

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YETİŞKİN KADINLARDA YEME BOZUKLUKLARINDA
DİKOTOMİ DÜŞÜNCE (DTEDS) ÖLÇEĞİNİN
BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN SAPTANMASI**

Dyt. Gülberk KÜTAHYA

Toplum Beslenmesi Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2019

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YETİŞKİN KADINLARDA YEME BOZUKLUKLARINDA
DİKOTOMİ DÜŞÜNCE (DTEDS) ÖLÇEĞİNİN BESLENME
DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN SAPTANMASI**

Dyt. Gülberk KÜTAHYA

Toplum Beslenmesi Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Aslı AKYOL MUTLU

ANKARA

2019

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YETİŞKİN KADINLARDA YEME BOZUKLUKLARINDA DİKOTOMİ DÜŞÜNCE
(DTEDS) ÖLÇEĞİNİN BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN SAPTANMASI

Gülberk Kütahya
Danışman: Doç. Dr. Aslı Akyol Mutlu

Bu tez çalışması 29.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Toplum Beslenmesi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Emine Akal Yıldız*
(Doğu Akdeniz Üniversitesi)

Tez Danışmanı: *Doç. Dr. Aslı Akyol Mutlu*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Prof. Dr. Hülya Gökmen Özel*
(Hacettepe Üniversitesi)

(imza)

(imza)

(imza)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

09 Eylül 2019

Diclehan Orhan
Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

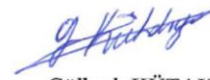
Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

09/09/2019



Gülberk KÜTAHYA

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Aslı AKYOL MUTLU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



(İmza)
Gülberk KÜTAHYA

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca yardımını, ilgisini ve bilgi birikimini esirgemeyen tez danışmanım, Sayın Doç. Dr. Aslı AKYOL Mutlu'ya,

Kendisiyle çalışma şansı yakaladığım, benden yardımlarını esirgemeyen, çalışmamla içtenlikle ilgilenen çok değerli hocam Araş. Gör. Elif Uluğ'ya,

En yoğun ve telaşlı anımda yardımını esirgemeyen ve destek olan Gökberk Çiloğlu'na,

Her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili annem Seher YÜKSEL, babam Metin KÜTAHYA, kardeşlerim Berranur KÜTAHYA ve Hamza Yiğit Kütahya'ya,

Sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Kütahya, G. Yetişkin Kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce (DTEDS) Ölçeğinin Beslenme Durumu ile İlişkinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Beslenmesi Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.

Yeme bozuklukları; yeme davranışları, ilişkili düşünceler, tutumlar ve duygular ile oluşan fizyolojik bozukluklardır. Dikotomik düşünme, aşırı yeme ve vücut ağırlığının artması ile ilişkilendirilmiştir. Buna dayanarak bu çalışmada, obez veya hafif şişman olan yetişkin kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği'nin (DTEDS) beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gözlemsel araştırma türündeki bu çalışma Ankara ilinde Ocak 2018 – Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütülmüş ve Beden Kütle İndeksi'ne (BKİ) göre hafif şişman veya obez olarak sınıflandırılan 110 kadını kapsamaktadır. Tanımlayıcı ve antropometrik bulgular ile birlikte bireylere Yeme Bozuklukları ile İlişkili Yeme Tutum Testi (YTT-26), Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği ve Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) uygulanmıştır. Ayrıca 30 bireye tekrar test yöntemi uygulanarak DTEDS ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İstatistiksel veriler, SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir. P değeri 0,05'den küçük olması istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. DTEDS'nin Türkçe uyarlama çalışmasına göre geçerlilik (coefficient=0,075; t=0,940, p=0,355) ve güvenilirliği (cronbach alfa=0,808) uygun düzeyde bulunmuştur. Bireylerin yaş ortalaması 36,81±12,03 yıl olup, BKİ ortalama değeri 30,34±4,8 kg/m²'dir. BKİ sınıflamasına göre hafif şişman olan (25,5-29,9 kg/m²) 61 birey, obez olan (≥30,0 kg/m²) olan 49 birey bulunmaktadır. BKİ ile YALE skoru negatif yönlü korelasyon göstermektedir (p<0,05). DTEDS açısından riskli sayılan hafif şişman bireylerin 48'inde (%55,8), şişman bireylerin ise 38'inde (%44,2) dikotomik düşünce bozukluğu ve buna bağlı yeme bozukluğu riski olduğu görülmüştür. DTEDS puanı ile YALE, YTT arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (p>0,05). Dondurma, çikolata, yağda kızarmış hamur ve tatlı, poğaç, pilav, kraker, tuzlu simit, kurabiye, kek-pasta, şekerleme, pilav, pizza, gazoz, biftek, pastırma, muz gibi besinlerin yeme bozukluğuyla ilişkili olabileceği, görülmüştür (p<0,05). Yapılan egzersiz türüyle DTEDS, YTT ve YALE arasında, düzenli egzersiz yapma durumu ile YTT arasında da anlamlı bir ilişki mevcuttur. Sonuç olarak, Türkçe uyarlama çalışmasına göre geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilen DTEDS ölçeğinin yeme bozukluğu ile ilgili araştırmalarda ve obezite ile ilişkili yeme tutum davranışlarının incelenmesinde değerlendirilebileceği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozukluklarında dikotomi düşünce, obezite, beslenme alışkanlıkları

ABSTRACT

Kütahya, G. Determination of the Relationship Between Nutritional Status and Dichotomous Thinking in eating Disorders Scale (DTEDS) in Adult Women. Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Community Nutrition Program. Master Thesis, Ankara, 2019. Eating disorders are physiological disorders caused by eating behaviors, related thoughts, attitudes and emotions. Dichotomic thinking has been associated with excessive eating and increased body weight. The aim of this study was to evaluate the relationship between the Dichotomous Thinking in Eating Disorders (DTEDS) and nutritional status in obese or overweight adult women. This observational study was conducted between January 2018 and July 2019 in Ankara. The study included 110 women classified as overweight or obese according to the body mass index (BMI). A questionnaire examining descriptive and anthropometric information along with Eating Disorders Associated Eating Attitude Test (EAT-26), Yale Food Addiction Scale and DTEDS were applied to participants. In addition, the Turkish validity and reliability study of the DTEDS scale was performed by re-testing method with 30 individuals. SPSS 23.0 program was used for statistical analysis. P value less than 0.05 was considered statistically significant. According to the Turkish version of the DTEDS, validity (coefficient = 0.075; $t = 0.940$, $p = 0.355$) and reliability (cronbach's alpha = 0.808) were appropriate. The mean age of the individuals was 36.81 ± 12.03 years and the mean BMI was $30,34 \pm 4,8$ kg/m². According to BMI classification, 61 individuals were overweight (25.5-29.9 kg/m²) and 49 individuals were obese (≥ 30.0 kg/m²). There was a negative correlation between BMI and eating addiction score (YALE) ($p < 0,05$). It was observed that 48 (55.8%) of the overweight individuals and 38 (44.2%) of the obese individuals who were considered risky for DTEDS, had the risk of dicotomic thought disorder and related eating disorder. No statistically significant correlation was found between DTEDS score and YALE, EAT scores ($p > 0.05$). In terms of foods, ice cream, chocolate, fried dough and dessert, donut, rice, crackers, salted pretzels, cookies, cake-bakery, confectionery, rice, pizza, soda, steak, bacon, banana has been observed that problems with foods such as may be associated with eating disorder ($p < 0,05$). There is a significant relationship between exercise type and DTEDS, EAT and YALE and significant relationship between regular exercise and EAT. In conclusion, the valid and reliable version of Turkish DTEDS scale can be assessed in studies examining eating disorders and obesity related eating attitudes.

Keywords: Dichotomous thinking in eating disorders, obesity, eating habits

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Kuramsal Yaklaşımlar	1
1.2. Amaç ve Hipotezler	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlıklı Beslenme	4
2.1.1. Besin grupları ve dengeli beslenme	5
2.2. Obezite	8
2.2.1 Epidemiyolojisi	10
2.2.2 Etiyolojisi	12
2.2.3. Obezitede tedavi yaklaşımları	13
2.2.4. Obezite ve psikolojik davranışlar	14
2.3. Yeme Bozuklukları	15
2.3.1. Anoreksiya Nervoza	16
2.3.2. Bulimiya Nervoza	18
2.3.3. Diğer Yeme Bozuklukları	21

2.3.4. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji	22
2.3.5. Yeme Bozukluklarında Etiyoloji	24
2.3.6. Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Prognozu	27
2.3.7. Yeme Bozuklukları Tedavi Yaklaşımları	28
2.4. Dikotomik Düşünce Tanımı	30
2.5. Dikotomik Düşünce ve Psikolojik Bozukluklar	30
2.6. Dikotomi Düşünce ve Obezite	31
3. BİREYLER VE YÖNTEMLER	33
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	33
3.2. Araştırmanın Genel Planı	33
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	33
3.3.1. Anket formu	33
3.3.2. Antropometrik ölçümler	35
3.3.3. Besin tüketim sıklığının değerlendirilmesi	37
3.3.4. Yeme tutum testi (YTT)	37
3.3.5. YALE besin bağımlılığı ölçeği	38
3.3.6. Yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçeği (DTEDS)	40
3.3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
4. BULGULAR	42
4.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler	42
4.2. Bireylerin Günlük Beslenme Alışkanlıkları	47
4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri	48
4.4. Bireylerin Besin Tüketim Sıklığı	51
4.5. Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi	59
4.6. Bireylerin Yeme Tutum Testi Sonuçları	60

4.7. YALE Besin Bağımlılığı Ölçeği Sonuçları	61
4.8. Bireylerin Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları (DTEDS)	67
4.9. Bireylerin Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT toplam, YTT alt boyutları ve YALE korelasyonu	68
4.10. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıklarına ile Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT ve YALE Skorları İlişkisi	69
4.11. Bireylerin Egzersiz Yapma Alışkanlıkları ve Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT ve YALE skorları ilişkisi	72
4.12. Bireylerin BKİ'ne göre Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT ve YALE Skorları	75
4.13. Bel/ kalça oranı sınıflamasına göre Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT-toplam ve YALE skorları	76
4.14. Bel/ boy oranı sınıflamasına göre Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT-toplam ve YALE skorları	77
4.15. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT-toplam, YALE ve BKİ değerleri korelasyonu	78
5. TARTIŞMA	80
5.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler	81
5.2. Bireylerin Antropometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	83
5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklıklarının Değerlendirilmesi	84
5.4. DTEDS, YTT ve YALE Ölçekleri ile Bireylerin Antropometrik Özellikleri Arasındaki İlişki	86
5.5. DTEDS, YTT ve YALE Ölçekleri ile Bireylerin Sorun Yaşadığı Besinler Arasındaki İlişki	88
5.6. Bireylerin Fiziksel Aktivitelerine Göre DTEDS, YALE VE YTT Skorlarının Değerlendirilmesi	89

5.7. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanımına Göre DTEDS, YALE VE YTT Skorlarının Değerlendirilmesi	90
5.8. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	93
6.2. Öneriler	97
7. KAYNAKLAR	99
8. EKLER	
EK-1: Onam Formu	
EK-2: Anket	
EK-3: Etik Kurul Onayı	
EK-4: Turnitin Orjinallik Raporu	
EK-5: Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AN	Anoreksiya Nervoza
BKİ	Beden Kütle İndeksi
CBT	Bilişsel-davranışçı terapi
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DTEDS	Yeme Bozukluklarında Dikotomik Düşünme Ölçeği
EAT-26	Yeme Bozuklukları ile İlişkili Yeme Tutum Testi
EEG	Elektroensefalografi
EPIC	Avrupa Kanseri ve Beslenme Araştırması
IOM	Tıp Enstitüsü
IOTF	Uluslararası Obezite Task Gücü
RDA	Önerilen Günlük Miktar
SD	Standart Sapma
SES	Sosyoekonomik Statü
SMR	Standart Mortalite Oranı
TURDEP-II	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II
TYB	Tıknırcasına yeme bozukluğu
YALE	Besin Bağımlılığı Ölçeği
WH	Boya göre ağırlık
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Besin piramidi ve günlük önerilen miktarları	5
2.2. Dört yapraklı yonca ile besin grupları şematizasyonu	6
2.3. Yaş grupları için her besin grubundan günlük tüketilmesi gereken ortalama miktarlar	7
4.1. DTEDS ölçęęi Bland- Altman Grafięęi	60

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Çocuk ve yetişkinlerdeki vücut ağırlıklarına göre sınıflandırmalar	10
3.1. Beden kütle indeksine göre sınıflama	36
3.2. Yağ yüzdesine göre sınıflandırma	37
3.3. Bel çevresi/ boy uzunluğu oranına göre sınıflama	37
3.4: YALE Besin Bağımlılığı Ölçeği Puanlanması	39
4.1. Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	43
4.2. Bireylerin Sigara – Alkol Kullanımı	44
4.3. Bireylerin Egzersiz Alışkanlıkları	45
4.4. Bireylerin Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı	46
4.5. Bireylerin Diyet Uygulama Durumuna Göre Dağılımı	47
4.6. Bireylerin Günlük Beslenme Alışkanlıkları	48
4.7. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri	49
4.8. Bireylerin bel çevresi (cm), bel/kalça, bel/boy oranlarına göre risk değerlendirme sonuçları ve BKİ sınıflamasına göre şişmanlık durumu dağılımları ile vücut yağ yüzdesine göre dağılımları	50
4.9. Bireylerin süt ve süt ürünlerini tüketim sıklıklarının dağılımları	53
4.10. Bireylerin et, yumurta ve baklagil tüketim sıklıklarının dağılımları	54
4.11. Bireylerin sebze ve meyve tüketim sıklıklarının dağılımları	55
4.12. Bireylerin ekmek ve tahılları tüketim sıklıklarının dağılımları	56
4.13. Bireylerin yağ, şeker, tatlı ve içecekleri tüketim sıklıklarının dağılımları	58
4.14. BKİ sınıflamasına göre yeme tutumu (YTT) riskli olan bireyler	61
4.15. Bireylerin sorun yaşadığı besinlerin YTT'ye göre dağılımı (%)	62

4.16. Bireylerin sorun yaşadığı besinlerin DTEDS'ye göre dağılımı (%)	64
4.17. Bireylerin sorun yaşadığı besinlerin YALE'ye göre dağılımı (%)	66
4.18. BKİ sınıflamasına göre besin bağımlılığı (YALE) riski olan bireyler	67
4.19. BKİ sınıflamasına göre dikotomi düşünce bozukluğu (DTEDS) riski olan bireyler	68
4.20. Yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT, YALE ölçekleri ve BKİ korelasyonu	69
4.21. Bireylerin sigara ve alkol kullanımlarının DTEDS ölçeğine göre karşılaştırılması	70
4.22. Bireylerin sigara ve alkol kullanımlarının YTT ölçeğine göre karşılaştırılması	71
4.23. Bireylerin sigara ve alkol kullanımlarının YALE ölçeğine göre karşılaştırılması	72
4.24. Bireylerin egzersiz alışkanlıklarının DTEDS skorları ile karşılaştırılması	73
4.25. Bireylerin egzersiz alışkanlıklarının YTT skorları ile karşılaştırılması	74
4.26. Bireylerin egzersiz alışkanlıklarının YALE skoru ile karşılaştırılması	75
4.27. Bireylerin BKİ'ne göre yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT ve YALE skorları dağılımları	76
4.28. Bel/ kalça oranı sınıflamasına göre yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT ve YALE skorları	77
4.29. Bel/ boy oranı sınıflamasına göre yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT ve YALE skorları	78
4.30. DTEDS, YTT ve YALE skorları ile antropometrik ölçüm sonuçlarının istatistiksel olarak korelasyonu	79

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Kuramsal Yaklaşımlar

Beslenme durumu sağlığın belirlenmesinde önemli bir role sahiptir. Yiyecek seçimini; fiziksel, sosyal ve ruhsal yönde gelişen etkileşimler belirler. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklinde tanımlanmaktadır (1). Bir insanın büyümesi, gelişmesi, sağlıklı ve üretken şekilde uzun bir yaşam sürmesi için gereksinim duyduğu besin öğelerini yeterince alıp vücudunda kullanması ifadesi beslenmeyi tanımlamaktadır. Bu ifadeden yola çıkarak sağlıklı beslenme; insan vücudunun büyüme ve gelişimi, dokularının yenilenmesi ve doğru şekilde fonksiyon göstermesi için ihtiyacı olan besin öğelerinin tümünü yeterli ve gereken miktarlarda alarak vücutta kullanmasıdır (2). Büyüme, gelişme ve yaşamın sağlıklı bir şekilde devam ettirilebilmesi için beslenme zorunlu bir eylemdir. Hastalıklara karşı direnç gelişiminde dengeli ve yeterli beslenme oldukça önemlidir. Buna ek olarak sağlıklı beslenme bireylerin bilişsel yeteneklerinin gelişmesinde, kemik gelişiminde ve özellikle ileri yaşta karşılaşılabilen kronik hastaların önlenmesinde de önemli bir rol oynamaktadır (2).

Yeme bozuklukları; yeme davranışları, ilişkili düşünceler, tutumlar ve duygular ile oluşan fizyolojik bozukluklardır (3). Yeme bozuklukları, hastalar ve onların aile üyeleri üzerindeki önemli bir yük ile ilişkilidir ve en yüksek mortalite oranlarına sahip psikiyatrik bozukluklardan biridir. Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve diğer yeme bozuklukları (tıknırcasına yemek yeme, pika vb.) başlıca yeme bozuklukları arasında yer almaktadır. Bu bozukluklar özellikle ergenlik dönemindeki kızlarda sıklıkla (%40) karşılaşılmakta olup erkeklerde daha nadir gözlenen bir durumdur (1:10 oranında) (4, 5). Gençlerde yaygınlığı ve sıklığı giderek artan yeme bozuklukları Dünya Sağlık Örgütü tarafından "tıbbi dikkat" gerektiren "önemli tıbbi durum" olarak tanımlanmaktadır (6, 7).

Dünyada nerdeyse hemen hemen tüm toplumlarda büyük bir sorun haline gelen obezite büyük sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir (8). Diyet ve egzersiz düzeninin bozulmasıyla, vücutta yağ dokusunun artması, obezite gelişimine neden olabilmektedir (9). Obezite, uzun dönemde vücudun harcadığı enerjiye oranla,

enerji alımının fazla olması sonucunda meydana gelebilmektedir. Bireyler arasında değişen genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörler obezite gelişimine katkıda bulunmaktadır (9).

Diyet ile vücut ağırlığı kaybının korunması çelişkili sonuçlar göstermekle birlikte bu uygulamaların uzun dönemde sadece % 20 oranında sağlıklı vücut ağırlığı kontrolü sağladığı belirtilmektedir (10). Kaybedilen vücut ağırlığının korunması ile ilgili psikolojik faktörler arasında gerçekçi olmayan vücut ağırlığı hedefleri, kötü problem çözme becerileri, düşük öz-yeterlilik, dikotomik düşünme ve dış kontrol odağı bulunmaktadır. Zaman içerisinde sabit bir vücut ağırlığını koruma yeteneği; optimal sağlık sonuçları, düşük stres seviyeleri ve daha yüksek genel refah ile ilişkilendirilmiştir (10). Dikotomik düşünme, bireylerin gerçeği, olasılıkların sürekliliği yerine, "ya siyah ya beyaz" gibi kutuplaşmış kategorilerinde görmeye meyilli oldukları bilişsel bir katılık biçimidir (11). Genel olarak "hep ya da hiç" düşünme olarak adlandırılan dikotomi düşünce, olasılıkları ve olayları kutuplaşmış bir tarzda yorumlamayı içermektedir. (Ör. "İyi yapmazsam o zaman başarısız biriyim"). Bu düşünce yapısı, mükemmeliyetçilik de dâhil olmak üzere depresyon, endişe gibi yeme bozuklukları ile sonuçlanan sorunlarla ilişkili olabilmektedir (12). Dikotomik düşünme, aşırı yeme ve vücut ağırlığının artması ile ilişkilendirilmiştir. Byrne ve diğerleri (13), bu etkiyi değerlendirme aracı olarak "Yeme Bozukluklarında Dikotomik Düşünme Ölçeği" (DTEDS)'ni geliştirmiştir. Bilişsel kısıtlama, disinhibisyon ve açlık, vücut ağırlığı kaybının anlaşılmasında önemli olan insan yeme davranışının üç boyutudur. Vücut ağırlığını diyet kısıtlama mekanizmalarıyla sürdürmeye çalışan bireyler aşırı beslenme olaylarına karşı daha hassastır (12, 13).

1.2. Amaç ve Hipotezler

Bu araştırmada, obez yetişkin kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği'nin (DTEDS) beslenme durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hipotezler:

- 1) Hafif şişman ve obez bireylerde dikotomi düşünce görülür.
- 2) Beden kütle indeksi (BKİ), bel ve kalça çevresi yükseldikçe dikotomi düşünce puanı artar.
- 3) Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS), Yeme Tutum Testi (YTT – 26) ve Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği ile koreledir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıklı Beslenme

Sağlıklı beslenme; sağlığı korumak, kendini iyi hissetmek ve yaşamda gerekli enerjiye sahip olmak için ihtiyaç duyulan besin öğelerini sağlayan çeşitli yiyecekleri yeterli ve dengeli düzeyde vücuda almak anlamına gelmektedir. Bu temel besin öğeleri arasında protein, karbonhidrat, yağ, su, vitaminler ve mineraller bulunmaktadır (14).

Sağlıklı beslenme ile ilgili kriterleri belirlemeye yönelik yapılmış olan ve devam eden çalışmaların çoğu, Amerika Birleşik Devleti (ABD) Tarım Bakanlığı ve ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı (15), Tıp Enstitüsü (IOM) (16) ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülmektedir (WHO) (17). Bu konuda elde edilen bilgiler hızla artmakta ve daha ayrıntılı hale gelmektedir. Yakın bir zamana kadar, insan beslenmesinin temel odağı, besin ögesi eksikliklerinin önlenmesi ve temel besin öğeleri için önerilen günlük miktarlara (RDA) ulaşılmasıydı (17). Bu yaklaşım, topluma sağlıklı bir diyetin tanımı olarak sunulacak dört temel besin grubunun (et, süt ürünleri, tahıllar ve meyve ve sebzeler) tanımlanmasını sağlamıştır (18). Daha yakın zamanlarda, sağlıklı diyetin tanımı, uzun süreli sağlığın iyileştirilmesine odaklanarak, klinik beslenme yetersizliklerinin yanı sıra, aşırılıkları da hesaba katarak genişletilmiştir (18).

Beslenme alışkanlıklarının sağlık üzerine önemli etkileri vardır. Çalışmalar vejetaryen diyetin düşük hipertansiyon insidansı, kolesterol sorunları, bazı kronik dejeneratif hastalıklar, koroner arter hastalığı, tip II diyabet, safra kesesi taşları, felç ve bazı kanserler ile ilişkili olduğunu göstermiştir (19-22). Vejetaryen diyetler, daha fazla meyve, sebze ve tam tahıllı ürün alımı nedeniyle daha düşük doymuş yağ ve kolesterol tüketimi ile karakterizedir (20, 23, 24). Genel olarak vejetaryenler daha düşük beden kütle indeksine, daha yüksek bir sosyoekonomik statüye ve fiziksel olarak aktif olma, daha az alkol ve/veya sigara tüketimi ile iyi sağlık durumuna sahiptirler (25). Bununla beraber, fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörlerinin hastalık oranlarını düşürmede en az bireysel beslenme alışkanlıkları kadar önemli olabileceği de düşünülmektedir (26, 27).

2.1.1. Besin grupları ve dengeli beslenme

Her besin içerdiği besin ögesi açısından birbirinden farklılık göstermekle birlikte benzer içerikleri nedeniyle de birbirinin yerine geçebilmektedir. Bu konuda 1958 yılında Besin ve Beslenme Konseyi tarafından besinler dört grup altında toplanmıştır. Bu gruplama sayesinde besinlerden tüketilecek miktarlar belirlenebilmekte ve günlük beslenme planı yapılabilmektedir. 1985 yılında da daha yaygın tüketilmesi uygun olan besinler altta, az tüketilmesi gereken besinler üstte yer almak üzere “Besin Piramidi” oluşturulmuştur (28) (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Besin piramidi ve günlük önerilen miktarları (28)

Her ülke yemek alışkanlıkları ve koşullarını göz önünde bulundurarak bu piramitte değişiklikler yapmaktadır. Türkiye’de günlük alınması gereken temel besin grupları planlanırken Şekil 2.2.’de yer alan “Dört Yapraklı Yonca” şeması kullanılmıştır.



Şekil 2.2. Dört yapraklı yonca ile besin grupları şematizasyonu (29)

Üstte yer alan zeytin dalları hem barışı hem de Akdeniz Diyetinin önemli bir bileşeni olan zeytinyağını temsilen kullanılmaktadır. Üst yaprakta özellikle çocuk, yaşlı, gebe grupları başta olmak üzere Türk halkının çok az tükettiği süt ve süt ürünleri vurgulanmıştır. Üst yaprağın sağında yer alan ikinci besin grubu et- yumurta- kuru baklagiller grubu olarak bilinmektedir. Üçüncü, alt yaprak ise sebze ve meyveleri ve son olarak sol yaprakta yer alan dördüncü grup ekmek ve tahılları ifade etmektedir (29).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünün 2015 yılında “Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi” oluşturulmuştur. Buna göre dört besin grubundan çocuk ve yetişkinlerde cinsiyete göre günlük alınması gereken miktarlar detaylı olarak Şekil 2.3.’de yer almaktadır (30).

BESİN GRUPLARI	YAŞ ve CİNSİYET GRUPLARI									
	1-3 yaş	4-6 yaş	7-9 yaş	10-18 yaş		19-65 yaş	65 yaş+	19-50 yaş	51-65 yaş	65 yaş+
				Erkek	Kadın	Yetişkin erkek	Yaşlı erkek	Yetişkin kadın	Yaşlı kadın	
Süt grubu	4	3-4	3	4	4	3	4	3	4	4
Et ve benzeri bezinler	1-1.5	1.5	1.5	2-3	2-3	2.5-3	2.5-3	2.5-3	2.5-3	2.5-3
Ekmek ve tahıl grubu	2	3	5	9	7	8	5	7	7	4
Sebze ve meyveler	2.5	3.5	4	5	5	5	5	5	5	5

Şekil 2.3. Yaş grupları için her besin grubundan günlük tüketilmesi gereken ortalama miktarlar (30)

“Besin Piramidi”, “Dört Yapraklı Yonca” ve Şekil 2.3’deki tablo esas alındığında kısaca şu önerilerde bulunmaktadır (30):

- Yetişkin erkeklerin her gün 3 porsiyon, yaşlı (65+) erkeklerin 4 porsiyon; yetişkin kadınların 3-4 porsiyon ve yaşlı kadınların 4 porsiyon süt grubu besin tüketmelidir. Çocuklarda ise adölesan dönemin sonuna dek 4 porsiyon tüketilmelidir. Süt grubu besinler ve porsiyon başına ölçüleri şöyledir: Bir porsiyon süt-yoğurt-kefir 200 ml, ayran 350 ml, beyaz peynir türleri 60 g, kaşar peynir türleri 40 g, yaş çökelek-lor 150 g ve kuru çökelek 50 g’dır (30).
- Her gün tüketilmesi gereken et ve benzeri besin porsiyonları 1-3 yaş aralığında çocuklar için 1-1,5; 4-6 yaş arası çocuklarda 1,5; 7-9 yaş arası çocuklarda da 1,5 porsiyon olarak önerilmektedir. 10-18 yaş aralığında 2-3 porsiyon olarak tüketilmelidir. Yetişkin (19-65 yaş) ve yaşlılarda (65+) ise hem kadın hem de erkeklerin günlük 2,5-3 porsiyon tüketmesi gerekmektedir. Et ve benzeri besinler ile porsiyon başına ölçüleri şöyledir: etler (kırmızı, tavuk, hindi vb) 100 g, balık 150 g, yumurta (2 adet) 100 g, kuru baklagiller 60 g ve yağlı tohumlar-sert kabuklu meyveler 30g’dır (30).

- Her gün tüketilmesi önerilen ekmek ve tahıl grubu besin porsiyonları 1-3 yaş çocuklar için 2, 4-6 yaş arası çocuklar için 3, 7-9 yaş çocuklar için 5 porsiyondur. 10-18 yaş aralığında erkek çocuk/ adölesanlar 9, kız çocuk/ adölesanlar ise 7 porsiyon tüketmelidir. Yetişkin erkekler için 8, yaşlı erkekler için 5, yetişkin kadınlar için 7 ve yaşlı kadınlar için 4 porsiyon olarak önerilmektedir. Ekmek ve tahıl grubu besinler ve porsiyon başına ölçüler şöyledir: tüm ekmek türleri 50 g, pide, lavaş, bazlama, yufka çeşitleri 50 g, makarna, erişte, şehriye, pirinç, bulgur vb. 50 g, simit 50 g ve kahvaltılık gevrek 50 g'dır (30).
- Her gün tüketilmesi önerilen sebze ve meyveler grubu besin porsiyonları 1-3 yaş çocuklar için 2,5, 4-6 yaş arası çocuklar için 3,5, 7-9 yaş çocuklar için 4 porsiyondur. 10-18 yaş aralığında kız ve erkek çocuk/ adölesanlar 5 porsiyon tüketmelidir. Yetişkin ve yaşlı erkek ve kadınlar da 5 porsiyon tüketmelidir. Sebze grubu besinler ve porsiyon başına ölçüler şöyledir: yeşil yapraklı sebzeler 200 g, diğer sebzeler 150 g, kuru sebzeler 25 g ve taze sebze suları 150 ml'dir. Meyve grubu besinler ve porsiyon başına ölçüler ise şöyledir: büyük meyveler (elma, armut, muz, karpuz vb) 150g, orta büyüklükteki meyveler için (erik, kayısı, kivi vb) 150 g, küçük büyüklükteki meyveler (çilek, kiraz, üzüm vb) 150 g, kuru meyveler 30 g ve taze meyve suları 100 ml'dir (30).
- Yeterli ve dengeli beslenmek için günde en az üç öğün besin tüketilmesi önerilmektedir.

2.2. Obezite

Obezite vücudun harcadığı enerjiye oranla, uzun vadede enerji alımının fazla olması sonucunda gelişir. Bireyler arasında değişen genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörler obezite gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle, obezite Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) – 5 sınıflamasına göre mental bir bozukluk olarak kabul edilmemiştir (9). Ancak tüm bunlarla birlikte obezite ve mental bozukluklar (tıknırcasına yeme bozukluğu, depresif ve bipolar bozukluklar, şizofreni vs.) arasında güçlü ilişkiler vardır (9). Bazı psikotropik ilaçların yan etkileri, obezitenin gelişmesine neden olabildiği gibi, obezite de bazı

mental bozuklukların gelişimi için risk faktörü olabilmektedir. Bu nedenle her iki durum birbirini tetikleyebildiği için obezite önemli yeme bozuklukları arasında sayılmaktadır (9).

Obezite, karmaşık, çok faktörlü ve büyük ölçüde önlenabilir bir hastalık olup aşırı kilolu olma hali ile günümüzde dünya nüfusunun üçte birinden fazlasını etkilemektedir (31-33). Eğer seküler trendler devam ederse, 2030 yılına kadar dünyadaki yetişkin nüfusunun tahmini % 38'inin fazla kilolu ve % 20'sinin obezite olacağı öngörülmektedir (33). ABD'de, daha önceki seküler trendlere dayanan tahminler, yetişkinlerin % 85'inden fazlasının 2030'da aşırı kilolu veya obez olduğuna işaret etmektedir (34, 35). Çoğu gelişmiş ülkede genel olarak şişmanlıktaki büyüme eğilimleri azalmış gibi gözükse de, bu ülkelerin çoğunda morbid obezite artış göstermeye devam etmektedir. Benzer eğilimler çocuklar üzerinde de gözlenmektedir (34). Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık prevalansı ABD seviyelerine doğru yükselmeye devam etmektedir (33, 34).

Obezite tipik olarak oldukça basit bir şekilde vücut ağırlığının aşırı yüksekliği olarak tanımlanır, ancak bu basit tanım, yalnızca vücut büyüklüğü açısından değil metabolik olarak da karşılaşılabilen aşırı yağlanma veya vücut şişliği ile ilişkili olan etiyolojik olarak kompleks bir fenotipe dayanmaktadır (36). Obezite, kronik hastalık morbidite riskini, yani sakatlık, depresyon, tip II diyabet, kardiyovasküler hastalık, bazı kanserler ve ölüm oranlarını büyük ölçüde artırmaktadır. Çocukluk çağı obezitesi aynı koşullarda, yaşamın erken dönemlerinde veya daha büyük olasılıkla yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, obezitenin tek başına veya bu komorbiditeler ve sekellerle birlikte görülmesi halinde ekonomik ve psikososyal maliyetleri çarpıcıdır (35, 36). Çocuk ve yetişkinlerdeki vücut ağırlıklarına göre sınıflandırmalar Tablo 2.1'de yer almaktadır.

Tablo 2.1. Çocuk ve yetişkinlerdeki vücut ağırlıklarına göre sınıflandırmalar
(37)

	Yaş	Belirteç	Normal kilolu	Fazla kilolu	Obez
Yetişkinler	≥ 20	BKİ (kg/m ²)	18,50-24,99	≥ 25,00 Preobez: 25,00- 29,99	≥ 30,00 Sınıf 1: 30,00-34,99 Sınıf 2: 35,00- 39,99 Sınıf 3: ≥ 40,00
Çocuklar					
<i>Uluslararası</i>					
WHO 2006	0-60 ay	BKİ Z ya da WH Z	> -2 - ≤2 SD Fazla kilolu riski: >1 - ≤2 SD	≥ 2- ≤3 SD	>3 SD
WHO 2007	5-19 yaş	BKİ Z		>1 - ≤2 SD	> 2 SD
IOTF	2-18 yaş	18 yaş BKİ için büyüme eğrisi		BKI= 25	BKI= 30
USA	2- 19 yaş	BKİ yüzdesi	≥ 5. ile < 85. Aralığı	≥ 85. ile <95. Aralığı	≥95.

