



**BARTIN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE
BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE YEME
DAVRANIŞ BOZUKLUĞU, YEME BAĞIMLILIĞI
VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN OBEZİTE ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**2024
YÜKSEK LİSANS TEZİ
GIDA TOKSİKOLOJİSİ**

Nur Sena ÖZDEMİR

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ**

**BARTIN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİN
BİREYLERDE YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU, YEME BAĞIMLILIĞI
VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN OBEZİTE ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Nur Sena ÖZDEMİR

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Gıda Toksikolojisi Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Nisan 2024**

Nur Sena ÖZDEMİR tarafından hazırlanan “BARTIN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU, YEME BAĞIMLILIĞI VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN OBEZİTE ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ
Tez Danışmanı, Gastronomi ve Mutfak Sanatları Ana Bilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Gıda Toksikolojisi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 16/04/2024

<u>Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)</u>	<u>İmzası</u>
Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ (KBÜ)
Üye : Dr. Öğr. Üyesi İlkay BURAN (KBÜ)
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Emre Batuhan KENGER (BİLGİ)

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans Tezi derecesini onamıştır.

Doç. Dr. Zeynep ÖZCAN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Nur Sena ÖZDEMİR

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

BARTIN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERDE YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU, YEME BAĞIMLILIĞI VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN OBEZİTE ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Nur Sena ÖZDEMİR

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Gıda Toksikolojisi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ

Nisan 2024, 115 sayfa

Bu çalışma Bartın Toplum Sağlığı Merkezine başvuran yetişkin bireylerde yeme davranış bozukluğu, yeme bağımlılığı ve fiziksel aktivitenin obezite üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma 1 Aralık 2022–31 Mayıs 2023 tarihleri arasında Bartın Toplum Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve çalışmada yer alan 294 kadın 56 erkek toplam 350 birey ile yapılmıştır. Çalışmada veri toplama için 4 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde, sosyo demografik özellikleri içeren veri toplama formu, ikinci bölümde Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS), üçüncü bölümde Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) dördüncü bölümde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) uygulanmıştır. Çalışma verileri istatistiksel analizler SPSS denen program kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızın sonucuna göre 210(%60) kişinin obez, 97(27,7)

kişinin fazla kilolu, 41(11,7) kişinin normal, 2(0,6) kişinin zayıf olduğu bulunmuştur. Çalışmada 343 kişinin (%98,0) yeme bağımlılığı olmadığı belirlenmiştir. Obez olanların yeme bağımlılığı ölçeği puanları, zayıf/normal olanlara oranla yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4,688$; $p<0,001$). Kadınların YBDÖ toplam puanları, erkeklere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir ($Z=-4,688$; $p<0,001$). BKİ (kg/m^2) ile bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri arasında anlamlı bağıntı saptanmıştır ($p<0,05$). Ağırlık arttıkça, kiloyla ilgili endişe ve yeme endişeleri artacaktır. Buna ek olarak, IPAQ arttıkça, ağırlık azalacaktır. Bireylerin fiziksel aktivite durumuna bakıldığında 127 (%35.1) kişinin minimal aktif olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda BKİ sınıflarına göre yeme endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7,165$; $p=0,028$), IPAQ puanları yönünden de anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7,178$; $p=0,028$)

Anahtar Sözcükler : Obezite, Yeme Bağımlılığı, Fiziksel Aktivite, Yeme Davranış Bozukluğu.

Bilim Kodu : 10105.07

ABSTRACT

Master Thesis

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF EATING BEHAVIOR DISORDER, EATING ADDICTION AND PHYSICAL ACTIVITY ON OBESITY IN ADULT INDIVIDUALS ADMITTING TO BARTIN PUBLIC HEALTH CENTER

Nur Sena ÖZDEMİR

**Karabük University
Institute of Graduate Programs
Department of Food Toxicology**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Özlem ÖZER ALTUNDAĞ

April 2024, 115 pages

This study was conducted to examine the effects of eating behavior disorder, eating addiction and physical activity on obesity in adult individuals applying to Bartın Community Health Center. The study was conducted with a total of 350 individuals, 294 women and 56 men, who applied to Bartın Community Health Center between December 1, 2022 and May 31, 2023. A questionnaire form consisting of 4 sections was used for data collection. In the first part of the questionnaire form, a data collection form including socio-demographic characteristics, in the second part, the Eating Addiction Scale (EFAS), in the third part, the Eating Disorder Assessment Scale (EDAS), and in the fourth part, the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) were applied. Statistical analyses of the study data were evaluated using the SPSS program. According to the results of our study, it was

found that 210 (60%) people were obese, 97 (27.7) people were overweight, 41 (11.7) people were normal, and 2 (0.6) people were underweight. In the study, it was determined that 343 people (98.0%) did not have eating addiction. It was determined that the eating addiction scale scores of those who were obese were higher than those who were underweight/normal. A significant difference was found in terms of gender and the total scores of the EAS ($Z=-4.688$; $p<0.001$). It was determined that the total scores of women were higher than those of men ($Z=-4,688$; $p<0,001$). There was a significant correlation between BMI (kg/m²) and bodily anxiety, weight-related anxiety and eating anxiety ($p<0.05$). As weight increases, weight-related and eating concerns will increase. In addition, as IPAQ increases, weight will decrease. Considering the physical activity status of the individuals, 127 (35.1%) were found to be minimally active. As a result of the study, a significant difference was found in terms of eating anxiety scores according to BMI classes ($\chi^2=7.165$; $p=0.028$), and a significant difference was found in terms of IPAQ scores ($\chi^2=7.178$; $p=0.028$).

Key Word : Obesity, Eating Addiction, Physical Activity, Eating Behavior Disorder.

Science Code : 10105.07

TEŞEKKÜR

Bu tezin karar aŐamasından, hazırlanması ve sonuçlandırılmasına kadar olan süreçte her daim yanımda olan, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ'a,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, eğitim hayatım boyunca desteklerini, sevgilerini her zaman hissettiğim aileme,

Tezimi tamamlama aşamasında desteğini ve ilgisini hiç esirgemeyen sevgili eşim YaŐar IŞIK'a,

ÇalıŐmama gönüllü olarak katılan tüm saygıdeğer danışanlarıma, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar DİZİNİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
KISALTMALAR	xiv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
BÖLÜM 2	4
OBEZİTE	4
2.1. OBEZİTENİN TANIMI.....	4
2.2. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ	5
2.3. OBEZİTENİN TİPLERİ	6
2.4. OBEZİTENİN TANISI VE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ	7
2.5. OBEZİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	7
2.6. OBEZİTEYE EŞLİK EDEN HASTALIKLAR.....	8
2.6.1. Obezite Ve Kalp Damar Hastalıkları	9
2.6.2. Obezite Ve Diabetes Mellitus	9
2.6.3. Obezite Ve Osteoartrit	10
2.6.4. Obezite Ve Kanser	11
2.7. OBEZİTENİN PSİKOLOJİ ÜZERİNE ETKİSİ.....	11
2.8. OBEZİTENİN TEDAVİSİ.....	12
2.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	13
2.8.2. Davranış Değişikliği Tedavisi	14

	<u>Sayfa</u>
2.8.3. Fiziksel Aktivite.....	14
2.8.4. İlaç Tedavisi.....	15
2.8.4.1. Orlistat.....	15
2.8.4.2. Metformin	15
2.8.4.3. Fentermin	15
2.8.4.4. Sibutramin.....	15
2.8.4.5. Fluoksetin.....	16
2.8.4.6. Bupropion	16
2.8.4.7. Loscaserin	16
2.8.5. Bariatrik Cerrahi	16
BÖLÜM 3	18
YEME BAĞIMLILIĞI	18
3.1. YEME BAĞIMLILIĞININ TANIMI	18
3.2. YEME BAĞIMLILIĞI VE OBEZİTE.....	19
3.3. YEME BAĞIMLILIĞININ DOPAMİN İLE İLİŞKİSİ	21
3.4. YEME BAĞIMLILIĞININ BELİRTİLERİ	22
3.5. YEME BAĞIMLILIĞI VE GENETİK ARAŞTIRMALAR	22
3.6. YEME BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ	23
BÖLÜM 4	25
YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU	25
4.1. YEME BOZUKLUKLARI TANIMI.....	25
4.2. YEME BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ	27
4.3. YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ	27
4.4. YEME BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI	29
4.4.1. Anoreksiya Nervoza	29
4.4.2. Bulimia Nervoza.....	29
4.4.3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB).....	30
4.4.4. Ortoreksiya Nervoza.....	31
4.4.5. Pika	31
4.4.6. Ruminasyon (Geri Çıkarma)	32

	<u>Sayfa</u>
4.5. YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ.....	32
4.6. DUYGU DURUMU VE PSİKOLOJİNİN YEME BOZUKLUKLARINA ETKİSİ	33
4.7. YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU VE OBEZİTE İLİŞKİSİ.....	36
BÖLÜM 5	38
FİZİKSEL AKTİVİTE.....	38
5.1. FİZİKSEL AKTİVİTENİN TANIMI	38
5.2. FİZİKSEL AKTİVİTE VE ÖZELLİKLERİ.....	39
5.2.1. Fiziksel Aktivitenin Türü.....	39
5.2.2. Fiziksel Aktivitenin Şiddeti	39
5.2.3. Fiziksel Aktivitenin Sıklığı.....	40
5.2.4. Fiziksel Aktivitenin Süresi	40
5.3. FİZİKSEL AKTİVİTENİN ÖNEMİ VE FAYDALARI	40
5.4. FİZİKSEL AKTİVİTENİN OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ.....	41
BÖLÜM 6	45
GEREÇ VE YÖNTEM	45
6.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI ORTAM, ÖRNEKLEM SEÇİMİ, ZAMANI	45
6.2. BULGULARIN TOPLANMASI VE İNCELENMESİ	45
6.2.1. Sosyo Demografik Özellikler	46
6.2.2. Antropometrik Ölçümler	46
6.3. YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ.....	46
6.4. YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	47
6.5. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ.....	48
6.6. VERİLERİN ANALİZİ.....	49
BÖLÜM 7	50
BULGULAR.....	50
BÖLÜM 8	67
TARTIŞMA	67

	<u>Sayfa</u>
BÖLÜM 9	78
SONUÇ	78
ÖNERİLER.....	79
KAYNAKLAR	81
EK AÇIKLAMALAR A.	98
ETİK KURUL ONAYI.....	98
EK AÇIKLAMALAR B.	100
GENEL BİLGİLER ANKETİ	100
EK AÇIKLAMALAR C.	103
YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YBDÖ).....	103
EK AÇIKLAMALAR D.	107
YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ.....	107
EK AÇIKLAMALAR E.	111
ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA)	111
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 7.1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri	50
Tablo 7.2. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri -2.....	51
Tablo 7.3. Antropometrik ölçümlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	52
Tablo 7.4. Ölçeklere ilişkin puanların dağılımı	53
Tablo 7.5. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayıları.....	53
Tablo 7.6. Bireylerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması	56
Tablo 7.7. Bireylerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması	61
Tablo 7.8. Bireylerin antropometrik ölçümleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler	64
Tablo 7.9. Ölçeklerin birbiriyle ilişkileri	65
Tablo 7.10. Cinsiyete göre bireylerin antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi	65
Tablo 7.11. Cinsiyete göre BKİ dağılımı	66

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KISALTMALAR

ABD	: amerika birleşik devletleri
AN	: anoreksiya nervoza
BKİ	: beden kitle indeksi
BN	: bulimia nervoza
BE	: beden şekliyle ilgili endişeler
CDC	: hastalığı önleme ve kontrol merkezi
DM	: diyabetes mellitus
DSÖ	: dünya sağlık örgütü
DSM-V	: mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı 5. Baskı
DSM-IV	: ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı 4.Baskı
DK	: dakika
EDE-Q	: eating disorders examination questionnaire
EDE	: yeme bozukluğunu değerlendirme görüşmesi
FDA	: gıda ve ilaç dairesi
GLUT-4	: glukoz taşıyıcı tip 4
HDL	: yüksek yoğunluklu lipoprotein
IPAQ	: uluslararası fiziksel aktivite anketi
KKAL	: kilokalori
KG	: kilogram
KE	: kiloyle ilgili endişeler
K	: kısıtlama
MET	: metabolik eşdeğer
ML	: mililitre
NHANES	: abd-ulusal beslenme ve sağlık araştırması
OECD	: ekonomi kalkınma ve iş birliği örgütü
OD	: obezite dishomeostazını

ON	: ortoreksiya nervoza
SS	: standart sapma
SPSS	: statistical package for the social sciences
TBSA	: türkiye beslenme ve sağlık araştırması
TNF-α	: tümör nekroz faktörü alfa
TYB	: tıknırcasına yeme bozukluğu
TÜİK	: türkiye istatistik kurumu
VD	: ve diğerleri
VB	: ve benzeri
YFAS	: yale yeme bağımlılığı ölçeği
YEDÖ	: yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği
YE	: yemeyle ilgili endişeler
WHO	: dünya sağlık örgütü
X	: ortalama

BÖLÜM 1

GİRİŞ

İnsanın sağlık durumu; genetik, beslenme, çevre şartları gibi birden fazla faktörün etkisi altında olmaktadır. Faktörlerin başında öncelikle beslenme bulunmaktadır. Sağlıklı beslenme; bireyin cinsiyeti, yaşı, fizyolojisi düşünülerek gereksinimi bulunan bütün gıda bileşenlerini gerektiği seviyede karşılanabilmesidir (Saygın vd. 2011). Tüm canlılar hayatını beslenme ile sürdürebilir. İnsanlar hayata başladığı andan itibaren yaşamı son buluncaya kadar yaşam savaşında beslenme daima değerli olmuştur (Gündüz 2016).

Normal yeme kavramı bireyin yemek ile olan bağlantısını ve yeme davranış biçimini ele almaktadır. Sağlıklı yeme durumu bireyin fiziksel gereksinimlerinin çok iyi düzeyde karşılanabilmesini sağlayan beslenme biçimidir. Normal ve sağlıklı yemeyi özendirme için en başta yeme davranışının bilişsel olarak nasıl etkilendiğini anlayabilmek önem arz etmektedir (Boğaz vd. 2019). Yemek yemenin biyolojik gerekliliğinin yanı sıra psikolojik yönden de değeri vardır. Kişiler kendisini baskı içerisinde hissettikleri zaman, sinirlendiklerinde, stresli anlarında, üzgün olduklarında, sevinçli olduklarında veya vb. hallerde olması gerekenden daha başka yeme davranışları gösterebilmektedirler. Kişilerin duygu halinin yeme davranışlarını etkilemesi hususu ile alakalı yapılmış birden çok çalışma vardır. Bu çalışmalar en çok stres ve olumsuz duygu halinin gıda tüketimini ve yemek yemeyi arttırabileceği gibi azaltabileceği de belirtmektedir. Bu nedenle kişilerin yeme davranışlarında psikolojik etmenler etkilidir (Deveci vd. 2017).

Kişiler beslenme gereksiniminin karşılanabilmesi durumunda değişik yeme davranışları gösterebilmektedirler. Yeme tutum ve davranışlarında genetik, çevresel faktörler, duygusal pozisyon, sosyo demografik etmenler, geçmişteki tecrübeler, medya, vücut algısı, obezite gibi birden fazla etmen etkili olabilir. Birden fazla

etmenin etkisi bulunan yeme davranışlarında ortaya çıkan bozulmalar rahatsızlıklara sebebiyet vermektedir. Aynı şekilde az düzeyde besin alma, yediklerini çıkartma veya kendini kusturma, laksatif kullanma ve fazlaca fiziksel aktivite vb. davranışlar da sağlık durumuna kötü etki etmektedir (Deveci vd. 2017). Bu yüzden yeme davranışı bozuklukları son zamanlarda beslenmeyi önemli düzeyde etki eden değişkenler şeklinde meydana gelmektedir (Yalçın 2021). Yeme bozuklukları ülkemizde ve dünyada yaygın hale gelmekte olan bir halk sağlığı problemi olarak öne çıkmaktadır (Oğur vd. 2016). Yeme bozukluğu, obeziteye neden olabilen fazlaca yiyecek yeme, yemek yemeyi istememe, kişinin vejetaryen olması veya birtakım psikolojik sebeplerden kaynaklı yemeyi sınırlaması, yemek olmayan ürünlerin tüketilmesi, tüketilen yemeğin hızlıca sindirime uğrayarak uzaklaştırılması ya da engel olunamaz gece yemek yeme davranışlarının gösterilmesidir. Yeme bozuklukları psikiyatrik sorunlar içerisinde çok yaygındır ve çoğunlukla ergenlerde ve genç yetişkinlerde bulunmakta olup bu bireyler ölüm ve hastalık yönünden fazlaca risk içerisindedirler (Yalçın 2021).

Bilimin gelişmesi ve teknolojik alandaki gelişmeyle birlikte ekonomik düzeyin artması, yetersiz beslenmeyle alakalı ciddi sağlık problemlerinin azalmasıyla beraber fazlaca beslenmeyle ortaya çıkabilen obeziteyi de gündem haline getirmiştir. Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “yağ düzeyinin sağlığı bozacak düzeyde anormal miktarda artışı” şeklinde tanımlanmaktadır (Gündüz 2016). Obezite dünyadaki değerli halk sağlığı problemleri arasında yer alır. Sosyal ve kültürel değişiklikler, nüfusun yaşlanmaya başlaması, kentleşme oranındaki yükseliş, fiziksel aktivitenin düşmesi, sağlıksız hayat şekli ve davranış biçimleri vb. sebeplerden dolayı obezite oranı sürekli artış göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalar; yaş, cinsiyet vb. demografik etmenlerle, eğitim seviyesi, medeni hal gibi sosyo-kültürel etmenler ile birlikte biyolojik etmenlerin ve beslenme alışkanlıklarının, sigara ve alkol alımı gibi hayat biçimi etmenlerinin de obeziteden mesul olduğu belirtilmektedir (Çiftçi 2016).

Son zamanlarda obezite epidemiyolojisindeki yükselişle beraber obez bireylerde çokça rastlanan fazlaca yeme ve tıknırcasına yeme davranışlarından hareket ederek bir çeşit yeme bağımlılığı şeklinde isimlendirilmesine dair sorular öne çıkmıştır (Öyekçin ve Deveci 2012). Yeme bağımlılığı ile birlikte duygusal ve kontrolsüz yeme

davranışları da kişinin tekrar eden ağırlık artışı açısından önemli bir risk etmeni haline gelmektedir (Serin ve Şanlıer 2018)

Obezitenin, psikososyal yönden incelendiğinde obez hastalarda psikiyatrik hastalıkların da sık rastlandığı bilinmektedir (Mermi 2018). Toplumun çoğunluk kısmını kapsayan önemli sosyal, psikolojik ve tıbbi problemler oluşturan bir halk sağlığı problemi kapsamına giren obezite, kimi araştırmacılar tarafından psikosomatik rahatsızlık olarak da değerlendirilmektedir. Toplumun şişmanlığa yönelik gösterdiği tepki sebebiyle bireylerde kaygı, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar oluşabilir. Epidemiyolojik çalışmalar da, obezite ve farklı psikolojik rahatsızlıkların bir arada toplanmasının tesadüfi olamayacağını, aralarında nedensel bir bağlantının olduğunu belirtmektedir. Obezitenin tıknırcasına yeme bozukluğu, bipolar bozukluk, depresyon, şizofreni ve başka psikiyatrik bozuklukları bulunan bireylerde fazla düzeyde eş tanı olması ile alakalı birçok çalışma bulunmaktadır (Mermi 2018). Bunun yanı sıra sıkıntı, depresyon, halsizlik anında yeme düzeyinde yükselme, korku, gerilim ve ağrı esnasında düşme olduğu, öfke, depresyon, sıkıntı, kaygı, yalnızlık vb. olumsuz duygularla duygusal yeme davranışının meydana geldiği söylenmektedir (Eren ve Erdi 2003).

