sıkıntılı duygularım beni tamamen ele geçirecek kadar yoğunudur	1	2	3	4	5
5. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmekten daha kötü bir şey yoktur	1	2	3	4	5
6. Sıkıntılı ya da üzgün olmaya diğer birçok kişi kadar katlanabilirim	1	2	3	4	5
7. Sıkıntı ya da üzüntü duygularım kabul edilemezdir	1	2	3	4	5
8. Sıkıntılı ya da üzüntülü hissetmemek için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
9. Diğer insanlar sıkıntılı veya üzüntülü hissetmeye benden daha çok dayanıyor gibiler	1	2	3	4	5
10. Sıkıntılı ya da üzgün hissetmek her zaman benim için ateşten gömlektir	1	2	3	4	5
11. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde utanırım	1	2	3	4	5
12. Sıkıntılı hissetmek ya da üzüntülü olmak beni korkutur	1	2	3	4	5
13. Sıkıntılı veya üzgün hissetmeyi durdurmak için her şeyi yaparım	1	2	3	4	5
14. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde hemen bir şeyler yapmalıyım	1	2	3	4	5
15. Sıkıntılı ya da üzgün hissettiğimde, sıkıntının aslında ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam	1	2	3	4	5

9.7.Yeme Farkındalığı Ölçeği

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.
Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti
koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemedten yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doydüğümü fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Yemeklerimi saatli yerim.					
19.	Yemeği kaşıkla yerim.					
20.	Tıka basa yemek yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Sıkıntıdan yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

9.8.Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.08.2019-E.105505



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Selçuk ASLAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr. Gizem KAYA'nın, uzmanlık tez çalışması olan "*Obez ve Fazla Kilolu Bireylerde Yeme Bağımlılığının Üstbiliş, Duygu ve Düşünce Kontrol Stratejileri, Sıkıntıya Dayanma ve Farkındalık ile İlişkisinin Sağlıklı Kontrol ile Karşılaştırılması*" adlı çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 26.07.2019 tarih ve 08 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-246

Ek: 1 Liste



Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

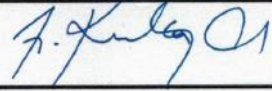
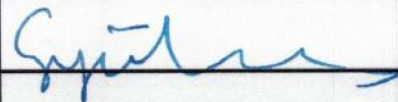
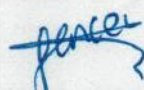
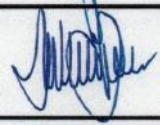
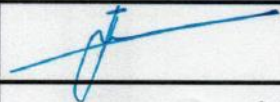
Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Birim Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU
KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 26/07/2019

TOPLANTI SAYISI : 08

ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Doç.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	KATILAMADI
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	KATILAMADI
Doç.Dr.Nihan KAFA	İZİNLİ
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	KATILAMADI

9.9.Tez Sınavı Tutanağı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı	
Adı ve Soyadı	GİZEM KAYA
Baba Adı	METİN
Doğum Yeri/Tarihi	MALATYA/1990
Diploma Tarihi / Diploma No	2014/175743
Mezun Olduğu Fakülte	ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT TIP FAKÜLTESİ
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 3
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: OBEZ VE FAZLA KİLOLU BİREYLERDE YEME BAĞIMLILIĞININ
ÜSTBİLİŞ, FARKINDALIK, DUYGU VE DÜŞÜNCE KONTROL STRATEJİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
SAĞLIKLI KONTROL İLE KARŞILAŞTIRILMASI

JÜRİ KARARI: BAŞARILI BULUNMUŞTUR.
Tıpta uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan yukarıda adı geçen Dr.
Gizem Kaya'ya ait çalışma 06.11.2019 tarihinde yapılan tez savunmasında
başarılı bulunmuş ve aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "Tıpta Uzmanlık Tezi"
olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof. Dr. Rukiye Filiz Karadağ

ÜYE
Prof. Dr. Selçuk Aslan

ÜYE
Öğr. Gör. Dr. Mürşide Öztürk

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı : Gizem

Soyadı : Kaya

Doğum Yeri ve Tarihi: Malatya / 30.07.1990

Eğitimi:

- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim

Dalı (Tıpta Uzmanlık)- Halen devam ediyor

- Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi- Lisans 2014

Yabancı Dili : İngilizce, Almanca

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluslar:

- Türkiye Psikiyatri Derneği