(BKİ: Beden kütle indeksi, IOTF: Uluslararası Obezite Task Gücü, SD: standart sapma, WHO: Dünya Sağlık Örgütü, WH: boya göre ağırlık, Z: z skoru)

2.2.1 Epidemiyolojisi

Obezitenin epidemik bir boyut aldığı ilk göstergeleri ABD ve Avrupa'da ortaya çıkmıştır (38). Yiyecek erişimine veya hazır bulundurmaya ilişkin bir takım kısıtlamalara rağmen ABD'de aşırı kilo ve şişmanlık prevalansı, son 50 yılda artmaya devam etmektedir. Bugün ABD'de aşırı kilolu (BKİ 25– <30 kg / m²) veya obez (BKİ

≥ 30 kg / m²) olanlar ABD'de normal kilolu olanların sayısının iki katı düzeydedir. (32). ABD'li yetişkinlerde, 1960-1994 arasındaki beslenme tutumları, aşırı kilolu seviyelerini yaklaşık % 31 oranında sabit düzeyde tutarken, bunun aksine yaşa göre sınıflandırılan obezite varlığının, % 13'ten 23'e yükseldiği görülmüştür (39). Ne yazık ki, bu artış 1994 yılından sonra özellikle 2003-2004 arasında % 23'ten 32'ye yükselerek devam etmiştir (34). Son 10 yılda, ulusal obezite tahminleri, Amerika'daki obezite artış eğiliminin yaklaşık % 35'e ulaşacağını göstermektedir. Bununla birlikte, bazı alt popülasyonlar, Hispanik ve Hispanik olmayan siyahlardaki obezite oranları, sırasıyla % 43 ve 48 iken, farklı ırk / etnik köken ve / veya sosyoekonomik statüye (SES) sahip bireylerde bu oranın değiştiği görülmüştür. Buna dayanarak 2011-2012 yılları arasında durum daha kötü boyutlara ulaşmıştır. Cinsiyet aynı zamanda, yaş veya ırk / etnik kökenden bağımsız olarak, kadınların aşırı şişmanlıktan (sınıflar 2-3, BKİ ≥ 35 kg / m²) orantısız şekilde etkilenmesiyle de etkin bir rol oynamaktadır (39, 40).

Avrupa'da, Avrupa Kanseri ve Beslenme Araştırması (EPIC) araştırmasına katılan beş ülkedeki katılımcılardan (1992-1998'den 1998-2005'e) (İtalya, Birleşik Krallık, Hollanda, Almanya ve Danimarka) yetişkin bireylerde obezitenin % 13'den %17'ye yükseldiğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu durum devam ederek, bu popülasyonlardaki genel obezite prevalansı, ABD oranlarıyla paralel olarak 2015 yılına kadar % 30'a ulaşmıştır (40).

EPIC dışındaki popülasyonları içeren Avrupa çalışmaları, Avrupa ülkeleri arasında aşırı kilo / obezite açısından önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir (42). 1990 ve 2008 yılları arasında yapılan ulusal ve bölgesel araştırmaların sistematik bir incelemesi, Fransız erkekler ve kadınlarda sırasıyla % 4,0 ve % 6,2'ye kadar düşük obezite oranlarına işaret etmektedir (41). Çek'te ise bu oran sırasıyla erkekler ve kadınlarda % 30,0 ve % 32,0'ye kadar çıkmaktadır. Güney İtalya, Güney İspanya ve Doğu Avrupa ülkeleri ile diğer Avrupa ülkeleri arasındaki obezite prevalansı belirgin olup Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinden daha fazla obezite prevalansı göstermektedir (38). ABD'de olduğu gibi, bu veriler sosyoekonomik eşitsizliklerin ve nispeten yakın zamandaki ekonomik geçişlerin obezite riski açısından ülkeler arasındaki görünür farklarda önemli bir rol oynadığını göstermektedir (43).

ABD'li çocuklar potansiyel olarak 2030'a kadar olan obezite prevalans tahminleri açısından yetişkin emsallerine göre daha iyi durumdadırlar (35). Ulusal araştırmalarda, ABD'li çocuklardaki aşırı kilo seviyelerinin, 2-19 yaş arasında yaklaşık % 30'unda daha az olduğunu göstermiştir (37). Bununla birlikte, bu aşırı kilo prevalansının yükselmesinde potansiyel olarak uzun vadeli bir eğilim olduğuna inanılmaktadır (39). 1999-2000'den bu yana, çocuklarda 2. sınıf obezite prevalansı,% 3,8'den 5,9'a, 3. sınıf obezite prevalansı ise %0,9'dan %2,1'e yükselmiştir (39). Yetişkinlerde de olduğu gibi, özellikle İspanyol kız çocukları ile siyah erkek çocukları başta olmak üzere bazı alt popülasyonlar obezite açısından diğerlerinden daha riskli durumdadır (44).

Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı erkeklerde %20,5; kadınlarda % 41,0; toplamda % 30,3 olarak bulunmuştur (45). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçlarına göre, erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak erişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3'ü normal vücut ağırlığının üzerinde hafif şişman veya obezdir (46).

2.2.2 Etiyolojisi

Obezite, günlük enerji alımı ile enerji harcaması arasındaki dengesizliğin ortaya çıkardığı, aşırı kilo alımıyla sonuçlanan patolojik bir durumdur. Obezite; genetik, kültürel ve sosyal düzeydeki birçok faktörden kaynaklanabilmektedir (47). Obezitenin gelişimine katkıda bulunan diğer nedenler arasında fiziksel aktivite, uykusuzluk, beslenme alışkanlıkları, endokrin bozuklukları, ilaçlar, yiyecek reklamları ve enerji metabolizması sayılabilmektedir (48).

Obezitenin etiyolojisi ve ideal tedavisi yağlanmayı kontrol eden mekanizmaların günümüzde halen tam olarak anlaşılabilmesi nedeniyle net bir şekilde belirlenememiştir (49). Obezitenin tıbbi beslenme tedavisinde, dengeli bir vücut kütleini ve adipoziteyi korumak ve diyetle gereken enerji gereksinimini karşılamak amaçlanmıştır (50). Bu bağlamda, canlı organizmalarda enerjinin korunmasını ve dönüşümünü açıklayan termodinamik yasalarını açıklamak için birkaç teori önerilmiştir. Yeni kanıtlar ışığında, vücut ağırlığının ve bileşiminin

kontrolünün birbiriyle ilişkili üç bileşene bağlı olduğu varsayılabilir: Bunlar (besin alımı, besinlerin termik etkisi ve fiziksel aktivite ile ilişkilidir (51). Tüm bu bileşenlerin altında karmaşık geri bildirim mekanizmaları vardır. Obeziteye neden olan temel faktörlerin diyet ve fiziksel aktivite alışkanlıkları olduğu düşünülmektedir (49, 50). Bu faktörler, sırasıyla enerji harcamasını, yakıt metabolizmasını, kas lifi fonksiyonunu ve iştah veya yiyecek tercihlerini etkileyebilecek genetik faktörlerle de etkilenmektedir (52). Daha önce 'sessiz' olan genetik varyasyonlar şimdilerde enerji ve yağ yoğunluğu yüksek besinlerin mevcudiyeti ve artan sedanter yaşam tarzı ile tetiklenmektedir (52).

2.2.3. Obezitede tedavi yaklaşımları

2.2.3.1. Obezitede tıbbi beslenme tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi ilk olarak 1994 yılında Amerikan Diyet Birliği tarafından ortaya koyulmuştur (53). Beslenme ve Diyet Akademisinin 2010 yılındaki ifadesine göre obezitenin kontrol altına alınmasında ilk adım tıbbi beslenme terapisi olmalıdır (54). Akut hastalıklarda, diyet kısıtlamaları ve ilaç protokollerinin uygulanması için tıbbi beslenme tedavisinde değişiklik yapılması gerekebilmektedir. Obezitede tıbbi beslenme tedavisi ile vücut ağırlığı, BKİ, hemogloblin A1c düzeyi ve serum lipit düzeyleri belirgin düzeyde iyileşebilmektedir (55).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre boy uzunluğuna uygun sağlıklı vücut ağırlığının korunmasında BKİ 18,5-24,99 kg/m² olmalıdır (56). Özellikle kahvaltıda atlanmamalı ve günde üç öğün tüketilmelidir. Öğün tüketimi esnasında televizyon seyretme gibi farklı bir uğraş ile meşgul olunmamalıdır. Ara öğünlerde enerjisi düşük (meyve, sebze, ayran vb) ve sağlıklı besinler tüketilmelidir. Toplam ve doymuş yağ miktarı yüksek, basit karbonhidratlar ile besin içeriği bilinmeyen yiyecekler tüketilmemelidir. Enerji içeriği yüksek olan içeceklerin tüketimi ise sınırlı olmalıdır. Vücut ağırlığının kontrol altında tutulabilmesi için posa bakımından yüksek içerikli (tahıl ürünleri, bulgur pilavı, kuru baklagiller vb) besinler tüketilmelidir. Günlük su tüketimi en az 2,0-2,5 litre olmalıdır. Enerji dengesi bakımından porsiyonlara dikkat edilmeli ve yiyecekler iyice çiğnenerek yavaş bir şekilde tüketilmelidir (56).

Obezite için önerilecek diyetler düşük glisemik indekse sahip olmalıdır. Glisemik indeks kavramı, D.J. Jenkins tarafından yiyecekleri 50 g kullanılabilir karbonhidrat içeriği ve kan glikoz yanıtına göre sınıflandırmak için geliştirilmiştir (57). Yüksek lif ve düşük -glisemik indeksli diyetler artan tokluk, düşük postprandial glisemik cevap ve düşük insülin seviyeleri ile ilişkilidir (58, 59). Postprandial hipergliseminin, kardiyovasküler hastalık ve diyabet riskini arttırdığı tespit edilmiştir (60). Genel olarak, obezitenin tıbbi beslenme tedavisinin, vücut ağırlığı kaybı için güvenli bir strateji olduğu kanıtlanmıştır (60).

2.2.4. Obezite ve psikolojik davranışlar

Yeme bozukluklarının etiyojisi tam olarak belirlenememiş olsa da, altında yatan nedenler arasında genetik, sosyo – kültürel faktörler ile birlikte psikolojik faktörlerin de yer alabileceği düşünülmüştür. Şehir yaşantısının yeme bozuklukları için önemli bir çevresel risk faktörü olabileceği görülmüştür (61). Psikolojik faktörler, nöroendokrin faktörler, şişmanlık, sosyo – kültürel etkenler, takıntılı düşünceler, sürekli diyet yapma, beden algısında bozulma, mükemmeliyetçilik düşüncesi ve ergenlik dönemindeki yeme bozuklukları nedenler arasında sayılabilmektedir. Mükemmeliyetçilik, takıntılı bir şekilde kişinin mükemmel olma ihtiyacından doğmaktadır. Mükemmeliyetçilik düşüncesi; vücut ağırlığı, beden algısı ve yemek yemeyle ilişkilendirilebilmektedir. Mükemmeliyetçilik, düzensiz yemek yemenin önemli bir sürdürme faktörü olarak görülmüştür (60). Yeme bozuklukları transdiagnostik teorisinde; Fairburn, Cooper ve Shafran, klinik mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluğu patolojisini koruyan dört temel mekanizmadan biri olduğunu iddia etmektedir. Yeme bozukluklarının belirleyici özelliği olmasa da uzun zamanda bu durum bir risk faktörü olup yeme bozukluğuyla sonuçlanabilmektedir (62).

Psikolojik ve davranışsal özelliklerin değerlendirilmesi, özellikle vücut ağırlığı durumlarını yeterince dikkate almayan ileri derecede obezite teşhisi konan bireylerde oldukça önemlidir. Bu bireylerin vücut yağı normal sınırların oldukça üzerinde olduğu için, fazla kilolu bireylerden daha fazla tıbbi risk altındadırlar (63) Obezite ile depresyon, düşük özgüven ve düşük yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmaktadır (64). Bu nedenle, psikolojik faktörler ve kilo durumu algısının arasındaki ilişkiyi anlamak önemlidir. Cinsiyet, yaş, etnik köken ve sosyoekonomik

statü gibi moderatörler, obezite / depresyon ilişkisini, bireyin obeziteyi deneyimleme şeklindeki farklılıklar yoluyla etkilemektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, depresyon tanısı alan gençlerin, bir yıllık takiplerinde depresif olmayan akranlarına kıyasla obez olma olasılığının iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (65).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve obezite, ortak özelliklere sahiptir, ancak birbiriyle doğrudan ilişkili değildir. TYB tipik çocukluk döneminin sonlarında veya erken ergenlik döneminde başlayan zihinsel bir sağlık bozukluğudur (66) Öte yandan; obezite, her yaştan bireyi olumsuz olarak etkileyen fiziksel bir konudur. Hem BED hem de obezite; yüksek tansiyon, felç, mide-bağırsak sorunları, kalp krizi, diyabet, safra kesesi rahatsızlığı ve hiperkolesterolemi gibi çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. (67). Bu tıbbi kaygılar, tıkınırcasına yemek yiyen veya aşırı yiyen bireylerin, yağ veya enerji içeriği yüksek yiyeceklere yönelme eğiliminde olmasından kaynaklanmaktadır. Çoğu zaman, bir kişi strese bağlı olarak yerse, “rahatlatıcı” yiyecekler tüketme eğilimindedirler. Batılılaşmış toplumların çoğunda, bu rahatlatıcı yiyecekler krema bazlı, kızartılmış veya şekerlidir (68). Mükemmeliyetçiliğin TYB ile ilişkisinin araştırıldığı üç çalışmadan ikisinde de TYB olan kadınların blumia tanılı kadınlardaki mükemmeliyetçilik düzeyleri ile aynı düzeyde mükemmeliyetçilikleri olduğu gösterilmiştir (66). Diğer çalışmada ise TYB olan kadınların yeme bozukluğu olmayan aşırı kilolu kadınlar ile mükemmeliyetçilik düzeylerinin aynı seviyede olduğu gösterilmiştir (67). Tüm bu çalışmalarda değerlendirmeler “Yeme Bozukluğu Envanteri”nin “mükemmeliyetçilik” alt-ölçeği ile gösterilmiştir (68).

2.3. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları yeme davranışları, beslenme ile ilişkili düşünceler, tutumlar ve duygular ile oluşan fizyolojik bozukluklardır (3). Yeme bozukluğu, kompleks nedenleri olan ciddi bir sağlık sorunudur. Hastalık gelişimi ve tedavisi için uzun bir süre gereklidir (5). Yeme bozukluğu, bireylerin, besinler, vücut ağırlığı, fiziksel görünümü ile ilgili düşüncelerinde ve yeme tutumundaki bozukluklar nedeniyle kendilerine olan özsaygılarını yitirmeleriyle tetiklenebilen bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Yeme bozuklukları, bedensel ve psikolojik durumlarla ilişkili, bireyin yeme alışkanlığında bozulmalarla karakterize, anksiyete, depresyon gibi

sorunlara neden olabilen bir sorundur. Gençlerde yaygınlığı ve sıklığı giderek artan yeme bozuklukları Dünya Sağlık Örgütü tarafından “tıbbi dikkat” gerektiren “önemli tıbbi durum” olarak tanımlanmaktadır (6, 7).

2.3.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervosa (AN), bireyin şişmanlık korkusu ya da zayıflık arayışı sonucunda oldukça düşük bir vücut ağırlığına sahip olduğu bir sendromdur (5). AN’da, vücut ağırlığı ideal ağırlığın en az yüzde 15 altında tutulmaktadır. Yetişkinlerde beden kütle indeksi (BKİ) 17,5 kg / m²’nin altındadır. Genç insanlarda, ergenlik döneminde olması beklenen büyüme süreci sırasında kilo alamayanlarda ya da vücut ağırlığı kaybı olmaksızın düşük kiloda kalanlarda tanı konabilmektedir. AN’nın 2 tipi vardır. Kısıtlayıcı tip ve tıknircasına yeme/çıkarma tip olarak 2’ye ayrılır. Hastalar besinleri çıkartmak için kusmaya, laksatif ve diüretik kullanımına yönelmektedir (9).

Anoreksiya nervozadaki kilo kaybı, bazen aşırı egzersiz veya kendi isteğiyle kusma veya müshillerin kötüye kullanılmasıyla desteklenerek “şişmanlatıcı gıdalardan” kaçınılmasıyla tetiklenmektedir (69). Yetersiz beslenmenin bir sonucu olarak, kadınlarda amenore ve erkeklerde cinsel ilginin azalması ya da güçsüzlükle kendini gösteren, hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenini içeren yaygın bir endokrin bozukluğu gelişir (5). Prepubertal çocuklarda ergenlik gecikmektedir ve buna bağlı olarak büyüme ve fiziksel gelişim genellikle yetersiz düzeydedir (69).

Anoreksiya nervozadaki öznel deneyim çoğu zaman başkalarının değerlendirilmesiyle çelişmektedir (70). Birey kilo kontrolü konusunda oldukça katı bir tutum içerisindeyken başkaları, kişinin özellikle vücut görüntüsünde belirgin bir rahatsızlık olduğu durumlarda, kilo alması gerektiğine inanmaktadır (9). Kilo kaybı, olumlu bir başarı olarak deneyimlenmekte ve bu nedenle özgüveni düşük bireyler için güçlendirici etkiye sahip olabilmektedir (71). Sonuç olarak, birey durumunun ciddiyetini genellikle inkâr etmektedir. Bununla birlikte “ağırlık fobisi” nin temel rolü giderek daha fazla sorgulanmakta ve bazılarının kültüre özgü olduğuna inanılmaktadır. (69).

Anoreksiya nervosa teşhisi, daha ileri yaştaki ergenlerde ve yetişkinlerde nispeten daha kolay yapılabilir (72). Tanı ile ilgili en önemli engel kişinin bu sendromdan rahatsızlık duymaksızın isteklilik halinde olmasıdır (69). Bu nedenle, bu bireylerle destekleyici ve empatik bir yaklaşım ile görüşülmelidir. Bu sayede kişinin kilo ve beslenme korkusu ya da aşırı egzersiz gibi diğer uygunsuz davranışları ortaya koyulabilmektedir. Bu yaklaşım sağlanmazsa, birey kilo kontrolü davranışlarını açığa çıkaramamakta ve kilo kaybının anlaşılabilmesi için doktorun fiziksel araştırmalar yapmasını kabul etmek durumunda kalabilmektedir. Kadınlarda, sekonder amenore varlığı veya açlığın diğer fiziksel özellikleri her zaman hekimi bu tanı olasılığına karşı uyarmalıdır. Mevcut tanı kriterlerinin gelişimsel duyarlılığı yetersiz olduğu için çocuklarda ve genç ergenlerde tanı daha zordur (69-71). Diyabet, kronik bağırsak veya tiroit bozukluğu gibi eşlik eden fiziksel bozuklukları olanlarda da tanınan bir zorluk ortaya çıkmaktadır. Bazı bağırsak hastalıkları sonucu oluşan belirtiler psikolojik durumu maskeleyebilmektedir. Depresyon anoreksisi ile ortaya çıkan kilo kaybı, anoreksiya nervozanın diyet kontrolünden kaynaklanan kilo kaybı ile farklılık göstermektedir. Ancak durumun, besin alımının zayıf olduğu post-viral ve diğer kronik yorgunluk sendromlarından ayırt edilmesi zor olabilmektedir (74). Beyin tümörü durumunda sekonder sınırlı besin alımı ve kilo kaybı da anoreksiya nervoza olarak yanlış tanı alabilmektedir (69).

ICD 10, anoreksiya nervoza tanısı için aşağıdaki kriterleri içermektedir (9):

- A. Kilo kaybı veya yaş ve boy için normal veya beklenen kilonun en az % 15 altında bir vücut ağırlığına yol açan çocuklarda kilo alımı eksikliği.
- B. “Şişmanlatıcı besinlerden” kaçınılarak kilo kaybının kendiliğinden ortaya çıkması
- C. Bireyin kendisinin belirlediği düşük vücut ağırlığı eşiğine yol açan, müdahaleci bir şişmanlık korkusuyla, çok şişman olma öz-algısının varlığı
- D. Hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenini içeren yaygın bir endokrin bozukluğu, kadınlarda amenore ve erkeklerde cinsel ilgi ve güç kaybı (Belirgin istisna, anoreksik kadınların en sık doğum kontrol hapı olarak aldığı hormonal replasman terapisinde vajinal kanamaların devam etmesidir).

Hastalık bulimia nervoza için A ve B kriterlerini karşılamamaktadır.

2.3.2. Bulimiya Nervosa

Bulimia nervosa, ilk olarak 1979 yılında Russell tarafından kaygı verici bir anoreksiya nervosa çeşidi” olarak tanımlanmıştır (75). Daha sonra yapılan açıklamalar, bulimia nervozayı normal bir vücut ağırlığında patolojik yeme davranışı olarak bağımsız bir bozukluk şeklinde tanımlamıştır (9, 10).

Bulimia nervosa, tekrarlayan periyotlarla aşırı yeme ve bunun akabinde kilo alımını önlemek için telafi edici davranış (kusma, arınma, oruç tutma, egzersiz veya bunların bir kombinasyonu) ile karakterize edilir (76). Aşırı yeme, beslenme üzerindeki kontrolün kaybedilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır (77). Kişide kendi isteği ile kusma, aşırı egzersiz yapma, laksatif, diüretik, tiroksin, amfetamin veya diğer ilaçların yanlış kullanımı gibi durumlar görülebilmektedir. Anoreksiya nervozada olduğu gibi, öz değerlendirme vücut şeklinden ve ağırlığından aşırı derecede etkilenmektedir. Anoreksiya nervosa, bulimia nervozadan önce görülen bir yeme bozukluğudur. Bu nedenle bulimia nervozada BKİ yetişkinlerde 17,5 kg / m²'nin üzerinde, çocuklarda ve ergenlerde eşdeğeri olarak tutulmaktadır (78).

Aşırı yiyen ancak kusmayan bireylerin bu teşhis kategorisine dâhil edilip edilmemesi gerektiği konusunda bazı tartışmalar vardır (9,79). ICD10 kriterleri kusma ve laksatiflerin kötüye kullanımının diyet ve egzersizle karşılaştırıldığında patolojik davranışlar olarak kabul edilmesi gerekçesiyle bu arınma tutumlarının önemini vurgulamaktadır. DSM-IV aşırı yeme ardından telafi edici davranışın (arınma tutumları, örneğin kusma) önemi konusunda hemfikirdir. Ancak bu tutum ile kişinin düzenli olarak kendi kendine oluşturduğu kusma veya laksatiflerin, diüretiklerin kötüye kullanılması ile ortaya çıkan bulimia nervosa türünü ayrı tutmaktadır (9). Bulimia nervosa bulunan insanlar bu yöndeki davranışlarını açığa çıkarmamakta ya da tedavi arayışında olmamaktadır. Ancak anoreksiya nervosa tanılı bireylere kıyasla daha fazla tedavi alma eğilimindedirler. Bu bireyler için aşırı yemek yemek ve ardından kusmak genellikle aşırı öznel suçluluk ve utanç ile ilişkilidir. Bir kişinin tedaviye karşı kararsızlığı, genellikle kusma ve arınma tutumunun engellenmesi ve ardından aşırı yemelerinin kilo alımı sonuçlarıyla yüzleşme korkusundan kaynaklanmaktadır (79).

Bu durum genellikle, anoreksiya nervozadan biraz daha büyük yaşta gelişmektedir (Ortalama başlangıç yaşı, 18 ila 19'dur, anoreksiya nervoza için 16 ila 17'dir). Bulimia nervoza bazen önceden var olan anoreksik bir hastalıktan kaynaklanmaktadır. Durum böyle olmadığında, rahatsızlığın gelişimi genellikle yemek yemeyi kısıtlama girişimlerinden kaynaklanan anoreksiya nervozaya benzemektedir (80). Bununla birlikte, bulimia nervozada diyet kısıtlaması sürdürülememekte ve fizyolojik ya da psikolojik faktörlerin bir kombinasyonundan kaynaklanan, aşırı yeme periyotları ile bölünmektedir. Aşırı yemenin kilo üzerindeki etkisini önlemek için telafi edici davranışlar yapılmaktadır. Bu nedenle, kişi, aşırı yemek yemesine rağmen genellikle normal sınırlar içinde bir vücut ağırlığını muhafaza edebilmektedir. Ancak genellikle sık sık yapılan diyet, aşırı yeme ve telafi edici girişimlerin oluşturduğu kısır döngü görülmektedir. Başlangıçta, bulimia nervoza tanılı bireyler genellikle bulimik ataklarını gizli tutmaktadırlar (81).

Bulimia nervozada tanı, Anoreksiya nervozada olduğu gibi ebeveynlerinden veya yakın çevresinden bireye ilişkin elde edilen bulgularla şekillenir. Bu, kişinin semptomlarının ve davranışlarının kapsamını açığa çıkarması için empatik, destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir görüşme stili gerekmektedir. Bulimia nervoza olanlarda genellikle anoreksiya nervoza olanlara göre daha az ciddi fiziksel komplikasyon olsa da, ilk görüldüğünde genellikle daha fazla fiziksel şikâyet bildirilmektedir (80). Yorgunluk, uyuşukluk veya şişkinlik hissi sıklıkla görülürken kabızlık, karın ağrısı ve bazen ellerde ve ayaklarda şişlik veya düzensiz adet kanaması da görülebilmektedir. Ayrıca üst dişlerde kusmaya bağlı olarak diş minesinin aşınması meydana gelmektedir (71).

Tükürük bezleri (özellikle parotis bezleri) genişlemiş durumda olsa da fizik muayene sıklıkla normaldir. Elin arkasında nasırlar oluşabilmektedir. Bunlar, öğürme refleksini uyarmak ve kusturmak için elin kullanımından kaynaklanmaktadır. Bu davranışlar ödem, laksatif veya diüretik kullananlarda sık görülürken, aynı zamanda sıvı kaybına ve ardından dehidrasyona neden olmaktadır. Buna bağlı olarak genellikle hipokloremi ve hipokaleminin eşlik ettiği metabolik bir alkaloz gerçekleşebilmektedir. Genel olarak, bulimia nervoza bulunanların yaklaşık yüzde 10'u rutin taramada tespit edilen elektrolit anormalliklerine sahiptir (71). Metabolik asidoz ayrıca bağırsaktan bikarbonat kaybının bir sonucu olarak laksatifleri kötüye

kullanan hastalarda da ortaya çıkabilmektedir. Daha az sıklıkla hiponatremi, hipokalsemi, hipofosfatemi ve hipomagnezemi gelişebilmektedir. Gastrointestinal sistemde özofajit oluşabilir. Gastrik rüptür ve ölüm riski taşıyan gastrik dilatasyon nadiren görülür, ancak sıklıkla ölüm nedeni olabilmektedir (71, 81). Kabızlık, özellikle dehidrasyon nedeniyle aşırı derecede yaygın olup steatore ve protein kaybeden gastroenteropatinin, laksatiflerin kötüye kullanımına ikincil olduğu da bildirilmiştir. Laksatiflerin aşırı kullanımına bağlı olarak kardiyomiyopati ve diğer miyopatik bozukluklar da görülebilmektedir. Elektrokardiyografi kalp iletimi anormalliklerini ve muhtemelen mitral kapak prolapsusu riskinde bir artış olduğunu ortaya koyabilmektedir. Anormal elektroensefalografik (EEG) bulguların muhtemelen sıvı ve elektrolit anormalliklerine sekonder olduğu bildirilmiştir. Ancak bulimia nervoza ve epilepsi arasında tanımlanmış bir ilişki bulunmamaktadır. Endokrin anormallikleri değişkendir. Bunlar, menstrual döngüdeki anormallikleri ve tiroit uyarıcı hormonun ve tiroit salgılayan hormona büyüme hormonunun yanıtındaki azalmayı kapsamaktadır (82).

ICD 10, bulimia nervoza için şu kriterleri içermektedir (9):

- Kısa sürede çok miktarda gıdanın tüketildiği (3 aylık bir süre içinde haftada en az iki kez) tekrarlayan aşırı yeme atakları vardır.
- Yemeğe karşı sürekli bir ilgi ve güçlü bir istek veya yeme zorunluluğu duygusu mevcuttur
- Hasta besinin “kilo aldırıcı” etkilerine aşağıdakilerden biri veya birkaçı ile karşı koymaya çalışır:
 - ✓ Kendinden kaynaklı kusma
 - ✓ Kendinden kaynaklı temizleme (arınma)
 - ✓ Birbirini izleyen açlık dönemleri
- İştah bastırıcılar, tiroit preparatları veya diüretikler gibi ilaçların kullanılması. Bulimia diyabetik hastalarda ortaya çıktığında, insülin tedavisini ihmal etmeyi seçebilirler.
- Müthiş bir şişmanlık korkusuyla (genellikle düşük kiloya neden olur), çok fazla şişman olma algısı vardır.

Bulimia nervoza hastalarının aşırı yemek yemeye karşı güçlü ve inatçı bir dürtüleri bulunmakta ve aşırı yeme dönemlerini yeterince kontrol edemediklerini hissetmektedirler. Bu aşırı yeme dürtüsünü neyin oluşturduğu ile ilgili kriterler konusunda tartışmalar vardır. Bazıları, alınan gıdanın miktarına, bazıları kişinin öznel durumuna, diğerleri ise yeme hızına odaklanmaktadır.

DSM-5 kriterlerine göre, Bulimia Nervoza'nın teşhisi konulacak bir kişi (9):

- Tekrarlayan aşırı yeme dönemleri göstermektedir. Aşırı yeme bir dönemleri aşağıdakilerin her ikisi ile karakterizedir:
 - ✓ Belirli bir zaman diliminde (örneğin, herhangi bir 2 saatlik süre içinde), çoğu insanın benzer şartlar altında kesinlikle yiyemeyeceği miktarda (aşırı) yemek yemek.
 - ✓ Bu dönemde yeme konusunda kontrol eksikliği hissi (örneğin, birinin yemek yemeyi durduramayacağı veya ne yiyeceğini kontrol edemediği hissi).
- Kendinden kaynaklanan kusma, laksatiflerin yanlış kullanımı, diüretik ilaçlar veya diğer ilaçlar, açlık veya aşırı egzersiz gibi kilo alımını önlemek için tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranış.
- Aşırı yeme ve uygunsuz telafi edici davranışlar, ortalama olarak, en az üç ay boyunca haftada bir kez gerçekleşir.
- Öz-değerlendirme, vücut şekli ve ağırlığından aşırı derecede etkilenir.

2.3.3. Diğer Yeme Bozuklukları

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi belirli yeme bozuklukları için kriterler çok dar ve katı sınırlar içerisindedir. Yeme bozukluklarının tanımları, uzun bir semptom listesinden ziyade, belirli sayıdaki bütün kriterlerin mevcut olmasını gerektirmektedir. Örneğin, depresif epizod tanısı dokuz belirtiden beşini gerektirirken anoreksiya nervoza tanısı dört kriterin dördünü birden gerektirmektedir (zayıflık, kilo alma korkusu, vücut imgesi bozukluğu ve amenore) (9, 83). Bu dört semptomdan herhangi birinin bulunmadığı durumlarda, klinik görünüm tipik olarak anoreksiya nervozaya benzese bile, diğer yeme bozuklukları olarak teşhis edildiği anlamına gelmektedir. Diğer yeme bozukluklarının önemli bir kısmı bu alt eşik

vakalarından oluşmaktadır (84). Yaygınlıkla gözlenen diğer yeme bozuklukları tipleri arasında amenore olmayan anoreksiya nervoza, kilo almaya korkmayan anoreksiya nervoza, kilo verme kriterini yerine getirmeyen anoreksiya nervoza, telafi edici yaklaşım (aşırı yemekten sonra kusma, laksatif, diüretik kullanımı) olmadan bulimia nervoza, aşırı yeme eğilimi olmadan bulimia nervoza ve üç ay boyunca haftada ikiden az meydana gelen aşırı yeme ve telafi edici davranışları olan bulimia nervosa yer almaktadır. Örneğin, yeme bozuklukları için uzmanlaşmış bir klinikte, eşik altı anoreksi ve bulimia nervoza diğer yeme bozukluklarının % 83'ünü oluşturmaktadır (85, 86).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) ise, yemek yerken kontrolün kaybedilmesiyle normal yeme miktarından fazla besin tüketilmesidir (87). Tamamen rahatsız hissedene kadar bu bireylerde yeme isteği devam etmektedir. Genellikle bu bireyler utanma duygusu nedeniyle yalnız yemek yemektirler. Yemek yedikten sonra suçluluk duygusu hissetmektedirler (9).

Pika sendromunda ise besin olmayan maddeleri tüketmeye karşı bir istek oluşmaktadır. Hamilelikte, zekâ geriliğinde, şizofreni ve otizm gibi rahatsızlıklarda bu sendrom görülebilmektedir (88). Ruminasyon bozukluğu, besini ağızda çevirme veya yavaş çiğnedikten sonra tükürmeyle ilişkilidir. Mental ve sinirsel gelişim bozukluklarında görülebilmektedir (9).

Kaçınma / kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (2013) tanı kriterlerine (tanı ve istatistik kılavuzu (DSM – 5)) göre son olarak eklenen yeni yeme bozukluğudur (89). AN ve BN'ya göre karşılaştırıldığında bireylerde vücut ağırlığı ve vücut algısı endişesi olmaksızın besin alımında kısıtlama ve reddetme görülmektedir (90). Bu durumun sonucu olarak bireylerde kilo kaybı ve anlamlı düzeyde besin ögesi eksiklikleri görülmektedir (9).