Fiziksel olarak aktif olma durumu fizyolojik, psikolojik ve sağlığın korunması vb. birden fazla etmene pozitif etki yapmaktadır. Düzenli şekilde yapılan fiziksel aktivite kalp ve damar sistemi ve obeziteye yönelik pozitif katkısı vardır. Bunun yanı sıra günümüzde çokça görülen kalp ve damar hastalıkları, diyabet ve osteoporoz vb. problemler ile fiziksel aktivite arasında bir bağlantı vardır. Dönemimizde çokça karşılaşılan kalp ve damar rahatsızlıkları, diyabet ve obezite vb. rahatsızlıklar öne çıkmaktadır. Bu sağlık problemleri ve bu rahatsızlardan dolayı ölüm oranlarındaki artış genellikle yetersiz fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları (özellikle fazlaca tuz alımı, fazlaca doymuş ve trans yağ alımı ve az meyve, sebze tüketimi) nedeniyle meydana gelmektedir (Kayhan ve Ünveren 2017).

Bu çalışmanın amacı Bartın Toplum Sağlığı Merkezine başvuran yetişkin bireylerde yeme davranış bozukluğu, yeme bağımlılığı ve fiziksel aktivitenin obezite üzerine etkisinin araştırılması ve incelenmesidir.

BÖLÜM 2

OBEZİTE

2.1. OBEZİTENİN TANIMI

Beslenme; yaşamın devamlılığı, büyüme ve gelişme için ihtiyaç olan besinlerin bedene alınarak bunların değerlendirilmesidir. Doğru beslenme yeterli ve dengeli olması gerekir. Eksik ya da dengesiz olursa birçok beslenme bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Fazla ve dengesiz beslenme olduğunda ve sınırlı seviyede fiziksel aktivite halinde meydana gelen problemlerden biri “obezite” dir (Balcı ve Küçükkendirici 2019).

Son 10-15 senede daha yaygın hale gelmesi ve tıbbi komplikasyonlar nedeniyle erken ölüm olması, obeziteyi önemli bir konu haline getirmiştir (Sertöz ve Mete 2005).

Obezite vücudun yağ kitlesinin yağsız kitleye göre fazlaca artış göstermesi neticesinde boy değerine göre beden kilosunun istenilen seviyenin üzerinde olması şeklinde tanımlanır (Kayar ve Utku 2013). Obezite, WHO’ya göre “Sağlığı bozacak seviyede bedende fazlaca yağ toplanması” şeklinde isimlendirilmektedir. Bu birikim alınan enerji düzeyinin tüketilen enerji düzeyinden yüksek olması yani şeker ve yağ alımının fazlaşması bunun yanı sıra vitamin ve mineralleri çokça bulunduran gıdaların tüketiminin düşmesi ve hareketsiz hayat şeklinin eklenmesi nedeniyle oluşmaktadır (Işık vd. 2013).

Obezite, bağlantılı tıbbi ve psikolojik şartları, daima önyargı ve damgalamanın yapılması ve yükselen hastalık ve ölüm sebebiyle önemli bir sağlık ve sosyal yük oluşturmaktadır (Pronk et al. 2022).

2.2. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Obezite dönemimizin önemli sağlık sorunları arasında yer alıp yaygınlığı günden güne artış göstermektedir (Kahraman vd. 2018).

Dünya genelinin %5'ini oluşturan ve dünyadaki en fazla obezite oranına sahip olan İngiltere ve ABD'de, 2030 senesi ile obez birey sayısının 76 milyona ulaşması düşünülmektedir (Gürbüz vd. 2016).

Şişmanlık ve obezite gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde de ciddi sorundur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada 1.6 milyar erişkinin fazla kilolu, minimum 400 milyon erişkinin de obez olduğu söylenmektedir (Işık vd. 2013).

Avrupa'da erkeklerde fazla kilo, kadınlarda obezitenin yaygın olduğu belirtilmiştir. OECD ülkelerinde; erişkinlerin yarıdan çoğu, çocukların ise ortalama 6'da birinin fazla kilolu ya da obez olduğu bildirilmektedir (Deniz ve Oğuzöncül 2020).

ABD'de Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC)'de yapılan NHANES çalışmasında, 2003-2004 senelerinde obezite düzeyi erkeklerde %31,1 bulunurken kadınlarda ise %33,22'dir. 2005-2006 senelerinde obezite düzeyi erkeklerde %33,3 iken kadınlarda ise %35,3 şeklinde belirtilmiştir (Şengönül vd. 2019).

Dünyada yaygın olduğu gibi ülkemizde de obezite salgın düzeyinde sürekli olarak artış göstermektedir (Ertem 2017). Türkiye'de yapılan bir çalışmada 20 yaş üstünde obezite düzeyi %26.4 olarak belirtilmiştir (Deniz ve Oğuzöncül 2020).

Ülkemizde 15 ve üzeri yaşta obezite düzeyi, 2015 senesinde, %19.9 iken 2016 senesinde %19.6 olarak belirtilmiştir (Deniz ve Oğuzöncül 2020). Akman vd.'ne göre (2004) yapılan çalışmada obez ve morbid obezlerin sıklığı %31.6 şeklinde belirtilmiştir (Akman vd. 2004). Oğuz vd.'ne göre (2008) çalışmaya göre obezite düzeyi %30.4, fazla kilolu düzeyi %30.0 olarak belirtilmiştir (Oğuz vd. 2008).

Türkiye Obezite Araştırma Derneği tarafından yapılan bir araştırmada kişilerin ortalama %31'inin normal BKİ olduğu, %40'ının hafif kilolu, %29,5'inin ise obez olduğu bildirilmiştir (Şengönül vd. 2019).

1980-2008 senelerinde Dünyada BKİ erkeklerde her 10 yılda bir 0,4 kg/m², kadınlarda ise 0,5 kg/m² artış gösterdiği bildirilmiştir (Ertem 2017).

Türkiye'de obezite düzeyi %32 olarak bildirilmiştir (Çakmur ve Güneş 2018).

2.3. OBEZİTENİN TIPLERİ

Çocukluk döneminde oluşan ve yağ hücre sayısının yükselmesiyle oluşan hiperplastik tip ile yetişkin dönemde oluşan ve yağ hücrelerinde hipertrofinin bulunduğu hipertrofik tip şeklinde 2 obezite türü bulunmaktadır. Hiperplastik tip de tedaviye cevabı az olup, hipertrofik tip de ise riskler daha çoktur fakat tedaviye yanıtı daha iyidir. Obezitede aynı zamanda vücutta yağın dağılımı da incelenmiştir. Şayet yağ karında ve göğüste toplanmışsa android obezite olarak adlandırılmaktadır. Yağ, kalça ve uylukta birikmişse jinekoid obezite olmaktadır (Durgun 2012).

Android ve jinekoid obezite arasındaki nitel fark da önem arz etmektedir. Çünkü diyabet ve damar sertliği oluşumunu barındıran komplikasyonlar da beraber yer alan android obezitedir. Bel çevresi ve kalça çevresi oranlamasının 1'in üzerinde olması android obezitenin indeksi gibi kullanılmaktadır. (Aygün 2014).

Santral obezite, gluteal-femoral obezite ile kıyaslandığında metabolik komplikasyonlarla fazlaca bağlantılıdır. Bu sebeple BKİ ile birlikte bel çevresi uzunluğu sıklıkla yer almaktadır. Bel çevresinin erkeklerde 102 cm kadınlarda 88 cm'nin üstünde olduğunda kalp damar hastalıklarıyla bağlantılıdır (Kalan ve Yeşil 2010).

2.4. OBEZİTENİN TANISI VE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ

Vücut yağ düzeyini ve dağılımını incelemek için kullanılan farklı birçok metot bulunmaktadır. Obezite tanısındaki ölçütler çoğunlukla hastalık oluşturan vücut kilosunun belirlenmesiyle ilgilidir (Durgun 2012).

Obezite tanısı için beden kitle indeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ bireyin kilosunun boy uzunluğunun metrekaresine bölümü şeklinde adlandırılmaktadır (Oğuz vd. 2016).

BKİ'ye göre kişiler; zayıf (<18.5), normal (18.5-25), fazla kilolu (25- 30) ve obez (30>) şeklinde sınıflandırılmaktadır (Öz vd. 2018).

Obezite, BKİ'nin 30'un üzerinde çıkması şeklinde adlandırılmaktadır. Obezite parametresi olan BKİ, tahmin edilen hayat süresi ve obezite kaynaklı komplikasyonların oluşması ile bağlantılı belirteç olarak yer almaktadır (Aygün 2014).

BKİ'nin önemli bir eksikliği olan obezitenin metabolik komplikasyonları ile bağlantısı bulunan vücut yağ dağılımına dair bilgi oluşturmamasıdır (Kalan ve Yeşil 2010).

Obezite dair yapılan çalışmalarda yağ dağılımı asıl olarak hastalıklarla bağlantısı bulunduğu belirtilmiştir. Çoğunlukla abdominal yağlanmanın diyabet ve kalp damar rahatsızlıklarıyla bağlantısı olduğu söylenmiştir (Ertem 2017).

Obezitede kilonun yüksek olmasından ziyade yağların dağılımı daha büyük öneme sahiptir. Abdominal bölge yağlanması ciddiye oluştururken, kalça ve bacak çevresi yağlanması risk oluşturmamaktadır. Abdominal bölgenin yağlanmasını göstermede anlamlı olmasını sağlamasından kaynaklı bel çevresi obezite tanısında yer almaktadır. DSÖ'ne göre bayanlarda bel uzunluğu 88 cm ve daha fazla, erkeklerde 102 cm ya da daha fazla ise santral obezite olduğu anlaşılmaktadır (Ertem 2017).

2.5. OBEZİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Obezitenin meydana gelmesinde genetik, çevresel ve psikolojik faktörlerin olduğu var sayılmaktadır. Bu faktörlerin bireyde obezite oluşumuna hangi düzeyde etki ettiğini belirlemek pek mümkün olmamaktadır (Oğuz vd. 2016).

Aynı zamanda, vücut ağırlığının belirlenmesinde etkisi olan hormonal ve sinirsel etmenler ve kalıtsal etmenler obeziteye sebebiyet vermektedir (Işık vd. 2013).

Obezitenin ortaya çıkmasında bir diğer önemli sebeplerden birisi de hayatın ilk zamanlarındaki beslenme tarzıdır. Obezite yaygınlığı anne sütü alanların anne sütü alamayan çocuklara kıyasla daha az seviyede bulunduğu belirtilmektedir (Kurt vd. 2019).

Obeziteye sebep olan faktörler içerisinde beslenme alışkanlığının hazır gıda çeşidine doğru ilerlemesi ve ayaküstü tüketilen tost, sandviç, hamburger, pizza gibi gıdaların çokça tüketiliyor olmasının etkisi büyüktür. Kısıtlı hareketli hayat, sanayileşmiş toplum, evlilik, kadınlarda sık doğumların olması, alkol tüketim sıklığındaki yükseliş ve kalıtsal faktörler obezite sebepleri arasında sayılabilmektedir. Yaş arttıkça metabolizma hızı düşeceğinden kiloyu verebilmek güç hale gelmektedir. Toplum olarak beslenme şeklinin özellikleri de obezite adına belirleyicilik oluşturmaktadır (Durgun 2012).

2.6. OBEZİTEYE EŞLİK EDEN HASTALIKLAR

Yeme alışkanlıklarının farklılaşması ve yaşam kalitesinin yükselmesiyle birlikte obezite ve obeziteyle alakalı rahatsızlıklarda da yükselme olmuştur (Motor vd. 2014) Obezite, ölüm ve hastalıkta önemli bir yükselişe sebebiyet vermektedir. Obezite sıklığının artış göstermesiyle birlikte obeziteyle alakalı rahatsızlıklarında sıklığının artış göstermesine sebep oluşturmaktadır (Kalan ve Yeşil 2010).

Obezite, ölüm ve hastalık neden olan birden fazla patolojik durumun meydana gelmesinde etkili olmaktadır. Bunlar arasında en çok karşılaşılanlar; kalp damar rahatsızlıkları, hipertansiyon, felç, diyabet, kanser, osteoartrit ve uyku apnesi olarak sayılabilir (Ayar 2009).

2.6.1. Obezite Ve Kalp Damar Hastalıkları

Obezite, çağımızda kalp damar rahatsızlıkları için riskli görülmektedir. Obezite, kalp damar sistemi birçok mekanizmalarla etki eder ve hastalık, ölüme neden olan kalp damar rahatsızlıklarının meydana gelmesine sebebiyet vermektedir (Helvacı vd. 2014).

Obezite dislipidemi, hipertansiyon, hipoventilasyon vb. durumlara sebep olarak kalp rahatsızlıklarına etki etmektedir. Obezite erkeklerde kalp damar hastalıklar adını tek başına risk etmeni olurken kadınlarda kalp damar hastalıklarının meydana gelmesine sebebiyet vermektedir. Vücut kütlelerinin %10'dan biraz çok olması dahi kalp damar hastalıklarından kaynaklı ölüm riskinin artmakta olduğu belirtilmektedir (Ertem 2017).

Abdominal obezitedeki yükseliş, karaciğerde glukoz dengesinde bozulmaya neden olmaktadır. Esterleşmemiş serbest yağ asitleri, insülin salınımını yükseltse de insülin direncinin bulunduğu durumda etki gösteremeyeceğinden, obezite bağıntısı kalp damar rahatsızlık riskinin ana nedeni olarak belirtilmiştir (Solmaz ve Akbulut 2018).

Obezite halinde leptin, yemek yeme alışkanlığını negatif etki eden bir adipokindir. Leptin obezlerde hücrel bağışıklık cevabında yükseliş, sempatik sinir sistemi aktivasyonu, arteriyel trombozisi tetikleme ve insülin rezistansına sebep olma şeklinde olumsuz etkileri vardır. Bu yüzden kalp damar rahatsızlıkları yönünden ispat edilmiş bir risk etmeni olarak sayılmaktadır (Solmaz ve Akbulut 2018).

2.6.2. Obezite Ve Diabetes Mellitus

En sık hastalığa ve çokça sağlık masrafına sebep oluşturan obezite ile bağlantılı rahatsızlık tip 2 diabetes mellitusdur. Diyabette aynı zamanda obezitenin dışında insülin direnci de vardır. Fakat obezitenin eklenmesiyle insülin direncinin düzeyi yükselmektedir (Durgun 2012).

İnsülin direnci, glukozun hücreler aracılığıyla alınması, okside olması ve glukoz salınımının inhibe edilmesi durumunda direnç görünmesidir. İnsülin direnci pankreatik beta hücre zararı oluşarak tip 2 diyabete sebep olmaktadır (Kalan ve Yeşil 2010).

Obezite özellikle abdominal obezite metabolik bozukluğa sebep olduğu bilinmektedir. Artmış yağ asitleri ile insülin direnci ile alakalı bağlantı bulunmuştur. Adipoz doku haricinde yağ asitlerinin fazlalaşması insülin direncine bu durumda tip 2 diyabet oluşumuna sebep olur (Ertem 2017).

Obezitenin insülin rezistansı ve diyabet arasındaki bağlantı karışık mekanizmaya sahiptir. Abdomende artmış yağ dokusundaki lipoliz ve lipogenez ile azalmış lipoprotein lipaz aktivitesi neticesinde oluşan serbest yağ asitlerinin portal vende çoğalması karaciğerde glukoneogenez ve glikoz üretimini artırır (Durgun 2012).

2.6.3. Obezite Ve Osteoartrit

Obezite, dünya genelinde osteoartritin başlaması, ilerlemesi adına önemli bir risk etmenidir. Obezitenin osteoartritin temel belirleyicilerinden biri olduğu üzerine birçok kanıtlar bulunmuştur (Öz vd. 2018).

Osteoartrit, eklem kıkırdağında erozyon, kemik hipertrofisi ile oluşan bir eklem hastalığıdır. Çoğunlukla yük taşıyan eklemler ve el eklemleri tutulma olur (Güven vd. 2015). Osteoartritte kas zayıflığı ve dokularda küçülme çoğunlukla eklem ağrısına bağlı şekilde meydana geldiği biliniyorken, son yıllarda yaş ile birlikte kas hacminin azalmasının da osteoartrit adına bir risk etmeni olduğu bildirilmektedir (Sevinç 2014).

Obezite yük taşıyan eklemlerde mekanik stresi artırarak kıkırdak matriksini üreten hücreleri aktive edip, vücutta kireçlenmeye sebep olmaktadır (Öz vd. 2018). Obezitenin negatif etkisi diz ekleminde karşılaşılmaktadır. Çalışmalarda obezite ile diz osteoartrit riskinde 3 -10 kat şeklinde artış olduğu belirtilmiştir. Beden ağırlığındaki her 5 kg artış, osteoartrit riskini %35 arttırmaktadır (Güven vd. 2015).

Ackerman vd'ne göre (2012), beş bin hasta ile yaptığı çalışmada; aşırı kilolu kişilerde osteoartrit riskinde 7 katlık bir artış olduğu aynı zamanda hastalık şiddetinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Ackerman et al. 2012).

Ağırlık kaybı osteoartriti engellemek amacıyla önemi bulunup fiziksel aktivitenin artırılabilmesine de katkı sağlaması yönünden önemli olmaktadır (Öz vd. 2018).

2.6.4. Obezite Ve Kanser

Çalışmalarda obezite ve kimi kanser türlerinin yaygınlığı ile ilgili bağlantı saptanmıştır. Kadınlarda meme, yumurtalık, endometrium kanseri riski obezite ile yükselmiştir. Erkeklerde ise kolon, rektum ve prostat kanseri riski artmıştır (Durgun 2012). Bilimsel çalışmalar vücut yağ miktarının artmasının kimi kanser çeşitlerinin insidansı veya kanser kaynaklı ölüm oranlarının fazlalaştığını göstermektedir (Yıldırım 2018).

Obezite ve kanser arasındaki bağlantının nedeni olan biyolojik mekanizmalar fazlaca karışık olmasının yanı sıra bu bağlantıyı ifade eden patofizyolojik mekanizmalar vardır. Adipoz doku, endokrin denge ve metabolizma için enerji dengesini düzenleyen bir yapıdır. Adipoz dokudan adiponektin, interlökin ve apelin vb. moleküller ve tümör nekrozis faktör- α , leptin, rezistin, anjiyotensin II vb. moleküller salgılanmaktadır. Adipoz dokudaki bir fonksiyon bozukluğu proinflamatuvar sitokinlerin uygun olmayan salınımına neden olarak kanser oluşmasına neden olmaktadır (Urhan ve Akbulut 2017).

Avrupa Birliği'nde kanser ile obezite bağlantısını araştıran bir çalışmada, tüm kanserler içerisinde %5'inin obezite ile bağlantılı bulunduğu belirtilmektedir. En fazla orana sahip kanser türü endometriyum, böbrek ve safra kesesi kanserleridir (Durgun 2012). Calle vd.'ne göre (2003), yaptığı çalışmanın neticesine göre de karaciğer, pankreas, non-Hodgkin lenfoma ve miyelom gibi kanserler ile obezite arasında da bağlantı bulunduğu belirtilmiştir (Calle et al. 2003).

2.7. OBEZİTENİN PSİKOLOJİ ÜZERİNE ETKİSİ

Çağımızda depresyon ve obezite iki önemli sağlık sorunlarıdır. Depresyon, yorgunluk ve halsizlik vb. duyguların önemli sebebiyken, obezite ise ölümün ana nedenidir (Şengönül vd. 2019).

Obezite nedeniyle en çok karşılaşılan psikolojik problemler ise depresyon ve benlik saygısı düşüklüğüdür (Canbay vd. 2016). Sebebi obezitenin depresyon riskini artırıcı etkisiyle birlikte bedensel memnuniyetsizliği de artırarak benlik saygısını azaltıcı etkisi vardır (Şengönül vd. 2019). Obezite oranı giderek fazlalaşmakta ve depresyon, özgüven düşüklüğü ile davranış problemlerine sebep olmaktadır. Ayrıca düşük ağırlığın da depresyonu arttıran etkisi bulunduğu belirtilmiştir (Şengönül vd. 2019).

Aynı zamanda toplumun obezlere dair önyargıları bu kişilerin iş bulma zorluğuna, düşük maaşla çalışma mecburiyetinde olmalarına sebep olmaktadır (Canbay vd. 2016).

Depresyon ve obezite oranının gittikçe fazlalaşması, her iki durumun da sistemik rahatsızlık riskini artırması sebebiyle önemlidir. Depresyon ve obezite genetik, hormonal ve çevresel birden fazla faktör incelenmektedir. Son zamanlarda obezite ve depresyonun arasında nedensel bir bağlantı bulunup bulunmadığını araştıran birçok çalışma belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda, depresyonun obezite veya obezitenin depresyon riskini fazlalaştırdığı gibi sonuçlar söylenmiştir (Çakmur ve Güneş 2018).

Pınar (2002), 87 obez ile yaptığı araştırmada obezlerin %42.5 depresif, %58.6 benlik saygısının düşük, %54.4 vücut şeklinde bozukluk saptanmıştır (Pınar 2002).

Obez bireylerin, olmayanlara göre depresyon ve kaygı bozukluğunun daha çok bulunduğu, depresyon ve obezite arasında bir bağlantı olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Özmen ve Aktaş 2021).

2.8. OBEZİTENİN TEDAVİSİ

Obezitenin tedavisi bir ekip işi olup obeziteye bağlı hastalık ve ölüm oranının düşmesi, hastaya sağlıklı beslenme alışkanlığının oluşturulması ve hayat seviyesinin yükseltilmesi hedeflenmektedir (Şengönül vd. 2019). Beslenme, egzersiz ve davranış

değişikliği tedavisinin beraber olduğu yaklaşımlar hem ağırlık azalmasını hem de kaybedilen ağırlığın korunmasında önemli katkı sağlar. Beden ağırlığının 6 aylık zamanda %10 düşmesi, obezitenin oluşturduğu sağlık problemlerinin engellenmesinde büyük fayda oluşturur (Kurt vd. 2019).

Obezite sağlık problemi şeklinde isimlendirildiğinden tedavi edilmesi gereken bir durumdur ve obezite ile alakalı birçok tedavi metotları bulunmaktadır (Balcı ve Küçükkendirci 2019). Obezitenin tedavi metotları şunlardır; tıbbi beslenme, egzersiz, davranış değişikliği, farmakolojik ve cerrahi tedavidir (Kahraman vd. 2018).

2.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Yanlış beslenme davranışları, kişilerde obezite gelişmesine yol açan sebeplerdendir (Kurt vd. 2019). Diyet tedavisinde kişi adına bireyselleştirilmiş bir beslenme planı yapılmalıdır. Kişiye sağlıklı beslenme alışkanlığı oluşturulması ve bu alışkanlığın devam ettirilmesi hedeflenmelidir (Baltacı vd. 2015). Diyet obezite tedavisinde kolay yapılabilir, ekonomik ve güvenli seçenektir (Kahraman vd. 2018).

Beslenme tedavisinde enerji gereksinimi kişinin bazal metabolizma hızından daha düşük olmaması gerekmektedir. Enerji alımı kişinin haftalık 0,5-1,0 kg ağırlık kaybı olacak düzeyde azaltılmalıdır. Günlük ortalama kişinin obezite seviyesine göre 300-1000 kkal azaltılması ile bu kayıp oluşturulabilir. Protein açısından günlük enerjinin ortalama %15-20'si proteinlerden olacak şekilde tavsiye edilmeli ve çoğunlukla kaliteli protein tercih edilmelidir. Karbonhidrat olarak ise enerji kısmının %50-55'ni alacak şekilde ve kompleks karbonhidratlardan sağlanmalı, basit karbonhidrat alımı düşürülmelidir. Beslenme tedavisinde önemli bileşenlerden biri de lifli gıda tüketiminin fazlaştırılmasıdır. Kilo verme planında önemli bir diğer bileşen ise su tüketimidir. Günlük en az 2 litre su alınmalıdır. Yemek öncesi, yemek arası ve yemek sonrası bol sıvı tüketilmesi tokluk hissi yönünden ve kabızlığın engellenmesinde önemli etkisi vardır (Baltacı vd. 2015).

Obez kişiler yükselmiş beden kitlesi sebebi ile daha çok enerji ihtiyacı olduğu bilinmelidir. Kilo verme programı beden ağırlığının %10'u düzeyinde kayıp olacak

şekilde planlanmalıdır. Bu kısım başarılı olduğunda yeni bir hedef belirlenmelidir (Baltacı vd. 2015).

2.8.2. Davranış Değişikliği Tedavisi

Son zamanlarda bilişsel davranışçı terapi uygulamaları da obezitenin tedavisinde bulunmaktadır (Oğuz vd. 2016).

Davranış tedavisi öğrenme ilkeleri üzerine kuruludur. Bu ilkeler insan ve hayvanların nasıl öğrendikleri, davranışlarının oluşturacağı neticeler hakkındaki beklentileri ne tür davranış değişikliği yaptıklarını araştıran birçok sayıda araştırmaya dayanmaktadır. Davranış değişikliği tedavisi; yemek yeme ve egzersiz ile alakalı istenmeyen davranışları azaltmak aynı zamanda istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" şekline dönüştürülmesini sağlamaya yönelik tedavidir. Bu durumun hayat boyu devam edecek davranış değişikliği haline getirmek ve kilonun uzun vadede korunmasını sağlamak amaçlanır. Davranış teorisine göre, yeme davranışı besinlerin haz verici yanları ve açlık duygusunu azaltmaları ile pekişir. Yani çokça gıda alımının oluşturacağı negatif neticeler, uzun sürede meydana gelecek ağırlık artışının oluşturacağı durum tokluğun getirdiği erken olumlu ödüllere oranla daha hafif olmaktadır (Oğuz vd. 2016).

2.8.3. Fiziksel Aktivite

Egzersiz planlaması kişinin yaşına, sağlık ve fiziksel haline ve kişisel seçimlerine uygun olacak şekilde hazırlanmalıdır (Baltacı vd. 2015). Uzman kontrolünde olması önemli bir durumdur. Düzenli yapılan fiziksel aktivite ile azalan kilonun tekrardan oluşması engellenebilmektedir (Balcı ve Küçükkendirci 2019).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre bir erişkinin her gün 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapmalıdır, bu seviyedeki aktivitenin bireyin yaklaşık 200 kkal harcamasına katkı sağlamaktadır. Obez bireylerin tedavisinde de bu kişilerin her gün fiziksel olarak aktif düzeyde olması hedeflenmektedir fakat enerji tüketimi bireyin beden kilosuna, aktivitenin şiddetine ve bireyin sağlık haline göre ayarlanmalıdır.

Obezitenin tedavisinde yürüyüş ve direnç egzersizleriyle birlikte günlük hayat aktivitelerinin fazlaştırılması amaçlanmaktadır (Kahraman vd. 2014).

2.8.4. İlaç Tedavisi

Obezite tedavisinde fiziksel aktivite ve düşük enerjili diyetlerin yetersiz olduğu pozisyonlarda ilaçlardan destek alınmaktadır (Altunkaynak ve Özbek 2006).

Obez kişilerde ilaç tedavisinde önce obezite seviyesi, viseral obezite durumu, metabolik ve hormonal durum, ek rahatsızlık hali ile obezite bağlantılı hastalık varlığı incelenmelidir (Baltacı vd. 2015). İlaç tedavisi için tavsiye edilenler:

2.8.4.1. Orlistat

Mide ve pankreatik lipaz inhibitörüdür. Kilo üzerine periferik etkisi bulunmaktadır. Diyet ile birlikte alınan yağın hidroliz ve emilimini önler. Böylelikle Trigliseritlerin %30'na yakın düzeyde sindirimini engelleyip, dışkı aracılığıyla uzaklaştırır (Baltacı vd. 2015).

2.8.4.2. Metformin

Biguanid grubu oral anti-diyabetiktir. Diyabetik, bozulmuş glikoz toleransı ve insülin direnci bulunan kilo sorunu olan bireylerde kullanılması tavsiye edilmektedir (Baltacı vd. 2015).

2.8.4.3. Fentermin

FDA tarafından 1959 yılında onaylanmıştır. İştah baskılama özelliği bulunmaktadır. Yan etkileri arasında taşikardi, ağız kuruluğu ve çarpıntı olabilir. Kısa vadede kullanımı tavsiye edilmektedir (Baltacı vd. 2015).

2.8.4.4. Sibutramin

Noradrenerjik ve serotonerjik etki mekanizması bulunup obezite üzerinde uzun vadede kullanım için onayı vardır. Hipertansiyon, riskli böbrek, kalp damar hastalığı, kalp yetmezliği vb. durumlarda kullanımı uygun değildir (Baltacı vd. 2015).

2.8.4.5. Fluoksetin

Selektif serotonin geri alım inhibitörüdür. Kısa vadede kullanımının etkin ve güvenilir olduğu belirtilmiştir. Ağız kuruluğu, uykusuzluk ve çarpıntı yapabilir (Baltacı vd. 2015).

2.8.4.6. Bupropion

Norepinefrin ve dopamin geri alım inhibitörü olarak dual etkili norotransmitter özelliğe bulunan ağırlık kontrolünde alımı tavsiye edilmiştir (Baltacı vd. 2015).

2.8.4.7. Loscaserin

İştah azlığı ve tokluk yapması ile kilo verdirmektedir. FDA tarafından onaylanmıştır. Yan etkileri ise sersemlik, yorgunluk ve kabızlık vardır (Baltacı vd. 2015).

2.8.5. Bariatrik Cerrahi

Cerrahi tedavi planlanan obez hastaların en az 1 senedir kilo veremiyor olması, bir hormonal rahatsızlık bulunması ve en az 3 senedir obezite tanısı olmalıdır (Baltacı vd. 2015). Obezitede cerrahi tedavi, önceki zamanlara kıyasla daha fazla tercih edilmektedir. Cerrahi tedavinin amacı, obeziteye birlikte gelişen hastalık ve ölümü azaltmak, metabolik ve organ fonksiyonlarını iyileştirmektir. Cerrahi karar alınmadan önce kişilerin minimum 6 ay endokrinoloji bölümünce takipte olmalıdır (Kurt vd. 2019).

Bariatrik cerrahi iki temel hedef doğrultusunda yapılmaktadır. İlki gıdalar ile alınan enerjinin mide bağırsak sisteminde emilimi düşürmek; Bypass, Gastroplasti, Gastrik Bantlama vb. metotlar kullanılarak yapılır. Diğer ise; rekonstrüktif cerrahi ile

yapılmaktadır. Bu metotta bedenin farklı yerlerinde olan yağ kitlesinin uzaklaştırılmasıdır. Düşük enerjili birçok diyetler bulunmasına karşın diyet danışmanlıkları birçok kişide neticeye varamayıp kişilerde hayal kırıklığına sebep olmakta ve bu durum da bariatrik cerrahinin obezite tedavisinde öncelikli olmasını sağlamaktadır (Balcı ve Küçükkendirici 2019).

BÖLÜM 3

YEME BAĞIMLILIĞI

3.1. YEME BAĞIMLILIĞININ TANIMI

Obezite oluşumunda demografik etmenler, eğitim seviyesi, medeni durum ile birlikte sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yetersizliği, düzensiz yeme davranışları neticesinde fazlaca kalori alımı vb. etkenler bulunmaktadır (Öncü ve Karakaya 2013).

Dünya’da fazlalaşan obezite ve diyabet sıklığı ve 21. yüzyılda işlenmiş besinlerin günlük yaşamda daha çok yer alması yeme bağımlılığını odak noktası haline getirmiştir (Kandeğer ve Bozkurt 2016).

Dengesiz yemek yeme ve yeme bozukluklarında olduğu gibi farklılaşan yeme biçimlerine ilave olarak obezitenin artmasıyla alakalı kaygılar nedeniyle bu bölüme alaka gittikçe fazlalaşmıştır (Oliveira et al. 2021). Yeme bozukluklarını, obeziteyi ve yeme bağımlılığını etki eden faktörlerin neler olduğuna dair ilgi uyandırmış bu alanda yapılan çalışmaların sayısı artış göstermiştir (Altan 2021). Çoğunlukla son zamanlarda bilimsel incelemelerde yeme bağımlılığı alanında devamlı bir artış görülmektedir (Atabay vd. 2019).

İlk kez 1956 yılında Theron Randolph tarafından isimlendirilen yeme bağımlılığı, homeostatik enerji ihtiyacının ilerisinde fazla yağlı, çok şekerli ve fazla lezzetli besinlerin çok tüketimi şeklinde adlandırılmaktadır (Cebioğlu vd. 2022). Yeme bağımlılığı besini düşünülenden daha uzun zamanda yemek ve aşırma ya da dürtü veya bu besinleri yemek için güçlü arzu duyulması halidir (Bao et al. 2022).

Önceki zamanlardan itibaren bilinen bağımlılık, en karmaşık nöropsikiyatrik bozukluklar arasında yer alır (Güleken ve Uzbay 2022). Bağımlılık ve bağımlılığın motivasyonel ve öğrenme bağlantılı bileşenleri son zamanlarda çokça çalışılmaktadır. Fakat dünyada bağımlılık araştırmalarının yoğunlaştığı yerler nikotin, alkol, kannabis vb. maddelere karşı oluşan bağımlılıklardır. Bu maddelerin bağımlılık popülarlığıyla birlikte alışveriş, internet, zorlayıcı aşırı yeme gibi davranışsal bağımlılıklar da bulunmaktadır (Kafes vd. 2018).

Davranışsal bağımlılıklarda, tutum ya da faaliyeti kontrol edememe, olumsuz sonuca rağmen tutuma devam etme ve bu tutumun devamlılık göstermesi esas belirleyicilerdir. Yeme bağımlılığı; özellikle tatlı, çikolata ve karbonhidrattan zengin gıdalara dair çokça arzu hissetme olarak adlandırılmaktadır (Akten ve Noyan 2019).

Yiyecek bağımlılığı, bağımlılık yapan yeme niteliklerinin bir modelini tanımlar (Vidmar et al. 2021). Yakın zamanda da madde bağımlılığı tanı ölçütlerine göre geliştirilmiş öz değerlendirme ölçekleri ile yeme bağımlılığı için risk oluşturan kişiler tanımlanmaya başlamıştır (Tekin vd. 2018). Yeme odaklı bozuklukların, madde bağımlılığı tanı ölçütleriyle yakınlık gösterdiği çalışmalarda anlaşılmaktadır (Altan 2021).

Yiyecek bağımlılığı ve diğer madde kullanım bozuklukları arasındaki davranışsal fenotipteki yakınlıklar göz önünde bulundurulduğunda, yiyecek bağımlılığı, ergenlik döneminde yürütücü işlevler, duygusal zorluklar, aşırı yeme ve obezite arasındaki bağıntıda yer alabilmektedir (Vidmar et al. 2021).

3.2. YEME BAĞIMLILIĞI VE OBEZİTE

Dönemimizde obezite oranındaki yükseliş sadece kalımsal faktörlere bağlı olmadığı, çevresel değişikliklerin obezite pandemisinde etken olduğu bildirilmiştir. Birçok kişinin bedensel ve ruhsal iyilik düzeyinde risk oluşturacak düzeyde fazlaca beslendiği, psikiyatrik bozuklukların obezite ile bağlantısı olduğu bildirilmiştir (Özkan vd. 2017).

Dünyada ve ülkemizdeki araştırmalarda ise yeme bağımlılığının psikiyatrik bozukluklar oluşturabileceği ve obez kişilerde karşılaşıma durumunun fazla olduğu belirtilmiştir (Işık ve Gürhan 2021). Toplumdaki kişilerin ortalama %5-10'unun gıda bağımlılığının bulunduğu ve gıda bağımlılığı karşılaşıma oranının obez ve tıkanırcasına yeme bozukluğu bulunan kişilerde daha çok olduğu söylenmektedir (Güzel ve Keser 2020).

Çelebi (2015), 140 obezite tanısı alan kişiler üzerindeki çalışmasında 66 kişide yeme bağımlılığı olduğunu belirtmiştir (Çelebi 2015). Balaman (2017), bir alışveriş merkezinin yeme bölümünde tesadüfi seçtiği 300 erişkin kişinin üzerinde yaptığı çalışmasında 33 bireyde yeme bağımlılığı bulunmuştur (Balaman 2017). Çelik ve Ermumcu'nun (2022) araştırmasında ise yeme bağımlılığı bulunan kişilerin %40.9'u kilolu ve obez çıktığı bildirilmiştir (Çelik ve Ermumcu 2022).

Kimi araştırmacılar ise obezitenin bir yeme bağımlılığının ilerisinde bir ruhsal bozukluk olarak DSM-V(Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)'te bulunmasını tavsiye etmiştir. Yeme bağımlılığı obezitedeki yeme davranışlarının tamamını açıklamada yetersiz olduğu fakat bağımlılıkta meydana gelen fazlaca nörobiyolojik farklılığın obez bireylerde de bulunmasının önemli bir veri olduğu açıklanmıştır (Öyekçin ve Deveci 2012).

Kalori değeri fazla bulunan gıdaların fazla düzeyde tüketimi, pozitif enerji dengesi ve haz duygusu yaratarak obezite oluşumunda önemli hale gelmektedir (Güzel ve Keser 2020).

Kimi gıdaların ödüllendirici ve pekiştirici özellikler barındırması, bilişsel ve homeostatik mekanizmaları baskı oluşturabildiği ve kilo artışına neden olduğu bildirilmiştir. Bu yüzden, kimi araştırmacılar obezite oranındaki yükselmenin, toplumun bir bölümünde "yeme bağımlılığı" nın meydana gelmesinin yansıması olduğunu belirtmişlerdir (Özkan vd. 2017).