2.3.4. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

Yeme bozukluğu insidansı çalışmalarının çoğu, psikiyatrik olgu kayıtları veya hastanelerin tıbbi kayıtlarını içermektedir. Bu yüzden toplumdaki insidans tam olarak yansıtılmamaktadır. Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza insidansı oranları sırasıyla 8 / 100,000 kişi / yıl ve 13 / 100,000 kişi / yıl olarak hesaplanmıştır (73).

Batı kültürlerinde meta-analiz de dâhil olmak üzere yapılan çalışmalar, anoreksiya nervoza insidansının platoya ulaşmadan önce 1970'lere kadar arttığını göstermektedir (91,92). Öte yandan bulimia nervoza insidansı da artmaktadır (93). Yemek yeme bozukluklarının, batı kültürlerinde 20. yüzyılın ikinci yarısında genç kadınlarda, güzellik ikonlarının daha da incelendiği ve kadın dergilerinin kilo verme yöntemleriyle ilgili daha fazla makale yayınladığı bir dönemde daha yaygın hale geldiği gözlenmektedir (94,95).

Ulusal Komorbidite Anketi replikasyonuna dayanan yaşam boyu prevalans tahminleri; anoreksiya nervoza, bulimia nervosa ve diğer yeme bozuklukları için kadınlarda sırasıyla % 0.9, % 1.5 ve % 3.5 ve erkeklerde % 0.3, %0.5 ve % 2.0'dır (96). Diğer araştırmalar, bireylerin yalnızca % 15'inin diyet, kilo veya vücut şekli ile meşgul olduğunu göstermektedir. Yeme bozuklukları, psikiyatride en fazla cinsiyet-farklı bozukluklar arasındadır (9). Erkeklerin kadınlara yeme bozukluğu oranına ilişkin önceki tahminler tipik olarak 20'de 1 düzeyinde iken son toplum temelli epidemiyolojik çalışmalar, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza için yaklaşık 3 ile 1 oranlarında bulunmuştur (3).

Daha önce yapılan çalışmalar, anoreksiya nervozanın Hindistan da dâhil olmak üzere Batı dışındaki ülkelerde nadir olarak gözlendiğini göstermiştir (97). Kore'de yapılan epidemiyolojik çalışmalar % 0,02-0,03 oranında yaygınlık göstermiştir (98). Nakamura ve arkadaşları (76) genel popülasyonun % 0,003'ünde ve kadın popülasyonunun % 0,005'inde anoreksiya nervoza prevalansı tespit etmiştir. Bununla beraber Japonya'da 1,02 / 100000 kadında bulimia nervoza olduğunu göstermiştir. Kuboki ve diğerleri (99), 1985'te yeme bozuklukları için 2,9-3,7 / 100,000 ve anoreksiya nervoza için 3,6-4,5 / 100,000, Japonya'da 1992'de bulimia nervoza için 1,3-2,5 / 100,000 olarak görülme oranı tespit etmiştir. Azuma ve Henmi (100), kentsel alanlarda % 0,2, kırsal alanlarda % 0,05 görülme oranlarıyla yerleşim yerine bağlı farklılıkları da ortaya koymuşlardır. Chen ve diğerleri (101), Hong Kong'da % 0,03 oranında bir prevalans tespit etmiştir. Nobakht ve Dezhkam (102), İran'daki lise öğrencileri arasında anoreksiya nervozanın % 0,9, bulimia nervozanın % 3,2 sıklıkta olduğunu bildirmiştir. Lise öğrencileri arasında yapılan araştırmalara göre Mısır'da %0,9, Pakistan'da % 0,002 oranında bulimia nervosa prevalansı göstermiştir (103, 104). Ayrıca yazarlar, Batılılaşmanın etkisinde olduğu varsayılan

Batılı olmayan ülkelerde vücut memnuniyetsizliği ile ilişkili yeme bozuklukları sıklığının arttığına dikkat çekmektedirler. Batı ülkelerinde yapılan araştırmalar, yeme bozukluklarının etnik azınlıklar arasında daha sık meydana geldiğini göstermektedir (61, 91).

Keel ve Klump (93), Batılı olmayan ülkelerdeki çalışmaları gözden geçirirken, “kilo kaygıları ölçütü hariç tutulduğunda, anoreksiya nervoza, bazı Batılı ve Batılı olmayan uluslardaki genel ve psikiyatrik popülasyonların benzer bir bölümünü temsil ediyor görünmektedir” şeklinde bir ifadede bulunmuşlardır. Başka bir ilginç bulgu, Batı dışı ülkelerde bulimia nervoza ve anoreksiya nervoza prevalansının Batı ülkelerine göre nispeten daha düşük olduğudur. Yazarlar bulimianın anoreksiya nervozadan kültürel olarak daha bağımlı olduğunu öne sürmüşlerdir (9, 73).

2.3.5. Yeme Bozukluklarında Etiyoloji

Günümüzde, yeme bozuklukları, diğer birçok psikiyatrik sendrom gibi, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörleri içeren çok faktörlü karmaşık bozukluklar olarak kabul edilmektedir (3, 105)

Biyolojik Faktörler

Yeme bozuklukları hakkında biyolojik teoriler, 19. yüzyılın sonlarından bu yana yemek yeme bozukluklarının doğum sonrası pituiter nekrozdan kaynaklandığı düşüncesi ile daha yaygın bir durum haline gelmiştir. Yapılan çalışmalara göre son kanıtlar endokrin anormalliklerinin açlıktan kaynaklandığını göstermektedir (3). Mevcut biyolojik hipotez, yeme bozukluklarının, bireyin zayıf bir bedene sahip olmak için sürdürdüğü tutumu ve normal değerlerde bir vücut ağırlığına sahip olmak için hissedilen takıntıya yanıt olarak normal nörobiyolojik düzenlenmiş yeme davranışlarının bozulmasını ve geçersiz kıldığını göstermektedir (9).

Güncel araştırmalar yeme bozuklukları etiyojisine güçlü bir genetik katkı göstermiştir (105,106). Monozigotik ikizlerde, dizigotik ikizlere göre yeme bozuklukları bakımından 3 kat daha yüksek bir benzerlik olduğu görülmektedir. Genetik faktörler, anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın ortaya çıkmasına % 50'den fazla katkıda bulunabilmektedir (106). Büyük çalışmalar, 5-HT (2A) reseptör

geninin polimorfik varyantları ile BDNF geni ve alt tipini kısıtlayan anoreksiya nervoza polimorfik varyantları arasında tutarlı ancak spesifik olmayan bir bağlantı olduğunu göstermiştir (106). Andersen ve Yager (3), genetik faktörlerin, mükemmeliyetçi, hassas, korkulu veya dürtüsel kişilik özellikleri gibi risk faktörlerinin varlığını ve varsa da kuvvetini artırarak veya serotonerjik düzenlemenin daha kolay bozulmasına neden olan biyolojik değişikliklere neden olduğunu öne sürmektedir (106).

Güncel teoriler, anoreksiya nervoza bulunan bireylerin anormal beyin omurilik sıvısı serotonin seviyelerine sahip olduklarına dair gözlemlere dayanarak, serotonin mekanizmalarına dikkat çekmişlerdir (107). 5-HT'ye özgü ligandları kullanan beyin görüntüleme çalışmaları, insanlar hasta olduğunda 5-HT fonksiyonundaki bozuklukların ortaya çıktığını ve anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan durumları geçtikten sonra da devam ettiğini göstermektedir. 5-HT nöronal modülasyonu ile ilgili bir bozukluğun, anoreksiya nervoza başlangıcından önce ortaya çıktığı ve premorbid anksiyete, obsesyonellik ve inhibisyon semptomlarına katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir. Bozulmuş kortikotropin salgılayan hormon, opioidler, kolesistokinin, nöropeptid Y, peptid YY, leptin, grelin gibi diğer nöromodülatörler de yeme bozuklukları etiyojisine dâhil edilmiştir (108).

Psikolojik Faktörler

20. yy'ın ilk yarısında yeme bozukluklarının psikodinamik formülasyonları üzerine çalışmalar yapılmıştır (109). Erken formülasyonlar, oral besin alımı korkusuna odaklanmıştır. Bununla birlikte, bunlar olgunlaşma ve varoluşsal korkuları vurgulayan formülasyonlarla değiştirilmiştir (110).

Mükemmeliyetçilik, rijitlik ve kurallara bağlı olma gibi özelliklerin çocukluk çağındaki varlığı, ilerleyen zamanlarda anoreksiya nervoza gelişme riskini yaklaşık yedi kat arttırmaktadır (109, 110). Çocukluk veya ergenlik sırasındaki travma, genel olarak, özellikle bir yeme bozukluğu değil, daha sonraki psikiyatrik bozuklukların olasılığına katkıda bulunmaktadır (111).

Araştırmacılar ailesel çalışmaların yardımı ile zayıf merkezi bağdaşım gibi endofenotipleri tanımlamaya başlamışlardır. Bunlar yeme bozukluklarının psikobiyojisini çözmeye yardımcı olabilecek değerlendirmelerdir (112).

Çevresel Faktörler

Keel ve Klump (93), bulimia nervosa kültürüne bağlı bir sendrom gibi gözükse de, kültürün anoreksiya nervozada kilo kaygıları açısından patoplastik bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Batılı olmayan ülkelerden olguların çoğunun kilo kaygısı taşımadığı görülmüştür (93).

Yeme bozukluklarının etiyolojik olarak, modern toplumun veya Batı kültürünün kadın güzelliği standartları nedeniyle oluşan sosyal baskının içselleştirilmesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir (113). Bale okullarına kayıt olmak, aile ve arkadaşlar tarafından alay edilmek, otoriter figürlerinden gelen kilo konusundaki yorum ve yönlendirmeler (doktorlar, hemşireler, öğretmenler, koçlar) yeme bozukluğunun patogeneğinde rol oynamaktadır (62).

İnce ve zayıf olmaya duyulan özenme ve hayranlığın Batı dışındaki kültürlerde özgü olmadığı öne sürülmektedir (62). Kayano ve arkadaşları (113) Hintli (Muskat, Umman'da ikamet eden), Umman, Filipinli, Japonca ve Avro-Amerikan kökenli öğrenciler arasındaki beden memnuniyetsizliği ve yeme tutumlarını karşılaştırmışlardır. Buna göre Hindistan, Umman ve Filipinler'den olan bireyler, Batı ülkeleri ve Japonya'daki bireylere benzer veya daha kötü yeme tutumları göstermiştir. Bununla beraber ince ve zayıf bir görüntü isteği o kadar yoğun bulunmamıştır. Çalışma, Batı dışındaki kültürlerin yeme davranışını bozsa da, vücut memnuniyetsizliği dışındaki nedenlerle motive edilebileceğini göstermiştir. Bununla birlikte, küreselleşme ve Batı medyasına maruz kalma, Batı dışındaki ülkelerde yeme bozukluğu oranını artırabilmektedir. Fiji'de yapılan son araştırmalar, zayıflığı ve obeziteyi vurgulayan popüler televizyon programlarının tanıtılmasının, yaygın diyet davranışını başlattığını ve daha önce bu konularla ilgilenmeyen popülasyonlarda yeni yeme bozukluğu vakalarının ortaya çıkmasına yol açtığını göstermektedir (114).

Batılılaşma yeme bozukluklarında etiyolojik rol oynayan tek kültürel faktör değildir. Batı toplumuna uyum aşamasındaki zorlukların düzensiz yeme davranışına

yol açtığı varsayılmıştır. Sonuç olarak yeme bozukluklarının patogeneğinde birden fazla kültürel faktörün rol oynayabileceği ortaya koyulmuştur (115).

2.3.6. Yeme Bozuklukları Değerlendirme ve Prognozu

Toplum bazında bulimia nervozanın uzun süreli sonuçlarına dair az sayıda çalışmalar yapılmıştır. Bulimia nervoza bulunan birçok kişi hiçbir şekilde yardım almamaktadır (116). Bunlardan çoğunluğu, özellikle görünüm ve inceliğin önemine aşırı değer veren inançla sürdürülen kronikliğe veya tekrar eden bir seyre maruz kalmaktadır (5). En etkili tedavilerle bulimia nervoza bulunan kişilerin yaklaşık yüzde 50'sinin değerlendirmeden iki ila 10 yıl sonra asemptomatik olması beklenmektedir. Yüzde yirmisi tam bulimia nervoza formuyla devam ederken, geri kalanı (yüzde 30) remisyon, relaps veya kalıcı ancak subdiagnostik bulimiyle karakterize edilen bir hastalık seyrine sahiptir. Bulimia nervoza hastası olan 50 kişiden oluşan 10 yıllık bir izlem çalışmasında, kişilerin yüzde 52'sinin tamamen düzeldiği ve sadece yüzde dokuzunun bulimia nervoza semptomları yaşamaya devam ettiği tespit edilmiştir (92). Toplam 222 olgunun ortalama 11 yıl izlendiği daha büyük bir araştırmada katılımcıların yüzde 11'inin hala bulimia nervoza kriterlerini taşıdığı, yüzde 70'inin ise tam veya kısmi remisyonunda olduğu ortaya koyulmuştur (93).

Uzun dönem sonuçların tutarlı prognostik belirteçleri çok az olsa da, bazı çalışmalar vücut ağırlığındaki değişiklikler ile negatif sağlık sonuçları arasında güçlü ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bulimia ile ilişkili mortalite oranı belirsizdir ancak eşleşen genel popülasyona göre daha yüksek olabilir (73).

Yapılan çalışmalarda anoreksiya nervosa ile ilişkili yüksek mortalite oranları bildirilmiştir (77, 117, 118). Ayrıca, uzun süreli izlem çalışmalarında ilişkili ölümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu gösterilmiştir (119). En büyük meta-analizlerden biri, anoreksiya nervoza için standart mortalite oranının (SMR), genel popülasyona göre ölüm oranındaki artışı veya azalışı ölçtüğünü göstermiştir (118). Hastaların yatışı yapılarak aldıkları ilk tedavi sonrasında yıl içerisinde doğal olmayan ölüm nedenleri için SMR, 19,3 bulunmuş olup sonraki 20 yıllık süreçte de önemli ölçüde yüksek bir orana sahip olduğu görülmüştür (117). Ölümün yarısı intihar nedeniyle, diğer nedenler ise alkol kötüye kullanımı veya marasmik

malnütrisyondun tıbbi sonuçlarını içermiştir (120). Kısa dönemli değerlendirmeler %18 ile % 42 arasında değişen olumlu sonuçlar göstermiştir (79, 121). 4-yıllık veya 5 yıllık klinik iyileşme oranının takip sresinden de etkilendiği ve daha yüksek olduğu gösterilmiştir (98, 121-123).). Bununla birlikte, Fichter ve ark. ile Wentz ve arkadaşları uzun takip süresinin her zaman daha iyi sonuçlarla ilişkili olmadığını göstermiştir (123,124). Sistemantik bir meta-analiz çalışması, hayatta kalan hastalar arasında, yaklaşık olarak hasta bireylerin üçte birinin düzeldiğini ve %20'sinin kronik olarak hasta kaldığını göstermiştir (122).

2.3.7. Yeme Bozuklukları Tedavi Yaklaşımları

Tüm yeme bozuklukları için temel tedavi hedefleri şunlardır: (3)

- ✓ Normal, sağlıklı, bireyselleştirilmiş, istikrarlı bir vücut ağırlığına sahip olmak;
- ✓ Yiyecek kısıtlama, aşırı yeme veya telafi davranışları gibi tüm anormal yeme tutumları ve ilişkili anormal davranışları, özellikle de zorlayıcı egzersizi durdurma;
- ✓ Aşırı değer yüklenen inançların ve otomatik bilişsel çarpıtmaların sağlıksız bilişsel “şemalarının” ortadan kaldırılması ve bunların yerine sağlıklı, dengeli bir benlik görüşü (ncelikle vücut ağırlığına veya şekline bağlı olmayan) ile duygusal ve davranışsal kendini düzenleme kapasitesi kazanma;
- ✓ Psikiyatrik ve tıbbi komorbid durumları tedavi etmek ve
- ✓ Akut iyileşmeden sonra yaklaşık 5 yıllık süreçte nüksün nlenmesine yönelik planlama yapılması.

Yeme bozukluklarının tedavisi, birey ile tedavi konusunda bir uyum ve anlaşma oluşturmakla başlamaktadır (5). Bunu kapsamlı bir psikiyatrik ve tıbbi değerlendirme (beden kütle indeksi dâhil) izlemektedir. Laboratuvar analizlerine duyulan ihtiyaç bireysel olarak belirlenmelidir. Kemik yoğunluğu muayenesi 6 ay veya daha fazla süre ile amenoresi olan hastalar için yapılmalıdır (70).

Tedavi planlaması tedavinin yoğunluğunun hastalığın ciddiyeti ile eşleştirilmesini gerektirmektedir (72). Hastanın psikiyatriye, genel bir tıbbi ya da ergen /ocuk ünitesine yatırılması gerekip gerekmediğine dair karar, hastanın genel

tıbbi ve psikiyatrik durumuna, yerel psikiyatri ve tıbbi personel imkân ve yeteneklerine bağılı olarak karar verilir. Tedavi yöntemleri, tıbbi, nütrisyonel rehabilitasyon, eğitim, psikoterapötik, davranışsal ve farmakolojik bileşenleri içermektedir (5).

Ciddi derecede düşük kilodaki hastalar için beslenme rehabilitasyonunun amacı kilo almak, yeme alışkanlıklarını normalleştirmek, normal açlık ve tokluk algılarını sağlamak ve yetersiz beslenme ile ilgili biyolojik ve psikolojik faktörleri düzeltmektir (5, 125). İlk kısa vadeli amaç, hastaları tam, güvenli, yaş, boy ve cinsiyete uygun vücut ağırlıklarında ideal sağlıklı bir duruma getirmektir. Zaten önerilenin çok altında besin alımı olan bu bireyler için enerji alımı dikkatlice hesaplanmalıdır. Enerji alım seviyeleri bireyin besin tüketim kaydı, boyu, kilosu ve bazal metabolizma hızına göre belirlenmektedir. Kilo alma aşamasında, bazı hastalar için alımın kademeli olarak 70-100 kcal/ gün'e kadar ilerletilmesi gerekebilir (125).

Antidepresanlar, antipsikotikler, antikonvülsanlar, prokinetik ajanlar, opiat antagonistleri, iştah bastırıcılar, tetrahidrokannabinol, siproheptadin, çinko ve ondansetron, yeme bozuklukları tedavisinde değerlendirilmiş farmakolojik ajanlardır. Fluoksetinin, kilo restorasyonundan sonra anoreksiya nervoza nüksünün önlenmesinde faydalı olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (5, 116, 123-125). Siproheptadinin, anoreksiya nervoza tedavisinin kilo restorasyon aşamasında bazı faydalara sahip olduğu gösterilmiştir (126). Bulimia nervoza ve aşırı yeme bozukluğu tedavisinde antidepresanlar ve özellikle seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin daha yüksek bir dozda (örneğin 60 mg fluoksetin) faydalı olduğu görülmüştür (127).

Temel patolojik inançları değiştirmeyi ve düzenlemeyi amaçlayan psikoterapiler ve diğer katkıda bulunan psikopatolojik konular tedavinin kilit unsurlarıdır (5, 68). Mevcut kanıtlar bilişsel-davranışçı terapilere (CBT) dayalı tedavi yöntemlerini kuvvetle desteklemektedir (128). Kilo kaygısı olmayan anoreksiya nervoza hastalarında CBT ile tedavi yanıtı elde edilmiştir (128).

2.4. Dikotomik Düşünce Tanımı

Dikotomi düşünce, ilişkilendirilen konuları ikili düşünme eğilimi ile ilgilidir. Bu düşünce yapısı konuları, "siyah veya beyaz", "iyi veya kötü", veya "hepsi veya hiçbir şey" olarak sınıflandırır (12). Bu düşünce yapısı hızlı karar vermeyi sağlayabilmektedir. Bu düşünce siyah – beyaz düşünce yapısı olarak da adlandırılabilir (16). Genel olarak "hep ya da hiç" düşünme olarak adlandırılan dikotomi düşünce, olasılıkları ve olayları kutuplaşmış bir tarzda yorumlamayı içermektedir. (Ör. "İyi yapmazsam o zaman başarısız bir kişiyim") (12).

2.5. Dikotomik Düşünce ve Psikolojik Bozukluklar

Dikotomik düşünme, depresyon, anksiyete ve sınırdaki kişilik bozukluğu gibi rahatsızlıklara katkıda bulunduğu tespit edilen çeşitli bilişsel sorunlardan biridir (129, 130).

Dikotomik düşünme, yeme bozukluğunun bilişsel davranış modellerinde önemli bir sürdürme faktörü olarak da tanımlanmıştır (85). Bazı araştırmalar esnek olmayan dikotomik düşünce tarzının yeme problemleriyle ilgili olduğunu göstermiştir. Böyle bir düşünme tarzı, yeme davranışlarının ya da yemeğin, kötü ile iyi arasında kesin kategoriler halinde sınıflandırılmasına neden olmaktadır (131). Byrne, Allen, Dove, Watt ve Nathan, (13) bilişsel dikotomik düşünme tarzının, yeme bozukluklarına iki şekilde katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir: “Bu düşünce tarzı, katı beslenme kurallarının gelişimine katkıda bulunur ve bu beslenme kurallarından kaynaklanan herhangi bir dönüşümün ardından tıknırcasına yeme eğilimini arttırmaktadır”.

Byrne ve arkadaşları (13) ayrıca, zayıflama merkezlerine katılarak kilo vermiş olan obez kadınlarda kilo almayı öngörücü olduğu konusunda dikotomik düşünmenin etkisini bulmuşlardır. Bu katılımcılarla ilk vücut ağırlıklarının %10'unu kaybettikten hemen sonra görüşülmüş ve daha sonra katılımcılar her iki ayda bir, bir yıl boyunca takip edilerek nüksün potansiyel belirleyicileri olarak bir dizi psikolojik faktör araştırılmıştır (13). Dikotomik düşünme tarzının, kilo almanın önemli potansiyel belirleyicilerinden biri olduğu ve öyle ki başlangıçta daha yüksek düzeyde olan dikotomik düşünme derecesinin, bir yıllık takipte kilo almayı önemli ölçüde

etkilediği tespit edilmiştir. Dikotomik düşünme tarzına sahip bireylerin, hedef kilosuna ulaşamamasını başarısızlık kanıtı olarak yorumlayabileceği, bunun karşılığında kilo vermeye veya daha fazla kilo vermeye yönelik herhangi bir çabanın sona ermesine yol açabileceği önerilmiştir. Byrne ve diğerleri (13), yukarıdaki çalışmada kullanılmak üzere “Yeme Bozukluklarında Dikotomik Düşünme Ölçeği” (DTEDS)’yi geliştirmiştir çünkü daha önce hiçbir önlem beslenme ve vücut ağırlığı bozuklukları düzeyinde iki boyutlu düşünme yapısına odaklanmamıştır (13).

2.6. Dikotomi Düşünce ve Obezite

Kesitsel kanıtlar, obezite ve depresyonun pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (132, 133). Bununla birlikte, obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin gücü, çalışmalar arasında büyük ölçüde değişmektedir. Bu tutarsızlık, örneklem özellikleri (örneğin topluluk veya tedavi arayan gruplar), cinsiyet, obezite derecesi, sosyoekonomik durum ve tıknırcasına yeme tutumu veya yeme bozukluğu semptomlarının varlığı gibi obezite-depresyon ilişkisini etkileyen faktörlere bağlı olabilir (132).

Obezite ve depresyonun tetiklediği faktörlerden biri ise, “siyah ve beyaz” bilişsel tarz ile karakterize olan dikotomik düşünmedir. Dikotomik düşünme, depresyon ve yeme bozuklukları için sürdürücü bir faktör olarak tanımlanmıştır ve tıknırcasına yemek yiyip diyet yapanlar arasında yaygındır (5). Yemek yeme ve kilo bakımından, dikotomik düşünme stilleri olan bireyler, yiyecekleri “iyi” veya “kötü”, kendi vücut ağırlıklarını “kabul edilebilir” veya “tamamen kabul edilemez” ve kendilerini diyete “açık” veya “kapalı” olarak görmeye meyillidirler (16)

Dikotomik düşünenler, vücut ağırlıklarını birbirini dışlayan iki kategoriden biri (kabul edilebilir veya kabul edilemez) olarak algıladıkları için, kilo alma durumu, bireylerin stres düzeyleriyle de etkilenmektedir (131). Bu nedenle, dikotomik düşünme tarzı olan obez kişilerde vücut ağırlığı ve depresyon anlamlı bir korelasyon göstermeyebilmektedir. Buna karşılık, dikotomik düşünce yapısına sahip olmayan bireyler, vücut ağırlıklarını normal algılayabilmektedir. Ancak ağırlık artışı oldukça ve algıları değiştikçe dikotomi düşünce yapısına sahip olabilmektedirler (85).

Bu düşünce yapısı, mükemmeliyetçilik de dâhil olmak üzere depresyon ve endişe gibi yeme bozukluğuyla sonuçlanan sorunlarla ilişkili olabilmektedir (133). Mükemmeliyetçi düşünce yapısına sahip bireylerin aynı zamanda dikotomi düşünce yapısına da sahip oldukları, sadece 2 yönden ‘hep ya da hiç’ mantığıyla düşündükleri görülmüştür. Obezite de tekrar kilo artış nedenlerinden biri olarak da dikotomi düşünce yapısı düşünülmektedir. Bilişsel-davranışsal teoriler, dikotomi düşüncenin, yeme bozuklukları üzerinde bir döngü oluşturduğu ve bu döngünün diyet kısıtlamaları ile tıknırcasına yeme arasında oluştuğuna dikkat çekmektedir (132, 133).

Mükemmeliyetçilik düşüncesiyle birlikte dikotomi düşünce aşırı kilo alımına sebep olabilmektedir. Bireyde etkilediği beslenme alışkanlıklarını anlık olarak terk ettiğinde, ‘uyguladığım diyeti zaten bozdum, sevdiğim şeyleri de yiyebilirim’ düşüncesi gelişirken; sonrasında suçluluk, sinir ve pişmanlık yaşanmaktadır (133). Bu psikopatofizyolojik süreçte besine karşı kısıtlama, tıknırcasına yeme ve kusma şeklinde bir döngü görülebilmektedir. Klinik ve sub – klinik yeme bozukluğu olan bireylerin de dikotomi düşünce yapısıyla ilişkili oldukları görülmüştür. Ayrıca bu düşünceye sahip bireylerde mükemmeliyetçi düşünce yapısı da yüksek korelasyonla ilişkilendirilmiştir (133).

3. BİREYLER VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Gözlemsel araştırma türündeki bu çalışma Ankara ilinde Ocak 2018 – Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma, yetişkin kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce (DTEDS) Ölçeğinin beslenme durumu ile ilişkisini saptamak amacıyla evrenden gelişigüzel seçilen, yaşları 19- 65 yaş arasında değişen, 110 hafif şişman veya obez kadın üzerinde yürütülmüştür. Bu bireylerin beden kütle indeksi 25 kg/m^2 ve üzerindedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik, güvenilirlik testleri öncelikle 30 kişilik bir grupta gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak yapılması gerektiği için yüz yüze görüşme imkânı olmayan bireyler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Araştırma 05.12.2017 tarihinde GO 17/855 sayılı karar ile Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Komisyonu tarafından etik açıdan uygun bulunmuştur (EK-3).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Hafif şişman ve obez kadınlara araştırma kapsamında ilk olarak bir anket (EK-2) uygulanmıştır. Bu anket ile bireylerin genel bilgileri, antropometrik ölçümleri ve besin tüketim sıklıkları alınmış; sonrasında Yeme Bozuklukları ile İlişkili Yeme Tutum Testi (YTT), Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği ve Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) uygulanmıştır.

Bu ölçekler uygulanmadan önce bireylere çalışmanın amacı, planı açıklanmış, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen bireylerden onam formu (EK-1) verilerek okuyup imzalamaları istenmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Anket formu

Anket formunda genel bilgiler, antropometrik ölçümler, besin tüketim sıklığı, Yeme Tutum Testi (YTT), Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği, Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) alt başlıkları yer almaktadır (EK-2).

Çalışmanın birinci aşamasında, Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeğinin (DTEDS), geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bunun için öncelikle

ölçekler araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen maddeler alanında uzman olan üç kişi tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiş ve ölçeklerin orijinal formuyla karşılaştırılmıştır. Testin anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla 20 kişiye uygulanarak gelen öneriler doğrultusunda ölçeğin son hali oluşturulmuştur. Son hali oluşturulan anketin geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi için ölçeğin madde sayısının 10 katı kadar bireye anket yapılması planlanmıştır (134).

İkinci aşamada, araştırma yetişkin kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeğinin (DTEDS) beslenme durumu ile ilişkisini saptamak amacıyla yaşları 19 - 65 yaş arasında değişen n= 110 farklı hafif şişman veya obez kadın üzerinde yürütölmüştür. Çalışmada 6 farklı veri toplama aracı kullanılmıştır.

Araştırma anketinde ilk olarak bireylere genel bilgiler soruları sorulmuştur. Bireylere birinci bölümde sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular yöneltilerek yaş aralığı, eğitim durumu ve süresi, meslek, medeni durum, gelir düzeyi, doktor tarafından tanı almış hastalık olup olmadığı, hastalıkla ilgili uygulanan diyet, sigara ve alkol kullanma durumu, öğün düzeni ve fiziksel aktivite durumu ile ilgili sorular sorulmuştur.

İkinci olarak, antropometrik ölçümler yapılmıştır. Vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm) ölçölmüştür. Bunlarla ilişkili olarak vücut yağ yüzdesi (%), beden kütle indeksi (BKİ), vücut yağ kütleli (kg), yağsız vücut kütleli (kg) hesaplanmıştır.

Üçüncü olarak bireylere 'Besin Tüketim Sıklığı' anketi uygulanmıştır. Bu sıklık anketinde bireylere tüm besin gruplarını son bir ayda ne sıklıkla tükettikleri tüketilen miktarlar ile birlikte sorgulanmıştır.

Dördüncü olarak, Yeme Tutum Testi (YTT) uygulanmıştır. 26 soruluk bu test bireylerde yeme bozukluğu riski olup olmadığına dair ipucu vermektedir. Bu test ile Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) karşılaştırılmıştır.

Beşinci olarak, Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği uygulanmıştır. Bu test ile Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) karşılaştırılmıştır.

Son olarak ise bireylere 11 maddelik Türkçeye çevrilmiş Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) uygulanmıştır.

3.3.2. Antropometrik ölçümler

Vücut ağırlığı duyarlılığı 0,1 kg olan taşınabilir terazi yardımıyla bireylerin üzerinde en hafif giysileri ile ve ayakkabısız olarak ölçülmüştür (134). Boy uzunluğunun ölçümünde bireyler ayakkabısız, ayakları yan yana, topuklar, sırt, omuzlar ve başın arka kısmı duvara değmiş halde olacak pozisyonda ayakta hazır ol duruşu ile göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü yere paralel ve aynı hizada bir başka deyişle baş-franfort düzlemde mezura yardımıyla başın en tepesinden yere kadar uzunluk cm cinsinden ölçülerek kaydedilmiştir. Kollar iki yanda ve ayakları birleşik pozisyonda en alt kaburga kemiği ve krista iliak kemik arasındaki bölge orta nokta bel hizasında yere paralel şekilde esnemeyen bir mezura yardımıyla bel çevresi ölçülmüştür (134). Bel çevresi değerlendirilirken erkeklerde 94 cm ve üzeri, kadınlarda ise 80 cm ve üzeri riskli; erkeklerde 102 cm ve üzeri ile kadınlarda 88 cm ve üzeri yüksek riskli olarak kabul edilmiştir.

Kalça çevresi ölçülürken bireyin yan tarafında durup en geniş noktadan yere paralel şekilde esnemeyen mezura ile çevre ölçülerek tam sayı ve cm olarak kaydedilmiştir (135).

Beden kütle indeksi (BKİ) toplam vücut yağı ile korelasyon gösteren bir şişmanlık değerlendirme ölçüsüdür. BKİ aşağıdaki formüle göre hesaplanmaktadır:

$$BKİ (kg/m^2) = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy uzunluğu (m}^2\text{)}$$

Bu hesaplama sonucunda elde edilen değerler, Dünya Sağlık Örgütünün Tablo 3.1.'de gösterildiği üzere yetişkin bireylerdeki BKİ sınıflaması dikkate alınarak hafif şişman ve obez bireyler sınıflamasına göre belirlenmiştir (135).

Tablo 3.1. Beden kütle indeksine göre sınıflama (135)

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Hafif şişman	≥25,00
Obez I. derece	30,00-34,99
Obez II. derece	35,00-39,99
Obez III. Derece	≥40,0

Bel ve kalça çevresi oranının saptanması için bel çevresi (cm) ve kalça çevresi (cm) mezura yardımıyla ölçülerek (123);

Bel/ kalça= Bel çevresi (cm) / Kalça çevresi (cm) formülü ile hesaplanmıştır. Bu oran literatürde “Android/ Jinoid” veya “Abdominal/ Gluteal” olarak da belirtilmekte olup yetişkinlerde bel/kalça oranının ve bel çevresinin kronik hastalıkla olan ilişkisi nedeniyle önem taşımaktadır (135). Dünya Sağlık Örgütü’nün (2011) tanımlamasına göre bel/kalça oranı erkeklerde <0,90 cm, kadınlarda <0,85 cm olmalıdır. Bu değerler risk olmadığını, bu değerlerin üstü ise obezite ve obeziteye bağlı kronik hastalıkların görülmesinde risk olduğunu göstermektedir (135). Bel çevresi ölçüldükten sonra aşağıda yer alan denklemden yararlanarak vücut yağ yüzdesi hesaplanmıştır:

Vücut Yağ Yüzdesi (%) → Erkek: $0,567 \times \text{Bel Çevresi (cm)} + 0,101 (\text{yaş-yıl}) - 31,8$

Kadın: $0,439 \times \text{Bel Çevresi (cm)} + 0,221 (\text{yaş- yıl}) - 9,4$

Bu hesaplama göre bireylerin sınıflaması şu şekilde olmaktadır (135):

Tablo 3.2. Yağ yüzdesine göre sınıflandırma

Sınıflama	Erkek	Kadın
Zayıf	<8	<15
Sağlıklı	8 – 15	15 – 22
Hafif şişman	16 – 20	23 – 26
Şişman	21 – 24	27 – 32
Çok şişman	≥25	≥32

Bir başka değerlendirme bel çevresi/ boy uzunluğu oranının belirlenmesidir. Bireylerin bel çevresi (cm), bel/boy oranlarına göre risk değerlendirmesi aşağıdaki gibi yapılmaktadır (Tablo 3.3.) (135):

Tablo 3.3. Bel çevresi/ boy uzunluğu oranına göre sınıflama (135).