Fazla işlenmiş ve yüksek kalori içeriği olan gıda alımlarının, beynin ödül sisteminde ve nörotransmitter yollarında işlevsel farklılıklara sebep olabileceği bildirilmiştir (Güzel ve Keser 2020). Nasser vd.' ne göre (2001), bir çalışmada çikolata tüketiminin direkt ölçülebilir bir psikoaktif etkisinin bulunduğunu, içeriğindeki kakao ve şekerin de bu aşermde direkt etkisi olduğu bildirilmiştir (Nasser vd. 2001). Bu farklılıklarla beraber beyinde serbest kalan endojen opioid seviyesinin yükselmesi, gıdaların tüketim isteğini artırarak kilo artışına sebep olmaktadır (Güzel ve Keser 2020).

3.3. YEME BAĞIMLILIĞININ DOPAMİN İLE İLİŞKİSİ

Önceki zamanlarda insanlar gıda tüketimini yalnızca bedenlerindeki enerji gereksinimini tamamlamak iken son yıllarda gıda endüstrisindeki ilerlemelerden kaynaklı ihtiyaçtan çok gıda değeri az; çoğunlukla şekerli, yağlı ve katkı maddeleri bulunduran besinleri tüketmişlerdir. Bu yüzden gıdalarda olan endüstriyel maddelerin çokça tüketilmesi neticesinde kişilerin sağlıkları olumsuz etkilenmekte ve ağırlık fazlalığına sebep oluşturmakta ve beyindeki dopamin salınımının artışı sağlayarak bağımlılık oluşmasına katkı sağlamaktadır (Tonkuş ve Uysal 2021). Avena vd.' ne göre (2008), yaptıkları bir araştırmada her gıda maddesinin bağımlılık benzeri davranışlar oluşturmadığı, genellikle tuzlu, yağlı, şekerli gıdaların bu etkilerinin daha net olduğu bildirilmiştir (Avena 2008).

Dopamin, bir nörokimyasal olup iki sinir hücresi arasındaki boşlukta bulunan sinaptik kesecikler içerisinde depo edilir. Şayet dopaminin geri alınımı önlenirse ve dopaminler uzun süre sinaptik boşlukta bulunursa haz hissi oluşur. Sinaptik boşlukta çok duran dopamin de bağımlıların aldığı zevk duygusunu oluşturmaktadır. Fakat tekrar eden tüketimler tolerans oluşmasına sebep olmakta ve aynı hissini oluşması için madde düzeyi yükselmektedir. Bununla beraber dopamin sentezi azalmakta ve bununla birlikte fazlaca yorgunluk, depresyon oluşmaktadır (Öncü ve Karakaya 2013).

Yeme bağımlılığının incelendiğinde hayvan çalışmalarında madde bağımlılığı için biyodavranışsal modeller kullanılmış ve kimi gıdaların ödül merkezi için önemli

olan nukleus akkumbenste dopamin salınımına sebep olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmalarda bulunan ortak bulgu lezzetli gıdaların tüketilmesi neticesinde beyin ödül sisteminin aktive olduğu bildirilmiştir. Bir ay itibarıyla her gün 12 saat fazla şekerli solüsyon alan farelerde yapılan çalışmada hayvanların tıpkı bağımlılar gibi fazla düzeyde gıda alımı ve solüsyon olmadığında kaygı, depresyon ve aşırma belirtileri olduğu bildirilmiştir (Oktay 2015).

Yapılan hayvan araştırmasında şekeri artırılmış beslenme davranışının zamanla günlük besin alımını fazlaştırdığını göstermiştir. Daha sonra diyetten şekerin uzak kalmasıyla, hayvanlarda saldırganlık, kaygı vb. uyuşturucu yoksunluğunda oluşan belirtiler görülmüştür (Öncü ve Karakaya 2013). Rada vd.'ne göre (2005), yapılan araştırmada şekerli gıdaları tüketen farelerin beyinde daha çok dopamin salındığı bildirilmiştir (Rada vd. 2005).

3.4. YEME BAĞIMLILIĞININ BELİRTİLERİ

Yeme bağımlılığı tanısı tam olarak kabul görmese de Gunnars ve arkadaşlarınca önerilen bazı ölçütleri vardır. Bu belirtilerden 4 veya 5 tanesinin düzenli şekilde bulunması bireyde yeme bağımlılığı bulunabileceğine işaret eder. Bu belirtiler şunlardır: Fazlaca doygun olunmasına karşın kimi gıdalara aşırma, istek duyulan gıdaları yedikten sonra tıkanmışlık hissi olması, kimi gıdalar yenirken suçluluk hissi, aşırılan gıdaları yemesiyle ilgili sürekli bahaneler bulma, yemeyi kısıtlama da başarısız olma, sağlıksız gıdalar tükettiğini insanlardan gizleme, zararlı olduğu bilinmesine karşın bu besinleri tüketmeyi kontrol edememdir (Kafes vd. 2018).

3.5. YEME BAĞIMLILIĞI VE GENETİK ARAŞTIRMALAR

Genetik araştırmalarda çoğunlukla ödül üzerinde önemli etkisi bulunan dopamin ile bağıntısı vardır. Önemli bir araştırma Taq1A DRD2 gen polimorfizmi ile ilişki olan A1 alelinin bulunduğu gösterilmiştir. DRD2 A1 aleli ödül geni şeklinde bilinir. Çalışmalarda A1 aleli bulunan kişilerin daha çok yiyecek aşırıldığı fazlaca yiyecek tükettiği belirtilmiştir. Ebstein ve arkadaşları A1 aleli ile gıdaların ödül

beklentisiyle alakalı bağıntı belirtilmiştir ayrıca gıdalara dair arzusu yükselmiş bireylerde A1 aleli bulunduğu belirtilmiştir (Öyekçin ve Deveci 2012).

Bağımlılıkla alakalı yapılan çalışmalarda A1 aleli artmış obezite ile bağıntısı bulunmuştur (Oktay 2015). Aynı zamanda yapılan farklı araştırmalarda, dopamin taşıyıcısı geninde bozulmanın lezzetli gıda alımında yükselme ve fazla BKİ ile bağlantısı belirtilmiştir (Veske 2021).

3.6. YEME BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ

Bir halk sağlığı politikasında yer alan alkol ve tütün vb. bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımındaki kısıtlamalara benzer fazla kalorili, gıda değeri düşük, rahat ulaşılabilir ve ucuz olan bağımlılık yapıcı gıda alımının kısıtlanması yeme bağımlılığı durumunun meydana gelmesinin engellenmesinde önemli bir metot olabilir (Dinçer 2019). Ayrıca fazla kalorili gıdaların sürekli alımını azaltan önleme programları, ağırlık azalmasına katkı yapacaktır (Çınar vd. 2016).

Zor şartlar, kimi kişilerin stres düzeyini düşürmek için bağımlılık yapıcı gıdalara eğilim göstermesine neden olabilmektedir. Böylelikle hedonik mekanizmalar homeostatik mekanizmaların önüne geçmektedir. Bu durumun uzun olmasıyla beraber obezite dishomeostazını (OD) oluşturmaktadır. OD, kişilerin fiziksel ve zihinsel sağlığı yönünden zararlı olup insülin direnci/diyabet, metabolik sendrom, kalp damar rahatsızlıkları ve depresyon vb. rahatsızlıklarla bağlantısı vardır. Obezitenin temel sebeplerinde biri sayılan duygusal yemenin tedavisinde, kronik strese maruz olan kişilerde hayat düzeyini iyileştirmek, obezite ve bağımlılığı değiştirmek bu şekilde OD sebeplerini uzaklaştırmak sağlanmalıdır (Dinçer 2019).

Yeme bağımlılığı tedavisinde kişi aç kalmamalıdır. Bu durum yemekte aşırı istek ve yemek yenirken kontrolü sağlayamamayı oluşturabilir. Stres içerisinde olan kimi kişiler olağandan daha çok yemek yerler. Nedeni yemek bir süre kaygıyı uzaklaştırabilir. Bu nedenle kişiler endişe, üzüntü, kızgınlık vb. hislerin kontrolünü sağlamayı bilmelidirler (Şahin 2021).

Bu arada bağımlılık çok disiplinli bir alan olarak diyet polikliniklerinde de, sadece beslenme uzmanlarının değil bağımlılık uzmanları da olmalıdır. Madde bağımlılığı tedavilerindeki gibi bağımlılığın meydana gelmesinde etkisi olan psikolojik sebepler belirlenip, bu psikolojik dürtülerle başa çıkma ve yaşam boyu kontrol sağlama amaçlanmalıdır. Madde bağımlıları maddeyi tekrar kullanmadıkları takdirde arındırılmış sayılmaktadırlar. Maddeyi tekrar kullanması halinde bağımlı sayılırlar ancak yeme bağımlılığı tedavisi kişi yaşamı boyunca yemek yemesi gerektiğinden dolayı bu davranışın kontrolünü hep sağlaması gerekmektedir. Böyle bir durumda tedavi sürecine yeme davranışını kontrol etme gibi konularda psiko eğitimlerin eklenmesi önemli hale gelmektedir (Atabay vd. 2019).

BÖLÜM 4

YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU

4.1. YEME BOZUKLUKLARI TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre beslenme, bedenin gıda gereksinimi ile bağlantısı olan besin alımıdır. İyi beslenme; düzenli egzersizle beraber sağlıklı ve dengeli bir diyet sağlığın temelini oluşturur. Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı hayat ve fiziksel aktivite insan problemleriyle mücadele gücü oluşturmaktadır (Houshyari ve Kalkan 2019).

Her canlının hayatının devamlılığı için mecburi bir ihtiyaç haline gelen beslenme bireylerde büyüme, gelişme ve üreme vb. durumlarda gıdaların ihtiyaç doğrultusunda alımı şeklinde isimlendirilmektedir. Gıdaların yetersiz alınması fazlaca sağlık sorunlarının meydana gelmesine sebep olmaktadır (Arslantaş vd. 2017).

Beslenme davranışı, bireyin yaşadığı toplumun özellikleriyle şekillenmekte; hayat şartlarına göre dengesiz yeme, zaman kısıtlılığı sebebiyle çabuk yeme vb. yanlış beslenme alışkanlıkları oluşabilmektedir. Bu durum yeme bozukluklarına zemin oluşturması; fiziksel ve psikolojik bileşenleri de barındıran çok yönlü yaklaşıma ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Çelik vd. 2017).

Tarihsel süreç incelendiğinde ortalama 400 sene önce tanımlanmış olan yeme bozuklukları, çoğunlukla Avrupa ve ABD'de son zamanlarda klinik çalışanlarının ve araştırmacıların odak noktası haline gelmiştir. Bu çalışmalara karşın, yeme bozukluklarının etiolojisi tam olarak belirli olmayıp, araştırmalar genetik ve biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin göreceli etkileşimi üzerinde durmaktadırlar (Kuruoğlu 2000).

Yeme bozukluğu kelimesi hastalığa veya yetersiz beslenmeye sebep olan beslenme alışkanlıklarındaki sapmalar şeklinde isimlendirilmiştir (Arslantaş vd. 2017). Yeme Bozuklukları yeme davranışına dair bütün bozuklukları bir araya toplayan, genel bir tanımlamadır (Toker ve Kocaoğlu 2009).

Genç kişilerde yaygınlığı ve sıklık düzeyi gittikçe artan yeme bozuklukları Dünya Sağlık Örgütü tarafından “önemli tıbbi durum” şeklinde isimlendirilmektedir (Oğur vd. 2016).

Yeme bozuklukları bedensel ve psikososyal işlev bozukluğu oluşturması ve bazı durumlarda ölüm görülebilen önemli rahatsızlıklardır. Yeme bozuklukları, dönemimizde ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir (Öncü ve Sakarya 2013).

Yeme bozuklukları bireyin yemek, beden kilosunu ve dış görünümü ile alakalı düşünce ve yeme davranışında bozuklukla kendini belli eder. Yeme bozukluğu bulunan kişiler vücudunu normalden daha kilolu ve biçimsiz bulma, çok az besin tüketimi, yemek yedikten hemen sonra kusma, laksatif kullanma ve fazlaca egzersiz yapılması vb. durumlar olabilir (Ünalın vd. 2009).

DSM V’te bulunan yeme davranış bozuklukları anoreksiya nevroza (AN), bulimiya nevroza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu, pika, ruminasyon bebeklik ya da erken çocuklukta beslenme bozukluğudur (Alkan vd. 2019).

DSM V’te bulunmayan fakat yeme davranış bozukluğu şeklinde kabul edilen ortoreksiya nevroza (ON), Türkçedeki manası doğru ve uygun yemek yemektir. Fazlaca düşük beden kilosunu korumak amacıyla kalori alımını sınırlayan anoreksiya nevrozalı kişilerin tersine, ON’li kişiler gıdanın kalori değeri ile değil, kalite ve hazırlanması ile alakalı endişe hissetmesidir. Diyetisyenlerin ideal beden kilosunu devam ettirme ve sağlıklı gıda seçimi hususunda kendilerini baskı altında hissettiklerini ifade etmektedirler (Alkan vd. 2019).

4.2. YEME BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Yeme bozukluklarının yaygınlığı fazlaca yüksektir. Ortalama 7 erkekten 1'inin ve 5 kadından 1'inin yeme bozukluğu tecrübe ettiği bildirilmektedir (Eltan vd. 2021).

Yeme bozuklukları çoğunlukla geç ergenlik ve erken yetişkinlikte oluşur ve bazı durumlarda tehlikeli olabilir. Yeme bozukluğu oranı ortalama %1.8, 14-20 yaş aralığında ise %4.1'e ulaşabilmektedir (Ersöz 2021). Runfola vd.'ne göre (2014), senesinde yaptığı çalışmada 18-26 yaş grubunun olduğu kişilerde, %4.2'lik bir oranda yeme bozukluğu saptanmıştır (Runfola et al. 2014).

Galmiche vd.'ne göre (2019), senesinde yeme bozukluğunun cinsiyete göre sıklığının incelendiği çalışmada, 94 kişinin incelendiği çalışmada yaklaşık oran kadınlarda %8.4, erkeklerde ise %2.2 şeklinde belirtilmiştir (Galmiche et al. 2019).

Türkiye'de yeme bozukluklarının sıklığıyla alakalı öğrencileriyle yapılan çalışmada yeme bozukluğu oranı % 2,3 ila % 6,3 arasında olduğu bildirilmiştir. (Eltan vd. 2021).

Kuğu ve arkadaşlarının 951 kişi üzerinde yaptığı çalışmada 21'inde (%2.2) yeme bozukluğu olduğu görülmüştür (Kuğu vd. 2006).

4.3. YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ

Yeme bozuklukları etiolojisinde özel bir sebep veya patagonez bildirilmemiştir. Yeme bozukluklarının meydana gelmesinde bir etmenle ifade edilemeyecek kadar karmaşık bir yapısı vardır (Ergüney 2012).

Yeme bozuklukları etiolojisinde birçok etmen yer almaktadır. Biyolojik açıklamalar genetik yatkınlığa ve kimi nörotransmitter düzensizliğine vurgu yapmaktadır. Bununla beraber AN ve BN'nin genetik yönden değişiklikler olduğu son zamanlarda ifade edilmektedir. Bilişsel davranışçı ifadeler ise ağırlık, vücut biçimi ve şekil ile alakalı işlevsel olmayan düşünce sisteminin yeme bozukluğu belirtilerinin meydana gelmesi

ve devam etmesinde etkisi bulunduğunu, ağırlık kontrolü veya telafi metotlarının ise rahatsızlığı pekiştirerek devam ettiğini kabul eder (Okumuş ve Deveci 2019).

Yeme bozukluklarının meydana gelmesinde ve devam etmesinde sosyokültürel faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir. Bunlar kadında bedensel görüntüye odaklanması, kadınlara fazlaca zayıflığın ideal şeklinde gösterilmesi ve kadının toplumsal başarısında beden görüntüsünün önemli olduğunun belirtilmesi şeklinde söylenebilir. Bu durumun topluma ulaşmasında önemli aracı medyadır. Medya toplum üstünde zayıflık, estetik ölçülerle alakalı ciddi etkiler yapabilmektedir. Medyada zayıflık çoğunlukla ideal olarak gösterilmekte, zayıf-ince kadın olmak çekicilik, toplumsal olarak onaylanma, başarılı olma ve kendini denetleme yetisiyle beraber anılmaktadır (Aslan 2001).

Genellikle gelişmiş ülkelerde, sosyokültürel düzeyi yüksek genç kadınlarda ve zayıflık oluşturan mesleklerle ilgilenen kızlarda daha çok karşılaşılmaması toplumsal faktörlerin önemine vurgu yapılmıştır (Uzdil vd. 2017). Zayıflığa dair fazlaca yapılan baskılar ve pekiştirmeler neticesinde kadınlarda devamlı olarak diyet yapma, yediklerini azaltmak için kusma, idrar söktürücü veya laksatif kullanma vb. yeme davranışı bozuklukları meydana gelmektedir (Aslan 2001).

Yeme bozukluklarının çoğunun 25 yaş öncesinde meydana geldiği ve üniversite zamanlarında yeme bozuklukları oranlarının fazla olduğu bildirilmektedir (Akdevelioğlu ve Yörüsün 2019). Yeme bozukluğu yönünden fazla riskli grupları oluşturanlar lise ve üniversite öğrencileridir (Vardar ve Erzengin 2011). Ülkemizde yeme bozukluğuyla alakalı yapılan araştırmalar incelendiğinde çoğunlukla üniversite ya da lise öğrencilerinde anormal yeme tutum ve davranışlarının yaygınlığını inceleyen çalışmalarla karşılaşılmaktadır (Çelik vd. 2017).

O'dea vd.'ne göre (1996), senesinde yaptığı araştırmada üniversite öğrencilerinde kilo verme fikri bulunanlarda yeme bozukluğu sıklığı daha çok tespit edilmiştir (O'dea et al. 1996). Uzun vd.'ne göre (2006), lise öğrencilerinde yapılan araştırmada, öğrencilerin %17.1'inde bozuk yeme davranışları bulunduğu saptanmıştır (Uzun vd. 2006). Tozun vd.'ne göre (2010), üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmada ise

%6.8'inde, anormal yeme tutum ve davranışlarının bulunduğu bildirilmiştir (Tozun vd. 2010).

4.4. YEME BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

DSM-V göre yeme bozuklukları; pika, ruminasyon, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve tanımlanmış/tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları alt türleriyle kategorize edilmektedir (Eltan vd. 2021).

4.4.1. Anoreksiya Nervoza

Önceki zamanlardan itibaren bilinen anoreksiya vakaları çoğunlukla 18. yüzyıldan sonra literatürde belirtilmiştir. William Gull tarafından adlandırılan anoreksiya nervoza 'sinirsel iştahsızlık' manasına gelir (Ergüney 2012).

Anoreksiya nervoza genellikle kızlarda 12-18 yaş aralığında gelişen, fazlaca zayıflık, yeme davranışı bozuklukları ve adet görülememesi ile karakterizedir. Anoreksiya nervozanın başka klinik özellikleri ise genellikle kaygı, sosyal uyumsuzluk, yineleyici ve sert davranışlar vardır. Kalıtsal etmenlerin ve birçok çevresel risk etmenlerinin rahatsızlığın oluşumuna beraber etki ettiği varsayılmaktadır (Zincir 2014).

Anoreksiya nervoza belirtileri arasında fazlaca kısıtlanmış yeme davranışı ve çok fazla fiziksel aktivite, aşırı zayıflık, kilo endişesi ve düşük benlik saygısıdır. Aynı zamanda ilerleyen süreçte hafif kansızlık, kas güçsüzlüğü, kırılğan saç ve tırnak, kabızlık, düşük kan basıncı, vücut iç ısısında düşme, halsizlik, adet görememe vb. belirtiler oluşabilmektedir (Kendir ve Karabudak 2019).

4.4.2. Bulimia Nervoza

Bulimiya nervoza genellikle genç kızlarda ve kadınlarda karşılaşılan, ara ara oluşan fazlaca yemek yeme, ağırlık artışı ve öte taraftan ağırlık artışı durdurma çabası ile karakterize bir yeme davranışı bozukluğudur. Bulimia nervozalı hastalar ideal veya idealin üzerinde ağırlıktadırlar. Temel patoloji yemeyi durduramama şeklindedir ve

zayıflamak için kusma, fazlaca fiziksel aktivite yapma durumu vardır. Bulimia nervozası bulunan ideal ağırlıktaki kadınların %7-40'ında adet görememe, %37-64'ünde adet düzensizlikleri belirtilmiştir (Zincir 2014).

Anoreksiya nervoza kişilerde çokça kontrollü olma ve mükemmeliyetçilik özellikleri yoğunlukta iken; bulimia nervoza da ise çoğunlukla dürtü kontrolünün sağlanamamasıyla karşılaşılır (Eltan vd. 2021).

Genellikle bulimikler, ruhsal bir boşluk duygusu belirtmekte ve kendilerini boşlukta ve sıkıntılı hissettiklerini ifade etmektedirler. Boşluk duygusunu doldurmak amacıyla gıdaya ve bulimik davranışa yöneltirken kişinin bu dönemde yaşadığı duygunun üstesinden gelemediği görülmüştür (Faraji ve Fırat 2022).

Bulimia nervoza belirtileri arasında iltihaplı ve ağrılı boğaz, öksürük, mide asidine maruz kalmaktan dolayı hassaslaşan çürümüş dişler, şiddetli susuzluk, laksatif alımı nedeniyle bağırsak sorunları ve kardiyak aritmi ve ölüm gerçekleşebilen elektrolit dengesizlikleridir (Kendir ve Karabudak 2019).

4.4.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Birçok insanın tüketebileceğinden daha çok gıdayı çok kısa zaman içerisinde yeme ve yerken kontrolü sağlayamaması ile karakterizedir. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde; normalin üzerinde yeme, rahatsızlık oluşacak seviyeye kadar yeme, açlık duygusu yokken fazlaca yeme, çokça yediğinden çekindiği için yalnızken yeme, yemek sonrası kendinden iğrenme veya suçluluk hissetme gibi durumlardan en az üçü veya daha çoğu yaşanmaktadır (Güven vd. 2020).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu bulunan kişiler yeme kontrolünü sağlayamazlar. Tıkınırcasına yeme bozukluğu bulunan kişilerde tıkınırcasına yeme nöbetlerini bulimia nervozadaki gibi arınma metotları, fazla fiziksel aktivite ve aç kalma durumu yoktur. Bundan kaynaklı tıkınırcasına yeme bozukluğu bulunan kişiler çoğunlukla fazla kilolu ya da obezdirler (Kendir ve Karabudak 2019). TYB kişilerinin bir bölümü

yemeyi kontrol edebilmeye uğraşır, bir bölümü ise öncesinde olan başarısız tecrübeler sebebiyle diyet programı uygulamaya devam etmez (Turan vd. 2015).

TYB çoğunlukla şişmanlıkla beraberdir. Kilo verme programında bulunan şişman bireylerin % 23-46'sında TYB bulunduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda TYB bulunan kişilerde memnuniyetsizlik, düşük benlik saygısı, kendilerini etkisiz bulma ve dengesiz ve ani olan duygusal değişimler TYB bulunmayan obez ve ideal ağırlıktaki bireylerden daha çok rastlanmaktadır (Bozoklu 2014).

4.4.4. Ortoreksiya Nervoz

Ortoreksiya kelimesi ilk olarak 1997 yılında Bratman ve Knight tarafından, sağlıklı beslenme takıntısını ifade etmek adına kullanılmıştır. Bu durum fazla ve çokça zaman harcayacak şekilde sağlıklı beslenmeyle ilgilenme ile karakterizedir (Arslantaş vd. 2017).

Ortoreksiya nervozu ayrı şekilde yeme bozukluğu olarak tanı sınıflandırmasına eklenmemiş olsa da, önemli neticeler oluşturan yeme bozukluğudur. Çoğunlukla eğitim seviyesi yüksek olan kadınlarda karşılaşılan, patolojik seviyede sağlıklı yemek yeme ile alakalı takıntıdır. AN ve BN'nin tersine amaç zayıflık değil; gıdanın kalitesine değer vererek sağlığını korumaktır. AN ve BN'den farklı olarak zayıf bir görünüm yerine, saf ve sağlıklı besinler tüketebilme konusu ile ilgili oldukları bildirilmektedir (Bozoklu 2014).

4.4.5. Pika

Pika, gıda özelliği olmayan ve besleyici değeri bulunmaya maddelerin tüketilmesi ile ortaya çıkan bir yeme bozukluğu çeşididir. Yeme isteği ve tat duyumsamada olağandan sapma ile oluşan bu bozukluk tüketilemeyecek gıdaların yenmesi ile meydana gelmektedir. Bu bozukluk çeşidinde minimum bir ay ve daha uzun süreli besleyici özelliği olmayan maddelerin yenmesiyle gelişir (Faraji ve Fırat 2022).

DSM-IV (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)'te "Bebek veya küçük çocukların yeme bozuklukları" adı altında bulunur. Gıda olmayan maddelerin sürekli

yenmesi ‘‘pika’’ şeklinde isimlendirilir. Çoğunlukla demir, çinko ve bakır yetersizliği nedeniyle meydana gelmektedir. Toprak, buz, ip, kireç, kum, boya vb. maddelerin tüketilmesi ile oluşur. Çoğunlukla çocuklarda karşılaşılmaktadır (Bozoklu 2014).

4.4.6. Ruminasyon (Geri Çıkarma)

Ruminasyon (geri çıkarma) çoğunlukla alışkanlık veya istemsizce yinelenen ve tekrarlayan, tüketilen yiyecek ve içeceklerin kusmadan ağza geri gelmesi ile oluşur. Ruminasyon bozukluğu, minimum bir ay zamanda çokça tekrarlanmakta ve belirti olarak tüketilenlerin ağza geri gelmesiyle meydana gelmektedir. Geri çıkarma davranışında gıdalar tekrar çiğnenip yutulmakta ya da tükürülmektedir (Faraji ve Fırat 2022).

4.5. YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ

Yeme bozuklukları, ölüm ya da kalıcı bedensel zararlar oluşturabilir rahatsızlığın olasılığının fazla olduğu bir hastalık çeşidi olarak öne çıkmaktadır. Bu rahatsızlıklar zorlu tedavi dönemi içerdiğinden uygun metotlarla tedavi edilmesi gerekir. Yeme bozukluklarının tedavilerinde ilaç kullanımı ve psikoterapi metodu tercih edilmektedir (Eltan vd. 2021).

Tedavide, psikolog, diyetisyen ve bu alanda uzman hekimin beraber çalışması tavsiye edilmektedir. AN tedavisinde çoğunlukla aile terapisi önemli olurken, tıkanırcasına yeme bozukluğunda ise antidepresan ve bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının faydalı olacağı araştırmalarda bildirilmiştir (Güven vd. 2020).

Yeme bozukluğu çoğunlukla depresyonla beraber karşılaşılmamasından dolayı tedavide antidepresanlar belli bir seviyede kullanılmakta fakat ilaç kullanımının bırakılmasının ardından tekrar etme durumu fazlaca görülmüştür (Ergüney 2012).

Yeme bozukluğu tedavisinde beslenme danışmanlığı da önem arz etmekte olup yeme bozukluğu olan kişinin danışmanlığı uzun zaman alabilmektedir. Danışmanla hasta arasında güven bağının kurulması, hastanın ilaç ve beslenme yönünden incelenmesi ve takibi sonrasında beslenme rehabilitasyonu uygulanır. İdeal ağırlığın belirlenmesi,

yemek planlamasının olması ve hastanın beslenme eğitimi alması beslenme rehabilitasyonunun içeriğini oluşturur (Ergüney 2012).

Yeme bozukluğu tedavisinde en çok uygulanan metot psikoterapi uygulamalarıdır (Eltan vd. 2021). Yeme bozukluğu alanındaki çalışmalar birçok farklı psikososyal müdahalenin önemini vurgulamıştır. Özellikle BN ve TYB ile birlikte AN tedavilerinde de bilişsel davranışçı terapilerin önemi araştırmalarla fazlaca desteklenmiştir (Okumuş ve Deveci 2019).

Anoreksiya tedavisinde rahatsızlığın yinelenme durumunun çok olması, terapi döneminin sonlanmaması, rahatsızlığın ve tedavinin kabul edilmemesi vb. zorluklar söylenmektedir. Fakat kısa zamanda, çarpıtılmış bilişlerle meydana gelen uyumsuz davranışlar aile odaklı psikoterapinin anoreksiya bulunan kişilerde yeme bozukluğu belirtilerini azalttığı bildirilmektedir (Eltan vd. 2021).

BN ve TYB tedavisinde etkililiği en çok olan psikoterapi metodu ise bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası ilişkiler psikoterapidir. Bilişsel davranışçı terapi yeme bozukluklarıyla ağırlığa verilen değer, çarpıtılmış beden bilişleri ve bundan kaynaklı oluşan sert diyet uygulamaları üzerinde çalışmaktadır. Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi ise yeme bozukluklarının insanların kişilerarası ilişkilerde karşılaştıkları güçlüklerle bağlantısı bulunduğu düşüncesini ele alarak altta yatan problemlerin çözülmesine yoğunlaşılmalıdır. Bu psikoterapi metodu yeme bozukluklarında çokça kullanılmasının yanı sıra rahatsızlığın yineleme durumu ve tedaviye devam etmeme vb. sorunlar sebebiyle günümüzde hala uzun süreli tedavi durumunun arttırılması için çalışmalar vardır. Başka terapi metotlarının etkililiğiyle de alakalı araştırmalar devam etmektedir (Eltan vd. 2021).

4.6. DUYGU DURUMU VE PSİKOLOJİNİN YEME BOZUKLUKLARINA ETKİSİ

İnsanların hayatlarının devamlılığı için yemek yeme gereksinimi bulunur. Fakat bu yemek yeme ihtiyacı biyolojik gereksinimin dışında psikolojik olarak da

oluşabilmektedir. Birden fazla araştırmada da psikolojik durumların yemek yeme üzerine etkisi bulunduğu bildirilmiştir (Bayramoğlu vd. 2020).

Hayatta yaşanan olumsuz durumlar üzüntü, öfke, kaygı, sıkıntı vb. negatif duyguları meydana getirir ve bu durum kişinin çevresine veya kendisine zarar vermesine neden olabilmektedir. Zor zamanlarla karşılaşıldığında hissedilen duyguları düzenlemek amacıyla oluşturulan yeme davranışı, kişi adına güvenli bir ortam yaratmakta ve kısa vadede rahatlık oluşturmaktadır. Kişi iç denetiminin kontrolünü sağlayamadığında karşılaştığı zorlayıcı duyguyu fazla yiyerek veya kendisini yemekten tamamıyla uzaklaştırarak gereksinimlerini reddederek gidermektedir (Faraji ve Fırat 2022).

Duygusal ve bilişsel unsurlar bireyin psikolojik özellikleri beslenme alışkanlıklarını ve kilo kontrolüne etki edebilmektedir. Bu durum yalnızca fazla kilolu ve obez olan kişilerde değil ayrıca normal kilosu bulunan kişilerde de karşılaşılabilmektedir (Özkan ve Bilici 2018).

Ayrıca kaygı, utanç ve öfke vb. negatif duyguların yeme tutumunda artışlar oluşturduğu bildirilmiştir. Öfke, üzüntü, utanç, suçluluk ve kaygı vb. olumsuz duygu durumlarıyla baş edemeyen kişiler yeme davranışıyla bu negatif duygu halini uzaklaştırmaya çabalamaktadırlar. Öfkeli durumlarda kişiler hızlı, düzensiz ve eline geçen her gıdayı hemen yeme gibi dürtüsel hareketler sergileyebilmektedirler. Kişiler mutlu zamanlarda ise yiyeceğin zevkine ulaşabilmek adına duygusal bir yeme davranışı gösterebilmektedirler. Bunun yanı sıra kaygılı, kızgın, üzgün vb. yoğun duygularda ise kişilerin duygu durumlarını düzenleyebilmek adına atıştırmalıklar ve sağlıksız besinler tüketerek kendilerini yoğun duygulardan uzak tutmaya uğraştıkları bildirilmektedir. Bu arada yağ içeriği yüksek ve şekerli gıdaların yenmesi kısa vadede duygu durumunun düzenlenmesinde ve stresi azaltmada etkisi vardır. Bu yüzden lezzetli gıdaların kısa vadede olumsuz hisleri azalttığı görülmekle olup, uzun vadede ise pişmanlık ve suçluluk hisleriyle kişiyi daha zor bir duruma sevk etmektedir (Faraji ve Fırat 2022).

Kadınlarda zayıf, erkeklerde kaslı beden görüntüsü medyada önemli bir değer şeklinde gösterilmekte ve kabul edilen normal bedensel görünüm çoğunlukla insanların fikir,

davranış ve başarılarının önünde yer almaktadır. İdealize edilmiş güzellik anlayışı kişiler üstünde gerçek dışı bedensel ölçülere sahip olmaya dair baskı oluşturulmaktadır. Kişiler bedensel görünüm ile alakalı standartlara sahip olmadıklarında, gerçekte ya da hayallerinde, diğer insanlar tarafından fiziksel görünümünün beğenilmediği konusunda hatalı his ve fikirlere kapılmaktadırlar. Bu durumdan kaynaklı vücutlarının diğer insanlar tarafından değerlendirilmesi ile alakalı kaygı yaşamaktadırlar. Oluşan kaygı ve negatif duygular kişinin yeme bozukluğu vb. sağlıksız davranışlar edinmesine yol açmaktadır (Ersöz 2021).

Yeme bozuklukları psikiyatrik sorunlar içerisinde sıkça karşılaşılmaktadır ve genellikle genç kadınlara etki etmektedir. Bu nedenle yeme bozuklukları ölüm ve hastalık yönünden fazlaca risk barındırmaktadır (Ulaş vd. 2013).

Yeme bozukluğu ile depresyon, kaygı, intihar vb. uzun süreli ruhsal ve sosyal problemlerle bağlantısı bulunduğu bildirilmektedir. Yeme bozukluklarından kaynaklı hayat kalitesinde düşüş, üreme yetisinin kaybı, riskli tıbbi problemlerin oluşması görülmektedir. Vücut imgesinin olumsuz ve düşük benlik saygısı, kilo alma endişesi, sürekli diyet yapma ve ince görünmeyi standardize eden sosyal baskılar, yeme bozukluklarını meydana getiren risk faktörlerinin bir kısmıdır (Çelik vd. 2017).

Baş vd.'ne göre (2004), yapılan bir araştırmada üniversite öğrencilerinin %11.5'inde bozuk yeme davranışları tespit edilmiş aynı zamanda bu kişilerde düşük benlik saygısı ve fazlaca kaygı görülmüştür (Baş vd. 2004).

Kavas (2007), senesinde üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ve depresyon arasındaki bağıntıyı araştırdığı bir çalışmada yeme bozukluğu ve depresyon arasında pozitif bir bağıntı saptanmıştır (Kavas 2007).

Östrojen hormonunun yükselişi depresyonu tetiklemektedir. Yağ dokusundaki artışla beraber östrojen hormonunun da artması nedeniyle kilolu kişilerde depresyon riskinin yükseldiği varsayılmaktadır. Bu hormonal farklılıklardan dolayı kilolu kişiler normal kişilere oranla daha fazla depresyon riski bulunabilir. Kilolu kişilerde depresyon, kaygı vb. negatif hisler oluştuğunda gıda tüketimiyle ilgili kontrolsüzlük ve negatif

hislerden kaçmak amacıyla gıda tüketiminde artış şeklinde duygusal yeme davranışları olabilmektedir (Akdevelioğlu ve Yörüsün 2019).

Kişiler negatif bir hisle karşılaştığı zaman ve bu duygu halini azaltmak adına gıda tüketimini fazlaştırabilir. Böylelikle kişilerde kilo artışına ve beden kitle indeksinde de artışa sebep olur (Taş ve Kabaran 2020).

Bourdier vd.'ne göre (2018), yaptığı araştırmada negatif duygu hali ile beden kitle indeksi arasında pozitif bir bağıntı saptanmıştır. Ayrıca olumsuz duygu ve durumlara cevap olarak daha çok yemek yemeye yönelimlerinin arttığını belirtilen kişilerin beden kitle indekslerinin de fazla olduğu görülmüştür (Bourdier vd. 2018).

Verzijl vd.'ne göre (2018), yaptığı araştırmada duygusal yeme davranış puanı fazla olan kişilerin, beden kitle indekslerinin de daha fazla olduğu saptanmıştır (Verzijl vd. 2018).

4.7. YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU VE OBEZİTE İLİŞKİSİ

Araştırmalar obezitenin TYB, gece yeme sendromu, bipolar bozukluk, depresyon ve başka psikolojik rahatsızlıkların giderek arttığını göstermektedir. Bu problemlerin obezite sebebi tedavi arayışında olan bireylerde de çokça rastlanmaktadır (Bozoklu 2014).

Araştırmalarda, yeme bozukluğu ölçütlerini sağlayan bireylerin obez olma olasılığının da fazla olduğu bildirilmiştir. Yeme bozukluğu bulunanların, yeme bozukluğu bulunmayanlara göre obez olma olasılığı 3-6 kat daha çok olduğu düşünülmektedir (Kartal ve Aykut 2019).

Hays vd.'ne göre (2002), yaptığı araştırmada kontrolsüz yeme davranışının kilo artışı ve beden kitle indeksinin yükselmesiyle pozitif bir bağıntı olduğu saptanmıştır (Hays vd. 2002).

Vardar ve Erzen (2011), lise öğrencileriyle olan bir araştırmasında yeme bozukluğu bulunan öğrencilerin %13.2'sinde depresyon bulunduğu, beden kitle indekslerinin de yüksek çıktığı bildirilmiştir (Vardar ve Erzen 2011).

Obez kişilerin kilo kontrolü sağlayabilmek adına gıda alımını bilişsel olarak sınırlayabileceği, bu nedenle de obez bireylerde bilişsel sınırlama davranışının olduğu dūřünülmektedir (Tař ve Kabaran 2020).

BÖLÜM 5

FİZİKSEL AKTİVİTE

5.1. FİZİKSEL AKTİVİTENİN TANIMI

Hayatımıza makinelerin girmesi, evlerde işleri pratikleştiren cihazların artması, televizyon bilgisayar kullanımının sıklaşması, fiziksel aktiviteyi azaltmış, kalori yakılmasını kısıtlamıştır. Genellikle yaş arttıkça fiziksel aktivitenin düşmesinden kaynaklı kalori gereksinimi de daha çok azalmaktadır (Çolakoğlu 2003).