	Sınıflama
Bel çevresi (cm)	
<80 cm	Risk yok
≥80 cm	Riskli
≥88 cm	Yüksek riskli
Bel çevresi/ Boy uzunluğu oranı	
<0,4	Dikkat
0,4- 0,5	Uygun
0,5- 0,6	Eylem düşün (<5 yaşta eyleme geç)

3.3.3. Besin tüketim sıklığının değerlendirilmesi

Son bir ayda bireylerin besin gruplarını ne sıklıkla tükettikleri saptanmıştır. Bu besin grupları süt ve süt ürünleri, et, yumurta, kurubaklagiller, sebze ve meyveler, ekme ve tahıllar, yağ, şeker, tatlılar ve içeceklerdir (136).

3.3.4. Yeme tutum testi (YTT)

Yirmi altı soruluk bu test bireylerde yeme bozukluğu riski olup olmadığına dair ipucu vermektedir. Yaygın olarak kullanılan bu standart testin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Bu test genel olarak kişilerin yeme tutumu alışkanlıklarını ele almaktadır (137). Sorular 6 maddelik likert tip ölçek ile değerlendirilmektedir. Toplam üç alt boyut mevcuttur: Diyet yapma davranışı, bulimik davranış ve oral kontrol davranışı.

- ✓ Diyet yapma skoru: 1, 6, 7, 10, 11, 12,14, 16, 17, 22, 23, 24, 26
- ✓ Bulimik davranış skoru: 3, 4, 9, 18, 21, 25
- ✓ Oral kontrol davranış skoru: 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20

Ölçekte, 26. soru; Daima: 0, Çok sık:0, Sık sık:0, Bazen:1, Nadiren:2, Hiçbir zaman:3 olarak; 1 – 25. maddeler ise; Daima: 3, Çok sık:2, Sık sık:1, Bazen:0 Nadiren:0, Hiçbir zaman:0 olarak puanlanmaktadır. Bu ipucu yeme bozukluğu olmayan bireyler ile anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknircasına yeme bozukluklarını birbirinden ayırmaktadır. Elde edilen skor 20'ye ulaştığında bireylerde yeme bozukluğu olduğunu düşünülmektedir. Alınan puan arttıkça yeme tutum bozukluğu daha belirgin şekilde varlığını göstermektedir (137).

3.3.5. YALE besin bağımlılığı ölçeği

Aşırı yemek tüketimi bazı özellikleri açısından madde bağımlılığına benzerlik göstermektedir. Buradan yola çıkarak “yeme bağımlılığı” başlığı ile yeni bir kavram geliştirilmiştir. Bu kavram aşırı yeme temeli olan yeme bozukluklarına dair tanımlayıcı bir rol taşımaktadır. Yale besin bağımlılığı ölçeği belirli besinlere dair bağımlılık davranışlarını tanımlamaktadır ve Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (137). Bu ölçek toplam 27 sorudan oluşmakta, 1. ile 15. soru aralığı beşli likert (hiç, ayda bir kez, ayda 2-4 kez, haftada 4 kezden fazla veya her gün şeklinde), 17. ile 24. soru aralığı ise evet-hayır olarak yanıtlanmaktadır. Son iki soru da bireylerin bağımlılık taşıdığı besinleri tanımlamaktadır (137).

Bu testin skorlamasında puanlama şu şekilde yapılmaktadır (138):

- ✓ 19, 20, 21, 22 sorularına verilen yanıtlar için 0= (0), 1=(1) puan
- ✓ 24. soru için 0 yanıtı (1) puan, 1 yanıtı (0) puan,
- ✓ 8, 10, 11. Sorulara verilen yanıtlarda 0 veya 1 işaretleyenler (0), 2-4 arası yanıtlar (1) puan
- ✓ 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16. Sorulara 0-2 arası yanıtlayanlar (0), 3-4 yanıtlayanlar (1) puan
- ✓ 1, 2, 4, 6. Sorulara 0-3 arası yanıtlayanlar (0) puan, 4 yanıtını verenler (1) puan 25. soruda 4 ve daha az işaretleyenler (0) puan, 5 seçeneğini işaretleyenler (1) puan almaktadır
- ✓ 17, 18, 23 diğer sorular için birincil olan fakat skorlanmayan sorulardır.

- ✓ 26 ve 27. sorular ise puanlandırılmaya dâhil edilmemekte, tüketimin kontrol altına alınmasında bireyin zorlandığı besinleri belirlemek üzere değerlendirilmektedir.
- ✓ Yukarıda yer alan alt boyut skorlaması için hesaplamaların ardından her bir alt boyuttan alınan skor 1 ya da daha fazla ise kriterlerin karşılandığı kabul edilip 1 puan verilerek ölçekteki semptom sayısı 3 ve fazlası ise besin bağımlılığının varlığı kabul edilmektedir. Ölçek toplamında elde edilebilecek semptom en fazla 7'dir.

Ölçek Ek-2'de yer almaktadır. Puanlamayı detaylı olarak Tablo 3.4.'da gösterilmiştir.

Tablo 3.4. YALE besin bağımlılığı ölçeği puanlanması

Soru No:	Hiç (0)	Ayda 1 (1)	Ayda 2 – 4 (2)	Haftada 2 – 3 (3)	Haftada 4 ve üstü (4)
1	0	0	0	0	1
2	0	0	0	0	1
3	0	0	0	1	1
4	0	0	0	0	1
5	0	0	0	1	1
6	0	0	0	0	1
7	0	0	0	1	1
8	0	0	1	1	1
9	0	0	0	1	1

Tablo 3.4 devamı. YALE besin bağımlılığı ölçeği puanlanması

Soru No:	Hiç (0)	Ayda 1 (1)	Ayda 2 – 4 (2)	Haftada 2 – 3 (3)	Haftada 4 ve üstü (4)
10	0	0	1	1	1
11	0	0	1	1	1
12	0	0	0	1	1
13	0	0	0	1	1
14	0	0	0	1	1
15	0	0	0	1	1
16	0	0	0	1	1

Soru No:	Hayır	Evet
17		(Skorlanmıyor)
18		(Skorlanmıyor)
19		0
20		0
21		0
22		0
23		(Skorlanmıyor)
24		0

Soru No:	Hiç	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	5 kez veya daha fazla
25	0	0	0	0	0	1

3.3.6. Yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçeği (DTEDS)

Bireylere 11 maddelik Türkçeye çevrilmiş Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS) sorulmuştur. Bu ölçek Byrne ve ekibi tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir (13). Uygulanan ölçek 4'lü Likert tipi ölçektir ve bireyler kendilerine uygun olan seçenekten (tamamen doğru değilse, 1'i; biraz doğru ise,

2'yi; oldukça doğru ise, 3'ü; çok doğru ise, 4'ü) birini işaretlemiştir. 11 maddelik bu ölçeğin 1, 4, 6, 8. maddeleri yeme alt ölçeği; geriye kalan 2, 3, 5, 7, 9, 10 ve 11. maddelerden oluşan 7 madde de genel alt ölçeği oluşturmaktadır. Bireyler sorulardan cevaplarına göre neyi işaretledilerse o doğrultuda soru başına 1 ile 4 puan arası puan alırlar. Genel skor hesaplanırken öncelikle alt ölçeklerden elde edilen toplam puanlar kendi içinde soru sayılarına bölünerek ortalamaları hesaplanmaktadır. Daha sonra bulunan bu iki alt ölçeğin puanlarının ortalaması toplanarak tekrar 2'ye bölünür ve bu çıkan sonuç ölçeğin genel skorunu vermektedir. Genel skor ise 1 ile 4 arasında olmaktadır. Bu sonuç 2'nin ne kadar üzerine çıkarsa obez bireylerde dikotomik düşünce bozukluğu ve buna bağlı yeme bozukluğu olabilir sonucuna ulaşılmaktadır (13).

3.3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket sonuçları, uygun korelasyon katsayılarına bakılarak ve uygun istatistiksel testlerle 'Statistical Package for Social Sciences' SPSS 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Ölçeğin geçerliğinin değerlendirilmesinde kapsam geçerliği için faktör analizinden yararlanılmıştır. Güvenirlik için de test tekrar test yönteminden yararlanılmıştır. (13) Test tekrar test yönteminde testin uygulandığı 110 kişiden, 30 kişiye Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS), 15 gün sonra tekrar uygulanmıştır. Her iki ölçüm arasındaki sonuçların tutarlığının değerlendirilmesinde pearson korelasyon ve sınıf içi korelasyon katsayılarından ve bland-altman grafiğinden yararlanılmıştır (137). Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS)'nin Yeme Tutum Testi (YTT) ve Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği ile korelasyonuna bakılmıştır.

Nicel verilerin ortalama, standart sapma, alt ve üst değerleri, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Tüm istatistik testlerde, $p < 0.05$ istatistiksel açıdan anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya katılan 110 kadın bireyin yaşları 19 ile 60 arasında değişmekte olup, katılımcıların yaş ortalaması $36,81 \pm 12,03$ yıl'dır. Medeni durumlarına bakıldığında 63 birey evli (%57,3), 39 birey bekâr (%35,5) ve 8 birey boşanmış veya duldur (%7,2). Eğitim durumu incelendiğinde ise, ağırlıklı olarak 66 bireyin lisans mezunu (%60,0), 34 bireyin lise mezunu (%30,9), 6 bireyin ortaokul mezunu (%5,5), 2 bireyin ilkokul mezunu (%1,8) ve 2 bireyin yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (%1,8). Meslek dağılımları açısından 28 birey öğrenci (%25,4), 23 birey memur (%20,9), 23 birey ev hanımı (%20,9), 14 birey işçi (%12,7), 14 birey emekli (%12,7), 6 birey ücretli çalışan (%5,6) ve 2 birey serbest meslek (%1,8) olarak çalışmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (yıl)		
19-30	40	36,4
31-40	25	22,7
41-50	25	22,7
51-60	20	18,2
Toplam	110	100
Medeni Durum		
Evli	63	57,3
Bekâr	39	35,5
Boşanmış/ Dul	8	7,2
Toplam	110	100
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	2	1,8
Ortaokul	6	5,5
Lise	34	30,9
Lisans	66	60,0
Yüksek lisans	2	1,8
Toplam	110	100
Meslek		
Ev hanımı	23	20,9
Serbest meslek	2	1,8
Memur	23	20,9
Ücretli	6	5,6
Emekli	14	12,7
İşçi	14	12,7
Öğrenci	28	25,4
Toplam	110	100

Araştırmaya katılanların sigara ve alkol kullanımı değerlendirildiğinde 14 kişinin halen sigara içtiği (%12,7), 15 kişinin sigara içip bıraktığı (%13,6) ve 81 kişinin sigarayı hiç içmediği (%73,6) tespit edilmiştir. Gün başına içilen sigara adedi ise $10,16 \pm 6,52$ olarak hesaplanmıştır. Alkol kullanımı açısından 14 kişinin alkol aldığı (%12,7), 96 kişinin alkol almadığı (%87,3) görülmüştür Alkol kullanan bireylerde ortalama aylık tüketilen miktar $861,43 \pm 489,35$ ml'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bireylerin sigara – alkol kullanımı

	Sayı/Ortalama	Yüzde/Standart Sapma
Sigara Kullanımı		
Halen sigara içen	14	12,7
Hiç sigara içmeyen	81	73,7
Sigara içip bırakan	15	13,6
Toplam	110	100,0
Sigara Tüketimi(adet/gün) ($\bar{X} \pm SS$)	10,16	6,52
Sigara İçme Süresi (yıl) ($\bar{X} \pm SS$)	16,37	10,04
Alkol Kullanımı		
Alkol kullanmayan	96	87,3
Alkol kullanan	14	12,7
Toplam	110	100,0
Alkol tüketimi (ml/ay) ($\bar{X} \pm SS$)	861,43	489,35

Bireylerin egzersiz alışkanlıkları Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Bireylerin 26 (%23,6)'sı düzenli olarak egzersiz yaparken, 84 (%76,4)'ü egzersiz yapmamaktadır. Yapılan egzersiz çeşitleri dağılımları incelendiğinde ise 8 (%7,3) bireyin yürüyüş, 4 (%3,6) bireyin pilates, 2 (%1,8) bireyin yüzme, 2 (%1,8) bireyin yoga, 2 (%1,8) bireyin esnetme ve 8 (%7,3) bireyin de diğer egzersiz türlerini yaptığı saptanmıştır. Haftada yapılan egzersiz sayısı 1 ile 7 arasında değişmekte ve ortalama $3,21 \pm 1,73$

defadır. Haftada yapılan egzersiz süresi 0,16 ile 30,00 saat aralığında, ortalama $3,48 \pm 7,56$ saattir (Tablo 4.3)

Tablo 4.3. Bireylerin egzersiz alışkanlıkları

	Sayı/Ortalama	Yüzde/Standart Sapma
Düzenli Egzersiz Yapma		
Durumu		
Evet	26	23,6
Hayır	84	76,4
Toplam	110	100,0
Yapılan Egzersiz Türü		
Yürüyüş	8	7,3
Pilates	4	3,6
Yüzme	2	1,8
Yoga	2	1,8
Esnetme	2	1,8
Diğer	8	7,3
Toplam	26	23,6
Egzersiz Yapma Sıklığı	3,21	1,73
(sayı/hafta) ($\bar{X} \pm SS$)		
Egzersiz Yapma Süresi	3,48	7,56
(saat/hafta) ($\bar{X} \pm SS$)		

Bireylerin sağlık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, 69 bireyin (%62,7) sağlık sorunu olmadığı, 41 bireyin (%37,3) hekim tarafından tanısı konulmuş bir sağlık sorunu olduğu tespit edilmiştir. Buna göre 16 bireye şişmanlık (%14,5), 6 birey kalp damar rahatsızlığı (%5,5), 12 birey diyabet (%10,9), 15 birey hipertansiyon (%13,6), 18 birey ülser ve gastrit (%16,4), 12 birey anemi, demir ve B₁₂ vitamini eksikliği (%10,9), 2 birey artrit, gut ve romatizmal hastalık (%1,8), 2 birey karaciğer veya safra kesesi hastalığı (%1,8), 4 birey osteoporoz (%3,6), 17 birey göz hastalığı (%15,5), 28 birey tiroit hastalığı (%25,5), 6 birey nörolojik/

psikiyatrik hastalık (%5,5), 2 birey hiperlipidemi (%1,8) ve 5 birey alerji astım (%4,5) tanısı almıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bireylerin sağlık durumlarına göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Sorunu Olmayan	69	62,7
Hekim Tarafından Tanısı Konulmuş Sağlık Sorunu Olan	41	37,3
Toplam	110	100,0
Tanısı Konulan Sağlık Sorunları		
Şişmanlık	16	14,5
Kalp Damar Hastalıkları	6	5,5
Diyabet	12	10,9
Hipertansiyon	15	13,6
Ülser, gastrit	18	16,4
Anemi (Demir, B ₁₂ eksikliği)	12	10,9
Artrit, gut, romatizmal hastalık	2	1,8
Karaciğer, safra kesesi hastalığı	2	1,8
Osteoporoz	4	3,6
Göz hastalığı	17	15,5
Tiroit hastalığı	28	25,5
Nörolojik, psikiyatrik hastalık	6	5,5
Hiperlipidemi	2	1,8
Alerji, astım	5	4,5

Araştırmaya kayılan 92 bireyin (%83,6) herhangi bir diyet uygulamadığı görülmüştür. Araştırmaya katılanların hastalığı ile ilişkili diyet uygulama durumu değerlendirildiğinde 18 bireyin (%16,4) diyet uyguladığı görülmüştür. Uyguladıkları diyet türüne bakıldığında 12 birey (%10,9) zayıflama diyeti, 2 birey (%1,8) düşük yağlı diyet, düşük kolesterolü diyet, 2 birey (%1,8) diyabetik diyet ve 2 birey (%1,8) yüksek posalı diyet uygulamaktadır. Diyeti öneren sağlık profesyoneli

sorgulandığında ise, 10 bireye doktorun (%9,1), 6 bireye diyetisyenin (%5,5) ve 2 bireye farklı bir kaynağın (%1,8) diyet önerdiği belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Bireylerin diyet uygulama durumuna göre dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli Diyet Uygulamayan	92	83,6
Düzenli Diyet Uygulayan	18	16,4
Toplam	110	100,0
Uygulanan Diyet Türü		
Zayıflama diyeti	12	10,9
Düşük yağ, düşük kolesterolü diyet	2	1,8
Diyabetik diyet	2	1,8
Yüksek posalı diyet	2	1,8
Toplam	18	16,4
Diyeti Öneren Sağlık Profesyoneli		
Doktor	10	9,1
Diyetisyen	6	5,5
Diğer	2	1,8
Toplam	18	16,4

4.2. Bireylerin Günlük Beslenme Alışkanlıkları

Bireylerin günlük beslenme alışkanlıkları değerlendirilirken günde kaç ana ve ara öğün tükettikleri, ana öğünleri atlayıp atlamadıkları, yemekleri genelde nerede ve kiminle yediklerine dair genel sorular yöneltilmiştir.

Günde tüketilen ana öğün sayısı 1 ile 3 arasında değişmekte olup ortalama $2,63 \pm 0,63$ 'dür. Günlük olarak tüketilen ara öğün sayısı 0 ile 4 arasında değişmekte olup ortalama $1,24 \pm 1,14$ 'dür. Bireylerin 86 kişiden oluşan çoğunluğu öğünlerini genelde evde yemektedir (%78,2). Bununla beraber 76 birey genelde öğünlerini ailesiyle (%69,1), 20 birey arkadaşlarıyla (%18,2) ve 14 birey kendi başına (%12,7) tüketmektedir. Bireylerin son bir yıldaki ek vitamin, mineral kullanım alışkanlıkları incelendiğinde, 13 bireyin düzenli supleman kullandığı (%11,8), 15 bireyin ise

düzensiz supleman kullandığı (%13,6) ve 82 bireyin de hiç supleman kullanmadığı belirlenmiştir. (%74,6) (Tablo 4.6)

Tablo 4.6. Bireylerin günlük beslenme alışkanlıkları

	Sayı/Ortalama	Yüzde/Standart Sapma
Ana Öğün Sayısı	2,63	0,63
(sayı/gün) ($\bar{X} \pm SS$)		
Ana Öğün Atlama Durumu		
Hayır	30	27,3
Evet	26	23,6
Bazen	54	49,1
Toplam	110	100,0
Ara Öğün Sayısı	1,24	1,14
(sayı/gün) ($\bar{X} \pm SS$)		
Öğünlerin Tüketildiği Yer		
Evde	86	78,2
Dışarıda	24	21,8
Toplam	110	100,0
Öğünlerin Birlikte Tüketildiği Kişi		
Aile ile	76	69,1
Kendi başına	14	12,7
Arkadaşlarla	20	18,2
Toplam	110	100,0
Son Bir Yıl İçinde Ek Vitamin, Mineral Kullanımı		
Evet, düzenli	13	11,8
Evet, düzensiz	15	13,6
Hayır	82	74,6
Toplam	110	100,0

4.3. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Bireylerin boy uzunlukları 145 ile 170 cm arasında değişmektedir. Boy uzunlukları ortalama $161,6 \pm 4,87$ cm'dir. Vücut yağ kütlesi ise 16,00-58,50 kg aralığında ve ortalama $29,97 \pm 8,63$ kg'dır. Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlıkları 62,80 ile 126,20 kg arasında olup, ortalama $79,25 \pm 12,61$ kg'dır. Vücut yağı yüzdesine bakıldığında değerler %25 ile %54 aralığında değişmekte olup, ortalama değer $37,57 \pm 6,20$ 'dür. Bel çevresi değerlerinin ise 72 ile 132 cm arasında

ve ortalama $92,58 \pm 13,35$ cm olduğu görülmüştür. Yağsız vücut kütlesi ise $33,30$ ile $67,70$ kg aralığında, ortalama $49,61 \pm 6,50$ kg değerindedir. Ortalama bel/kalça oranı, $0,89 \pm 0,16$, ortalama bel/boy oranı ise $0,57 \pm 0,09$ olarak ölçülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Bireylerin antropometrik ölçümleri

Antropometrik Ölçümler	Ortalama – Standart Sapma	Ortanca (Alt- Üst)
	$\bar{X} \pm SS$	
Boy uzunluğu (cm)	$161,59 \pm 4,87$	162,00 (145-170)
Vücut ağırlığı (kg)	$79,25 \pm 12,61$	77,30 (62,8-126,2)
Beden kütle indeksi (kg/ m ²)	$30,34 \pm 4,8$	29,4 (25,0-44,7)
Vücut yağ kütlesi (kg)	$29,97 \pm 8,63$	28,30 (16-58,5)
Vücut yağı yüzdesi (%)	$37,54 \pm 6,20$	37,20 (25,0-54,0)
Yağsız vücut kütlesi (kg)	$49,55 \pm 6,46$	48,90 (33,3-67,7)
Bel çevresi (cm)	$92,58 \pm 13,35$	90,0 (72,0-132,0)
Kalça çevresi (cm)	$104,99 \pm 10,45$	105,0 (86,0-130,0)
Bel/kalça oranı	$0,89 \pm 0,16$	0,87 (0,58-1,53)
Bel/boy oranı	$0,57 \pm 0,09$	0,56 (0,43-0,84)

Bireylerin yağ yüzdelerine göre dağılımları, bel çevresi (cm), bel/kalça ve bel/boy oranlarına göre risk değerlendirme sonuçları ve bireylerin BKİ sınıflamasına göre şişmanlık durumu dağılımlarına bakıldığında, 35 birey (%31,8) bel çevresi ölçümünde riskli sınıflamasında bulunurken, 65 birey (%58,2) yüksek riskli olarak saptanmıştır. Bel/kalça oranları incelediğinde 75 bireyin (%56,4) riskli grupta çıktığı görülmüştür. Bel/boy uzunluğu oranına bakıldığında 15 birey (%13,6) uygun kategoride bulunurken, 95 birey (%86,4) eylem düşünülmeli kategorisinde bulunmaktadır. Bireylerin BKİ değerlerine bakıldığında ise hafif şişman ($BKİ=25,0-29,9$ kg/m²) olarak belirlenen aralıkta 61 bireyin (%55,5) bulunduğu, obez ($BKİ=30,0$ kg/m² ve üzeri) olarak belirlenen aralıkta ise 49 bireyin (%44,5) bulunduğu saptanmıştır. Bireylerin vücut yağ yüzdelerine göre zayıf (<15) ve sağlıklı (15-22) kategorisinde kimse bulunmamıştır. Hafif şişman olan (23-26) 6 kişi (%5,4)

vardır. Şişman olarak (%27- 32) değerlendirilen 9 kişi (%8,2) bulunmuştur. Çok şişman olarak değerlendirilen (\geq %32) 95 kişi mevcuttur (%86,4). (Tablo 4.8)

Tablo 4.8. Bireylerin bel çevresi (cm), bel/kalça, bel/boy oranlarına göre risk değerlendirme sonuçları ve BKİ sınıflamasına göre şişmanlık durumu dağılımları ile vücut yağ yüzdesine göre dağılımları

Antropometrik Ölçümler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bel çevresi		
Risk yok (<80)	10	9,0
Riskli (\geq 80)	35	31,8
Yüksek riskli (\geq 88)	65	58,2
Toplam	110	100,0
Bel / Kalça Oranı		
Risk yok (<0,85)	48	43,6
Riskli (\geq 0,85)	75	56,4
Toplam	110	100,0
Bel / Boy Oranı		
Uygun (<0,5)	15	13,6
Eylem düşünülmeli (\geq 0,5)	95	86,4
Toplam	110	100,0
BKİ (kg/m²)		
Hafif şişman (25,0-29,9 kg/m ²)	61	55,5
Obez (30,0 kg/m ² ve üzeri)	49	44,5
Toplam	110	100,0
Vücut Yağ Yüzdesi		
Hafif şişman (%23 – 26)	6	5,4
Şişman (%27 – 32)	9	8,2
Çok şişman (\geq 32)	95	86,4
Toplam	110	100,0

4.4. Bireylerin Besin Tüketim Sıklığı

Bireylerin süt ve süt ürünlerini tüketim sıklığı değerlendirildiğinde her öğün süt tüketen 8 birey (%7,3) olduğu, her gün tüketen kişi sayısına bakıldığında 23 (%20,9) bireyin, haftada 1-2 kez (30 birey, %27,3) bireyin olduğu görülmüştür. Yoğurt tüketimi her gün (48 birey, %43,6); ayran tüketimi haftada 1-2 kez (50 birey, %45,5); peynir çeşitleri her gün (76 birey, %69,1) şeklinde tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

Et-yumurta ve kurubaklagil besin grubu tüketimine bakıldığında kırmızı et çoğunlukla haftada 1-2 kez (37 birey, %33,6) ve onu takiben haftada 3-4 kez (30 birey, %27,3); tavuk- hindi tüketimi 39 birey için haftada 1-2 kez (%35,5); balık türleri tüketimi 34 birey için ayda 1 kez (%30,9), 28 birey için 15 günde 1 kez (%25,5) veya 27 birey için hiç tüketmeme (%24,5) düzeyindedir. Bunlara ek olarak salam, sosis, sucuk gibi işlenmiş et ürünlerini 41 birey hiç tüketmezken (%37,3), 26 birey haftada 1-2 kez (%23,6) tüketmektedir. 63 birey sakatat hiç tüketmemektedir (%57,3) ve bunu takiben 33 birey ayda 1 kez tüketmektedir (%30,0). 43 birey her gün yumurta tüketirken (%39,1) 28 birey de haftada 1-2 kez yumurta tüketmektedir (%25,5). Çoğunluk olarak 70 birey haftada 1-2 kez (%63,6) kurubaklagil tüketmektedir. Bu besin grubundan son olarak 31 birey her gün yağlı tohumlar, ceviz ve/ veya fındık tüketmekte (%28,2) ve 28 birey de haftada 1-2 kez tüketmektedir (%25,5) (Tablo 4.10).

Sebze ve meyve besin grubundan 43 birey her gün yeşil-yapraklı sebze tüketmektedir (%39,1). 49 bireyden oluşan çoğunluk haftada 1-2 kez patates tüketmektedir (%44,5). Kuru soğan tüketimi çoğunluk olan 56 birey tarafından her gün gerçekleştirilmektedir (%50,9). Domates, havuç ve sarı sebzeleri 68 birey her gün tüketmektedir (%61,8). Diğer sebzeleri 35 birey haftada 1-2 kez (%31,8), 31 birey de haftada 3-4 kez (%28,2) tüketmektedir. 31 birey haftada 1-2 kez (%28,2), 28 birey de haftada 3-4 kez (%25,5) turunçgillerden tüketmektedir. Diğer taze meyve sularını çoğunluk olan 52 birey her gün tüketmektedir (%47,3). Taze meyve sularının tüketim dağılımları 36 birey için hiç (%32,6), 20 birey için haftada 1-2 kez (%18,2) düzeyindedir. Kuru meyve tüketimi açısından ise 25 birey her gün (%22,7), 20 birey haftada 1-2 kez (%18,2) düzeyindedir (Tablo 4.11).

Ekmek ve tahıllar besin grubundan beyaz ekmeği çoğunluğu oluşturan 28 birey her gün (%25,5) ve onu takiben 22 birey haftada 1-2 kez (%20,0) tüketmektedir. Tam tahıllı ekmekleri de 29 birey her gün (%26,4) ve takiben 21 birey her oğn (%19,1) tüketmektedir. Pirinç tüketim sıklığı 29 birey için haftada 1-2 kez (%26,4) ve 29 kişi için 15 günde 1 (%26,4) düzeyindedir. Bulgur tüketim sıklığı 51 bireyde haftada 1-2 kez (%46,4)'dir. Makarna erişte tüketim sıklığı 46 bireyde haftada 1-2 kez (%41,8) düzeyindedir. 29 birey hiç buğday unu tketmemekte (%26,5) ve 23 birey de 15 günde 1 (%20,9) tüketmektedir. Bu gruba ait son olarak kahvaltılık tahıl ürünleri 73 birey tarafından hiç tüketilmemektedir (%66,4) (Tablo 4.12).