Sanayileşmiş toplumun etkisiyle fiziksel aktivitenin azalması, her insanı olumsuz etkilemektedir. Hareketsiz hayat şekli önemli birçok sağlık sorunlarının oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Çoğunlukla orta yaş ve üzeri yaş aralığında hipertansiyon, obezite, kas zayıflığı, vücut duruş bozukluğu, diyabet ve kalp damar hastalık riskinin artması, kemik mineral yoğunluğunda azalma, eklem kireçlenmesi, besinler ile alınan kalorinin harcanamaması nedeniyle şişmanlık oluşur. Bunun yanı sıra, şişmanlık kaynaklı fiziksel ve ruhsal problemler uzun vadeli hareketsiz hayatın kişilere olumsuz yansımalarıdır (Çolakoğlu 2003).

Egzersiz, bedensel uygunluğun bir ya da daha çok bileşenin korunmasını hedefleyen düzenli ve tekrarlı fiziksel aktiviteler bütünüdür (Yıldırım vd. 2017).

Fiziksel aktivite (FA) ise; sağlıklı ve aktif günlük hayat, bedeni rahatsızlıklara yönelik koruma, obezitenin önlenmesi, yaşlanma, solunum dolaşım sistemlerinin iyi hale getirilmesi, kas-iskelet sisteminin korunması, sosyal kaynaşmanın oluşturulması, gerginliklerin azaltılmasında etkili olan vücut hareketleri şeklinde ifade edilebilir (Erdoğan vd. 2011).

2002 yılında yapılan bir çalışmaya göre Avrupa ülkelerindeki yetişkinlerin üçte ikisi önerilen seviyede fiziksel aktivite uygulamaktadırlar. Araştırma neticesine göre erkek çocukların, kızlara oranla, daha aktif olduğu; yaşın ilerlemesiyle beraber fiziksel aktivitenin düştüğü ve istenilen seviyede fiziksel aktivite yapanların yalnızca %31 olduğu saptanmıştır. Türkiye’de nüfusun %71,9’unun fiziksel aktivite yapmadığı bildirilmiştir. Hiç egzersiz yapmayanların oranı kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla: 12-14 yaş %69,8-%41,4; 15-18 yaş %72,5-%44,6; 19-30 yaş %76,6-%69,5; 31-50 yaş %74,8-%73,2 ve 75 yaş üzerinde %88- %83,7 şeklinde açıklanmıştır (Alpözgen ve Özdiçler 2016).

5.2. FIZIKSEL AKTIVITE VE ÖZELLİKLERİ

Fiziksel aktivitenin tanımı iskelet kaslarının kasılmasıyla beraber bireylerde enerji harcanmasının bazal seviyenin üstünde olduğu vücut hareketleridir (Değer ve Vardar 2021). Fiziksel aktivite tür, süre, sıklık, şiddet olarak kategorize edilmektedir (Kaya 2019).

5.2.1. Fiziksel Aktivitenin Türü

Aerobik, kuvvetlendirme, esneklik ve denge hareketleri olarak kategorize edilebilir (Alpözgen ve Özdiçler 2016).

5.2.2. Fiziksel Aktivitenin Şiddeti

Aktivitenin gerçekleşmesi amacıyla ihtiyaç olan çabanın büyüklüğü anlamına gelir. Fiziksel aktivitenin şiddeti mutlak ya da göreceli şeklinde açıklanabilir. Mutlak şiddet: yapılan işin oranı ile oluşur. Aerobik aktivite için mutlak şiddet enerji tüketim oranı (ml/kg/dk oksijen tüketimi veya Metabolik Eşdeğer (MET)) veya fizyolojik cevap olarak açıklanabilir (Alpözgen ve Özdiçler 2016).

5.2.3. Fiziksel Aktivitenin Sıklığı

Fiziksel aktivitenin haftalık tekrar sayısıdır. Çoğunlukla set, seans şeklinde söylenir. Aktivite haftanın günlerine yayılarak olursa çok daha iyi netice elde edilir. Sıklık zamanla kademeli şekilde arttırılmalıdır. Aktivitenin bazı zaman aralıklarında değil devamlı şekilde yapılması gereklidir (Alpözgen ve Özdiñler 2016).

5.2.4. Fiziksel Aktivitenin Süresi

Fiziksel aktivitenin uzunluğuyla alakalı hakkında bilgi oluşturmaz. Belirli bir zaman aralığında ne kadar saat veya ne kadar dakika olduğunu açıklamaktadır. Örnek: 50 dakika yürüyüş, 3 saat ev temizliği, 6 saat televizyon seyretmek vb. (Kaya 2019).

5.3. FİZİKSEL AKTİVİTENİN ÖNEMİ VE FAYDALARI

Sedanter yaşam şekli, sağlıkla ilgili negatif etkisi olmasından kaynaklı önem verilmesi gereken bir halk sağlığı problemi olarak sayılmaktadır. Sedanter hayat şekline sahip olan çoğu kişi fiziksel aktiviteyi günlük uğraşlarıyla beraber yapmış olduğunu zannetmektedir. Bu hatalı anlayış kişilerin fiziksel aktivite olmadan hayat devam ettirmesine, kendisinde bulunan kimi fonksiyonel özelliklerin azalmasına ve azalan fonksiyonel özelliklerden kaynaklı rahatsızlıkların meydana gelmesine sebebiyet vermektedir (Kitiş ve Gümüş 2015).

Dünya Sağlık Örgütü 2012'deki sağlık verilerine göre ölüme yol açan rahatsızlıklar; %48 kalp ve damar rahatsızlıkları, %21 kanser, %3.5 Tip 2 diyabet şeklinde bildirilmiştir. Araştırmalarda fiziksel aktivitenin çoğu rahatsızlardan önleyici (kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser, obezite, diyabet vb.) ve çoğu rahatsızlıkta tedavi edici etkiye sahip olduğu açıklanmıştır (Can vd. 2014). Lee vd.'ne göre (2012), fiziksel aktivite ile engellenebilecek rahatsızlıkların oranlarının kalp ve damar rahatsızlıklarında %9,3; Tip 2 diyabette %11,5; göğüs kanserinde %16,3 bu verilerin total değeri ise %15,0 olarak açıklanmıştır (Lee vd. 2012).

Fiziksel aktivitenin yararları olarak stresle baş etme, bedensel görüntünün iyi olması, sosyalleşme, halsizliğin azalması, ağırlık kontrolü, iş verimliliğinin artması söylenebilir (Yoncalık vd. 2017). Düzenli yapılan fiziksel aktivite, obeziteyle beraber oluşan sağlık sorunlarının ve bu sorunlardan kaynaklı ölüm hızının düşmesine büyük katkı sağlamaktadır. Fiziksel aktivitenin yağ dokusunu azalttığı, diyetle karşılaşılan kas kitlesinin azalmasını koruduğu bildirilmektedir. Fiziksel aktivite ile kişilerin beslenme tedavisini katkı sağlayacak şekilde zayıflamaları ve tekrar kilo artışının engellenmesini sağlamaktadır (Özkan vd. 2013).

Beden şeklinin düzeltilmesi gibi amaçlarla farklı çeşitlerde egzersizler yapılmış olsa da çalışmalarda çoğunlukla aerobik egzersizlerin olduğu ve etkilerinin incelendiği anlaşılmaktadır. Düzenli yapılan aerobik egzersizler yağ miktarı ve ağırlıkta düşme sağladığı, HDL kolesterol ve insülin seviyesinde artışı oluşturduğu araştırmalarda bildirilmiştir (Başkan vd. 2020).

Kas ve iskelet sistemi rahatsızlıkları egzersizi ve hayat kalitesine olumsuz etki eden rahatsızların başında yer almaktadır. Rahatsızlığın oluşturduğu ağrı, aktivitelerin yapılmasını güçleştirmekte ve hareketsizliğe sebebiyet vermektedir. Böylelikle hayat kalitesini azaltmaktadır (Yoncalık vd. 2017).

5.4. FİZİKSEL AKTİVİTENİN OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ

Obezite kalorisi fazla olan gıdaların çok yenmesi ve hayatımızda egzersize çok yer verilmemesi gibi çevre koşullarındaki farklılıklar sebebiyle dönemimizde önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır (Akça ve Selen 2015). Obezitenin meydana gelmesinde cinsiyet, yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ve fiziksel aktivite etkisi bulunmaktadır. Yetersiz yapılan fiziksel aktivite, obezite riskini artırmaktadır. Günümüzde obezitenin yaygınlaşmasında farklılaşan hayat şekliyle beraber fiziksel aktivitenin yetersizliği de büyük etken olmuştur (Kaner vd. 2017). Avrupa ülkelerinde nüfusun ortalama %70'i ideal sağlık ve kalori dengesi için yetersiz seviyede aktivite yapmaktadır (Soyuer vd. 2010).

Obezite oranında yetersiz fiziksel aktivitenin etkisi ise %67.5 şeklinde açıklanmıştır (Aylaz vd. 2016). Fiziksel aktivite, obezitenin engellenmesinde ve tedavisinde diğer tedavi öğelerine yardımcı ve etkili bir metottur (Nazlıcan vd. 2011). Egzersiz enerji harcamasında ortalama %25-50 düzeyinde faydası olduğu için kalori dengesi ve obezitenin engellenmesinde katkısı büyüktür (Kahır 2017). Sağlıklı hayat şekli için, düzenli fiziksel aktivite, ideal düzeyde uyku, sağlıklı beslenme önemlidir (Göger vd. 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, yalnızca Avrupa bölgesinde hareketsizliğin senede 600 000 ölümlle bağlantısı bulunduğunu ifade ediyor. Bunun önlenmesi için haftada yaklaşık 150 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktiviteler olması tavsiye edilmektedir (Kalkavan vd. 2016).

Fiziksel aktivite kalori harcanmasını arttırarak kilo kontrolünde ya da zayıflamada faydası olacaktır (Arslan 2018).

Düzenli yapılan ve bireye özgü oluşturulan egzersiz programının kişinin BKİ, ağırlık, beden şekli vb. olumlu sonuçlar oluşturduğu veya olan düzeyleri koruduğu söylenmektedir (Başkan vd. 2020). Kanaley vd.'ne göre (2003), düzenli fiziksel aktivite ile vücut yağ oksidasyonunun arttığı saptanmıştır (Kanaley et al. 1993). Karacan vd.'ne göre (2004), yapılan araştırmada, düzenli fiziksel aktivite yapılmasının BKİ'nin düşmesinde pozitif etkisi olduğu bildirilmiştir (Karacan vd. 2004). Hamer vd.'ne göre (2012), fiziksel olarak aktif kişilerin BKİ değerinin daha az olduğu saptanmıştır (Hamer et al. 2012). Biernat vd.'ne göre (2010), masa başı çalışanlarda yapılan bir araştırmada, beden kitle endeksi fazla olan kişilerde fiziksel aktivite seviyesinin de düşük çıktığı bildirilmiştir (Biernat et al. 2010).

Yapılan çoğu çalışmada, fiziksel olarak aktif kişilerde fiziksel olarak inaktiflere oranla, yaşa bağlı kilo artışının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Türkoğlu ve Ersoy 2009). Di Pietro vd.'ne göre (1999), yaptıkları bir araştırmada, yetersiz yapılan fiziksel aktivitenin beden kilosunu yüksek olmasıyla bağlantısı bulunduğunu bildirilmiştir (Di Pietro et al. 1999).

Sağlığı korunması ve geliştirilmesinde çokça faydası bulunan düzenli egzersiz yapma alışkanlığının kadınlar arasında daha az olduğu saptanmıştır. Dünyada yetişkinlerin % 60'ının ve gençlerin ise üçte ikisinin yeterli egzersiz yapmadığı, fiziksel hareketsizliğin kadınlarda daha fazla olduğu açıklanmıştır. Kadınların yalnızca hayatı devam ettirmek yaptıkları ev işi vb. kısıtlı aktiviteler yetersiz kalmaktadır. Bunun yanı sıra hem ev hanımı hem de çalışan kadınların fiziksel güce yönelik ev işlerinde de düşüş oluşmuştur. Bu nedenle fiziksel hareketsizliğin oluşturduğu sağlık problemleri kadınlar üstünde toplanmaktadır (Kitiş ve Gümüş 2015).

Yapılan başka araştırmalarda fiziksel aktivite seviyesinin kadınlarda daha az olduğu açıklanmıştır. Fiziksel aktivitesi yetersiz kadınların egzersize yöneliminin sağlanması obezite ve obeziteyle birlikte meydana gelecek sağlık sorunlarının engellenmesi yönünden yararı bulunacaktır (Başkan vd. 2020).

Kadınlarda östrojen hormonu, oral kontraseptif alımı, gebelikte oluşan ağırlığın olması gerekenden çok olması ve yetersiz fiziksel aktivite sebebiyle obeziteyle çokça karşılaşmaktadır. Yaşla beraber metabolizma hızının ve kalori harcamasının düşmesi nedeniyle kalori alımında denge sağlanamaz ise beden ağırlığında artış yaşanır (Westertep 2010). Yaşın ilerlemesiyle obezite oranlarında hem kadında hem de erkekte artış olmakta iken bu oran kadınlarda daha çoktur. Kadınlarda; bel ağrısı, yaşlanma, hiperlipidemi ve küçük yaşta evlilik, hormonal etmenler, hareketsiz hayat şekli, beslenme alışkanlığı, gebelik, erkeklerde ise; hiperlipidemi ve yaş beden kitle endeksinin yükselmesine neden olmaktadır (Kundakcı vd. 2022).

Amano vd.'ne göre (2001), 41,6 yaş ortalamasına sahip erkek ve kadınlara fiziksel aktivite uygulanmıştır. Fiziksel aktivite öncesi kişilerin BKİ değerleri $27,3 \pm 0,4$ kg/m^2 şeklinde bulunmuştur ve araştırma neticesinde BKİ'de pozitif bir düşüş yaşandığı saptanmıştır (Amano et al. 2001).

Ülkemizde ve tüm dünyada obezite yaygınlığı giderek artmaktadır. Bu çalışmada da artan obezitenin çok yönlü değerlendirilebilmesi amacıyla yetişkin kişilerde

yeme davranış bozukluğu, yeme bağımlılığı ve fiziksel aktivitenin obezite üzerine etkisi incelenmiştir.

BÖLÜM 6

GEREÇ VE YÖNTEM

6.1. ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI ORTAM, ÖRNEKLEM SEÇİMİ, ZAMANI

Bu çalışma, yetişkin bireylerde yeme davranış bozukluğu, yeme bağımlılığı ve fiziksel aktivitenin obezite üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma verileri 1 Aralık 2022–31 Mayıs 2023 tarihleri arasında Bartın Toplum Sağlığı Merkezinde toplanmıştır. Diyet polikliniğine başvuran çalışmaya katılmaya gönüllü olan yetişkin (18 yaş üstü) bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Tanı almış bir psikolojik rahatsızlığı olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu kapsamda araştırma örneklem sayısı G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; 350 örnek sayısı için %5 hata payında çalışmanın gücü %96,2 olarak yeterli bulunmuştur. Veri toplamada katılımcı sayısı 350 olarak hedeflenmiştir.

6.2. BULGULARIN TOPLANMASI VE İNCELENMESİ

Çalışmada veri toplama araçları olarak 4 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde, sosyo demografik özellikleri içeren veri toplama formu (22 soru), ikinci bölümde Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (28 soru), üçüncü bölümde Yeme Bağımlılığı Ölçeği (27 soru), dördüncü bölümde bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (7 soru) kullanılmıştır. Ankette katılımcılara toplam 84 soru yöneltilmiştir. Forma kaydedilecek antropometrik ölçümler, AccunıqBC 310 cihazı Tartı marka boy ölçer ve seca marka mezura kullanılarak araştırmacı tarafından kayıt altına alınmıştır. Yapılan ölçümler sonucunda araştırmacı tarafından bireylerin BKİ değerleri hesaplanmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) kişinin beden kilosunun (kilogram), boy uzunluğunun (metre) karesine bölünmesiyle oluşturulmaktadır.

6.2.1. Sosyo Demografik Özellikler

Bireylerin; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sigara kullanımı, alkol kullanımıyla alakalı bilgiler, kronik bir hastalığın bulunması, ilaç kullanımına dair bilgiler kaydedilmiştir.

6.2.2. Antropometrik Ölçümler

Yapılan ölçümler sonucunda bireylerin BKİ değeri hesaplanmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) kişinin beden kilosunun (kilogram), boy uzunluğunun (metre) karesine bölünmesiyle oluşturulmuştur. BKİ'nin değerlendirilmesinde WHO tarafından tavsiye edilen BKİ kesişim değerleri esas alınmıştır. Bu değerlere göre, 18,50 kg/m² ve altı zayıf, 18,50-24,99 kg/m² normal, 25,00-29,99 kg/m² hafif obez, 30,00-34,99 kg/m² obez ve 35,00 kg/m² üzeri morbid obez şeklinde sınıflandırılmıştır. Bel çevresi ölçümleri WHO'nun erişkin kişiler için bel çevresi risk sınıflamasından yararlanılarak kategori edilmiştir. WHO'ya göre bel çevresinin erkeklerde 102 cm ve üzeri, kadınlarda ise 88 cm ve üzeri olması yüksek risk olarak kabul edilmektedir. Bel ve kalça çevresi oranı erkeklerde 1'den düşük, kadınlarda 0.8'den düşük olması gerekmektedir (WHO, 2011).

6.3. YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS) 27 maddeden oluşan, son 12 ay içinde belirli besin türlerine karşı bağımlılık benzeri yeme davranışlarını ölçmekte kullanılan bir ölçektir. Ölçek, spesifik besinlere bağımlılık durumunu belirlemek için DSM-IV'teki kriterlerin yeme bağımlılığına adapte edilmesiyle oluşturulmuştur. DSM-IV'te yer alan ölçütleri şu şekildedir:

Maddenin planlanandan fazla alınması (1, 2, 3. sorular), devam eden isteğe ya da bırakmaya dair başarısız teşebbüsler (4, 22, 24, 25. sorular), maddenin ulaşımı ve kullanımın üstesinden gelmek için zaman harcama (5, 6, 7. sorular), sosyal aktivitelerin bırakılması veya azaltılması (8, 9, 10, 11. sorular), olumsuz sonuçlara rağmen kullanıma devam etme (19. soru), tolerans geliştirme (20, 21. soru), yoksunluk

belirtileri (12, 13, 14.sorular), kullanımın önemli bozuklukla sonuçlanması (15, 16. sorular)'dir (Dinçer 2019).

Soruların puanlaması: 19, 20, 21 ve 22. sorulara katılımcıların verdiği '0' cevabı 0 puan; '1' cevabı 1 puanı ifade etmektedir. 24. soruda katılımcıların '0' cevabı 1 puan; '1' cevabı ise 0 puan olarak puanlandırılmaktadır. 8, 10, 11. sorularda '0' veya '1'' in işaretlenmesi halinde 0 puan; '2,3 ya da 4' ün işaretlenmesi halinde 1 puan verilmektedir. Katılımcıların 3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16. soruları '0, 1 ya da 2' olarak cevaplama durumunda 0; '3 veya 4' ü cevaplama durumunda 1 puan verilmektedir. 1, 2, 4, 6. sorular için '0,1, 2 veya 3' cevapları 0 puan, '4' cevabı 1 olarak puanlandırılmaktadır. 25. soru içinse '0, 1, 2, 3, 4' cevaplarına 0 puan, '5' cevabına 1 puan verilmektedir. 17, 18 ve 23. sorular puanları hesaplanmayan sorulardır (Dinçer 2019).