Yağ, şeker, tatlı ve içecekler besin grubundan zeytinyağı tüketim sıklığı 50 bireyde her gün düzeyindedir (%45,5). 39 birey de ayçiçek yağını her gün tüketmektedir (%35,5). Mısırözü yağını çoğunluğu oluşturan 88 birey (%80,0); findık yağını 82 birey (%74,6); sert margarini 81 birey (%73,7); yumuşak margarini 74 birey (%67,3) hiç kullanmamıştır. 32 birey her gün (%29,1), 27 birey de haftada 1-2 kez (%24,5) tereyağı tüketmektedir. şeker tüketimi 29 bireyde her gün (%26,4), 25 bireyde ise (%22,7) hiç tüketmeme düzeyindedir. Bal-reçel ve pekmezi 37 birey haftada 1-2 kez (%33,6), 27 birey her gün (%24,6); hamur tatlılarını 28 birey 15 günde 1 kez (%25,5), 27 birey hiç (%24,5), 26 birey ayda 1 kez (%23,6); sütlü tatlıları 34 birey haftada 1-2 kez (%30,9), çikolatayı 26 birey her gün (%23,6) tüketmektedir. 62 birey hiç hazır meyve suyu tüketmemektedir (%56,4). Gazlı içecekleri 44 birey hiç tketmezken (%40,0), 28 birey haftada 1-2 kez tüketmektedir (%25,5). Maden suları tüketim sıklığı birbirine yakın olmakla birlikte, 28 bireyden oluşan çoğunluk haftada 1-2 kez tüketmektedir. Her gün 49 birey kahve (%44,6) ve 55 birey de bitki çayları (%50,0) tüketmektedir. Son olarak 94 kişiden oluşan çoğunluk alkollü içecek hiç tüketmemektedir (%85,5) (Tablo 4.13)

Tablo 4.9. Bireylerin süt ve süt ürünlerini tüketim sıklıklarının dağılımları

Besinler	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Süt ve Süt Ürünleri</i>																
Süt	8	7,3	23	20,9	5	4,5	11	10,0	30	27,3	4	3,6	2	1,8	27	24,6
Yoğurt	2	1,8	48	43,6	6	5,5	20	18,2	32	29,1	-	-	2	1,8	-	-
Ayran	2	1,8	14	12,7	3	2,7	18	16,4	50	45,5	13	11,8	6	5,5	4	3,6
Peynir çeşitleri	12	10,9	76	69,1	4	3,6	9	8,2	4	3,6	-	-	-	-	5	4,6

Tablo 4.10. Bireylerin et, yumurta ve baklagil tüketim sıklıklarının dağılımları

Besinler	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Et- Yumurta- Kurubaklagil</i>																
Kırmızı et	2	1,8	16	14,5	7	6,4	30	27,3	37	33,6	4	3,6	10	9,1	4	3,7
Tavuk, hindi	2	1,8	10	9,1	9	8,2	12	10,9	39	35,5	15	13,6	17	15,5	6	5,4
Balık türleri	-	-	-	-	2	1,8	7	6,4	12	10,9	28	25,5	34	30,9	27	24,5
Sakatatlar (karaciğer, böbrek, dalak vb)	2	1,8	-	-	-	-	-	-	2	1,8	10	9,1	33	30,0	63	57,3
İşlenmiş et ürünleri (salam, sosis vb).	-	-	2	1,8	-	-	6	5,5	26	33,6	16	14,5	19	17,3	41	37,3
Yumurta	8	7,3	43	39,1	8	7,3	18	16,4	28	25,5	3	2,7	2	1,7	-	-
Kurubaklagiller (kuru fasulye, nohut vb)	-	-	-	-	4	3,6	8	7,3	70	63,6	19	17,3	6	5,5	3	2,7
Ceviz, fındık, fıstık, badem gibi yağlı tohumlar	4	3,6	31	28,2	2	1,8	14	12,7	28	25,5	12	10,9	10	9,1	9	8,2

Tablo 4.11. Bireylerin sebze ve meyve tüketim sıklıklarının dağılımları

Besinler	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Sebze ve Meyveler</i>																
Yeşil yapraklı sebzeler	8	7,3	43	39,1	4	3,6	19	17,3	36	32,7	-	-	-	-	-	-
Sarı sebzeler (domates, havuç vb)	10	9,1	69	61,8	8	7,3	13	11,8	8	7,3	-	-	-	-	2	2,7
Patates	-	-	9	8,2	4	3,6	21	19,1	49	44,5	16	14,5	6	5,5	5	4,6
Kuru soğan	8	7,3	56	50,9	12	10,9	17	15,5	12	10,9	2	1,8	-	-	3	2,7
Diğer sebzeler	2	1,8	19	17,3	16	14,5	31	28,2	35	31,8	7	6,4	-	-	-	-
Turunçgiller	-	-	18	16,4	14	12,7	28	25,5	31	28,2	13	11,8	2	1,8	4	3,6
Diğer taze meyveler	4	3,6	52	47,3	10	9,1	24	21,8	18	16,4	-	-	-	-	2	1,8
Teze meyve suları	7	6,4	6	5,5	5	4,5	10	9,1	20	18,2	8	7,3	18	16,4	36	32,6
Kuru meyveler	-	-	25	22,7	4	3,6	18	16,4	20	18,2	12	10,9	14	12,7	17	15,5

Tablo 4.12. Bireylerin ekmek ve tahılları tüketim sıklıklarının dağılımları

Besinler	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Ekmek – Tahıllar</i>																
Beyaz ekmek türleri	28	25,5	20	18,2	2	1,8	9	8,2	22	20,0	4	3,6	4	3,6	21	19,1
Tam tahıllı ekmekler	21	19,1	29	26,4	4	3,6	8	7,3	18	16,4	8	7,3	8	7,3	14	12,6
Pirinç	-	-	6	5,5	12	10,8	10	9,1	29	26,4	29	26,4	14	12,7	10	9,1
Bulgur	-	-	2	1,8	10	9,1	10	9,1	51	46,4	23	20,9	4	3,6	10	9,1
Makarna, erişte	-	-	8	7,3	4	3,6	10	9,1	46	41,8	27	24,5	8	7,3	7	6,4
Buğday unu	2	1,8	10	9,1	2	1,8	15	13,6	14	12,7	23	20,9	15	13,6	29	26,5
Kahvaltılık ürünleri	-	-	-	-	2	1,8	-	-	17	15,4	6	5,5	12	10,9	73	66,4

Tablo 4.13. Bireylerin yağ, şeker, tatlı ve içecekleri tüketim sıklıklarının dağılımları

Besinler	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Yağ, Şeker, Tatlı, İçecekler</i>																
Zeytinyağı	22	20,1	50	45,5	3	2,7	12	10,9	4	3,6	4	3,6	2	1,8	13	11,8
Ayçiçek yağı	14	12,7	39	35,5	4	3,6	2	1,8	25	22,7	8	7,3	-	-	18	16,4
Mısırözü yağı	2	1,8	4	3,6	-	-	2	1,8	8	7,3	-	-	6	5,5	88	80,0
Fındık yağı	2	1,8	-	-	4	3,6	-	-	12	10,9	2	1,8	8	7,3	82	74,6
Sert margarin	-	-	5	4,5	2	1,8	2	1,8	14	12,8	2	1,8	4	3,6	81	73,7
Yumuşak margarin	-	-	2	1,8	-	-	2	1,8	16	14,5	10	9,1	6	5,5	74	67,3
Tereyağı	6	5,5	32	29,1	6	5,5	10	9,1	27	24,5	6	5,5	4	3,6	19	17,2
Şeker (toz, kesme)	6	5,5	29	26,4	4	3,6	11	10,0	16	14,5	11	10,0	8	7,3	25	22,7
Bal, reçel, pekmez	-	-	27	24,6	8	7,3	8	7,3	37	33,6	15	13,6	2	1,8	13	11,8
Hamur tatlıları (baklava, şekerpare vb)	-	-	-	-	6	5,5	8	7,3	15	13,6	28	25,5	26	23,6	27	24,5

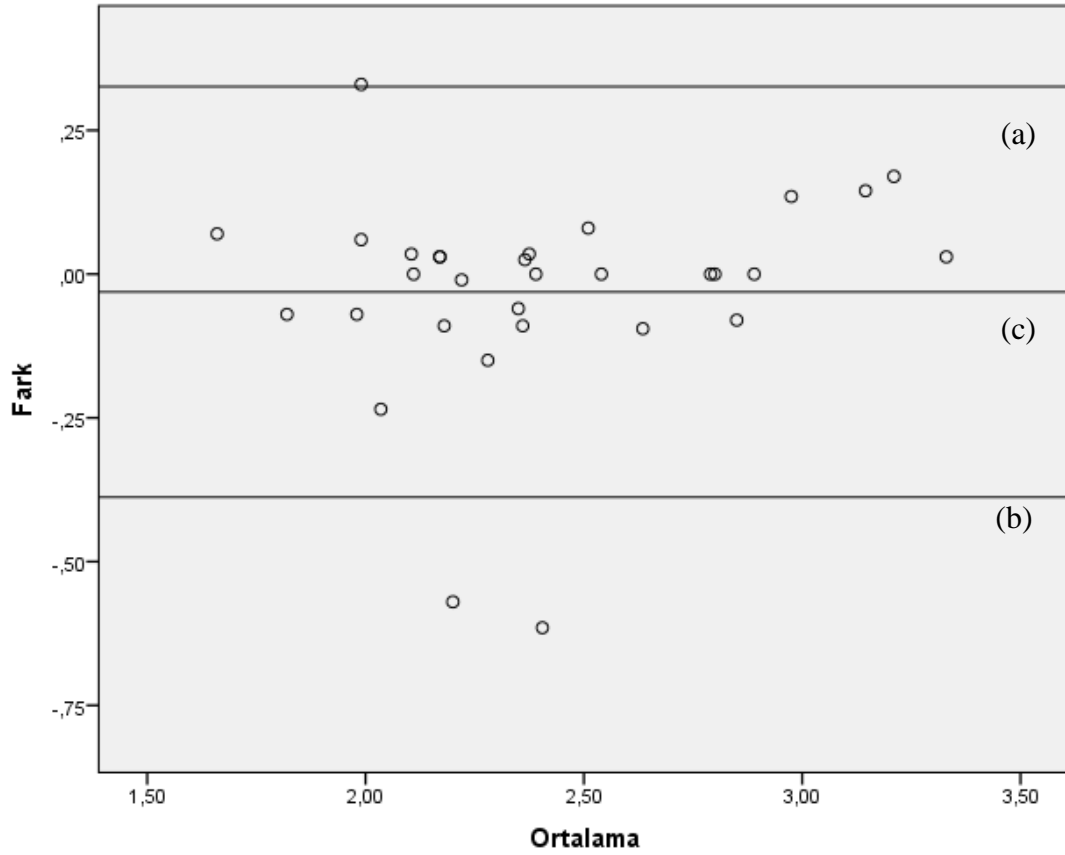
Tablo 4.13. (devamı) Bireylerin yağ, şeker, tatlı ve içecekleri tüketim sıklıklarının dağılımları (devamı)

Besinler	Her öğün		Her gün		Haftada 5-6		Haftada 3-4		Haftada 1-2		15 günde bir		Ayda bir		Hiç	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Yağ, Şeker, Tatlı, İçecekler</i>																
Sütlü dondurmalar	2	1,8	14	12,7	6	5,5	10	9,1	34	30,9	19	17,3	12	10,9	13	11,8
Çikolata	-		26	23,6	6	5,5	18	16,4	16	14,5	20	18,2	7	6,4	17	15,4
Hazır meyve suları	5	4,6	2	1,8	-		-		5	4,5	12	10,9	24	21,8	62	56,4
Gazlı içecekler	-		9	8,2	-		9	8,2	28	25,5	6	5,5	14	12,6	44	40,0
Maden suları	2	1,8	13	11,8	2	1,8	19	17,3	28	25,5	11	10,0	16	14,5	19	17,3
Kahve	13	11,8	49	44,6	2	1,8	12	10,9	13	11,8	10	9,1	8	7,3	3	2,7
Bitki çayları	28	25,5	55	50,0	4	3,6	6	5,5	4	3,6	2	1,8	4	3,6	7	6,4
Alkollü içecekler	-		3	2,7	-		-		3	2,7	6	5,5	4	3,6	94	85,5

4.5. Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği Türkçe Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizi

DTEDS ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik testi için test tekrar test yönteminden yararlanılmıştır. Her iki ölçüm arasındaki sonuçların tutarlılığının değerlendirilmesinde pearson korelasyon ve sınıf içi korelasyon katsayıları ve bland-altman grafiği ile değerlendirme yapılmıştır.

Sınıf içi korelasyon katsayısı (iç tutarlılık Cronbach Alpha değeri) açısından testin ortalama değeri 0,808 olarak bulunmuştur. Bu durum test-tekrar test korelasyonu açısından kabul edilebilir olması bakımından en az 0,700 olması gerektiği için uygun bir değerdir. Sınıf içi korelasyondaki güvenilirlik aralığı 0,607 ile 0,908 düzeyindedir. Ancak bir ölçeğin tekrarlı ölçümlerdeki tutarlılığının değerlendirilmesi için sınıf içi korelasyon testi yeterli olmayıp, Bland- Altman grafiği analizi gerekmektedir. İki ölçüm arasındaki uyum ve uyumsuzlukları daha kesin bir şekilde ortaya koymaktadır. Bunun için öncelikle her iki ölçüm ortalamalarının her hasta için tek tek farkı alınmıştır (*difference*). Bununla beraber iki ölçümün ortalamaları alınmıştır (*mean*). Bu aşamadan sonra iki ölçüm arasında belirgin bir fark olup olmadığının değerlendirilmesinde tek örneklem t testine göre iki ölçüm arasında istatistiksel anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0,351$). Bu durum ölçümler arası benzerliği işaret etmektedir. Saçılım diyagramına göre iki ölçümün ayrı ayrı ortalama farklarına (y eksen) karşı iki ölçümün ortalamalarının (x eksen) belirlenmiştir. Orta y ekseninde ortalama farklarının ortalaması alınmış ve dağılımların bu hat üzerinde dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum testin geçerliliği açısından istenen bir durumdur. Güvenilirlik limitleri belirlenmesinde üst ve alt referans limitlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Üst referans çizgisi belirlenirken, ortalama farklarının standart sapması (0,18202) 1,96 ile çarpılıp, fark ortalamasına (-0,0310) eklenmiştir. Buna göre 0,326 bulunarak üst referans çizgisi çizilmiştir. Alt referans çizgisi için de farklarının standart sapması (0,18202), 1,96 ile çarpılıp, -0,0310'dan çıkarılmıştır. Buna göre bulunan -0,388 alt referans limitidir. Bu şekilde Bland-altman grafiği elde edilmiştir. (Şekil 4.1.)



Şekil 4.1. DTEDS ölçeği Bland- Altman grafiği (a: Üst güvenilirlik referans limiti, b: Ortalama güvenilirlik değeri c: Alt güvenilirlik referans limiti).

Lineer regresyon prosedürüne göre ölçümler arası orantılı bir bias olup olmadığı değerlendirilmiş buna göre sabite değeri (coefficient) 0,075 ile istenildiği gibi 0'a yakın çıkmıştır. t testi değeri 0,940 ve $p= 0,355$ bulunmuştur. Buna göre ölçümler arası orantısız bias olmadığı bulunmuştur. Bir başka deyişle sonuçların referans değerler arasında kaldığı ve ölçümlerin uyumluluğu ile testin güvenilir olduğunu ifade etmektedir.

4.6. Bireylerin Yeme Tutum Testi Sonuçları

Bireylerin yeme tutum testi sonuçlarına göre toplam skor aralığı 5 ile 52 arasında ve ortalama $26,15 \pm 10,50$ 'dir. Bu testin kesme değeri olan 20 puan üzerinin yeme tutum bozukluğu varlığını işaret ettiği düşünüldüğünde, ortalama değer olan

26,15 ile araştırmaya katılan kadınlarda yeme tutum bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.

BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerin YTT skorlarına bakıldığında riskli grubun %62,8 (49)'ini hafif şişman bireyler oluştururken, risk olmayan grubun %62,5 (20)'ni şişman bireyler oluşturmaktadır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. BKİ sınıflamasına göre yeme tutumu (YTT) riskli olan bireyler

	YTT			
	Risk var (≥ 20)		Risk yok (< 20)	
	n:110		n:110	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif Şişman	49	62,8	12	37,5
Şişman	29	37,2	20	62,5

4.7. YALE Besin Bağımlılığı Ölçeği Sonuçları

Besin bağımlılığı semptom sayısı açısından bakıldığında semptom sayısının 1 ile 6 arasında değişmekte olduğu ve ortalama $3,05 \pm 1,37$ semptom olduğu tespit edilmiştir. Buna göre 3 üzeri olan semptomların yeme bağımlılığını işaret etmesine dayanarak bu bireylerde yeme bağımlılığı sınırda bir değer ile görülmektedir.

Geçilen bir yıllık süreçte azaltılması ya da tamamen kesilmesi amaçlanan, sorun yaşanan besinler ile bireylerin YTT ilişkisine bakılmıştır. YTT için riskli sayılan bireylerin en sık sorun yaşadığı besinler içerisinde, dondurma, (%24,4); çikolata (%53,8); yağda kızarmış hamur ve tatlılar (%44,9), kurabiye (%34,6), kek ve pastalar (%47,4), şekerleme (%46,2), pilav (%25,6), pizza (%32,1) ve gazoz (%23,1) olmuştur. bu besinler ile yaşanan sorunlar YTT için riskli olmayan bireylere göre anlamlı olarak çıkmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Bireylerin sorun yaşadığı besinlerin YTT'ye göre dağılımı (%)

Besinler	Sorum yaşama durumu	YTT		
		YTT riskli olan (YTT \geq 20) (n=78)	YTT riskli olmayan (YTT <20) (n=32)	P değeri
Dondurma	Evet	19 (24,4)	2 (6,3)	0,028*
Çikolata	Evet	42 (53,8)	9 (28,1)	0,014*
Elma	Evet	4 (5,1)	0 (0,0)	0,192
Yağda kızarmış hamur ve tatlılar	Evet	35 (44,9)	5 (15,6)	0,004*
Brokoli	Evet	2 (2,6)	2 (6,3)	0,348
Kurabiye	Evet	27 (34,6)	5 (15,6)	0,046*
Kekler ve Pastalar	Evet	37 (47,4)	7 (21,9)	0,013*
Şekerleme	Evet	36 (46,2)	5 (5,6)	0,003*
Beyaz Ekmek	Evet	15 (19,2)	5 (15,6)	0,656
Poğaç	Evet	15 (19,2)	5 (15,6)	0,656
Marul	Evet	2 (2,6)	0 (0,0)	0,361
Makarna	Evet	4 (5,1)	2 (6,3)	0,814
Çilek	Evet	2 (2,6)	0 (0,0)	0,361
Pilav	Evet	20 (25,6)	1 (3,1)	0,006*
Krakerler	Evet	13 (16,7)	1 (3,1)	0,053
Cips	Evet	37 (47,4)	10 (31,3)	0,119
Tuzlu Simit	Evet	17 (21,8)	5 (15,6)	0,462
Patates Kızartması	Evet	24 (30,8)	5 (15,6)	0,102
Havuç	Evet	2 (2,6)	0 (0,0)	0,361
Biftek	Evet	4 (5,1)	2 (6,3)	0,565
Muz	Evet	7 (9,0)	3 (9,4)	0,601
Pastırma	Evet	15 (19,2)	7 (21,9)	0,753
Hamburger	Evet	18 (23,1)	6 (18,8)	0,411
Çizburger	Evet	12 (15,4)	5 (15,6)	0,591
Pizza	Evet	25 (32,1)	4 (12,5)	0,027*
Gazoz	Evet	18 (23,1)	14 (43,8)	0,028*

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.
YTT: Yeme Tutum Testi

DTEDS ölçek puanları ile bireylerin sorun yaşadığı besinler ile ilgili yapılan analize göre anlamlı bir farklılık çıkmasa da, yağda kızarmış hamur ve tatlılar, kraker ve muz gibi besinler ile DTEDS açısından riskli bireylerin, DTEDS için riskli sayılmayan bireylere göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Bireylerin sorun yaşadığı besinlerin DTEDS'ye göre dağılımı (%)

Besinler	Sorum yaşama durumu	DTEDS		<i>p</i> değeri
		DTEDS risk var (DTEDS ≥2) (n=86)	DTEDS risk yok (DTEDS <2) (n=24)	
Dondurma	Evet	16 (18,6)	5 (20,8)	0,806
Çikolata	Evet	40 (46,5)	11 (45,8)	0,953
Elma	Evet	4 (4,7)	0 (0,0)	0,282
Yağda kızarmış hamur ve tatlılar	Evet	28 (32,6)	12 (50,0)	0,093
Brokoli	Evet	3 (3,5)	1 (4,2)	0,632
Kurabiye	Evet	25 (29,1)	7 (29,2)	0,589
Kekler ve Pastalar	Evet	32 (37,2)	12 (50,0)	0,185
Şekerleme	Evet	31 (36,0)	10 (41,7)	0,392
Beyaz Ekmek	Evet	17 (19,8)	3 (12,5)	0,313
Poğaç	Evet	18 (20,9)	2 (8,3)	0,130
Marul	Evet	2 (2,3)	0 (0,0)	0,610
Makarna	Evet	3 (3,5)	3 (12,5)	0,117
Çilek	Evet	2 (2,3)	0 (0,0)	0,610
Pilav	Evet	16 (18,6)	5 (20,8)	0,505
Krakerler	Evet	8 (9,3)	6 (25,0)	0,051
Cips	Evet	37 (43,0)	10 (41,7)	0,548
Tuzlu Simit	Evet	15 (17,4)	7 (29,2)	0,163
Patates Kızartması	Evet	26 (30,2)	3 (12,5)	0,064
Havuç	Evet	2 (2,3)	0 (0,0)	0,610
Biftek	Evet	5 (5,8)	1 (4,2)	0,610
Muz	Evet	10 (11,6)	0 (0,0)	0,076
Pastırma	Evet	19 (22,1)	5 (20,8)	0,232
Hamburger	Evet	19 (22,1)	5 (20,8)	0,570
Çizburger	Evet	13 (15,1)	4 (16,7)	0,536
Pizza	Evet	23 (26,7)	6 (25,0)	0,545
Gazoz	Evet	25 (29,1)	7 (29,2)	0,589

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.
DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği

YALE besin bağımlılığı ölçeğine göre riskli grupta olan veya olmayan bireylerin sorun yaşadığı besinler kıyaslandığında, yağda kızarmış hamur ve tatlı (%46,9), poğaç (28,1), pilav(29,7), kraker (18,8), tuzlu simit (26,6), biftek (9,4) ve pastırma (28,1) gibi besinler ile YALE açısından riskli sayılan bireylerin daha çok sorun yaşadığı görülmüştür. Bu değerlendirme sonucunda YALE açısından riskli grupta olan bireylerde, olmayanlara göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Bireylerin sorun yaşadığı besinlerin YALE'ye göre dağılımı (%)

Besinler	Sorum yaşama durumu	YALE		p değeri
		YALE risk var (YALE ≥3) (n=64)	YALE risk yok (YALE <3) (n=46)	
Dondurma	Evet	12 (18,8)	9 (19,6)	0,552
Çikolata	Evet	32 (50,0)	19 (41,3)	0,240
Elma	Evet	2 (3,1)	2 (4,3)	0,558
Yağda kızarmış hamur ve tatlılar	Evet	30 (46,9)	10 (21,7)	0,006*
Brokoli	Evet	2 (3,1)	2 (4,3)	0,558
Kurabiye	Evet	20 (31,3)	12 (26,1)	0,356
Kekler ve Pastalar	Evet	28 (43,8)	16 (34,8)	0,227
Şekerleme	Evet	29 (45,3)	12 (26,1)	0,031
Beyaz Ekmek	Evet	14 (21,9)	6 (13,0)	0,176
Poğaç	Evet	18 (28,1)	2 (4,3)	0,001*
Marul	Evet	0 (0,0)	2 (4,3)	0,173
Makarna	Evet	6 (9,4)	0 (0,0)	0,035*
Çilek	Evet	0 (0,0)	2 (4,3)	0,173
Pilav	Evet	19 (29,7)	2 (4,3)	0,001*
Krakerler	Evet	12 (18,8)	2 (4,3)	0,022*
Cips	Evet	30 (46,9)	17 (37,0)	0,200
Tuzlu Simit	Evet	17 (26,6)	5 (10,9)	0,035*
Patates Kızartması	Evet	19 (29,7)	10 (21,7)	0,239
Havuç	Evet	0 (0,0)	2 (4,3)	0,173
Biftek	Evet	6 (9,4)	0 (0,0)	0,035*
Muz	Evet	6 (9,4)	4 (8,7)	0,590
Pastırma	Evet	18 (28,1)	4 (8,7)	0,012*
Hamburger	Evet	16 (25,0)	8 (17,4)	0,341
Çizburger	Evet	11 (17,2)	6 (13,0)	0,553
Pizza	Evet	16 (25,0)	13 (28,3)	0,702
Gazoz	Evet	13 (20,3)	19 (41,3)	0,017

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.
YALE: Besin Bağımlılığı Ölçeği

BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerde riskli grupta YALE sonuçlarına bakıldığında hafif şişman bireylerin 42'sinde (%65,6), şişman bireylerin ise 22'sinde (%34,4) yeme bağımlılığı problemi olduğu, 19 hafif şişman bireyin (%41,3) ve 27 (%58,7) şişman bireyin YALE ölçeği açısından riskli grupta olmadığı görülmüştür (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. BKİ sınıflamasına göre besin bağımlılığı (YALE) riski olan bireyler

	YALE			
	Risk var (≥ 3)		Risk yok (< 3)	
	n:110		n:110	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif Şişman	42	65,6	19	41,3
Şişman	22	34,4	27	58,7

4.8. Bireylerin Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları (DTEDS)

Geçerlilik, güvenilirlik ve iç tutarlılık açısından kabul edilebilir olduğu gösterilen Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek puanı dağılımlarına bakıldığında 1,41 ile 3,71 arasında değişmekte olduğu ve ortalama $2,42 \pm 0,53$ puan olduğu tespit edilmiştir. Ölçek kesim noktası olan 2 ortalamanın üzerindeki bu değer aşırı kilolu ya da obez bireylerde yeme bozukluğu ilişkili dikotomik düşünce olduğunu göstermektedir.

BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerde DTEDS sonuçlarına bakıldığında, DTEDS açısından riskli sayılan hafif şişman bireylerin 48'inde (%55,8), şişman bireylerin ise 38'inde (%44,2) dikotomik düşünce bozukluğu ve buna bağlı yeme bozukluğu riski olduğu görülmüştür. 13 hafif şişman (%54,2) ve 11 şişman (%45,8) bireyin DTEDS puanı ise ortalama 2'nin altında kalarak risk bulunmayan sınıfta yer almıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. BKİ sınıflamasına göre dikotomi düşünce bozukluğu (DTEDS) riski olan bireyler

	DTEDS			
	Risk var (≥ 2)		Risk yok (< 2)	
	n:110		n:110	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif Şişman	48	55,8	13	54,2
Şişman	38	44,2	11	45,8

4.9. Bireylerin Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT toplam, YTT alt boyutları ve YALE korelasyonu

Test sonuçlarının diğer ölçekler ile korelasyonunun Spearman-korelasyon testine göre değerlendirilmesi sonucunda DTEDS puanı ile YALE, YTT arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir ($p > 0,05$). Bununla beraber YALE puanı ile YTT puanı arasında da pozitif yönlü korelasyon mevcuttur. Ayrıca YALE ile BKİ arasında ise negatif yönlü bir korelasyon görülmüştür ($p < 0,05$). Diğer bir deyişle BKİ arttıkça YALE puanının yani bireylerin yeme bağımlılığının azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT, YALE ölçekleri ve BKİ korelasyonu

Değişkenler	BKİ	DTEDS	YALE	YTT
BKİ	r=1			
DTEDS	p=0,132 r=-0,145	r=1		
YALE	p=0,008* r=-0,251	p=0,207 r=0,121	r=1	
YTT	p=0,417 r=-0,078	p=0,220 r=-0,118	p=0,015* r=0,231	r=1

Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. BKİ: Beden Kütle İndeksi; DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği; YALE: Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği; YTT: Yeme Tutum Testi

4.10. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Alışkanlıklarına ile Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT ve YALE Skorları İlişkisi

Sigara ve alkol kullanım bilgileri ile DTEDS, YTT ve YALE skorlarının istatistiksel ilişkisi değerlendirilmiştir.

Sigara kullanımı ile DTEDS ölçeği arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). DTEDS açısından riskli gruba bakıldığında bireylerin %79,1'i sigara içmemekte, %9,3'ü sigarayı içip bırakmış, %11,6'sı ise halen sigara içmektedir. DTEDS için riskli olmayan gruba bakıldığında ise %54,2'si sigara içmeyen, %29,2'si sigara içip bırakan, %16,7'si halen sigara içen bireylerdir.

Alkol kullanımı ile DTEDS ilişkisi de istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). DTEDS açısından riskli grupta olan 86 bireyin %93'ü alkol kullanmamakta, %7'si ise alkol kullanmaktadır. Riskli grupta olmayan 24 bireyin %66,7'si alkol kullanmamakta, %33,3'ünde ise alkol kullanımı vardır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Bireylerin sigara ve alkol kullanımlarının DTEDS ölçeğine göre karşılaştırılması

DTEDS			
	DTEDS risk var (DTEDS \geq2) (n=86)	DTEDS risk yok (DTEDS <2) (n=24)	<i>p</i> değeri
Sigara kullanımı			
Sigara içmeyen	68 (79,1)	13 (54,2)	
Sigara içip bırakan	8 (9,3)	7 (29,2)	0,025*
Halen sigara içen	10 (11,6)	4 (16,7)	
Alkol kullanımı			
Alkol kullanımı yok	80 (93,0)	16 (66,7)	0,001*
Alkol kullanımı var	6 (7,0)	8 (33,3)	

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği

Sigara kullanımı ile YTT ölçeği arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). YTT açısından riskli gruba bakıldığında 78 bireyin, %70,5'i sigara içmemekte, %19,2'si sigarayı içip bırakmış, %10,3'ü ise halen sigara içmektedir. YTT için riskli olmayan gruba bakıldığında ise toplamda 32 bireyin %81,3'ü sigara içmeyen, %18,8'si halen sigara içen bireylerdir. YTT riski olmayıp, sigara içip bırakan birey bulunmamaktadır.

Alkol kullanımı ile YTT ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). YTT sonucu riskli grupta olan 78 bireyin %82,1'i alkol kullanmamakta, %17,9'u ise alkol kullanmaktadır. YTT açısından riskli grupta olmayan bireylerin tamamında alkol kullanımı görülmemiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Bireylerin sigara ve alkol kullanımlarının YTT ölçeğine göre karşılaştırılması

	YTT		<i>p</i> değeri
	YTT riskli olan (YTT \geq 20) (n=78)	YTT riskli olmayan (YTT <20) (n=32)	
Sigara kullanımı			
Sigara içmeyen	55 (70,5)	26 (81,3)	
Sigara içip bırakan	15 (19,2)	0 (0,0)	0,020*
Halen sigara içen	8 (10,3)	6 (18,8)	
Alkol kullanımı			
Alkol kullanımı yok	64 (82,1)	32 (100,0)	0,010*
Alkol kullanımı var	14 (17,9)	0 (0,0)	

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.
YTT: Yeme Tutum Testi

YALE ölçeği ile sigara ve alkol kullanımı değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ($p>0,05$). YALE açısından riskli gruba bakıldığında 64 bireyin, %68,8'i sigara içmemekte, %12,5'i sigarayı içip bırakmış, %18,8'i ise halen sigara içmektedir. YALE için riskli olmayan gruba bakıldığında ise toplamda 46 bireyin %80,4'ü sigara içmeyen, %15,2'si sigarayı içip bırakan, %4,3'ü halen sigara içen bireylerdir. Alkol kullanımına bakıldığında, YALE için riskli grupta olan 64 bireyin %87,5'i alkol kullanmamakta, %12,5'i ise alkol kullanmaktadır. Riskli grupta olmayan bireylerin %87'si alkol kullanmamaktayken, %13'ünde alkol kullanımı vardır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Bireylerin sigara ve alkol kullanımlarının YALE ölçeğine göre karşılaştırılması

	YALE		<i>p</i> değeri
	YALE risk var (YALE ≥3) (n=64)	YALE risk yok (YALE <3) (n=46)	
Sigara kullanımı			
Sigara içmeyen	44 (68,8)	37 (80,4)	0,082
Sigara içip bırakan	8 (12,5)	7 (15,2)	
Halen sigara içen	12 (18,8)	2 (4,3)	
Alkol kullanımı			
Alkol kullanımı yok	56 (87,5)	40 (87,0)	0,933
Alkol kullanımı var	8 (12,5)	6 (13,0)	

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.
YALE: Besin Bağımlılığı Ölçeği

4.11. Bireylerin Egzersiz Yapma Alışkanlıkları ve Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT ve YALE skorları ilişkisi

Egzersiz yapma durumu ve egzersiz türünün DTEDS, YTT ve YALE ile ilişkisine bakılmıştır.

Yapılan egzersiz türüyle DTEDS arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). DTEDS açısından riskli olarak sayılan 86 bireyin %74,4'ü düzenli egzersiz yapmamakta, %25,6'sı ise düzenli egzersiz yapmaktadır. Pilates yapanların tamamı (%4,8), yürüyüş yapanların %5'i, yoga yapanların %1,2'si esnetme hareketleri yapanların tamamı (%2,4) ve diğer egzersizleri yapanların tamamı (%9,6) DTEDS için riskli grupta bulunmaktadır. Risk olmayan grupta ise 24 bireyin %75'i düzenli egzersiz yapmamakta, %25'i düzenli egzersiz yapmaktadır. Risk olmayan grupta yapılan egzersizler ise yürüyüş (%12,5), yüzme (%8,3) ve yoga (%4,2)'dir. (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Bireylerin egzersiz alışkanlıklarının DTEDS skorları ile karşılaştırılması

	DTEDS		<i>p</i> değeri
	DTEDS risk var (DTEDS ≥2) (n=86)	DTEDS risk yok (DTEDS <2) (n=24)	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu			
Evet	22 (25,6)	6 (25,0)	0,954
Hayır	64 (74,4)	18 (75,0)	
Yapılan Egzersizin Türü			
Yürüyüş	5 (5,0)	3 (12,5)	
Pilates	4 (4,8)	0 (0,0)	
Yüzme	0 (0,0)	2 (8,3)	0,027*
Yoga	1 (1,2)	1 (4,2)	
Esnetme	2 (2,4)	0 (0,0)	
Diğer	8 (9,6)	0 (0,0)	

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği

Düzenli egzersiz yapma durumu ve yapılan egzersizin türü ile YTT arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). YTT açısından riskli olarak sayılan 78 bireyin %69,2'si düzenli egzersiz yapmamakta, %30,8'i ise düzenli egzersiz yapmaktadır. Egzersiz yapıp, riskli grupta olan bireylerin %2,6'sı pilates ile ilgilenmektedir. Pilates dışında YTT için riskli grupta olup, farklı bir egzersiz yapan birey bulunmamaktadır. YTT için risk olmayan grupta ise 32 bireyin %87,5'i düzenli egzersiz yapmamakta, %12,5'i düzenli egzersiz yapmaktadır. Yürüyüş (%25,0), yüzme (%6,3), yoga(%6,3), esnetme ve diğer (%25) egzersizleri yapan bireylerin tamamı YTT için riskli olmayan gruptadır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Bireylerin egzersiz alışkanlıklarının YTT skorları ile karşılaştırılması

	YTT		<i>p</i> değeri
	YTT riskli olan (YTT \geq 20) (n=78)	YTT riskli olmayan (YTT <20) (n=32)	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu			
Evet	24 (30,8)	4 (12,5)	0,046*
Hayır	54 (69,2)	28 (87,5)	
Yapılan Egzersizin Türü			
Yürüyüş	0 (0,0)	8 (25,0)	
Pilates	2 (2,6)	2 (6,3)	
Yüzme	0 (0,0)	2 (6,3)	0,036*
Yoga	0 (0,0)	2 (6,3)	
Esnetme	0 (0,0)	2 (6,3)	
Diğer	0 (0,0)	8 (25,0)	

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.
YTT: Yeme Tutum Testi

Yapılan egzersiz türüyle YALE arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). YALE açısından riskli olarak sayılan 64 bireyin %70,3'ü düzenli egzersiz yapmamakta, %29,7'si ise düzenli egzersiz yapmaktadır. YALE için risk olmayan grupta bulunan 46 bireyin %80,4'ü düzenli egzersiz yapmamakta, %19,6'sı ise düzenli egzersiz yapmaktadır. Yürüyüş (% 12,5), yoga (%3,1) ve esnetme (%3,1) egzersizler yapanların tamamı YALE ölçeği için riskli grup arasında oldukları görülmüştür. Yüzme ile ilgilenen bireylerin tamamı (%4,4) ve diğer egzersizlerle ilgilenen bireylerin büyük bir kısmı (%13) ise YALE ölçeği için risk olmayan gruptadır (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Bireylerin egzersiz alışkanlıklarının YALE skoru ile karşılaştırılması

	YALE		<i>p</i> değeri
	YALE risk var (YALE \geq 3) (n=64)	YALE risk yok (YALE <3) (n=46)	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu			
Evet	19 (29,7)	9 (19,6)	0,229
Hayır	45 (70,3)	37 (80,4)	
Yapılan Egzersizin Türü			
Yürüyüş	8 (12,5)	0 (0,0)	
Pilates	3 (4,7)	1 (2,2)	
Yüzme	0 (0,0)	2 (4,4)	0,007*
Yoga	2 (3,1)	0 (0,0)	
Esnetme	2 (3,1)	0 (0,0)	
Diğer	2 (3,1)	6 (13,0)	

Veriler sayı (yüzde) şeklinde ifade edilmiştir. Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.
YALE: Besin Bağımlılığı Ölçeği

4.12. Bireylerin BKİ'ne göre Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT ve YALE Skorları

Bireylerin BKİ'ne göre hafif şişman (25,0-29,9) ya da obez (30,0 ve üzeri) olarak sınıflandırılmaları dâhilinde DTEDS, YTT ve YALE skorların dağılımları değerlendirilmiştir. Buna göre hafif şişman grubundaki bireyler için ortalama DTEDS skoru $2,45 \pm 0,54$, YALE skoru $3,41 \pm 1,43$, YTT skoru $28,49 \pm 9,63$ olarak çıkmıştır. Tüm ölçeklerde hafif şişman bireylerin ölçek puanı obez bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. Diğer bir ifadeyle, BKİ azaldıkça ölçek puanları artmıştır. Bu fark YALE ve YTT'de anlamlı olarak belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Bireylerin BKİ'ne göre yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT ve YALE skorları dağılımları