Madde bağımlılığı ölçütlerinin puanlarının hesaplanması sonrasında ölçüt puanı '0' ise '0' olarak; >0 ise '1' olarak puanlandırılmaktadır. Semptom puanlaması 3 ya da 3'ten büyükse ve 15. ya da 16. sorulardan birinin puanlamasının 1 ya da 1'den büyük olduğunda yeme bağımlılığı tanısı konulmaktadır (Dinçer 2019).

6.4. YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği, orijinal adıyla Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Görüşmesi'nin (EDE) kendini bildirim ölçeği şeklindeki formudur. Ölçek 7'li likert tipinde toplam 28 soru bulunmaktadır. Ölçeğin kısıtlama (K), beden şekliyle ilgili endişeler (BE), yemeyle ilgili endişeler (YE) ve kiloyla ilgili endişeler (KE) olarak 4 alt boyutu bulunmaktadır. Alt ölçek puanı ve toplam puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Alt ölçek puanları, ilgili maddelerin puanları toplanıp alt ölçekteki toplam madde sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır. Toplam ya da global skor için ise 4 alt skalanın puanları toplanır ve alt ölçek sayısına bölünür (Efe 2022).

6.5. ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

Çalışmanın fiziksel aktivite değişkeniyle ilgili verileri IPAQ (Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (kısa formu)) ile elde edilmiştir. Toplam skorunun hesaplanması amacıyla katılımcılardan yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) sorularına verdikleri cevaplar değerlendirilmektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET dakika skoru ile hesaplanmıştır. Bunlar;
Yürüme = 3,3 MET

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite = 4,0 MET

Şiddetli Fiziksel Aktivite = 8,0 MET

Hesaplama yöntemi;

Yürüme MET-dk/hafta = 3,3 X yürüme dakikası X yürüme gün sayısı

Orta şiddetli MET-dk/hafta = 4,0 X orta şiddetli aktivite dakikası X orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Şiddetli MET-dk/hafta = 8,0 X şiddetli aktivite dakikası X şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

IPAQ sonuçlarına göre fiziksel aktiviten sınıflandırılması 3 kategoride yapılmaktadır. Bunlar:

1. İnaktif (Kategori 1): Kategori 2 ve 3 içine dâhil olamayan en düşük FA seviyesi olarak kabul edilmektedir.
2. Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki ölçütlerden herhangi birisi sağlandığı durumda minimal aktif sayılmaktadır.
 - a. Şiddetli aktivitenin 3 veya daha fazla gün, günde en az 20 dakika yapılmış olması,

- b. Orta şiddetli aktivitenin 5 veya daha fazla gün olması veya günde en az 30 dakika yürüme yapılması,
- c. Son bir haftada 5 veya daha fazla gün minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan yürüme ve orta şiddetli aktivitenin toplam skoru.
3. Çok Aktif (Kategori 3): Bir hafta boyunca günlük en az bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşdeğer gelmektedir.
 - a. Son bir haftada en az 3 gün, minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan şiddetli aktivite
 - b. Son bir haftada 7 veya daha fazla gün minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu

IPAQ oturma süresinin sorgulayıcı sorusu ek bir belirleyicidir. FA düzeyini belirlemede ölçüt olarak kullanılmaz (Öztürk 2005).

6.6. VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

BÖLÜM 7

BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $41,35 \pm 11,69$ yıl olarak belirlenmiş ve 119 kişinin (%34,0) 40-49 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. 294 kişinin (%84,0) kadın, 295'inin (%84,3) evli, 110'unun (%31,3) ilkokul mezunu, 210'unun (%60,0) obez ve 236'sının (%67,3) ev hanımı olduğu belirlenmiştir. 315 kişinin (%90,0) sigara kullanmadığı, 22'sinin (%62,9) 10 yıldan fazla süredir sigara kullandığı ve 17'sinin (%48,6) günlük ortalama 10/daha adet fazla sigara kullandığı belirlenmiştir. BKİ sınıflamasına göre 210 (%60) kişinin obez, 97(27,7) kişinin fazla kilolu, 41(11,7) kişinin normal, 2(0,6) kişinin zayıf olduğu bulunmuştur.

Tablo 7.1. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri

Değişken (N=350)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	294	84,0
Erkek	56	16,0
Yaş sınıfı [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 41,35 \pm 11,69$ (yıl)]		
<30	57	16,3
30-39	90	25,7
40-49	119	34,0
≥ 50	84	24,0
Medeni durum		
Evli	295	84,3
Bekar	55	15,7
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	3	0,9
İlkokul	110	31,3
Ortaokul	73	20,9
Lise	77	22,0
Ön lisans/lisans	84	24,0
Yüksek lisans	3	0,9
BKİ kategorisi		
Zayıf ($<18,5$ kg/m ²)	2	0,6
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	41	11,7
Fazla kilolu (25,0-29,9 kg/m ²)	97	27,7
Obez (≥ 30 kg/m ²)	210	60,0

Tablo 7.1.(devamı) Bireylerin sosyo-demografik özellikleri

Değişken (N=350)	n	%
Meslek		
Öğrenci	29	8,3
Ev hanımı	236	67,3
Memur	57	16,3
Esnaf/serbest meslek	15	4,3
Emekli	3	0,9
Diğer	10	2,9
Sigara kullanma		
Evet	29	8,3
Hayır	315	90,0
Bazen	6	1,7
Sigara kullanma süresi		
10 yıl ve altı	13	37,1
10 yıldan fazla	22	62,9
Ortalama günlük sigara miktarı		
5'den az	10	28,6
5-9	8	22,8
10 ve üzeri	17	48,6

334 kişinin (%95,4) alkol kullanmadığı, 5'er kişinin (%31,3) her gün/6 ay-yılda 1 kez alkol kullandığı, 63'ünün (%18,0) kronik hastalığının olduğu ve 31'inin (%8,9) diyabeti olduğu saptanmıştır. 350 kişinin (%100,0) tamamında psikolojik rahatsızlık olmadığı belirlenmiştir. 343 kişinin (%98,0) yeme bağımlılığı olmadığı ve 227'sinin (%64,9) IPAQ sınıfının inaktif olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7.2. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri-2

Değişken (N=350)	n	%
Alkol kullanma durumu		
Evet	10	2,9
Hayır	334	95,4
Bazen	6	1,7
Alkol kullanım sıklığı		
Her gün	5	31,3
15 günde 1 kez	3	18,7
Ayda 1 kez	3	18,7
6 ay/yılda 1 kez	5	31,3
Kronik hastalık durumu		
Var	63	18,0
Yok	287	82,0
Kronik hastalığın adı*		
Diyabet	31	8,9
Hipertansiyon	27	7,7
Kanser	2	0,6
Kemik-eklem hastalıkları	1	0,3
Solunum hastalıkları	1	0,3
Sindirim sistemi hastalıkları	1	0,3
Guatr	1	0,3
Diğer	2	0,6

Tablo 7.2. (devamı) Bireylerin sosyo-demografik özellikleri-2

Değişken (N=350)	n	%
Psikolojik hastalık durumu		
Yok	350	100,0
Yeme bağımlılığı sınıfı (Yale)		
Yeme bağımlılığı yok	343	98,0
Yeme bağımlılığı var	7	2,0
IPAQ sınıfı		
İnaktif	227	64,9
Minimal aktif	123	35,1

Kişilerin antropometrik ölçümlerine ilişkin tanımlayıcı bulgular tabloda verilmiştir. Kişilerin ağırlık (kg) ortalamasının $82,91 \pm 16,67$ kg olduğu, en düşük ağırlığın 42,3 kg ve en yüksek ağırlığın 137,9 kg olduğu belirlenmiştir. Kişilerin boy (cm) ortalamasının $161,50 \pm 8,03$ olduğu, en düşük boyun 142,0 cm ve en yüksek boyun 184,0 cm olduğu belirlenmiştir. Kişilerin BKİ (kg/m^2) ortalamasının $31,80 \pm 6,17$ kg/m^2 olduğu, en düşük BKİ değerinin $15,7$ kg/m^2 ve en yüksek BKİ değerinin $52,6$ kg/m^2 olduğu belirlenmiştir. Kişilerin bel çevresi (cm) ortalamasının $94,56 \pm 14,92$ cm olduğu, en düşük bel çevresinin 57,0 cm ve en yüksek bel çevresinin 150,0 cm olduğu belirlenmiştir. Kişilerin kalça çevresi (cm) ortalamasının $108,51 \pm 10,87$ olduğu, en düşük kalça çevresinin 79,0 cm ve en yüksek bel/kalça oranının ortalamasının $0,86 \pm 0,09$ olduğu, en düşük bel/kalça oranının 0,21 ve en yüksek bel/kalça oranının 1,15 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7.3. Antropometrik ölçümlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Değişken (n=350)	Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Ağırlık (kg)	82,91	16,67	81,6	42,3	137,9
Boy (cm)	161,50	8,03	160,0	142,0	184,0
BKİ (kg/m^2)	31,80	6,17	31,2	15,7	52,6
Bel çevresi (cm)	94,56	14,92	95,0	57,0	150,0
Kalça çevresi (cm)	108,51	10,87	108,0	79,0	138,0
Bel/kalça oranı	0,86	0,09	0,86	0,21	1,15

Kişilerin ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin tanımlayıcı bulgular tabloda verilmiştir. Kişilerin kısıtlama ortalamasının $0,86 \pm 0,81$ olduğu, bedensel endişe ortalamasının $1,21 \pm 0,69$ olduğu, kiloyla ilgili endişe ortalamasının $1,12 \pm 0,61$ olduğu, yeme endişeleri ortalamasının $0,48 \pm 0,47$ olduğu ve YBDÖ – Toplam puan ortalamasının $0,99 \pm 0,58$ olduğu belirlenmiştir. Yeme bağımlılığı ölçeği ortalamasının $2,39 \pm 0,88$ ve IPAQ ortalamasının $543,93 \pm 432,01$ olduğu açıklanmıştır.

Tablo 7.4. Ölçeklere ilişkin puanların dağılımı

Ölçek (N=350)		Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği	Kısıtlama	0,86	0,81	0,6	0,0	4,8
	Bedensel endişe	1,21	0,69	1,0	0,1	5,9
	Kiloyla ilgili endişe	1,12	0,61	1,0	0,0	5,0
	Yeme endişeleri	0,48	0,47	0,4	0,0	3,8
	YBDÖ – Toplam	0,99	0,58	0,86	0,1	4,9
Yeme bağımlılığı ölçeği		2,39	0,88	2,0	0,0	7,0
IPAQ		543,93	432,01	462,0	0,0	4986,0

Kişilerin ölçeklere verdiği cevapların genel olarak yüksek güvenilir düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7.5. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayıları

Ölçek (N=350)	Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği	28	0,873
Yeme bağımlılığı ölçeği	25	0,714

Cinsiyete göre kısıtlama puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-3,511$; $p<0,001$). Kadınların kısıtlama puanları, erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet ile bedensel endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4,883$; $p<0,001$). Kadınların bedensel endişe puanları, erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır.

Cinsiyet ile kiloyla ilgili endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4,419$; $p<0,001$). Kadınların kiloyla ilgili endişe puanları, erkeklere oranla fazla çıkmıştır.

Cinsiyete göre yeme endişeleri puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,141$; $p=0,032$). Kadınların yeme endişeleri puanları, erkeklere oranla yüksek çıkmıştır.

Cinsiyete göre YBDÖ toplam puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4,688$; $p<0,001$). Kadınların YBDÖ toplam puanları, erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

p=0,006). Erkeklerin IPAQ puanları, kadınlara oranla fazla bulunmuştur.

Yaş sınıflaması ile kısıtlama puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=15,441$; p=0,001). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30 ve 30-39 yaş grubunda olanların kısıtlama puanları, ≥ 50 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıfları ile bedensel endişe puanları ile ilgili anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=18,690$; p<0,001). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30, 30-39 ve 40-49 yaş grubunda olanların bedensel endişe puanları, ≥ 50 yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıfları ile yeme endişeleri puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=20,263$; p<0,001). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30 yaş grubunda olanların yeme endişeleri puanları, 30-39, 40-49 ve ≥ 50 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıfları ile YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=19,950$; p<0,001). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30, 30-39 ve 40-49 yaş grubunda olanların YBDÖ toplam puanları, ≥ 50 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Yaş sınıfları ile IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=11,864$; p=0,008). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; <30, 30-39 ve 40-49 yaş grubunda olanların IPAQ puanları, ≥ 50 yaş grubunda olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Medeni duruma göre kısıtlama puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır (Z=-2,266; p=0,023). Bekarların kısıtlama puanları, evlilere oranla daha fazla çıkmıştır.

Medeni durum ile yeme endişeleri puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($Z=-2,252$; $p=0,024$). Bekarların yeme endişeleri puanları, evlilere kıyasla daha fazla çıkmıştır.

Medeni duruma göre IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,541$; $p=0,011$). Bekarların IPAQ puanları, evlilere oranla yüksek çıktığı belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi ile kısıtlama puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=13,105$; $p=0,004$). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Ön lisans/üzeri mezunu olanların kısıtlama puanları, ilkokul/altı mezunu olanlara göre daha fazla çıkmıştır.

Eğitim düzeyine göre YBDÖ toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7,958$; $p=0,047$). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Ön lisans/üzeri mezunu olanların YBDÖ toplam puanları, ilkokul/altı mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine göre IPAQ puanları ile arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=24,103$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Ortaokul, lise ve ön lisans/üzeri mezunu olanların IPAQ puanları, ilkokul/altı mezunu olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 7.6. Bireylerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=350)	n	Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği							
		Kısıtlama		Bedensel endişe		Kiloyla ilgili endişe		Yeme endişeleri	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Cinsiyet									
Kadın	294	0,92±0,84	0,6 [1,0]	1,26±0,68	1,1 [0,8]	1,17±0,61	1,0 [0,8]	0,50±0,47	0,4 [0,4]
Erkek	56	0,52±0,56	0,4 [0,8]	0,94±0,66	0,8 [0,4]	0,88±0,53	0,8 [0,4]	0,39±0,40	0,2 [0,2]
İstatistiksel analiz*		Z=-3,511		Z=-4,883		Z=-4,419		Z=-2,141	
Olasılık		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p=0,032	
Yaş sınıfı									
<30 ⁽¹⁾	57	1,13±0,95	1,0 [1,2]	1,45±0,87	1,4 [0,9]	1,28±0,79	1,2 [0,8]	0,79±0,72	0,6 [0,7]
30-39 ⁽²⁾	90	0,96±0,78	0,8 [1,0]	1,16±0,50	1,1 [0,7]	1,09±0,47	1,0 [0,6]	0,46±0,42	0,4 [0,4]
40-49 ⁽³⁾	119	0,79±0,79	0,6 [1,2]	1,22±0,62	1,1 [0,8]	1,12±0,51	1,0 [0,6]	0,42±0,34	0,4 [0,2]
≥50 ⁽⁴⁾	84	0,64±0,75	0,4 [0,6]	1,08±0,78	0,9 [0,6]	1,04±0,69	0,8 [0,6]	0,38±0,36	0,4 [0,2]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=15,441$		$\chi^2=18,690$		$\chi^2=7,772$		$\chi^2=20,263$	
Olasılık		p=0,001		p<0,001		p=0,052		p<0,001	
Fark		[1,2-4]		[1,2,3-4]				[1-2,3,4]	
Medeni durum									
Evli	295	0,79±0,73	0,6 [1,0]	1,17±0,62	1,0 [0,6]	1,09±0,55	1,0 [0,6]	0,44±0,38	0,4 [0,4]
Bekar	55	1,20±1,09	1,0 [1,8]	1,42±0,94	1,4 [1,0]	1,26±0,84	1,0 [1,0]	0,72±0,74	0,6 [0,8]
İstatistiksel analiz		Z=-2,266		Z=-1,843		Z=-0,686		Z=-2,252	
Olasılık		p=0,023		p=0,065		p=0,493		p=0,024	
Eğitim düzeyi									
İlkokul/altı ⁽¹⁾	113	0,64±0,68	0,4 [0,6]	1,13±0,63	1,0 [0,6]	1,07±0,56	0,8 [0,4]	0,42±0,38	0,4 [0,2]
Ortaokul ⁽²⁾	73	0,85±0,74	0,6 [1,0]	1,23±0,52	1,1 [0,8]	1,19±0,49	1,0 [0,8]	0,40±0,35	0,2 [0,2]
Lise ⁽³⁾	77	0,95±0,86	0,8 [1,4]	1,18±0,59	1,1 [0,8]	1,11±0,55	1,0 [0,9]	0,49±0,45	0,4 [0,4]
Ön lisans/üzeri ⁽⁴⁾	87	1,06±0,94	1,0 [1,2]	1,34±0,91	1,0 [0,9]	1,15±0,76	0,8 [0,8]	0,61±0,62	0,4 [0,6]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=13,105$		$\chi^2=4,564$		$\chi^2=4,930$		$\chi^2=6,444$	
Olasılık		p=0,004		p=0,207		p=0,177		p=0,092	
Fark		[1-4]							

Tablo 7.6. (devamı): Bireylerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği toplam, yeme bağımlılığı ölçeği ve IPAQ karşılaştırılması

Değişken (N=350)	n	YBDÖ – Toplam		Yeme bağımlılığı ölçeği		IPAQ	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Cinsiyet							
Kadın	294	1,04±0,58	0,9 [0,6]	2,38±0,88	2,0 [1,0]	517,78±411,01	462,0 [396,0]
Erkek	56	0,74±0,46	0,6 [0,5]	2,48±0,91	2,0 [1,0]	681,28±511,30	594,0 [423,0]
İstatistiksel analiz*							
Olasılık			Z=-4,688 p<0,001		Z=-0,433 p=0,665		Z=-2,733 p=0,006
Yaş sınıfı							
<30 ⁽¹⁾	57	1,25±0,80	1,1 [0,9]	2,72±1,21	2,0 [1,0]	713,99±745,29	495,0 [511,5]
30-39 ⁽²⁾	90	0,99±0,46	0,9 [0,6]	2,28±0,73	2,0 [1,0]	539,88±298,58	528,0 [330,0]
40-49 ⁽³⁾	119	0,97±0,47	0,9 [0,7]	2,31±0,72	2,0 [1,0]	534,81±355,12	462,0 [363,0]
≥50 ⁽⁴⁾	84	0,86±0,61	0,7 [0,4]	2,40±0,93	2,0 [1,0]	445,85±324,57	330,0 [346,5]
İstatistiksel analiz			$\chi^2=19,950$		$\chi^2=5,904$		$\chi^2=11,864$
Olasılık			p<0,001		p=0,116		p=0,008
Fark			[1,2,3-4]				[1,2,3-4]
Medeni durum							
Evli	295	0,95±0,49	0,9 [0,6]	2,34±0,79	2,0 [1,0]	504,09±325,13	462,0 [396,0]
Bekar	55	1,23±0,86	1,1 [1,1]	2,63±1,23	2,0 [1,0]	757,71±758,58	556,0 [709,5]
İstatistiksel analiz			Z=-1,918		Z=-1,045		Z=-2,541
Olasılık			p=0,055		p=0,296		p=0,011
Eğitim düzeyi							
İlkokul/altı ⁽¹⁾	113	0,89±0,51	0,7 [0,5]	2,23±0,91	2,0 [1,0]	403,65±258,56	330,0 [330,0]
Ortaokul ⁽²⁾	73	0,99±0,45	0,9 [0,5]	2,41±0,66	2,0 [1,0]	565,46±340,55	495,0 [264,0]
Lise ⁽³⁾	77	1,01±0,57	0,9 [0,7]	2,46±1,02	2,0 [1,0]	581,79±334,59	528,0 [421,5]
Ön lisans/üzeri ⁽⁴⁾	87	1,12±0,73	1,1 [0,8]	2,52±0,84	2,0 [1,0]	674,61±655,34	495,0 [462,0]
İstatistiksel analiz			$\chi^2=7,958$		$\chi^2=7,480$		$\chi^2=24,103$
Olasılık			p=0,047		p=0,058		p<0,001
Fark			[1-4]				[1-2,3,4]

BKİ sınıflarına göre kiloyla ilgili endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=11,169$; $p=0,004$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Obez olanların kiloyla ilgili endişe puanları, zayıf/normal olanlara kıyasla daha yüksek çıkmıştır.