Ölçekler	BKİ (kg/m ²)		P değeri
	Hafif şişman (25,0-29,9 kg/m ²) (n=61)	Obez (>30,0 kg/m ²) (n= 49)	
DTEDS	2,45±0,54	2,38±0,51	0,626
YALE	3,41±1,43	2,61±1,17	0,002*
YTT	28,49±9,63	23,22±10,90	0,021*

Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Mann Whitney U testi uygulanmıştır. DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği; YALE: Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği; YTT: Yeme Tutum Testi

4.13. Bel/ kalça oranı sınıflamasına göre Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT-toplam ve YALE skorları

Bel/kalça oranına göre 0,85 altında zayıf/normal ve 0,85 ve üzeri risk/yüksek riskli olarak sınıflandırma sonucunda DTEDS, YTT ve YALE skorları ve bağımsız değişkenler Mann Whitney U testine göre istatistiksel ilişkileri ele alınmıştır. Buna göre risk olmayan grupta (<0,85), DTEDS puanı ortalama 2,38±0,47değerinde, YTT puanı ortalama 27,60±10,89 değerinde ve YALE skoru ortalama 3,15±1,30 değerinde saptanmıştır. Risk/ yüksek riskli olan grupta ise DTEDS puanı ortalama 2,45±0,57 değerinde, YTT puanı ortalama 25,02±10,13 değerinde ve YALE skoru ortalama 2,98±1,43 değerinde saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analize göre DTEDS, YTT ve YALE skorları arasında bel/ kalça oranı sınıflamasına göre fark görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Bel/ kalça oranı sınıflamasına göre yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT ve YALE skorları

Ölçekler	Bel/Kalça Oranı		<i>p</i> değeri
	Risk Yok <0,85 (n=48)	Risk/yüksek riskli ≥ 0,85 cm (n=62)	
DTEDS	2,38±0,47	2,45±0,57	0,697
YALE	3,15±1,30	2,98±1,43	0,455
YTT	27,60±10,89	25,02±10,13	0,307

Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Mann Whitney U testi uygulanmıştır. DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği; YALE: Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği; YTT: Yeme Tutum Testi

4.14. Bel/ boy oranı sınıflamasına göre Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT-toplam ve YALE skorları

Bel/boy oranına göre 0,5 altında zayıf/ normal ve 0,5 ve üzeri risk/yüksek riskli olarak sınıflandırma sonucunda DTEDS, YTT ve YALE skorları ve bağımsız değişkenlerin Mann Whitney U testine göre istatistiksel ilişkileri ele alınmıştır. Buna göre riskin olmadığı grupta DTEDS puanı ortalama 2,35±0,45değerinde, YTT puanı ortalama 26,00±13,54 değerinde ve YALE skoru ortalama 3,13±1,60 değerinde saptanmıştır. Risk/ yüksek riskli olan grupta ise DTEDS puanı ortalama 2,43±0,54 değerinde, YTT puanı ortalama 26,17±10,03 değerinde ve YALE skoru ortalama 3,04±1,34 değerinde saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analize göre DTEDS, YALE ve YTT skorları arasında bel/boy oranı sınıflamasına göre anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). YALE skoruna göre bel/boy oranı açısından risk olmayan bireylerde YALE puan ortalaması biraz daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Bel/ boy oranı sınıflamasına göre yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçek puanları ile YTT ve YALE skorları

Ölçekler	Bel/Boy Oranı		<i>p</i> değeri
	Risk Yok <0,5 (n=15)	Risk/yüksek riskli ≥ 5 cm (n=95)	
DTEDS	2,35±0,45	2,43±0,54	0,794
YALE	3,13±1,60	3,04±1,34	0,932
YTT	26,00±13,54	26,17±10,03	0,886

Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Mann Whitney U testi uygulanmıştır. DTEDS: Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği; YALE: Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği; YTT: Yeme Tutum Testi

4.15. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri ile Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT-toplam, YALE ve BKİ değerleri korelasyonu

DTEDS, YTT ve YALE skorları ile antropometrik ölçüm sonuçlarının istatistiksel olarak korelasyonu değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre sadece YALE besin bağımlılığı sonucu ile BKİ arasında negatif korelasyon vardır ($p=0,008$; $r=-0,251$). Buna göre besin bağımlılığı skoru yüksek olan bir başka deyişle besin bağımlılığı olan bireylerin BKİ değeri daha düşüktür (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. DTEDS, YTT ve YALE skorları ile antropometrik ölçüm sonuçlarının istatistiksel olarak korelasyonu

Ölçekler (S=110)	DTEDS	YTT	YALE
BKİ	p=0,156 r=-0,137	p=0,185 r=-0,128	p=0,008* r=-0,251
Vücut ağırlığı	p=0,105 r=-0,156	p=0,637 r=-0,045	p=0,108 r=-0,154
Vücut yağ kütlesi	p=0,888 r=0,014	p=0,390 r=-0,083	p=0,180 r=-0,129
Vücut yağ yüzdesi	p=0,836 r=-0,020	p=0,914 r=0,010	p=0,280 r=-0,104
Bel çevresi	p=0,071 r=-0,174	p=0,944 r=-0,007	p=0,296 r=-0,102
Bel/ kalça oranı	p=0,133 r=-0,144	p=0,227 r=0,117	p=0,324 r=-0,095
Bel/boy oranı	p=0,571 r=-0,055	p=0,100 r=-0,158	p=0,282 r=0,103

5. TARTIŞMA

Sağlıklı beslenme; sağlığı korumak, kendini iyi hissetmek ve yaşamda gerekli enerjiye sahip olmak için ihtiyaç duyulan besin öğelerini sağlayan çeşitli yiyecekleri yeterli ve dengeli düzeyde vücuda almak anlamına gelmektedir (14). Yeme bozuklukları, dünya genelinde kadınlar arasında, anoreksi ve bulimia nervoza için yaşam boyu prevalansı nadir olan ancak hayati tehlike taşıyan önemli sağlık sorunudur. Bununla beraber genel ve üreme sağlığı üzerindeki potansiyel kalıcı etkileri nedeniyle büyük bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (5-7).

Obezite vücudun harcadığı enerjiye oranla, uzun vadede enerji alımının fazla olması sonucunda gelişir. Bireyler arasında değişen genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörler obezite gelişimine katkıda bulunmaktadır (9). Bazı psikotropik ilaçların yan etkileri, obezitenin gelişmesine neden olabildiği gibi, obezite de bazı mental bozuklukların gelişimi için risk faktörü olabilmektedir. Bu nedenle her iki durum birbirini tetikleyebildiği için obezite önemli yeme bozuklukları arasında sayılmaktadır (9).

Genel olarak "hep ya da hiç" düşünme olarak adlandırılan dikotomi düşünce, olasılıkları ve olayları kutuplaşmış bir tarzda yorumlamayı içermektedir. (Ör. "İyi yapmazsam o zaman başarısız bir kişiyim") (12). Bazı araştırmalar esnek olmayan dikotomik düşünce tarzının yeme problemleriyle ilgili olduğunu göstermiştir (131). Byrne ve arkadaşları (13) ayrıca, zayıflama merkezlerine katılarak kilo vermiş olan obez kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada vücut ağırlığı ile dikotomik düşünmenin ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmaları kapsamında da daha önce hiçbir ölçek yeme ve kilo bozuklukları bağlamında iki boyutlu düşünme yapısına odaklanmadığından "Yeme Bozukluklarında Dikotomik Düşünme Ölçeği" (DTEDS)'yi geliştirmişlerdir.

Bu çalışma ile ulaşılan en önemli sonuç, DTEDS ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması sonucunda da ölçümler arası orantısal bias olmadığıdır. Detaylı ifade edilecek olursa, sonuçların referans değerler arasında kaldığı (coefficient=0,075; t=0,940, p=0,355) ve ölçümlerin uyumluluğu (cronbach alfa=0,808) ile testin güvenilir olduğu görülmektedir. Bunun ile birlikte DTEDS ölçeğinin Türkçe hali literatüre kazandırılmıştır. Çalışma, hafif şişman veya obez kadınlarda Yeme

Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS)'nin geçerlilik - güvenilirliğini belirlemek ve ölçek ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Konu başlıklarına göre ayrıntılı tartışma kısmı ilerleyen sayfalarda açıklanmıştır.

5.1. Bireylere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Gözlemsel araştırma türündeki bu çalışma Ankara ilinde gerçekleşmiştir. Araştırma, yetişkin kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce (DTEDS) Ölçeğinin beslenme durumu ile ilişkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Buna göre araştırmaya yaş ortalaması ortalama $36,81 \pm 12,03$ olan toplam 110 kadın dâhil edilmiştir. Çalışmada yaş dağılım aralıklarına bakıldığında 19 – 30 yaş aralığında 40 kadın bireye ulaşılmıştır. Bu kadınlara en sık koyulan sağlık sorunu tanısı sırasıyla tiroit hastalığı, ülser, gastrit, şişmanlık, hipertansiyon, diyabet olarak dikkat çekmektedir. Literatürde obez ya da şişman bireylerin yaşayış şekilleri ve vücut ağırlıkları ile ilişkili sorunlarını ele alan çalışmada diyabet, hipertansiyon, gastrik rahatsızlıklar ve kanser (kolon, rektum, böbrek, pankreas) tanıları da aldıkları, hipertansiyon ve diyabette birey sayısının çokluğunun ilgili çalışmayla benzer olduğu görülmüştür (139). Bir başka literatür örneğinde de obezitenin diyabet, koroner kalp hastalığı ve hipertansiyon morbidite ve mortalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir (140). Toplam 324199 hastayı içeren, BKİ'ne göre %37,4'ü şişman, %23,2'si de aşırı şişman/ obez olarak sınıflandırılan bir çalışmada, obez hastalarda sırasıyla tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık komorbiditeleri eşlik etmektedir. BKİ arttıkça kronik hastalık riskinin artabileceği görülmüştür (141).

Çalışmaya katılan şişman ya da aşırı şişman bireylerin eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde, en çok lisans mezunu olduğu ve bunu takiben lise mezunu, ortaokul mezunu, ilkokul mezunu, yüksek lisans mezunu oldukları belirlenmiştir. İran'daki yetişkinleri içeren bir çalışmada eğitim düzeyinin obezite gelişimindeki etkisi değerlendirilmiştir (142). Buna göre eğitim düzeyi ile obezite arasında ters yönlü bir ilişki gösterilmişse de ilgili çalışma, obez bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Meslek dağılımları açısından öğrenci, memur ve ev hanımı olanların yakın dağılımları söz konusudur. Buna ek olarak işçi,

emekli ya da serbest meslek sahibi olanlar da mevcuttur. Yapılan bir çalışmada yetişkin obez bireylerin mesleki aktivite düzeyi açısından daha düşük aktivite gösterdiği, bu nedenle mesleki aktivite düzeyinin obezite için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (142). Çalışmayan (öğrenci, ev hanımı) ya da aktivite açısından daha sedanter veya az aktif çalışan memurların çalışmada daha fazla olması, şişman/ obez bireylerdeki düşük mesleki aktivite bulgusunu desteklemektedir.

Araştırmaya katılanların sigara ve alkol kullanımı değerlendirildiğinde 14 kişinin halen sigara içtiği (%12,7), 15 kişinin sigara içip bıraktığı (%13,6) ve 81 kişinin sigarayı hiç içmediği (%73,7) tespit edilmiştir. Alkol kullanımı açısından 14 kişinin alkol aldığı (%12,7), 96 kişinin alkol almadığı (%87,3) görülmüştür. Cutler ve Lleras-Muney (143) daha uzun yıllar okula devam edenlerin, bir başka deyişle daha uzun eğitim süresinin sigara içme, fazla alkol tüketme, aşırı kilo alma veya obez olma olasılığının daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Eğitim düzeyi artışıyla sigara ve alkol tüketimine daha az yönelim olduğu görülmüştür. Çalışmada şişman/ obez bireylerin sigara ve alkol kullanımı yüksek oranda görülmemiştir. Yukarıda belirtildiği üzere eğitim düzeyi en çok üniversite olarak görülen bu bireylerin az düzeyde sigara ve alkol kullanması belirtilen çalışma ile uyumludur.

Bireylerin egzersiz alışkanlıklarına bakıldığında, bireylerin büyük bir çoğunluğu (%76,4) egzersiz yapmamaktadır. Bu durum vücut bileşenlerini ve beden kütle indeksini olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada haftada üç gün 8 hafta süreyle yapılan genel dayanıklılık antrenmanlarının vücut yağ yüzdesinde anlamlı bir azalma (antrenman öncesi 9,96, antrenman sonrası 9,52) olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan fiziksel aktiviteyle birlikte vücut bileşenlerinde düzelme olduğu görülebilmektedir (144). Bir başka çalışmada da mevcut çalışmayla uyumlu olarak, özellikle abdominal obezitesi olan bireylerin %51,9'unun çok düşük, %25,2'sinin de düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip olduğu ve %52,4'ünün hiç, %19,5'unun da haftada 1-2 saat egzersiz yaptığı belirtilmiştir (142).

Çalışmada sağlık sorunu olmayan 69 (%62,7) birey gözlenirken, hekim tarafından sağlık sorunu olan 41 (%37,3) birey olduğu gözlenmiştir. Bu bireylerden ise araştırmaya katılan 92 bireyin (%83,6) herhangi bir diyet uygulamadığı görülmüştür. Araştırmaya katılanların hastalığı ile ilişkili diyet uygulama durumu

değerlendirildiğinde 18 bireyin diyet uyguladığı (%16,4) görülmüştür. Uyguladıkları diyet türüne bakıldığında 12 birey zayıflama diyeti (%10,9), 2 birey düşük yağlı diyet, düşük kolesterollü diyet (%1,8), 2 birey diyabetik diyet (%1,8) ve 2 birey yüksek posalı diyet (%1,8) uygulamaktadır. Diyeti öneren sağlık profesyoneli sorgulandığında ise, 10 bireye doktorun (%9,1), 6 bireye diyetisyenin (%5,5) ve 2 bireye farklı bir kaynağın (%1,8) diyet önerdiği belirlenmiştir. Sağlık sorunlarına yönelik verilen diyetlerin doktor veya diyetisyen kontrolünde verilmediği bireylerin kendi yöntemleriyle bir beslenme planı oluşturduğu öğrenilen bir çalışmada, bireylerin vücut ağırlıklarının kontrollerini sağlamakta zorlandıkları görülmüştür (26). İlgili çalışmayla uyumlu bir başka bulgu ise şudur: Obez bireylerde yeme davranışlarını ele alan bir derlemede obez bireylerin yaklaşık %90'ının düzenli diyet yapmadığı, bunun aksine başlıca aşırı yemek yeme tutumları olduğu gösterilmiştir (143).

5.2. Bireylerin Antropometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Antropometrik ölçümlere göre 61 hafif şişman, 49 obez birey yer almaktadır. Bel çevresi, şişmanlık ve şişmanlığa bağlı kronik hastalık görülme riski açısından değerlendirildiğinde katılımcıların çoğunun (%58,2) yüksek riskli grupta olduğu (≥ 88 cm bel çevresi) tespit edilmiştir. Bel/boy oranına bakıldığında %86,4 oranında bireylerde ($>0,5$ bel/boy oranı) kronik hastalık riski nedeniyle mutlaka önlem alınması gerektiği belirlenmiştir. Bireylerin vücut yağ yüzdelerine bakıldığında 95 kişinin (%86,4) vücut yağ yüzdesi 32 ve üzerinde çıkmıştır. Vücut yağ yüzdesi 32 ve üzerinde çıkan bireyler ileri derecede obez olarak sınıflandırılmaktadır (135). Araştırmalara göre kardiyovasküler risk değerlendirilmesinde tek başına BKİ'nin yetersiz olduğu, bel/kalça oranının artan risk ile güçlü bir pozitif ilişki taşıdığı görülmüştür (145, 146). WHO (2011) tanımlamasına göre bel/kalça oranı kadınlarda $<0,85$ cm olmalıdır. Bel/kalça oranı 0,85'in üzerindeki değerlerde obezite ve obeziteye bağlı kronik hastalıkların görülmesinde risk olduğu belirtilmiştir (135). Çalışmada 75 bireyde (%56,4) bel/kalça oranı riskli olarak bulunmuştur. Mevcut çalışmada yüksek bel/kalça oranı (%56,4) ile bireylerde şişmanlık ve şişmanlığa bağlı kronik hastalık görülme riskinde artış olabileceği düşünülmüştür. Şişman ve obez bireyleri içeren farklı bir çalışmada %79,8 oranında yüksek bel/kalça oranı tespit edilmiş ve yüksek oranın özellikle diyabet ve hipertansiyon riski ile ilişkili

olduğu bulunmuştur (148). Bel/kalça oranı üzerine yapılan bir başka çalışma ise Yu ve arkadaşlarının (149) çalışmasıdır. Bu çalışmada 0,88'in üzerinde bel/kalça oranının hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet riskini arttırdığı gösterilmiştir. Yüksek bel/kalça oranı kronik hastalık riskini arttırabilmektedir.

5.3. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklıklarının Değerlendirilmesi

Obezitenin gelişimi, hareketsiz davranış, fiziksel aktivite kalıpları, sosyal ve çevresel değişkenler ve bireysel duyarlılık; genetik ve biyolojik faktörlere bağlı olmasıyla beraber büyük ölçüde uygun olmayan yiyecek tüketimi ve beslenme alışkanlıklarına bağlıdır (159). Bu nedenle çalışmada bireylerin beslenme alışkanlıkları detaylı olarak ele alınmıştır.

Çalışmada yer alan hafif şişman ve şişman bireylerin %83,6'lık çoğunluğunun diyet uygulamadığı görülmüştür. Bu bulgu aşırı kilolu ya da obez bireyleri içeren çalışmalardaki kısıtlayıcı ya da kontrollü diyet alışkanlığının bulunmaması bulguları ile uyum göstermektedir (152, 157, 158). Bireylerin %27,3'ü hiç ana öğün atlamazken, %49,1'i bazen ana öğünlerini atlayabilmektedir. Ancak bakıldığında bireylerin büyük bir çoğunluğu 2 veya 3 kez ana öğünlerini tüketmektedir. TC. Sağlık Bakanlığı'nın da önerdiği gibi bireylerin günde üç ana öğünü tüketmesi gerekmektedir. Yapılan mevcut çalışma örneğine benzer yaş ortalamasında hafif şişman ($38,20 \pm 11,48$) ve obez/ şişman ($42,17 \pm 9,24$) kadınlarda yeme alışkanlıklarını değerlendiren bir araştırmada da %94,2'lik kesimin 3 ya da daha fazla ana öğün tükettiği görülmüştür (160).

Mevcut çalışmada, katılımcıların genel olarak ara öğünleri atladıkları veya hiç tüketmedikleri görülmüştür. Ara öğün tüketimi ortalama $1,24 \pm 1,14$ hesaplanmıştır. Ara öğünün sağlık üzerine olumlu olumsuz etkilerinin incelendiği bir derlemeye göre, sağlıklı ara öğün seçiminin doygunluğu artırdığı, kilo alımını engellediği, insülin direncini düşürdüğü, mikro besin öğelerinin de yeterli alınabildiği gözlemlenmiştir (160). Benzer bulgulara sahip bir başka çalışmada aşırı şişman ve obez bireylerde günlük ara öğün tüketenlerin %29,0 oranında olduğu gösterilmiştir. Bununla beraber %55,5'lik kesimin hiçbir zaman ara öğün

tüketmediği bulunmuştur. Ancak bu bulguların aşırı şişman ve obez bireyler arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farkı görülmemiştir (161).

Çalışma bulgularına göre ana öğünler genellikle evde (%78,2) ve aile ile (%69,1) birlikte yenilmektedir. Yukarıda belirtilen benzer çalışmada da evde aile ile yemek yemek yaygın bir davranış olarak görülmüştür. Buna göre % 81,9'u her gün aileleriyle ana öğün yemekte, % 6,5'i haftada 3-4 defa, % 8'i ise haftada 1-2 defa aileleriyle ana öğün tüketmektedir (160). Aşırı şişman ve obez bireyleri içeren bir çalışmada mevcut çalışmayla yakın bir dağılımda 145 bireyin %63,6'sının her gün ailesi ile birlikte ana öğünlerini tükettiği görülmüştür. Ancak aile ile birlikte ana öğün tüketiminin BKİ'ne bağlı olarak sınıflandırılan aşırı şişman ve obez bireyler arasında anlamlı bir fark göstermediği belirtilmiştir (161).

Mevcut çalışmada hafif şişman, şişman ve çok şişman kadınlar yer almakta olup yukarıda belirtildiği üzere karbonhidrat ve yağ içeriği daha yüksek besinleri daha sıklıkla tüketme eğilimindedirler. Süt grubunda her gün en çok peynir grubunun tercih edildiği %69,1, et, yumurta ve baklagiller grubunda haftada 3 – 4 kez %27,3, haftada 1 – 2 kez %33,6 kırmızı et grubunun tercih edildiği, ceviz, fındık, fıstık, badem gibi yağlı tohumların her gün bireylerin %28'i tarafından tüketildikleri, sebze ve meyve grubundan en çok her gün kuru meyvelerin tercih edildiği (%22,7), ekmek ve tahıl grubundan her öğün en çok beyaz ekmek ve türlerinin %25,5 birey tarafından tercih edildiği görülmüştür. Katılımcılardan şekeri her gün tercih edenlerin yüzdesi 26,4, bal, reçel ve pekmezi haftada 1 – 2 kez tercih edenlerin yüzdesi 33,6'dır. %25,5 birey 15 günde 1 hamur ve şerbetli tatlı tüketmektedir. Yapılan bir çalışmada bireylerin yağlı ve şekerli besinlere yönelmeleri obezite ile ilişkilendirilmiştir. Yüksek sebze ve meyve tüketimin kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu olabileceği ve günlük beslenmede bu besinlere daha çok yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir (164). Ayrıca bireylerin karbonhidrat ve yağ içeriği daha yüksek besinleri tercih etmesi ile dikotomik düşünceye bağlı yeme bozukluğu arasında bir ilişki görülmüştür (13). Literatüre göre benzer bulgular gösteren yapılan bir çalışmada sonuç olarak, hafif şişman ya da aşırı şişman kadınlarda daha fazla öğün atlama eğilimi olduğu, bununla birlikte karbonhidrat ve yağ içeriği yüksek besinleri sıklıkla atıştırma olarak tükettiği ve yeme tutum bozuklukları olduğu ortaya koyulmuştur (154).

5.4. DTEDS, YTT ve YALE Ölçekleri ile Bireylerin Antropometrik Özellikleri Arasındaki İlişki

Bireylerin BKİ'ne göre hafif şişman (25,0-29,9) ya da obez (30,0 ve üzeri) olarak sınıflandırılmaları dâhilinde DTEDS, YTT ve YALE skorların dağılımları değerlendirildiğinde DTEDS, YALE ve YTT'de hafif şişman bireylerin ölçek puanı obez bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. BKİ azaldıkça ölçek puanları artmıştır. Bu fark YALE ve YTT'de anlamlı olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

Mevcut çalışmaya göre BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerde YTT sonuçlarına bakıldığında, BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerin YTT skorlarına bakıldığında riskli grubun (49) %62,8'ini hafif şişman bireyler oluştururken, risk olmayan grubun (20) %62,5'ni şişman bireyler oluşturmaktadır. Hafif şişman bireylerde YTT puanlarının şişman bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerde DTEDS sonuçlarına bakıldığında, DTEDS açısından riskli sayılan hafif şişman bireylerin 48'inde (%55,8), şişman bireylerin ise 38'inde (%44,2) dikotomik düşünce bozukluğu ve buna bağlı yeme bozukluğu riski olduğu görülmüştür. YALE ve BKİ ilişkisine bakıldığında hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerde riskli grupta YALE sonuçlarına bakıldığında hafif şişman bireylerin 42'sinde (%65,6), şişman bireylerin ise 22'sinde (%34,4) yeme bağımlılığı problemi olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında yeme bağımlılığı ile BKİ arasında bir ilişki olabileceği ileri sürülmektedir (149). Yeme bağımlılığı semptomları, normal kilo ve altında sabit kalırken, aşırı kilolu ve obez aralıkta artış gösterebilmekte ve ileri düzeydeki obezitede azalabilmektedir (149). Normal veya normalin altında vücut ağırlığına sahip yeme bağımlısı olan bireylerde tıknırcasına yeme bozukluğu olsa da, bu bireylerin BKİ'lerini arınma veya aralıklı diyet gibi davranışlarla sabit aralıkta tuttukları varsayılmaktadır. İleri derecede obezite olan kişilerde ikinci plato, fiziksel sınırlara ulaşmak, söz konusu olduğunda yeme bozukluğu alışkanlıklarına rağmen BKİ'de daha fazla bir artışa neden olabilmektedir. Bu ilişki, yeme bağımlılığı (veya tıknırcasına yeme) ile BKİ arasında küçük bir pozitif ilişki olduğu gerçeğine dair bir açıklama sunmaktadır. Ancak yalnızca normal ağırlıkta olan bireyler incelendiğinde BKİ ile tıknırcasına yeme arasında bir ilişki görülmemiştir (165). BKİ ile bahsedilen yeme bozukluğu arasındaki bu ilişki ilgili

çalışmada şişman bireylerde hafif şişman bireylere göre daha düşük yeme bağımlılığı yüzdesini açıklar niteliktedir.

DTEDS, YTT ve YALE ile antropometrik ölçüm sonuçları arasındaki korelasyon değerlendirildiğinde tek anlamlı ilişki BKİ ile YALE ölçeği arasında ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre bağımlılık skoru yüksek olan bir başka deyişle yeme bağımlılığı olan bireylerin BKİ değeri daha düşük çıkmıştır. Literatürde YTT testi ile antropometrik özelliklerin ilişkisine bakılmış olan bir çalışmada, YTT ile BKİ arasında bir ilişki görülmüştür. Buna göre sağlıklı kilonun üzerindeki hafif şişman/obez kadınlarda yüksek BKİ olanların yeme tutum bozukluğu olduğu ve oral kontrollerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (150). Bu durum mevcut çalışma ile uyumsuz gibi durmaktadır. Ancak ilgili çalışmaya bakıldığında YALE ve YTT testleri korelasyon göstermemektedir. Bu nedenle YALE testine göre yeme bağımlılığı normal veya zayıf bireylerde görülse de YTT'ye göre yeme tutum bozukluğu daha şişman bireylerde görülebilmektedir. Mevcut çalışmada da anlamlı ilişki YALE ile BKİ arasında çıkmıştır.

BKİ ve yeme bozukluğu semptomlarını ele alan bir çalışmada, ikisi arasında doğrudan bir ilişki saptanmış ancak bu ilişkinin ne yönde olduğunun kilo kontrol tutumlarına göre değiştiği belirtilmiştir. Bu durum kilo ile ilgili endişeli düşünce ve davranışların yalnızca yeme bozukluğu semptomlarının bağımsız bir göstergesi olmadığı, aynı zamanda BKİ ve yeme bozukluğu semptomları arasında aracı olarak da işlev gördüğü şeklinde ifade edilmiştir (151). Çalışma bulgularıyla farklı olarak, normal kilolu ve obez 39 kadını içeren bir çalışmada YALE ölçeği kullanılarak yeme bağımlılığı durumu değerlendirilmiş ancak YALE skoru ile BKİ arasında bir korelasyon tespit edilmemiştir. Çalışma sonucunda bazı bireylerin daha düşük bir kiloyu korumak için bazı (laksatif kullanımı vb.) davranışlarda bulunabileceği veya yeme bağımlılığı saptanan zayıf katılımcıların gelecekteki kilo alımı için risk altında olabilecekleri öne sürülmüştür (152).

Antropometrik değerlere göre yapılan sınıflandırmalar sonucunda bel/boy oranı ve bel/kalça oranına göre riskli ve riskli olmayan gruplar değerlendirildiğinde mevcut çalışmada DTEDS, YTT ve YALE ölçekleriyle anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Ancak literatüre göre 10, 11 ve 12. sınıfa giden öğrencilerin dâhil

edildiği bir çalışmada YTT testi skoru ve bel/boy oranı arasında pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç bel/kalça oranı ile bel/boy oranının yeme bozuklukları için prediktif değere sahip olduğunu belirtmektedir (153).

5.5. DTEDS, YTT ve YALE Ölçekleri ile Bireylerin Sorun Yaşadığı Besinler Arasındaki İlişki

Tüketilen besinlere bakıldığında YTT'ye göre yeme tutum bozukluğu olabilecek bireylerin en fazla sorun yaşadığı besinlerin özellikle dondurma, yağda kızarmış hamur ve tatlılar, kurabiye, kek ve pastalar, şekerleme, pilav, pizza ve gazoz olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). YALE besin bağımlılığı ölçeğine göre yağda kızarmış hamur ve tatlı, poğaç, pilav, kraker, tuzlu simit, biftek ve pastırma gibi besinlerde tüketimini son bir yılda azaltmak ya da tamamen kesmek isteyenlerde besin bağımlılığı sorunu olabileceği bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin genel olarak daha yağlı ve karbonhidrat içeriği yüksek besinlerle sorun yaşadıkları saptanmıştır. Yeme alışkanlıkları ve obezitenin ele alındığı bir çalışmada şekerlemeler, kırmızı et, kızartılmış gıdalar (patates kızartması vb.), atıştırmalıkların sık tüketiminin obezite ve fazla kilolu olmak ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir (160). Normalin altı, normal, aşırı şişman ve obez olarak sınıflandırılmış bireylerin yeme alışkanlıklarını karşılaştıran bir çalışmada, hayatı boyunca hiç kızartılmış gıda yemeyen bireyler %45,4 oranında tespit edilmiştir. Her gün kızartma yiyen obez bireylerin ise %18,8 gibi düşük bir oranda kaldığı dikkat çekmektedir (162). Bu bulgu çalışma ile uyum göstermemektedir. Ancak bu uyumsuzluğun ilgili çalışmanın sadece öğrencileri içermesi ve çalışmanın daha geniş yaş aralığını kapsamaması dolayısıyla farklı metabolik ve yaşam faktörlerinin söz konusu olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

DTEDS ölçek puanları ile bireylerin sorun yaşadığı besinler ile ilgili yapılan analize göre anlamlı bir farklılık çıkmasa da, yağda kızarmış hamur ve tatlı, kraker ve muz gibi besinler ile DTEDS açısından riskli bireylerin, riskli sayılmayan bireylere göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür ($p>0,05$). Dikotomik düşünceye bağlı yeme bozukluğunu besinler bazında ele alan benzer bir çalışma olmamasına karşın Cohen ve Petrie (163)'nin belirttiği üzere klinik ve subklinik yeme bozukluğu olan bireylerde asemptomatik kontrollere göre dikotomik düşünme

belirgin olarak daha fazladır. Bu nedenle yeme bozuklukları ile ilişkisi tespit edilmiş bu besinlerin dikotomik düşünceye bağlı yeme bozukluğu ilişkisi literatür ile desteklenmektedir (162,163).

5.6. Bireylerin Fiziksel Aktivitelerine Göre DTEDS, YALE VE YTT Skorlarının Değerlendirilmesi

Egzersiz yapma durumu ve egzersiz türünün DTEDS, YTT ve YALE ile ilişkisine bakıldığında, yapılan egzersiz türüyle DTEDS, YTT ve YALE arasında, düzenli egzersiz yapma durumu ile YTT arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Pilates yapanların tamamı (%4,8) DTEDS puanı açısından riskli grupta sınıflandırılırken, yürüyüş yapanların tamamı (% 12,5) YALE için riskli grup arasında sayılmıştır. Yürüyüş, yüzme, yoga ve esnetme egzersizleri yapan bireylerin tamamı YTT için riskli olmayan grup içerisinde bulunmuştur. 25-50 yaş arası, BKİ 30 kg/m^2 olan kadınların dâhil edildiği bir çalışmada fiziksel aktivite, düzenli ve sağlıklı beslenme girişiminin yeme bozukluklarını azalttığı, dolayısıyla yeme tutumlarını iyileştirdiği görülmüştür (152). YTT testi ile belirtilen fiziksel aktivitenin ilişkisinin değerlendirildiği bir başka çalışmada sadece diyet davranış skoru ile fiziksel aktivite arasında ilişki saptanmıştır (155). Buna göre fiziksel aktivite ile geçirilen zaman arttıkça diyet yapma davranış bozukluğunun arttığı görülebilmektedir. Bulimik davranış ve oral kontrol ile fiziksel aktivite arasında korelasyon saptanmamıştır. Diyete bağlı davranışlar açısından da laksatif ve aşırı gıda takviyesi kullanımı dikkat çekmektedir (155). Her ne kadar sadece ölçeğin diyet alt boyutu ile ilişki gösterilmiş olsa da yeme tutum bozukluğu açısından ilgili çalışma ile uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Yoga ile yeme davranışı ve bozukluklarını ele alan bir derlemede yoga yapan bireylerin daha sağlıklı yeme davranışı sergilediği, yeşil sebze, süt ve süt ürünleri, tam tahıllı ve soyalı besinleri tükettikleri görülmüştür. Bu nedenle yeme bozukluklarında yardımcı bir yaklaşım olarak önerilmiştir (156).

Çalışmalardan doğan farklılıkların yapılan egzersiz türü, günlük/ haftalık süre ile yapıldığı, ne kadar süredir bu alışkanlığın olduğu gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.7. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanımına Göre DTEDS, YALE VE YTT Skorlarının Değerlendirilmesi

Sigara ve alkol kullanım bilgileri ile DTEDS, YTT ve YALE skorlarının istatistiksel ilişkisi değerlendirildiğinde, sigara ve alkol kullanımı ile DTEDS ve YTT ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Ancak YALE ile sigara ve alkol durumu değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ($p > 0,05$). Sigara içme alışkanlıklarına göre bireylerin yeme davranışlarının ele alındığı bir çalışmada sigara içenlerin, içmeyenlere göre yüksek yağ içerikli fastfood ürünlerine daha fazla istek duyduğu ve sık sık acıktıkları bildirilmiştir. Bu durumun, nikotin bağımlılığının genel açlık krizleri, yüksek yağlı besinler, şekerlemeler ve karbonhidratlı besinlere olan eğilimi arttırdığı ile ilgili pozitif yönlü bir korelasyon olduğunu göstermiştir (157). Bu nedenle sigara alışkanlığı ve bu durumun tetiklediği sağlıksız beslenme davranışının birbiriyle ilişkili olabileceği görülmüştür.

Bununla beraber alkol kullanımı ile DTEDS ve YTT skorları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. YTT açısından riskli grupta olmayan bireylerin tamamında alkol kullanımı görülmemiştir. Bu duruma alkol alan birey sayısının azlığı da neden olmuş olabilir. Ancak yapılan bir çalışmada, alkol kullanımının bireylerde yeme tutum bozukluklarına neden olabileceği gösterilmiştir. Alkol ve obezite arasındaki ilişkiyi ele alan bir derlemede hafif ya da orta şiddetteki alkol tüketiminin kilo alımı, beslenme bozukluğu ya da obezite ile ilişkisini göstermezken; sık ve yoğun alkol kullanımının kilo alımı ve adipoz doku artışı ile ilişkili yeme tutumu bozukluklarını ortaya koymuştur (158). Özellikle bulimia ve anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları için risk teşkil ettiği yönünde ilişkisi aydınlatılmış olan alkol tüketiminin, 19 çalışmayı içeren bir derlemeye göre obez bireyler için direk bir risk faktörü olmadığı sonucuna varılmıştır (159). Mevcut çalışma ise sigara ve alkol kullanımının yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceğini ortaya koyarak literatüre katkı sağlamaktadır.

5.8. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Bu araştırmada yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçeği Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olup iç tutarlılık değeri 0,808 olarak iyi düzeyde kabul edilebilir olduğu görülmüştür. Öyle ki Cronbach alfa değeri 0,70 üzeri

kabul edilir olarak; 0,80 ve üzeri iyi düzeyde kabul edilebilir olarak literatürde belirtilmiştir (166). Lineer regresyon prosedürü ve t testi sonuçlarına göre ölçek ile edilen sonuçların referans değerler arasında kaldığı ve ölçümlerin uyumluluğunun yüksek olduğu, dolayısıyla testin oluşturulan Türkçe uyarlamasının güvenilir olduğu anlaşılmıştır. Bu durum çalışmanın önemli bir güçlü yönünü ifade etmektedir. Dikotomi düşünceye bağlı obezite ve ilişkili yeme bozukluklarına neden olacak besinlerin anlaşılması açısından da literatüre önemli katkıda bulunulmuştur. Yeme tutum bozuklukları ve yeme bağımlılığı ilişkili hem tanımlayıcı hem de antropometrik kimi ölçümlerin literatür ile uyumlu olması mevcut çalışmanın bir başka güçlü yönünü göstermektedir.

Çalışma sınırlılıkları açısından değerlendirildiğinde ise, yeme bozuklukları dâhilinde sadece obez ve hafif şişman bireyleri ele aldığı görülmektedir. Yeme bozuklukları genel ifadesi altında örneklemin anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu gibi diğer bozuklukları taşıyan bireyleri de içermesinin daha sonraki çalışmalar dâhilinde planlanması önerilmektedir.

Mevcut çalışmada Byrne ve arkadaşlarının (13) orijinal ölçeğin hazırlanmasında çalışıldığı gibi sadece hafif şişman ve obez bireyler ile çalışılmıştır. Normal BKİ'ye sahip bireyler değerlendirilmediği için bu durumda çalışmanın bir diğer sınırlı yönüdür. İlerleyen çalışmalarda ölçeğin kıyaslanması açısından kontrol grubu olarak normal (<25,0) BKİ'ye sahip bireylerinde değerlendirilmesi daha güçlü sonuçlar ortaya çıkaracaktır.

Ayrıca çalışma sonuçlarında zayıflama diyeti yapanların yanı sıra düşük yağlı, düşük kolesterolü diyet, diyabetik diyet gibi bazı farklı diyetlerinde yapıldığı görülmüştür. Bu durum da farklı bir sınırlılık ortaya çıkarmaktadır. Çünkü bireyler tarafından zayıflama diyeti dışındaki diyetler daha zorunlu olarak uyulabilmektedir. Farklı komorbiditelerin olması ile uygulanan diyet besin seçimi üzerindeki sonuçları etkileyebilmektedir. Bu nedenle gelecek çalışmalar için herhangi farklı bir diyet tedavisi gerektirmeyen obez bireylerle çalışılması önerilmektedir.

Sigara ve alkolün yeme bozukluğu üzerine etkilerini inceleyebilmek için sigara ve alkol kullanıp kullanmayan bireylerin daha dengeli seçilerek değerlendirilmesi önerilmektedir. Mevcut çalışmada YTT için risk olmayan gruptaki

bireylerin alkol tüketmediği gibi anlamlı sonuçlar çıksa da birey sayısının azlığı ve bu husustaki dengesiz dağılımla birlikte eşit sayıda sigara ve alkol kullanan veya kullanmayan birey olmadığı için kesin sonuçlar çıkartmak yanlış olacaktır.

Bununla beraber çalışma sadece Ankara ilindeki bireyleri içermektedir, bu nedenle coğrafi bölge, ırk ve birçok faktöre bağlı değişen yeme bozuklukları bakımından farklı kesimlerden bireylere yer verilmesi gerektiği düşünölmelidir. Ayrıca çalışmada sadece hafif şişman veya obez kadın bireyler değerlendirilmiştir. İlerleyen çalışmalarda cinsiyet faktörü açısından erkek bireyler üzerinde de ölçeğin değerlendirilmesi önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gözlemsel araştırma türündeki bu çalışma Ankara ilinde Ocak 2018 – Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma, yetişkin kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce (DTEDS) Ölçeğinin beslenme durumu ile ilişkisini saptamak amacıyla evrenden gelişigüzel seçilen, yaşları 19- 65 yaş arasında değişen, 110 hafif şişman veya obez kadını içermektedir. Yeme tutum bozukluğu durumu YTT testi ile yeme bağımlılığı durumu da YALE testi ile ele alınmıştır. Buna göre şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Bu çalışmaya yaş ortalaması $36,81 \pm 12,03$ olan 110 hafif şişman ve şişman kadın dâhil edilmiştir. Bireylerin en fazla 19-30 yaş grubuna (%36,4) dâhil olduğu görülmüştür.
2. Bireylerin %57,3'ü evli, geriye kalan bireyler (%42,8) ise bekâr veya boşanmış/duldur.
3. Eğitim düzeyi bakımından %60,0'lık kesimin lisans mezunu olduğu görülmüştür. Bununla beraber öğrenci (%25,4), ev hanımı (%20,9) ve memur (%20,9) olarak daha yaygın meslek dağılımları görülmüştür.
4. Çalışmaya katılan bireylerin %73,7'si hiç sigara kullanmamışken, %13,6'sı içip bırakmış ve %12,7'si ise halen içmektedir.
5. Bireylerin %87,3'lük kısmı alkol kullanmamaktadır. %12,7'si ise alkol almaktadır. Ortalama aylık tüketilen miktar $861,43 \pm 489,35$ ml'dir.
6. Bireylerin %76,4'ü düzenli egzersiz yapmamaktadır. Düzenli egzersiz yapan %23,6'lık kısım yürüyüş, pilates, yüzme, yoga ve esnetme egzersizleri yaptıklarını bildirmişlerdir. Yapılan egzersizler arasında çok yapılan egzersiz ise yürüyüştür (%7,3).
7. Hekim tarafından bir tanı konmamış, sağlık sorunu olmayan 69 kişi (%62,7) mevcuttur. %37,3'lük kısımlık bireyin hekim tarafından tanısı konmuş hastalığı bulunmaktadır. En çok bulunan hastalıklar tiroit hastalıkları (%25,5), ülser/gastrit (%16,4), şişmanlık (%14,5), hipertansiyon (%13,6), diyabet (%10,9), anemi (demir veya B₁₂ eksikliği) (%10,9)'dir.
8. Bireylerin %83,6'lık çoğunluğunun diyet uygulamadığı, uygulayanların (%16,4)'da doktor tavsiyesi ile (%9,1) zayıflama diyeti (%10,9) ağırlıklı bir yol izlediği görülmektedir.

9. Diyeti öneren sağlık profesyonellerine bakıldığında ağırlıklı olarak doktor (%9,1) tarafından verildiği, %5,5'lik bir kısmının ise diyetisyen tarafından verildiği görülmektedir.
10. Bireylerin günlük beslenme alışkanlıklarına bakıldığında, %27,3'ünün 3 ana öğün tükettiği, ortalama ana öğün sayısının $2,63 \pm 0,63$ olduğu ve bireylerin ortalama $1,24 \pm 1,14$ ara öğün tükettikleri görülmüştür.
11. Bireylerin %78,2'si yemeklerini evde ve çoğu (%69,1) aileleriyle yaşadığı için yemeklerini aileleriyle birlikte yemektirler.
12. Bireylerin supleman kullanıp kullanmadığı değerlendirildiğinde, son yıllarda %74,6 oranında bireyin ek vitamin, mineral kullanmadığı görülmüştür.
13. Bireylerin antropometrik ölçümlerine bakıldığında katılımcıların ortalama boy uzunluğu $161,59 \pm 4,87$ cm, ortalama vücut ağırlığı $79,25 \pm 12,61$ kg, bel çevresi ortalama $92,58 \pm 13,35$ cm, ortalama kalça çevresi $104,99 \pm 10,45$ cm, ortalama BKİ değerleri $30,34 \pm 4,38$ kg/m² olarak ölçülmüştür. Ortalama bel/kalça oranı, $0,89 \pm 0,16$, ortalama bel/boy oranı ise $0,57 \pm 0,09$ olarak ölçülmüştür.
14. Bireylerin bel çevresi (cm), bel/kalça ve bel/boy oranlarına göre risk değerlendirme sonuçlarına bakıldığında, 35 birey (%31,8) bel çevresi ölçümünde riskli (>80) sınıflamasında bulunurken, 65 birey (%59,1) yüksek riskli (>88) olarak saptanmıştır. Bel/kalça oranları incelendiğinde 75 bireyin (%56,4) riskli (>0,85) grupta çıktığı görülmüştür. Bel/boy uzunluğu oranına bakıldığında 95 birey (%86,4) eylem düşünülmeli (>0,5) kategorisinde bulunmaktadır.
15. Bireylerin BKİ değerlerine bakıldığında ise hafif şişman (25,0-29,9) olarak belirlenen aralıkta 61 bireyin (%55,5) bulunduğu, obez (30,0 ve üzeri) olarak belirlenen aralıkta ise 49 bireyin (%44,5) bulunduğu saptanmıştır.
16. Bireylerin vücut yağ yüzdelerine göre zayıf (<15) ve sağlıklı (15-22) kategorisinde kimse bulunmamıştır. Hafif şişman olan (23-26) 6 kişi (%5,4) vardır. Şişman olarak (%27- 32) değerlendirilen 9 kişi (%8,2) bulunmuştur. Çok şişman olarak değerlendirilen (≥ 32) 95 kişi mevcuttur (%86,4).
17. Bireylerin besin tüketim sıklıkları incelendiğinde yağlı ve şekerli gıdalara daha çok yöneldikleri görülmüştür. Besin gruplarına bakıldığında, Süt grubunda

her gün en çok peynir grubunun tercih edildiği %69,1, et, yumurta ve baklagiller grubunda haftada 3 – 4 kez %27,3, haftada 1 – 2 kez %33,6 kırmızı et grubunun tercih edildiği, ceviz, fındık, fıstık, badem gibi yağlı tohumların her gün bireylerin %28'i tarafından tüketildikleri, sebze ve meyve grubundan en çok her gün kuru meyvelerin tercih edildiği (%22,7), ekmek ve tahıl grubundan her öğün en çok beyaz ekmek ve türlerinin %25,5 birey tarafından tercih edildiği görülmüştür. Katılımcılardan şekeri her gün tercih edenlerin yüzdesi 26,4, bal, reçel ve pekmezi haftada 1 – 2 kez tercih edenlerin yüzdesi 33,6'dır. %25,5 birey 15 günde 1 hamur ve şerbetli tatlı tüketmektedir.

18. BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerin YTT skorlarına bakıldığında riskli grubun (49) %62,8'ini hafif şişman bireyler oluştururken, risk olmayan grubun (20) %62,5'ni şişman bireyler oluşturmaktadır.
19. BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerde riskli grupta YALE sonuçlarına bakıldığında hafif şişman bireylerin 42'sinde (%65,6), şişman bireylerin ise 22'sinde (%34,4) yeme bağımlılığı problemi olduğu görülmüştür
20. BKİ'ne göre hafif şişman ve şişman olarak gruplandırılan bireylerde DTEDS sonuçlarına bakıldığında, DTEDS açısından riskli sayılan hafif şişman bireylerin 48'inde (%55,8), şişman bireylerin ise 38'inde (%44,2) dikotomik düşünce bozukluğu ve buna bağlı yeme bozukluğu riski olduğu görülmüştür.
21. Antropometrik ölçüm sonuçları ile değerlendirilen DTEDS, YTT ve YALE ölçek skorlarının ilişkisine bakıldığında BKİ değerleri ile YALE skoru arasında negatif yönlü bir korelasyon dikkat çekmektedir. Buna göre BKİ arttıkça, yeme bağımlılığı durumu azalmaktadır ($p<0,05$).
22. Bireylerin BKİ'ne göre hafif şişman (25,0-29,9) ya da obez (30,0 ve üzeri) olarak sınıflandırılmaları dâhilinde DTEDS, YTT ve YALE skorlarının dağılımları değerlendirildiğinde, tüm ölçeklerde hafif şişman bireylerin ölçek puanı obez bireylere göre daha yüksek çıkmıştır. BKİ azaldıkça ölçek puanları artmıştır. Bu fark YALE ve YTT'de anlamlı olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

23. Bel/ kalça oranı sınıflamasına göre Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçek Puanları ile YTT ve YALE skorları incelendiğinde ortalama YTT puanı risk olmayan ($<0,85$) bel – kalça oranına sahip bireylerde daha yüksek çıkmıştır. Ancak bulunan fark anlamlı değildir ($p>0,05$).
24. Yapılan istatistiksel analize göre DTEDS, YALE ve YTT skorları arasında bel/boy oranı sınıflamasına göre anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Sonuçlar anlamlı olmasa da YALE skoruna göre bel/boy oranı açısından risk olmayan (0,5 cm'den küçük olan) bireylerde YALE puan ortalaması, riskli (0,5 cm ve üzeri olan) bireylere göre biraz daha yüksek çıkmıştır ($p>0,05$).
25. Besinler açısından dondurma, yağda kızarmış hamur ve tatlılar, kurabiye, kek ve pastalar, şekerleme, pilav, pizza ve gazoz YTT ölçeği için yeme tutum bozukluğuna neden olabilecek besinler olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).
26. DTEDS ölçek puanları ile bireylerin sorun yaşadığı besinler ile ilgili yapılan analize göre anlamlı bir farklılık çıkmasa da, yağda kızarmış hamur ve tatlı, kraker ve muz gibi besinler ile DTEDS açısından riskli bireylerin, riskli sayılmayan bireylere göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür ($p>0,05$).
27. YALE besin bağımlılığı ölçeğine göre yağda kızarmış hamur ve tatlı, poğaç, pilav, kraker, tuzlu simit, biftek ve pastırma gibi besinlerde tüketimini son bir yılda azaltmak ya da tamamen kesmek isteyenlerde besin bağımlılığı sorunu olabileceği bulunmuştur ($p<0,05$).
28. Test sonuçlarının diğer ölçekler ile korelasyonunun Spearman-korelasyon testine göre değerlendirilmesi sonucunda DTEDS puanı ile YALE, YTT arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bununla beraber YALE puanı ile YTT puanı arasında da pozitif yönlü korelasyon mevcuttur.
29. Sigara ve alkol kullanım bilgileri ile DTEDS, YTT ve YALE skorlarının istatistiksel ilişkisi değerlendirilmiştir. Sigara ve alkol kullanımı ile DTEDS ve YTT ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Ancak YALE ile sigara ve alkol durumu değerlendirildiğinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ($p>0,05$).
30. Egzersiz yapma durumu ve egzersiz türünün DTEDS, YTT ve YALE ile ilişkisine bakılmıştır. Yapılan egzersiz türüyle DTEDS, YTT ve YALE

arasında, düzenli egzersiz yapma durumu ile YTT arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Pilates yapanların tamamı (%4,8) DTEDS puanı açısından riskli grupta sınıflandırılırken, yürüyüş yapanların tamamı (%12,5) YALE için riskli grup arasında sayılmıştır. Yürüyüş, yüzme, yoga ve esnetme egzersizleri yapan bireylerin tamamı YTT için riskli olmayan grup içerisinde bulunmuştur

31. DTEDS ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması sonucunda da ölçümler arası orantısal bias olmadığı bulunmuştur. Detaylı ifade edilecek olursa, sonuçların referans değerler arasında kaldığı (coefficient=0,075; $t=0,940$, $p=0,355$) ve ölçümlerin uyumluluğu (cronbach alfa=0,808) ile testin güvenilir olduğu görülmektedir.

6.2. Öneriler

Bireyin tüm yaşantısı boyunca yaşadığı deneyimleri, sorunları ve maruz kaldığı stress besin alımını etkileyebildiği gibi tüketilen besinlerde vücut sağlığını etkilemektedir. Vücut ölçülerini algılayış şekli, vücut ağırlığının önerilenin üzerine çıkması bireyler üzerinde fizyolojik sağlığın bozulmasının yanı sıra günden güne oluşan psikolojik bir baskı da oluşturabilmektedir.

Yeterli ve dengeli beslenme hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığımız için çok önemlidir. Besin gruplarının önerilen porsiyon miktarlarının tüketilmesi, hangi besinlerin tercih edildiği ve ne sıklıkla yendiği, kısacası besin örüntüsüne dikkat edilmelidir. Bireyler bu konuda uzman kişiler tarafından bilgilendirilmelidir.

Obezite, mükemmeliyetçilik düşüncesi, tıknırcasına yeme ve dikotomi düşünce birbirini tetikleyebilen psikolojik sorunlar olduğu için obezitenin ve yeme bozukluğunun altında yatan nedenler daha ayrıntılı araştırılmalı ve gerekirse bireylere psikolojik destek sağlanmalıdır. Özellikle, BKİ'i 25,0-29,9 kg/m^2 değerlerinde olan bireylerde dikkat çeken yeme bağımlılığı sorunu, ileride söz konusu olabilecek yeme bozukluğu ya da ilişkili sağlık sorunları açısından değerlendirilmeli ve konuya önem verilerek gerekli destek ve girişimler sağlanmalıdır.

Yukarıda belirtilen yeme tutum bozukluğu ve dikotomik düşünceye bağlı yeme bozukluğu gelişiminin kontrol altına alınması için bireylerin tükettikleri besinler dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Özellikle bireylerin dondurma, çikolata, yağda kızarmış hamur ve tatlı, poğaç, pilav, kraker, tuzlu simit, kurabiye, kek-pasta, şekerleme, pilav, pizza, gazoz, biftek, pastırma, muz gibi besinlerle sorun yaşadıkları görüldüğü için bu besinlere dikkat edilmelidir.

Sigara ve alkol kullanımının yeme tutum bozukluğuna yol açabildiği saptandığından, sigara ve alkolün kronik düzeylerde tüketiminin önlenmesi ya da bunları tüketen bireylerin beslenmelerinin dikkatle takibe ve değerlendirmeye alınması önerilmektedir.

Ayrıca, düzenli egzersiz ve fiziksel aktivitenin hem fiziksel hem mental sağlık için çok önemli olduğu göz önüne alındığında bireylerin yaşına, vücut ağırlığına ve metabolizma düzeyine göre uygun fiziksel aktiviteye yönlendirilmesinin teşvik edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Yeme bozukluklarının teşhisinde kullanılan pek çok ölçek bulunmaktadır. Bu testlerin geçerliliği ve güvenilirliğinin çalışılması oldukça önemlidir. Hem psikolojik hem de yeme bozukluğuna sahip alt ölçeği olan ve bu iki durumu aynı anda sorgulayan çok fazla test bulunmamaktadır. Gelecekte bu konu üzerine çalışmaların yapılması ve yeni testlerin literature kazandırılmasının önemi unutulmamalıdır.

Onbir maddelik Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce Ölçeği (DTEDS), yeme alt ölçeği ve genel psikolojik durumu değerlendiren alt ölçeği olan iki alt ölçekli bir testtir. Bu ölçek ile ilgili beslenme durumu ile ilişkilendirilen çalışma sayısı literatürde çok azdır ve bu ölçeğin daha aktif kullanılabilmesi için bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Tüm bunların sonucunda yeme bozukluklarının tedavisinde doktor, diyetisyen ve psikolog işbirliğiyle çok yönlü bir tedavi yaklaşımı uygulanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. “Designing the road to better health and well-being in Europe” at the 14th European Health Forum Gastein http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf
2. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Sted.* 2005;14(8):174-179.
3. Andersen AE, Yager J. Eating disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Lippincott Williams and Wilkins: Philadelphia; 2009. pp. 2128–49.
4. Pritts S D, Susman J. Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care, *Am Fam Physician*, 2003; 67(2), 297-304.
5. Fairburn C G, Harrison P J. Eating disorders, *Lancet*, 2003;361, 407–16.
6. Sanlier N, Yassibas E, Bilici S et al. Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index, *Ecol Food Nutr*, 2016; 55(3),266-78.
7. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*. 2009;16(2), 75-81.
8. Bernstein M, Treyzon L, Li Z. Are High-Protein, Vegetable-Based Diets Safe for Kidney Function? A Review of the Literature, *J Am Diet Assoc*. 2007;107,644-650.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
10. Polivy J, Herman CP. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:187–214. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
11. Linehan, M. M. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press, 1993.
12. Oshio A. Development and validation of the Dichotomous thinking inventory. *Social Behavior And Personality*. 2009; 37(6), 729-742.

13. Byrne SM, Allen KL, Dove ER, Watt FJ, Nathan PR. The reliability and validity of the dichotomous thinking in eating disorders scale. *Eat Behav.* 2008 Apr;9(2):154-62. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.07.002. Epub 2007 Jul 18.
14. Dinu M, Pagliai G, Sofi F. A Heart-Healthy Diet: Recent Insights and Practical Recommendations. *Curr Cardiol Rep.* 2017;19(10):95. doi: 10.1007/s11886-017-0908-0.
15. US Dep. Agric. (USDA), US Dep. Health Hum. Serv. (USDHHS). 2010. Dietary Guidelines for Americans, 2010. Washington, DC: US Gov. Print. Off.
<https://www.cnpp.usda.gov/Publications/DietaryGuidelines/2010/PolicyDoc/PolicyDoc.pdf>
16. Inst. Med. (IOM). 2005. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Panel on Macronutrients, Panel on the Definition of Dietary Fiber, Subcommittee on Upper Reference Levels of Nutrients, Subcommittee on Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes, and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Washington, DC: Natl. Acad. Press. <http://www.nap.edu/catalog/10490.html>
17. World Health Organ. (WHO), FAO. 2003. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Rep. Jt. WHO/FAO Expert Consult. Rep. 916. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf
18. Hayes O, Trulson MF, Stare FJ. Suggested revisions of the Basic 7. *J. Am. Diet Assoc.* 1955; 31:1103–7
19. American Dietetic Association, Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: vegetarian diets. *Can J Diet Pract Res.* 2003; 64(2): 62–81.
20. Craig WJ, Mangels AR (2009) American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(7): 1266–82
21. Key TJ, Appleby PN, Rosell MS. Health effects of vegetarian and vegan diets. *Proc Nutr Soc.* 2006; 65(1): 35–41.

22. Key TJ, Appleby PN, Davey GK, Allen NE, Spencer EA, et al. Mortality in British vegetarians: review and preliminary results from EPIC-Oxford. *Am J Clin Nutr.* 2003; 78: 533s–58s.
23. Craig WJ. Nutrition concerns and health effects of vegetarian diets. *Nutr Clin Pract.* 2010; 25(6): 613–20.
24. Deriemaeker P, Alewaeters K, Hebbelinck M, Lefvre J, Philippaerts R, et al. Nutritional status of Flemish vegetarians compared with non-vegetarians: a matched sample study. *Nutrients* 2010; 2(7): 770–80.
25. Gacek M. Selected lifestyle and health condition indices of adults with varied models of eating. *Rocz Pantsw Zakl Hig.* 2010; 61(1): 65–69
26. Vang A, Singh PN, Lee JW, Haddad EH, Brinegar CH. Meats, processed meats, obesity, weight gain and occurrence of diabetes among adults: findings from Adventist Health Studies. *Ann Nutr Metab.* 2008; 52(2): 96–104.
27. Boutron-Ruault MC, Senesse P, Meance S, Belghiti C, Faivre J. Energy intake, body mass index, physical activity, and the colorectal adenoma-carcinoma sequence. *Nutr Cancer.* 2001;39: 50–57.
28. Çelik N. Besin Piramidi. İnternet erişimi: <https://www.doktortakvimi.com/blog/besin-piramidi> (Erişim tarihi: 24.01.2019)
29. Küçük BN. Dört yapraklı yonca. <https://unifestal.com/medicine/dort-yaprakli-yonca/> Erişim tarihi: 23.03.2019
30. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. 2015.
31. American Medical Association AMA Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting [Internet] 2013 (Erişim: 05.01.2019). Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting.page>.
32. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in

- children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2013;384 (9945): 766-781
33. Stevens GA, Singh GM, Lu Y, Danaei G, Lin JK, Finucane MM, et al. National, regional, and global trends in adult overweight and obesity prevalences. *Popul Health Metr*. 2012;10(1):22.
 34. Kelly T, Yang W, Chen C-S, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes* 2005. 2008;32(9):1431–7.
 35. Wang Y, Beydoun MA, Liang L, Caballero B, Kumanyika SK. Will all Americans become overweight or obese? estimating the progression and cost of the US obesity epidemic. *Obes Silver Spring Md*. 2008;16(10):2323–30
 36. Hu FB. Obesity and Mortality: Watch Your Waist, Not Just Your Weight. *Arch Intern Med*. 2007;167(9):875
 37. Hruby, A., & Hu, F. B. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *PharmacoEconomics*. 2015; 33(7): 673-89.
 38. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. 2015;377(1):13–27. doi:10.1056/NEJMoa1614362
 39. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Childhood and Adult Obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*. 2014;311(8):806
 40. Von Ruesten A, Steffen A, Floegel A, van der ADL, Masala G, Tjønneland A, et al. Trend in obesity prevalence in European adult cohort populations during follow-up since 1996 and their predictions to 2015. *PLoS One*. 2011;6(11):e27455.
 41. Berghöfer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC Public Health*. 2008;8(1):200.
 42. Marques A, Peralta M, Naia A, Loureiro N, de Matos MG. Prevalence of adult overweight and obesity in 20 European countries, 2014. *Eur J Public Health*. 2018;28(2):295-300. doi: 10.1093/eurpub/ckx143.
 43. Pineda R, Sanchez-Romero LM, Brown M, Jaccard A, Jewell J, Galea G, Weber L, Breda J. Forecasting Future Trends in Obesity across Europe: The Value of Improving Surveillance. *Obes Facts* 2018;11:360-371

44. Skinner AC, Ravanbakht SN, Skelton JA, Perrin EM, Armstrong SC. Prevalence of Obesity and Severe Obesity in US Children, 1999-2016. *Pediatrics*. 2018;141(3). pii: e20173459. doi: 10.1542/peds.2017-3459.
45. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu - Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Erişim: <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>
46. Navruz S, Acar Tek N. Yüksek Proteinli Diyet Akımlarının Vücut Ağırlığının Korunması Ve Sağlık Üzerine Kısa Ve Uzun Dönemli Etkileri, Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2014; 3(1).
47. Francischi RP, Pereira LO, Freitas CS, et al. Obesity: update in its etiology, morbidity and treatment. *Rev Nutr*. 2000;13:17–28. Portuguese.
48. Pereira-Lancha LO, Campos-Ferraz PL, Lancha AH Jr. Obesity: considerations about etiology, metabolism, and the use of experimental models. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2012;5:75–87. doi:10.2147/DMSO.S25026
49. Marks DF. Homeostatic theory of obesity. *Health Psychol Open*. 2015;2(1):2055102915590692.
50. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: Overview of Prevalence, Etiology, and Treatment. *Physical Therapy*, 2003; 83(3): 276-288
51. Willoughby D, Hewlings S, Kalman D. Body Composition Changes in Weight Loss: Strategies and Supplementation for Maintaining Lean Body Mass, a Brief Review. *Nutrients*. 2018;10(12):1876. Published 2018 Dec 3. doi:10.3390/nu10121876
52. Martinez JA. Body-weight regulation: causes of obesity. *Proc Nutr Soc*. 2000; 59(3):337-45.
53. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Integration of Medical Nutrition Therapy and Pharmacotherapy. *J Am Diet Assoc*. 2010; 110:950-956
54. Arathuzik GG, Goebel-Fabbri AE. Nutrition therapy and the management of obesity and diabetes: an update. *Curr Diab Rep*. 2011;11(2):106-10. doi: 10.1007/s11892-011-0176-0.

55. Shewmake RA, Huntington MK. Nutritional treatment of obesity. *Prim Care*. 2009;36(2):357-77. doi: 10.1016/j.pop.2009.01.010.
56. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türk Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER). Yayın No: 1031, Ankara, 2016.
57. Pawlak DB, Ebbeling CB, Ludwig DS. Should obese patients be counselled to follow a low-glycemic index diet? Yes. *Obes Rev* 2002;3:235-43
58. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Nutrition therapy. *Can J Diabet* 2003;27(Suppl 2):S27-31.
59. Ludwig DS. The glycemic index: physiological mechanisms relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease. *JAMA* 2002;287:2414-23.
60. Brand-Miller J. Glycemic load and chronic disease. *Nutr Rev* 2003;61:S49-55. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author, 2013.
61. Son G, Hoeken D, Bartelds A, Furth E, Hoek H. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 189,562-563.
62. Polivy J, Herman P C. Causes Of Eating Disorders, *Annu. Rev. Psychol.* 2002; 53, 187–213.
63. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. *Clin Dermatol*. 2004;22(4):332-7.
64. Değirmenci T, Kalkan-Oğuzhanoglu N, Sözeri-Varma G, Özdel O, Fenkçi S. Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. *Noro Psikiyatrs Ars*. 2015;52(1):42–46. doi:10.5152/npa.2015.6904
65. Nemiary, D., Shim, R., Mattox, G., & Holden, K. The Relationship Between Obesity and Depression Among Adolescents. *Psychiatric annals*. 2012; 42(8): 305-308.
66. Raymond, N.C., Mussell, M.P., Mitchell, J.E., de Zwaan, M., & Crosby, R.D. An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 18:135–143
67. Kuehnel, R.H., & Wadden, T.A. Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*. 1994; 15:321–329

68. Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 1983; 2: 15–34
69. Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., Fetisso, S., Godart, N., Melchior, J. C., Ramoz, N., Rovere-Jovene, C., Tolle, V., Viltart, O., ... Epelbaum, J. New Insights in Anorexia Nervosa. *Frontiers in neuroscience*. 2016; 10: 256. doi:10.3389/fnins.2016.00256
70. Harrington BC, Jimerson M1, Haxton C, Jimerson DC. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am Fam Physician*. 2015;91(1):46-52.
71. Mitchell JE, Crow S. Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:438–43
72. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(8):746–751. doi:10.4065/mcp.2010.0070
73. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:389–94.
74. Mischoulon D, Eddy KT, Keshaviah A, et al. Depression and eating disorders: treatment and course. *J Affect Disord*. 2011;130(3):470–477. doi:10.1016/j.jad.2010.10.043
75. Russell G. Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9:429–48.
76. Nakamura K, Yamamoto M, Yamazaki O, Kawashima Y, Muto K, Someya T, et al. Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *Int J Eat Disord*. 2000;28:173–80.
77. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40:293–309.
78. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26:543–548.
79. Brewerton TD, Costin C. Long-term outcome of residential treatment for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Disord*. 2011;19:132–144.

80. Mehler PS, Rylander M. Bulimia nervosa: medical complications. *J Eat Disord.* 2015;3:12.
81. Hail L, Le Grange D. Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolesc Health Med Ther.* 2018;9:11–16. Published 2018 Jan 4. doi:10.2147/AHMT.S135326
82. Milano W, Capasso A. Neuroendocrine and Metabolic Disorders in Bulimia Nervosa. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2018;18(4):297-305. doi: 10.2174/1871530318666171212092725.
83. Blodgett Salafia EH, Jones ME, Haugen EC, Schaefer MK. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *J Eat Disord.* 2015;3:32. Published 2015 Sep 15. doi:10.1186/s40337-015-0069-8
84. Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychol Bull.* 2009;135(3):407–433. doi:10.1037/a0015326
85. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther.* 2007;45:1705–1715.
86. Eddy KT, Celio DA, Hoste RR. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47:156–164.
87. Turan Ş, Poyraz- Aksoy C, Özdemir A. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2015;7(4):419-435
88. Advani S, Kochhar G, Chachra S, Dhawan P. Eating everything except food (PICA): A rare case report and review. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2014;4(1):1–4. doi:10.4103/2231-0762.127851
89. Mammel K A, Ornstein R M. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5, *Curr Opin Pediatr.* 2017; 29, 000–000.
90. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of

- Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):54. doi:10.1007/s11920-017-0795-5
91. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2003;34:383–96.
 92. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Martz J, Hoek HW, Willi J. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *Int J Eat Disord.* 2004;35:250–8
 93. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull.* 2003;129:747–69.
 94. Owen PR, Laurel-Seller E. Weight and shape ideals: Thin is dangerously in. *J Appl Sociol.* 2000;30:979–90.
 95. Rubinstein S, Caballero B. Is Miss America an undernourished role model? *JAMA.* 2000;283:1569
 96. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007;61:348–58.
 97. Nandi DN, Das NN, Chaudhuri A, Banerjee G, Datta P, Ghosh A, et al. Mental morbidity and urban life-an epidemiological study. *Indian J Psychiatry.* 1980;22:324–30.
 98. Lee CK, Kwak YS, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, et al. The nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea. *J Korean Med Sci.* 1987;2:19–34.
 99. Kuboki T, Nomura S, Ide M, Suematsu H, Araki S. Epidemiological data on anorexia nervosa in Japan. *Psychiatry Res.* 1996;62:11–6
 100. Azuma Y, Henmi M. A Study on the Incidence of Anorexia Nervosa in Schoolgirls. *Annual Report of Research Group in Eating Disorders.* 1982:30–4.
 101. Chen CN, Wong J, Lee N, Chan-Ho MW, Lau JT, Fung M. The Shatin community mental health survey in Hong Kong. II. Major findings. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:125–33.

102. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord*. 2000;28:265–71
103. Nasser M. Screening for abnormal eating attitudes in a population of Egyptian secondary school girls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1994;29:25–30
104. Mumford DB, Whitehouse AM, Platts M, Choudry I. Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. *Int J Eat Disord*. 1992;11:173–84.
105. DeAngelis T. A genetic link to anorexia. *Monit Psychol*. 2002;33:34–6.
106. Monteleone P, Maj M. Genetic susceptibility to eating disorders: Associated polymorphisms and pharmacogenetic suggestions. *Pharmacogenomics*. 2008;9:1487–520.
107. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav*. 2008;94:121–35
108. Haleem DJ. Serotonin neurotransmission in anorexia nervosa. *Behav Pharmacol*. 2012;23(5-6):478-95. doi: 10.1097/FBP.0b013e328357440d.
109. Holliday J, Tchanturia K, Landau S, Collier D, Treasure J. Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*. 2005;162:2269–75.
110. Treasure JL. Getting beneath the phenotype of anorexia nervosa: The search for viable endophenotypes and genotypes. *Can J Psychiatry*. 2007;52:212–9.
111. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Weak central coherence in eating disorders: A step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009;31:117–25.
112. Cerniglia L, Cimino S, Tafà M, Marzilli E, Ballarotto G, Bracaglia F. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10:305–312. doi:10.2147/PRBM.S145463
113. Kayano M, Yoshiuchi K, Al-Adawi S, Viernes N, Dorvlo AS, Kumano H, et al. Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents: Cross-cultural study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:17–25.

114. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry*. 2002;180:509–14.
115. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *MedGenMed*. 2004;6(3):49.
116. Lee S, Chan YY, Hsu LK. The intermediate-term outcome of Chinese patients with anorexia nervosa in Hong Kong. *Am J Psychiatry*. 2003;160:967–72.
117. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L, Ekselius L. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry*. 2009; 194:10–17.
118. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:724–731. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
119. Nielsen S, Moller-Madsen S, Isager T, Jorgensen J, Pagsberg K, Theander S. Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res*. 1998;44:413–34.
120. Signorini A, De Filippo E, Panico S, De Caprio C, Pasanisi F, Contaldo F. Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *Eur J Clin Nutr*. 2007;61:119–22.
121. Brewerton TD, Costin C. Treatment results of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a residential treatment program. *Eat Disord*. 2011;19:117–131. doi: 10.1080/10640266.2011.551629
122. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1284–1293.
123. Mustelin L, Raevuori A, Bulik CM, Rissanen A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *Int J Eat Disord*. 2015
124. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39:87–100.

125. Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, Shih PA, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*. 2013;13:290. Published 2013 Nov 7. doi:10.1186/1471-244X-13-290
126. Powers PS, Santana C. Available pharmacological treatments for anorexia nervosa. *Expert Opin Pharmacother*. 2004;5:2287–92.
127. Vaswani M, Kalra H. Selective serotonin re-uptake inhibitors in anorexia nervosa. *Expert Opin Investig Drugs*. 2004;13:349–57.
128. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Underweight eating disorder without over-evaluation of shape and weight: Atypical anorexia nervosa? *Int J Eat Disord*. 2008;41:705–12.
129. Beck, A. T. Cognitive therapy: Past, present, and future. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 29–40). New York: Springer; 1995.
130. Clark, D. M. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*. 1986; 24, 461–470
131. Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E. and Stewart, T.M. Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*. 2004; 28, 711-738.
132. Markowitz S, Friedman MA, Arent SM. Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. 2008; 15(1): 1-20.
133. Lethbridge J, Watson H J, Egan S J et al. The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eat Behav*. 2011;12(3), 200-6.
134. Mohammadiazhad AK. Üniversite öğrencilerinde farklı beslenme indeksleri ile yeme davranışının değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi] Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
135. Baysal A. Aksoy M. Besler T. ve ark. *Diyet El Kitabı*. 6. Baskı. Hatiboğlu Basın ve Yayımlar San. Tic. Ltd. Şti. Ankara. s. 39 -139, 2011.

136. Rakıcıoğlu N, Acar Tek N, Ayaz A, Pekcan G. Yemek Ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü Ve Miktarları. 3. Baskı. Ankara: Ata Ofset Matbaacılık; 2012.
137. Bozan N. Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. TC. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek lisans tezi, Ankara, 2009.
138. Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*. 2009; 52(2): 430-436.
139. Jarolimova J, Tagoni J, Stern TA. Obesity: its epidemiology, comorbidities, and management. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2013;15(5):PCC.12f01475. doi:10.4088/PCC.12f01475
140. Klein S, Allison DB, Heymsfield SB, Kelley D E, Leibel RL, Nonas C, et al. Waist circumference and cardiometabolic risk: a consensus statement from shaping America's health: Association for Weight Management and Obesity Prevention; NAASO, the Obesity Society; the American Society for Nutrition; and the American Diabetes Association. *Obesity* 2007; 15: 1061-7
141. Pantalone KM, Hobbs TM, Chagin KM, et al. Prevalence and recognition of obesity and its associated comorbidities: cross-sectional analysis of electronic health record data from a large US integrated health system. *BMJ Open*. 2017;7(11):e017583. Published 2017 Nov 16. doi:10.1136/bmjopen-2017-017583
142. Tilaki-Hajian KO, Heidari B. Association of educational level with risk of obesity and abdominal obesity in Iranian adults. *Journal of Public Health*. 2010;32(2):202-209.
143. Cutler, D. and A. Lleras-Muney. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence. NBER Working Paper 2006; 12352, www.nber.org/papers/w12352.
144. Erge S. Obezlerde yeme davranışı ve obezitede davranış tedavisi ilkeleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi/ J Nutr and Diet*. 2003; 32(1):47-59

145. Gökdemir K, Koç H, Yüksel O. Aerobik antrenman programının üniversite öğrencilerinin bazı solunum ve dolaşım parametreleri ile vücut yağ oranı üzerine etkisi. *Egzersiz* 2007;1:1.
146. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Body mass index, waist circumference, and health risk: evidence in support of current National Institutes of Health guidelines. *Arch Intern Med.* 2002;162(18):2074–2079.
147. Ardern CI, Katzmarzyk PT, Janssen I, Ross R. Discrimination of health risk by combined body mass index and waist circumference. *Obes Res.* 2003;11(1):135–142. doi: 10.1038/oby.2003.22.
148. Fauziana R, Jeyagurunathan A, Abdin E, et al. Body mass index, waist-hip ratio and risk of chronic medical condition in the elderly population: results from the Well-being of the Singapore Elderly (WiSE) Study. *BMC Geriatr.* 2016;16:125. Published 2016 Jun 18. doi:10.1186/s12877-016-0297-z
149. Yu Qiong, Pang Bo, Liu R, Wenwang RAO, Zhang S, Yu Y. Appropriate Body Mass Index and Waist-hip Ratio Cutoff Points for Overweight and Obesity in Adults of Northeast China. *Iran J Public Health.* 2017; 46(8):1038-1045
150. Meule A. Food addiction and body-mass-index: A non-linear relationship. *Medical Hypotheses* 2012; 79(4):508-11
151. Santamaria AR, Vazquez AI, Caballero DP, Rodriguez CF. Eating habits and attitudes and their relationship with Body Mass Index (BMI). *Eur. J. Psychiat.* 2009; 23 (4): (214-224)
152. Fan Y, Li Y, Liu A, Hu X, Ma G, Xu G. Associations between body mass index, weight control concerns and behaviors, and eating disorder symptoms among non-clinical Chinese adolescents. *BMC Public Health.* 2010;10:314. Published 2010 Jun 6. doi:10.1186/1471-2458-10-314
153. Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. *Arch Gen Psychiat* 2011;68:808–16
154. Chahar PS. Survey of Eating Disorder in relation to waist-tohip ratio and waist-to-height ratio among school going children. *International Journal of Science and Research (IJSR).* 2015; 4(6):2095-2099

155. Ulian MD, Gualano B, Benatti FB, et al. "Now I Can Do Better": A Study of Obese Women's Experiences Following a Nonprescriptive Nutritional Intervention. *Clin Med Insights Womens Health*. 2015;8:13–24. Published 2015 Sep 13. doi:10.4137/CMWH.S23163
156. Sabbah HA. Disordered eating attitudes and exercise behavior among female emirati college students in the united arab emirates: a cross-sectional study. *Arab Journal of Nutrition and Exercise*, vol. 1 2017; 1:62-76
157. Ramos-Jiménez A, Wall-Medrano A, Corona-Hernández RI, Hernández-Torres RP. Yoga, bioenergetics and eating behaviors: A conceptual review. *Int J Yoga*. 2015;8(2):89–95. doi:10.4103/0973-6131.158469
158. Chao AM, White MA, Grilo CM, Sinha R. Examining the effects of cigarette smoking on food cravings and intake, depressive symptoms, and stress. *Eat Behav*. 2017;24:61–65. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.12.009
159. Traversy G, Chaput JP. Alcohol Consumption and Obesity: An Update. *Curr Obes Rep*. 2015;4(1):122–130. doi:10.1007/s13679-014-0129-4
160. Sansone RA, Sansone LA. Obesity and substance misuse: is there a relationship?. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(9-10):30–35. Published 2013 Sep-Oct.
161. Hamam FA, Eldalo AS, Alnofeie AA, Alghamdi WY, Almutairi SS, Badyan FS. The association of eating habits and lifestyle with overweight and obesity among health sciences students in Taif University, KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2017; 12(3):249-260
162. Thompson JL, Allen P, Cunningham-Sabo L, Yazzie DA, Curtis M, Davis SM. Environmental, policy, and cultural factors related to physical activity in sedentary American Indian women. *Women Health*. 2002;36(2):59–74
163. Hassan NE, Wahba SA, El-Masry SA, et al. Eating Habits and Lifestyles among a Sample of Obese Working Egyptian Women. *Open Access Maced J Med Sci*. 2015;3(1):12–17. doi:10.3889/oamjms.2015.005
164. R. Miller, B. Benelam, S. A. Stanner, J. L. Buttriss. Is snacking good or bad for health: An overview. *Nutrition Bulletin*. 2013;38: 302–322.
165. Meule A. Food addiction and body-mass-index: a non-linear relationship. *Med Hypotheses*. 2012;79(4):508-11. doi: 10.1016/j.mehy.2012.07.005.

166. Cohen, D. L., & Petrie, T. A. An examination of psychosocial correlates of disordered eating among undergraduate women. *Sex Roles*. 2005; 52:29-42
167. Liu, S , Manson J.E, Lee IM, Cole S.R, Hennekes C.H, Willet W.C . and Buring J.E. 2000 Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease : The Women's Health Study. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;72(4) :922-928.
168. Cortina, J. M. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*. 1993;78(1): 98.

8. EKLER

EK-1: Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili Katılımcı

Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü adına,19-65 yaş arasındaki bireyler üzerinde yeme bozukluklarında dikotomi düşünce ölçeğinin geçerliliğini, besin tüketim sıklıklarını ve bazı antropometrik ölçümlerini değerlendirmeyi hedefleyen “Yetişkin Kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce (DTEDS) Ölçeğinin Beslenme Durumu İle İlişkisinin Saptanması” konulu bir çalışma yapmaktayız.

Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar, ülkemizde 19 – 65 yaş arasındaki bireylerin dikotomi düşünceyle beslenme durumu arasında ilişki kurmamıza ve buna yönelik beslenme stratejileri geliştirmemize ve daha verimli insan gücüne kavuşmamıza yardımcı olacaktır. Bölümümüzce gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma kapsamında araştırmacı, katılımcıların boy uzunluğa, vücut ağırlığı, bel ve kalça çevresini ölçecektir. Çalışmanın gereği olarak, katılan bireylerin bir kısmına 15 gün sonra tekrar ulaşılabilecektir. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 6 bölümden oluşmaktadır ve 15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı “diğer” seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Aslı Akyol Mutlu
Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Telefon: +90 (312) 3051094-120

Dyt. Gülberk Kütahya
Telefon: 05069313331

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen çalışmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanık

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-2: Anket

YETİŞKİN KADINLARDA YEME BOZUKLUKLARINDA DİKOTOMİ DÜŞÜNCE (DTEDS) ÖLÇEĞİNİN BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN SAPTANMASI

Anket no:.....

Tarih:

1.GENEL BİLGİLER

1- Yaş (yıl):

2- Medeni durumunuz nedir? 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/ Dul

3- Eğitim durumunuz nedir?

1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul mezunu 4.Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu 6.Lisans mezunu 7.Yüksek-lisans mezunu 8.Doktora mezunu

4- Meslek: 1.Ev hanımı 2.Serbest meslek 3.Memur 4. Ücretli
5.Emekli

6. İşçi 7. Öğrenci 8.Diğer.....

5- Hekim tarafından tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı? (Birden fazla cevap verilebilir)

1. Hayır 2.Şişmanlık 3. Kalp-damar 4. Diyabet 5. Hipertansiyon
6. Ülser/gastrit/ reflü 7. Anemi (Demir/B12yet) 8. Artrit, gut, romatizmal
hast. 9. Böbrekhastalıkları 10. Kanser 11. Karaciğer/safra kesesi
hast. 12. Osteoporoz 13. Göz 14. Troid
15.Nörolojik/psikiyatrik 16. Barsak 17. Hiperlipidemi
18. Allerji/astım

6- Hastalığınızla ilgili diyet uyguluyormusunuz?

1.Hayır (soru 9'a geçiniz) 2. Evet

7- Cevabınız evet ise uyguladığınız diyet türünü belirtiniz?

1.Zayıflama diyeti 2. Düşük yağ, düşük kolesterollü diyet 3. Düşük yağ, düşük
kolesterol ve tuzsuz diyet 4.Tuzsuz- Sodyum kısıtlı diyet 5.Diyabetik diyet
6.Düşük posalı diyet 7. Yüksek posalı diyet 8.Pürinden kısıtlı diyet
9.Proteinden kısıtlı diyet 10. Diğer: (.....)

8- Diyeti kim önerdi? 1.Doktor 2. Diyetisyen 3.Diğer:
(.....)

9- Sigara kullanıyor musunuz?

1. Hayır hiç içmedim 2. İttim bıraktım 3. Halen içiyorum

Adet :.....adet/gün Toplam sigara içme süresi:.....yıl (içip bırakan ve halen içenler için)

10- Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet (Türü.....miktar.....mL/ay) 2. Hayır

11- Günde kaç öğün yemek yersiniz? a)..... ana öğün b)..... ara öğün

12- Ana öğünleri atlar mısınız? 1. Hayır 2. Evet 3. Bazen

13- Yemeklerinizi genelde nerede yersiniz?

1. Evde
2. Dışarıda
3. Diğer (belirtiniz

14- Yemeğinizi genelde kiminle yersiniz?

1. Ailemle
2. Kendi başıma
3. Arkadaşlarımla
4. Diğer (belirtiniz.....)

15- Son bir yılda herhangi bir ek vitamin-mineral kullandınız mı?

1.Evet, düzenli kullanıyorum 2.Evet, düzensiz kullanıyorum 3.Hayır

16- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet (Türü:....., Sıklığı:kez/hafta, Süresi:.....saat/hafta)
2. Hayır

2. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

1. Boy uzunluğu (cm):	2. Vücut yağ kütlesi (kg):
3. Vücut ağırlığı (kg):	4. Vücut yağı (%):
5. Bel çevresi (cm):	6. Yağsız vücut kütlesi (kg):
7. Kalça çevresi (cm):	8. Beden kütle indeksi (kg/m ²):

3. BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

Son 1 ayı düşündüğünüzde aşağıdaki besinleri tüketim sıklığınız nedir?

BESİNLER	Her öğün	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez	Hiç	Bir seferde tüketilen miktar (g/ mL)	Günlük Miktar (g/mL)
SÜT VE ÜRÜNLERİ										
Süt	1	2	3	4	5	6	7	8		
Yoğurt	1	2	3	4	5	6	7	8		
Ayran	1	2	3	4	5	6	7	8		
Peynir çeşitleri	1	2	3	4	5	6	7	8		
ET, YUMURTA, KURU BAKLAGİLLER										
Kırmızı et	1	2	3	4	5	6	7	8		
Tavuk, hindi	1	2	3	4	5	6	7	8		
Balık türleri	1	2	3	4	5	6	7	8		
İşlenmiş et ürünleri (salam, sosis, sucuk vb)	1	2	3	4	5	6	7	8		
Sakatatlar (karaciğer, böbrek, dalak vb)□	1	2	3	4	5	6	7	8		
Yumurta	1	2	3	4	5	6	7	8		
Kurubaklagiller	1	2	3	4	5	6	7	8		
Yağlı tohumlar (ceviz, fındık, fıstık vb)	1	2	3	4	5	6	7	8		
SEBZE – MEYVE GRUBU										
Yeşil yapraklı sebzeler	1	2	3	4	5	6	7	8		
Patates	1	2	3	4	5	6	7	8		
Kuru soğan	1	2	3	4	5	6	7	8		
Sarı sebzeler (domates, havuç)	1	2	3	4	5	6	7	8		
Diğer sebzeler	1	2	3	4	5	6	7	8		
Turunçgiller	1	2	3	4	5	6	7	8		
Diğer taze meyveler	1	2	3	4	5	6	7	8		
Taze meyve suları	1	2	3	4	5	6	7	8		
Kuru meyveler	1	2	3	4	5	6	7	8		
EKMEK – TAHILLAR										
Beyaz ekme ve türleri (bazlama, yufka vb)	1	2	3	4	5	6	7	8		
Tam tahıllı ekme, kepek, çavdar ekmeği vb.	1	2	3	4	5	6	7	8		
Pirinç,	1	2	3	4	5	6	7	8		
Bulgur	1	2	3	4	5	6	7	8		
Makarna, erişte vb...	1	2	3	4	5	6	7	8		
Buğday unu	1	2	3	4	5	6	7	8		
Kahvaltılık tahıl ürünleri, (cornflakes vb.)	1	2	3	4	5	6	7	8		

Kodlar:

Tüketim Sıklığı: 1. Her Öğün (3.0) 2. Her gün (1.0) 3. Haftada 1-2 kez (0.215) 4. Haftada 3-4 kez (0.5)
5. Haftada 5-6 kez (0.7855) 6. 15 günde bir (0.067) 7. Ayda bir (0.033) 8. Hiç tüketmem (0)

BESİNLER	Her öğün	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	Haftada 5-6 kez	15 günde 1 kez	Ayda 1 kez	Hiç	Bir seferde tüketilen miktar (g/ mL)	Günlük Miktar (g/mL)
YAĞ, ŞEKER, TATLI VE İÇECEKLER										
Zeytinyağı	1	2	3	4	5	6	7	8		
Ayçiçek yağı	1	2	3	4	5	6	7	8		
Mısırözü yağı	1	2	3	4	5	6	7	8		
Fındık yağı	1	2	3	4	5	6	7	8		
Sert margarin	1	2	3	4	5	6	7	8		
Yumuşak margarin	1	2	3	4	5	6	7	8		
Tereyağ	1	2	3	4	5	6	7	8		
Şeker	1	2	3	4	5	6	7	8		
Bal, reçel, pekmez	1	2	3	4	5	6	7	8		
Çikolata	1	2	3	4	5	6	7	8		
Hamur tatlıları (baklava, şekerpare vb)	1	2	3	4	5	6	7	8		
Sütlü tatlılar, dondurma	1	2	3	4	5	6	7	8		
Hazır meyve suları	1	2	3	4	5	6	7	8		
Gazlı içecekler	1	2	3	4	5	6	7	8		
Maden suları	1	2	3	4	5	6	7	8		
Kahve	1	2	3	4	5	6	7	8		
Çay, bitki çayları	1	2	3	4	5	6	7	8		
Alkollü içecekler (Türü:)	1	2	3	4	5	6	7	8		

Kodlar:

Tüketim Sıklığı: 1. Her Öğün (3.0) 2. Her gün (1.0) 3. Haftada 1-2 kez (0.215) 4. Haftada 3-4 kez (0.5)
5. Haftada 5-6 kez (0.7855) 6. 15 günde bir (0.067) 7. Ayda bir (0.033) 8. Hiç tüketmem (0)

4.YEME TUTUM TESTİ (EAT – 26)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen parantezin içine **X** işareti koyunuz. Örneğin; “**Çikolata yemek hoşuma gider**” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “**hiçbir zaman**” yazılı parantezin içine **X** işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa “**daima**”nın altını **X** işaretleyiniz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Şişman olmaktan çok korkarım.						
2. Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım						
3. Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4. Çatlayınca kadar yemek yerim						
5. Tabagımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.						
6. Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
7.Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
8. Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissedirim						
9. Yedikten sonra kusarım						
10. Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım.						
11. Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler						
12. Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
13. Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür						
14. Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır						
15. Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer						
16. İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım						
17. Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir						
18. Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm						
19. Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır						
20. Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar.						
21. Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım						
22. Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissedirim						
23. Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim						
24. Midemin boş olmasını severim						
25.Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						
26. Yedikten sonra kusma dürtüsü hissedirim.						

5.YALE BESİN BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

Bu test sizin geçtiğimiz bir yıl içerisindeki yeme alışkanlıklarınızı sorgulamaktadır. Kişiler bazı besinlerin tüketimini kontrol etmekte bazen zorluk yaşayabilmektedir. Bu besinler;

- Dondurma, çikolata, yağda kızarmış hamur tatlıları, kurabiye, kek, şekerleme gibi tatlılar
- Beyaz ekmek, poğaç, makarna, pilav gibi nişastalı besinler
- Cips, kraker gibi tuzlu besinler
- Biftek, pastırma, hamburger, çizburger, pizza ve patates kızartması gibi yağlı besinler
- Gazoz gibi şekerli ve gazlı içeceklerdir.

Aşağıdaki “BAZI BESİNLER” ifadesini içeren soruları yanıtlarken, lütfen yukarıda verilen besinlere benzer HERHANGİ BİR BESİNİ

veya geçtiğimiz bir yıl içerisinde sorun yaşadığınız BAŞKA BİR BESİNİ düşününüz. Aşağıdaki her bir soruda, belirtilen durumu geçtiğimiz son 12 ayda ne sıklıkta yaşadığınızı düşünerek, uygun sıklık aralığını ✓ ile işaretleyiniz.

GEÇTİĞİMİZ SON 12 AYDA:	Hiç	Ayda 1 kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2-3 kez	Haftada 4 kezden fazla veya hergün
1. Bazı besinleri tüketmeye başladığımda planladığımdan çok daha fazla verdim.					
2. Daha fazla açlık hissetmiyorum olmama rağmen, kendimi bazı besinleri tüketmeye devam ederken buluyorum.					
3. Kendimi fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yemek yerim.					
4. Bazı besin türlerini yememek veya azaltmak konusunda kaygılarım var.					
5. Çoğu zaman fazla yemeye bağlı olarak kendimi uyuşuk ve yorgun hissettim.					
6. Kendimi gün boyunca bazı besinleri sürekli tüketirken buldum.					
7. Bazı besinlere erişemediğimde, o besinleri elde etmek için elimden geleni yaparım. Örneğin, evde başka yiyecek seçenekleri olmasına rağmen, istediğim besini satın almak için markete gittim.					
8. Çalışmak, ailem ve arkadaşarımla vakit geçirmek, diğer başka önemli aktivitelere veya keyif aldığım eğlenceli faaliyetlere zaman ayırmak yerine vaktimi bazı besinleri çok sık veya fazla miktarlarda tüketerek harcadığım zamanlar oldu.					
9. Çalışmak, ailem ve arkadaşarımla vakit geçirmek, diğer başka önemli aktivitelere veya keyif aldığım eğlenceli faaliyetlere zaman ayırmak yerine, bazı besinleri sık veya fazla miktarlarda tükettiğim için kendimi kötü hissederek vaktimi tükettiğim oldu.					
10. Fazla yeme korkusuyla bazı besinlerin bulunduğu mesleki veya sosyal ortamlardan uzak durduğum zamanlar oldu.					
11. Orada bulunacak bazı besinleri tüketemeyeceğim için mesleki veya sosyal ortamlardan uzak durduğum zamanlar oldu.					
12. Bazı besinleri tüketmeyi kestiğimde ya da azalttığımda gerginlik, kaygı veya başka fiziksel belirtiler yaşadığım zamanlar oldu. (Gazlı içecekler, kahve, çay, enerji içeceği gibi kafein içeren içeceklerin tüketiminin azaltılmasına veya kesilmesine bağlı olan belirtiler HARIÇ)					

GEÇTİĞİMİZ SON 12 AYDA:	Hiç	Ayda 1 kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2-3 kez	Haftada 4 kezden fazla veya hergün
13. Kaygı, gerginlik hissi veya diğer fiziksel belirtileri önlemek için bazı besinleri tükettiğim zamanlar oldu. (Lütfen bu soruyu cevaplandırırken, gazlı içecekler, kahve, çay, enerji içeceği gibi kafein içeren içecekleri düşünmeyiniz)					
14. Bazı besinleri tüketmeyi azalttığımda ya da kestiğimde bu besinleri tüketme isteğim ve dürtülerim arttı.					
15. Besin ve yemeye ilişkin davranışlarım önemli derecede strese neden oldu.					
16. Besinler ve yemek yüzünden bazı sorumluluklarımı (günlük rutin işler, iş/okul, sosyal aktiviteler, aile aktiviteleri, sağlık sorunları gibi) etkin olarak yerine getirmede önemli sorunlar yaşadım.					

GEÇTİĞİMİZ SON 12 AYDA:	HAYIR	EVET
17. Besin tüketimim depresyon, kaygı, kendimden nefret etme veya suçluluk duygusu gibi önemli psikolojik sorunlara neden oldu.		
18. Besin tüketimim önemli fiziksel sorunlar yaşamama veya mevcut fiziksel sorunlarımın daha da kötüleşmesine sebep oldu.		
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tür besinleri tüketmeye veya aynı miktarlarda tüketmeye devam ettim.		
20. Zaman içerisinde, olumsuz duygularımı azaltmak veya aldığım keyfi arttırmak için, çok daha fazla yemek yemeye ihtiyaç duydum.		
21. Bir besini eskiden tükettiğim miktarlarda tükettiğimde, olumsuz duygularımın azalmadığı veya besinden aldığım keyfin artmadığının farkındayım.		
22. Bazı besin türlerinin tüketimini azaltmayı veya bunları hiç tüketmemeyi istiyorum.		
23. Bazı besin türlerinin tüketimini azaltmayı veya bunları hiç tüketmemeyi denedim.		
24. Bazı besin türlerinin tüketimini azaltmakta veya bunları hiç tüketmemekte başarılı oldum.		

25. Geçtiğimiz bir yıl içerisinde kaç kez bazı besinlerin tüketimini azaltmayı veya tamamen kesmeyi denediniz?	Hiç	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	5 kez veya daha fazla
--	-----	-------	-------	-------	-------	-----------------------

26. Lütfen sorun yaşadığınız tüm besinleri daire içine alınız:							
Dondurma	Çikolata	Elma	Yağda kızarmış hamur tatlıları	Brokoli	Kurabiyeler	Kek/Pastalar	Şekerleme
Beyaz ekmek	Poğaç	Marul	Makarna	Çilek	Pilav	Krakerler	Cips
Tuzlu simit	Patates kızartması	Havuç	Biftek	Muz	Pastırma	Hamburger	Çizburger
Pizza	Gazoz	Hiçbiri					

27. Listede belirtilenler dışında sorun yaşadığınız başka besinler varsa lütfen belirtiniz:

6. YEME BOZUKLUKLARINDA DİKOTOMİ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ DURUMLARIN HER BİRİNİ OKUYUN VE GEÇTİĞİMİZ AY ÜZERİNDEN DÜŞÜNCE DURUMUNUZA GÖRE SEÇİM YAPIN. Eğer sizin için tamamen doğru değilse, 1'i; eğer sizin için biraz doğru ise, 2'yi; eğer sizin için oldukça doğru ise, 3'ü; ve eğer sizin için çok doğru ise, 4'ü işaretleyin.

	Benim için tamamen doğru değil	Benim için biraz doğru	Benim için oldukça doğru	Benim için çok doğru
1. (1) Bir besini "iyi" ya da "kötü" olarak düşünürüm	1	2	3	4
2. (3) Olayları "siyah ve beyaz" terimleri ile düşünürüm	1	2	3	4
3. (6) Kendimi iyi ya da kötü olarak düşünürüm.	1	2	3	4
4. (7) Diyet ile ilgili çabalarımı başarı ya da başarısızlık olarak görürüm.	1	2	3	4
5. (8) Kendimi ya kontrol altında ya da kontrol dışında olarak düşünürüm.	1	2	3	4
6. (9) Diyet yaparken planlamadığım bir şeyi yersem, başarısız olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4
7. (10) Kendimi ya akıllı ya da aptal olarak düşünürüm.	1	2	3	4
8. (11) Diyet yaparken beslenmemi iyi ya da kötü olarak görürüm.	1	2	3	4
9. (12) İnsanlarla ya çok iyi geçinirim ya da hiç geçinemem.	1	2	3	4
10. (14) Kendimi çirkin ya da iyi görünümlü olarak düşünürüm.	1	2	3	4
11. (16) Yaptığım şeyleri ya çok iyi ya da çok kötü olarak düşünürüm.	1	2	3	4
Not: Parantez içindeki rakamlar, orijinal ölçekte madde numarasını göstermektedir. Yemek alt ölçeği = maddeler 1 (1), 4 (7), 6 (9), 8 (11); Genel alt ölçeği = maddeler 2 (3), 3 (6), 5 (8), 7 (10), 9 (12), 10 (14), 11 (16).				

EK-3: Etik Kurul Onayı



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

Sayı : 16969557 -1674

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 05 ARALIK 2017 SALI
Toplantı No : 2017/26
Proje No : GO 17/855 (Değerlendirme Tarihi: 07.11.2017)
Karar No : GO 17/855- 21

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Aslı Akyol MUTLU' nun sorumlu araştırmacı olduğu ve Dyt. Gülberk KÜTAHYA' nın yüksek lisans tezi olan, GO 17/855 kayıt numaralı, "*Yetişkin Kadınlarda Yeme Bozukluklarında Dikotomi Düşünce (DTEDS) Ölçeğinin Beslenme Durumu ile İlişkinin Saptanması*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-4: Turnitin Orjinallik Raporu

YETİŞKİN KADINLARDA YEME BOZUKLUKLARINDA DİKOTOMİ DÜŞÜNCE (DTEDS) ÖLÇEĞİNİN BESLENME DURUMU İLE İLİŞKİSİNİN SAPTANMASI

ORIJINALLIK RAPORU

% 17	% 13	% 2	% 15
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 4
2	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	% 3
3	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% 2
4	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 2
5	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	% 1
6	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<% 1
7	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

EK-5: DİJİTAL MAKBUZ



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Gülberk Kütahya
Ödev başlığı: Tez
Gönderi Başlığı: YETİŞKİN KADINLARDA YEME BOZ.
Dosya adı: GÄLBERK KÄTÄHYÄ TEZ .docx
Dosya boyutu: 3.76M
Sayfa sayısı: 128
Kelime sayısı: 26,622
Karakter sayısı: 167,940
Gönderim Tarihi: 06-Eyl-2019 09:41AM (UTC+0300)
Gönderim Kimliği: 1168075324

TEZ
YETİŞKİN KADINLARDA
YEME BOZUKLUKLARI

YETİŞKİN KADINLARDA YEME BOZUKLUKLARININ
EKOLOJİK VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİNİN
BİLEŞİMİ ÜZERİNE İZLENİMLERİNİN İZLENİMİ

TEZ BAŞLIĞI

YETİŞKİN KADINLARDA
YEME BOZUKLUKLARI

TEZ
128

9. ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Gülberk KÜTAHYA

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara / 27.07.1992

Uyruğu: TÜRKİYE CUMHURİYETİ

İletişim Adresi/Telefon: gulberk.kutahya@gmail.com / +905069313331

2. Eğitim Bilgileri

- Yüksek Lisans (2016-halen) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Beslenmesi ABD
- Lisans (2011-2015): Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

3. Mesleki Deneyim

- Dyt. Gülberk KÜTAHYA Beslenme ve Diyet Danışmanlığı (2018 - halen)
- Ankara Büyükşehir Belediyesi Altınoluk Kampı (2016)
- NESTLÉ – BESVAK (Prof. Dr. Ayşe Baysal Beslenme Eğitimi ve Araştırma Vakfı) işbirliği ile "*Nestlé, İyi Beslen Mutlu Yaşa*" çalışması (2014)

3. Bilimsel Faaliyetler

- Kütahya G. Yetişkin Bireylerde (19-49 yaş) Akdeniz Diyeti Uygulama Durumunun Saptanması ve Kıyaslanması. Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Günleri V. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu; 2015.