BKİ sınıflarına göre yeme endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7,165$; $p=0,028$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Obez olanların yeme endişe puanları, fazla kilolu olanlara kıyasla daha fazla çıkmıştır.

BKİ sınıflarına göre yeme bağımlılığı ölçeği puanları ile ilgili anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7,178$; $p=0,028$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Obez olanların yeme bağımlılığı ölçeği puanları, zayıf/normal olanlara kıyasla daha yüksek çıkmıştır.

BKİ sınıflarına göre IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7,178$; $p=0,028$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; Obez olanların IPAQ puanları, zayıf/normal ve fazla kilolulara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleklere göre kısıtlama puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=18,910$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; öğrenci, ev hanımı ve memur olanların kısıtlama puanları, diğer meslek gruplarına göre daha yüksek çıkmıştır.

Mesleklere göre bedensel endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=31,208$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; öğrenci, ev hanımı ve memur olanların bedensel endişe puanları, diğer mesleklere göre daha fazla çıkmıştır.

Mesleklere göre kiloyla ilgili endişeler puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=30,579$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; öğrenci, ev hanımı ve memur olanların kiloyla ilgili endişeler puanları, diğer mesleklere göre daha fazla çıkmıştır.

Mesleklere göre yeme endişeleri puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=12,797$; $p=0,005$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; öğrenci olanların yeme endişeleri puanları, ev hanımı ve diğer mesleklere göre daha fazla çıkmıştır.

Mesleklere göre YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=30,522$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; öğrenci, ev hanımı ve memur olanların YBDÖ toplam puanları, diğer mesleklere göre daha fazla çıkmıştır.

Mesleklere göre yeme bağımlılığı ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=11,290$; $p=0,010$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; öğrenci olanların yeme bağımlılığı ölçeği puanları, ev hanımı ve diğer mesleklere göre daha fazla çıkmıştır.

Mesleklere göre IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=20,230$; $p<0,001$). Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; öğrencilerin IPAQ puanları, ev hanımı ve memur olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Sigara kullanma durumuna göre IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,481$; $p=0,013$). Sigara içen/bazen içenlerin IPAQ puanları, sigara içmeyenlere göre daha yüksek çıkmıştır.

Alkol kullanma durumuna göre kiloyla ilgili endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,108$; $p=0,035$). Alkol kullanmayanların kiloyla ilgili endişe puanları, alkol kullanan/bazen kullananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,053$; $p=0,040$). Kronik hastalığı olmayanların YBDÖ toplam puanları, kronik hastalığı olanlardan yüksek çıkmıştır.

Kronik hastalık durumuna göre IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,516$; $p=0,012$). Kronik hastalığı olmayanların IPAQ puanları, kronik hastalığı olanlardan yüksek çıkmıştır.

Tablo 7.7. Bireylerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği alt boyutu ve toplam puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=350)	n	Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği							
		Kısıtlama		Bedensel endişe		Kiloyla ilgili endişe		Yeme endişeleri	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
BKİ kategorisi									
Zayıf/Normal ⁽¹⁾	43	1,06±0,97	0,8 [1,8]	1,19±0,70	1,0 [1,0]	0,93±0,59	0,8 [1,0]	0,52±0,42	0,3 [0,6]
Fazla kilolu ⁽²⁾	97	0,89±0,71	0,8 [1,0]	1,09±0,49	1,0 [0,6]	1,04±0,45	0,8 [0,6]	0,39±0,38	0,2 [0,2]
Obez ⁽³⁾	210	0,80±0,82	0,6 [1,0]	1,27±0,76	1,1 [0,8]	1,20±0,65	1,0 [0,8]	0,55±0,50	0,4 [0,4]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=3,709$		$\chi^2=2,499$		$\chi^2=11,169$		$\chi^2=7,165$	
Olasılık		p=0,157		p=0,287		p=0,004		p=0,028	
Fark						[1-3]		[2-3]	
Meslek									
Öğrenci ⁽¹⁾	29	1,42±1,18	1,2 [2,1]	1,66±1,10	1,5 [1,5]	1,49±0,99	1,4 [1,7]	0,96±0,87	0,8 [1,2]
Ev hanımı ⁽²⁾	236	0,83±0,76	0,6 [0,8]	1,21±0,59	1,1 [0,8]	1,14±0,54	1,0 [0,6]	0,43±0,38	0,4 [0,2]
Memur ⁽³⁾	57	0,91±0,79	0,8 [1,5]	1,23±0,78	1,0 [0,8]	1,04±0,59	0,8 [0,8]	0,50±0,44	0,5 [0,6]
Diğer ⁽⁴⁾	28	0,38±0,41	0,3 [0,6]	0,72±0,23	0,8 [0,3]	0,66±0,19	0,6 [0,2]	0,35±0,26	0,3 [0,2]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=18,910$		$\chi^2=31,208$		$\chi^2=30,579$		$\chi^2=12,797$	
Olasılık		p<0,001		p<0,001		p<0,001		p=0,005	
Fark		[1,2,3-4]		[1,2,3-4]		[1,2,3-4]		[1-2,4]	
Sigara kullanma									
Evet/bazen	35	0,68±0,63	0,6 [1,0]	1,20±0,89	0,8 [0,9]	1,01±0,66	0,8 [0,8]	0,52±0,44	0,4 [0,6]
Hayır	315	0,87±0,83	0,6 [1,2]	1,21±0,66	1,1 [0,8]	1,13±0,59	1,0 [0,6]	0,47±0,47	0,4 [0,4]
İstatistiksel analiz		Z=-1,036		Z=-1,603		Z=-1,904		Z=-0,538	
Olasılık		p=0,300		p=0,109		p=0,057		p=0,591	
Alkol kullanma									
Evet/bazen	16	0,69±0,61	0,7 [0,7]	1,16±1,01	0,8 [0,6]	0,99±0,79	0,7 [0,5]	0,41±0,33	0,4 [0,6]
Hayır	334	0,86±0,82	0,6 [1,2]	1,21±0,67	1,1 [0,8]	1,12±0,59	1,0 [0,6]	0,48±0,47	0,4 [0,4]
İstatistiksel analiz		Z=-0,550		Z=-1,653		Z=-2,108		Z=-0,382	
Olasılık		p=0,582		p=0,098		p=0,035		p=0,702	
Kronik hastalık									
Var	63	0,78±0,98	0,4 [0,6]	1,31±1,14	0,9 [0,8]	1,14±0,89	0,8 [0,6]	0,49±0,61	0,4 [0,4]
Yok	287	0,88±0,78	0,6 [1,2]	1,19±0,54	1,1 [0,8]	1,12±0,52	1,0 [0,6]	0,48±0,43	0,4 [0,4]
İstatistiksel analiz		Z=-1,649		Z=-1,724		Z=-1,673		Z=-0,785	
Olasılık		p=0,099		p=0,085		p=0,094		p=0,342	

Tablo 7.7 (devamı) Bireylerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği toplam, yeme bağımlılığı ölçeği ve IPAQ karşılaştırılması

Değişken (N=350)	n	YBDÖ – Toplam		Yeme bağımlılığı ölçeği		IPAQ	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
BKİ kategorisi							
Zayıf/Normal ⁽¹⁾	43	0,99±0,53	1,0 [0,8]	2,11±0,63	2,0 [1,0]	853,56±565,84	727,5 [726,0]
Fazla kilolu ⁽²⁾	97	0,93±0,46	0,8 [0,6]	2,24±0,73	3,0 [0,5]	606,27±341,09	528,0 [462,0]
Obez ⁽³⁾	210	1,02±,63	0,9 [0,6]	2,84±0,98	3,5 [1,0]	451,76±404,72	396,0 [346,5]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=1,256$		$\chi^2=7,178$		$\chi^2=38,461$	
Olasılık		p=0,354		p=0,028		p<0,001	
Fark				[1-2]		[1,2-3]	
Meslek							
Öğrenci ⁽¹⁾	29	1,47±1,01	1,3 [1,6]	2,96±1,52	3,0 [1,5]	976,39±950,13	693,0 [777,8]
Ev hanımı ⁽²⁾	236	0,99±0,50	0,9 [0,6]	2,30±0,81	2,0 [1,0]	476,45±297,89	412,5 [330,0]
Memur ⁽³⁾	57	0,99±0,53	0,9 [0,7]	2,56±0,70	2,0 [1,0]	565,02±392,50	495,0 [355,5]
Diğer ⁽⁴⁾	28	0,58±0,20	0,6 [0,3]	2,17±0,61	2,0 [0,0]	621,98±369,30	585,8 [462,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=30,522$		$\chi^2=11,290$		$\chi^2=20,230$	
Olasılık		p<0,001		p=0,010		p<0,001	
Fark		[1,2,3-4]		[1-2,4]		[1-2,3]	
Sigara kullanma							
Evet/bazen	35	0,92±0,57	0,7 [0,6]	2,31±0,99	2,0 [1,0]	792,30±848,73	577,5 [528,0]
Hayır	315	1,01±0,58	0,9 [0,4]	2,40±0,87	2,0 [1,0]	516,35±348,99	462,0 [396,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,087		Z=-0,250		Z=-2,481	
Olasılık		p=0,277		p=0,802		p=0,013	
Alkol kullanma							
Evet/bazen	16	0,89±0,65	0,7 [0,3]	2,31±0,70	2,0 [0,0]	845,91±1164,05	478,5 [390,8]
Hayır	334	1,01±0,57	0,9 [0,6]	2,39±0,89	2,0 [1,0]	529,48±360,51	462,0 [396,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,445		Z=-0,650		Z=-0,865	
Olasılık		p=0,148		p=0,515		p=0,387	
Kronik hastalık							
Var	63	1,02±0,88	0,7 [0,6]	2,49±1,14	2,0 [1,0]	466,10±362,84	330,0 [396,0]
Yok	287	0,99±0,49	0,9 [0,6]	2,37±0,81	2,0 [1,0]	561,03±444,49	495,0 [330,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,053		Z=-0,390		Z=-2,516	
Olasılık		p=0,040		p=0,690		p=0,012	

Ağırlık (kg) ile kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede; IPAQ ile anlamlı bağıntı saptanmıştır ($p<0,05$). Ağırlık (kg) arttıkça, Kiloyla ilgili endişe ve yeme endişeleri artacaktır. Buna ek olarak, IPAQ arttıkça, ağırlık (kg) azalacaktır.

Boy (cm) ile IPAQ arasında olumlu yönde, bağıntı bulunmuştur ($r=0,230$; $p<0,001$). IPAQ arttıkça, boy (cm) artacaktır.

BKİ (kg/m^2) ile bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri arasında pozitif yönde, IPAQ ile anlamlı bağıntı saptanmıştır ($p<0,05$). BKİ (kg/m^2) arttıkça, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe ve yeme endişeleri artacaktır. Buna ek olarak, IPAQ arttığında, BKİ azalacaktır.

Bel çevresi ile kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri arasında pozitif yönde, kısıtlama ve IPAQ ile negatif yönde, anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bel çevresi arttıkça, kiloyla ilgili endişe ve yeme endişeleri artacaktır. Buna ek olarak, Kısıtlama ve IPAQ arttıkça, bel çevresi azalacaktır.

Kalça çevresi ile bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri arasında pozitif yönde, IPAQ ile anlamlı bağıntı saptanmıştır ($p<0,05$). Kalça çevresi arttıkça, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe ve yeme endişeleri artacaktır. Buna ek olarak, IPAQ arttıkça, kalça çevresi azalacaktır.

Bel/kalça oranı ile kısıtlama ve IPAQ arasında, anlamlı bağıntı saptanmıştır ($p<0,05$). Kısıtlama ve IPAQ arttıkça, Bel/kalça oranı azalacaktır.

Tablo 7.8. Bireylerin antropometrik ölçümleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler

Korelasyon* (N=350)		Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği				YBDÖ – Toplam	Yeme bağımlılığı ölçeği	IPAQ
		Kısıtlama	Bedensel endişe	Kiloyla ilgili endişe	Yeme endişeleri			
Ağırlık (kg)	<i>r</i>	-0,080	0,086	0,166	0,139	0,042	0,060	-0,251
	<i>p</i>	0,137	0,108	0,002	0,009	0,435	0,261	<0,001
Boy (cm)	<i>r</i>	0,040	-0,054	-0,052	-0,024	-0,019	0,009	0,230
	<i>p</i>	0,456	0,310	0,330	0,650	0,724	0,869	<0,001
BKİ (kg/m ²)	<i>r</i>	-0,094	0,129	0,204	0,158	0,067	0,051	-0,378
	<i>p</i>	0,080	0,016	<0,001	0,003	0,211	0,344	<0,001
Bel çevresi (cm)	<i>r</i>	-0,126	0,074	0,155	0,134	0,020	0,048	-0,304
	<i>p</i>	0,019	0,167	0,004	0,012	0,709	0,370	<0,001
Kalça çevresi (cm)	<i>r</i>	-0,034	0,149	0,221	0,162	0,101	0,063	-0,362
	<i>p</i>	0,527	0,005	<0,001	0,002	0,060	0,242	<0,001
Bel/kalça oranı	<i>r</i>	-0,167	-0,014	0,056	0,031	-0,061	0,011	-0,146
	<i>p</i>	0,002	0,800	0,295	0,565	0,258	0,831	0,006

Yeme bağımlılığı ölçeği ile kısıtlama, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri ve YBDÖ toplam puanları arasında anlamlı bağıntı saptanmıştır ($p<0,05$). Yeme bağımlılığı ölçeği puanları arttıkça, kısıtlama, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri ve YBDÖ toplam puanları artacaktır.

IPAQ ile kısıtlama ve YBDÖ toplam puanları arasında olumlu yönde, anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). IPAQ puanları arttıkça, kısıtlama ve YBDÖ toplam puanları artacaktır.

Tablo 7.9. Ölçeklerin birbiriyle ilişkileri

Korelasyon* (N=350)	Yeme bağımlılığı ölçeği		IPAQ
Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği			
Kısıtlama	<i>r</i>	0,126	0,158
	<i>p</i>	0,018	0,003
Bedensel endişe	<i>r</i>	0,308	0,058
	<i>p</i>	<0,001	0,280
Kiloyla ilgili endişe	<i>r</i>	0,359	0,067
	<i>p</i>	<0,001	0,208
Yeme endişeleri	<i>r</i>	0,155	-0,021
	<i>p</i>	0,004	0,700
YBDÖ – Toplam	<i>r</i>	0,295	0,118
	<i>p</i>	<0,001	0,028

Erkeklerin ağırlık, boy, bel çevresi ve bel/kalça oranı, kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda ağırlık ortalaması 80,95 boy ortalaması 159,18; erkeklerde ağırlık ortalaması 93,18, boy ortalaması 173,66 şeklinde bulunmuştur. Verilere göre kadınlarda bel çevresi 93,73, erkekte 98,95 bulunmuştur.

Tablo 7.10. Cinsiyete göre bireylerin antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi

Değişken (n=350)	Kadın (n=294)		Erkek (n=56)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
Ağırlık (kg)	80,95±16,07	79,4 [20,1]	93,18±16,13	93,0 [23,8]	Z=-5,052 p<0,001
Boy (cm)	159,18±5,03	159,0 [8,0]	173,66±6,01	173,0 [7,8]	Z=-10,718 p<0,001
BKİ (kg/m ²)	31,99±6,36	31,3 [8,2]	30,86±4,92	30,3 [7,5]	Z=-1,001 p=0,317
Bel çevresi (cm)	93,73±14,99	93,0 [19,3]	98,95±13,82	98,0 [14,0]	Z=-2,786 p=0,005
Kalça çevresi (cm)	108,93±11,29	108,0 [14,3]	106,34±8,03	107,0 [12,0]	Z=-1,273 p=0,203
Bel/kalça oranı	0,85±0,09	0,85 [0,1]	0,92±0,09	0,91 [0,1]	Z=-5,198 p<0,001

Cinsiyet ile BKİ kategorisi arasında bağıntı yoktur ($p>0,05$). Tablodaki verilere göre kadınların %12,9 normal/zayıf, %26,2 hafif kilolu, %60,9 obez; erkeklerin ise %8,9 normal/zayıf, %35,7 hafif kilolu, %55,4 obez olduğu saptanmıştır.

Tablo 7.11. Cinsiyete ile BKİ dağılımı

BKİ (n=350)	Kadın (n=294)		Erkek (n=56)		İstatistiksel analiz*
	n	%	n	%	
Zayıf/Normal	38	12,9	5	8,9	$\chi^2=2,391$
Fazla kilolu	77	26,2	20	35,7	$p=0,303$
Obez	179	60,9	31	55,4	

BÖLÜM 8

TARTIŞMA

Obezite birden fazla sebebi olan hastalıktır. Tüm dünyada ve ülkemizde obezitenin görüldüğü kişi sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Obezitenin meydana gelmesinde genetik, çevresel, fiziksel birçok etmenin etkisi vardır. Teknolojinin ilerlemesiyle beraber kişinin fiziksel aktivitelerinde düşme olmuştur. Obezite kalp hastalıkları, diyabet, depresyon ve kanser vb. hastalıklara sebep olmaktadır. Giderek artış gösteren obeziteyi engelleme, obezite sıklığını etkileyen etmenlerin ortaya konması önemlidir (Berberoğlu ve Hacıoğlu 2021).

Yapılan bu çalışmada BKİ dağılımına göre 210 (%60) kişinin obez, 97(27,7) kişinin fazla kilolu, 41(11,7) kişinin normal, 2(0,6) kişinin zayıf olduğu bulunmuştur. Sönmez ve arkadaşlarının Türkiye'nin yedi farklı bölgesindeki 898 yetişkin erkek ve 2308 kadının katıldığı çalışma sonucuna göre yetişkin nüfusun %37,3'ü fazla kilolu ve %36'sı obezdir. Kadınlarda obezite oranı %42.5, erkeklerde %28.0 olarak bildirilmiştir (Sönmez vd. 2013). Karagöz'ün 2020 yılında yaptığı bir çalışmada 386 katılımcının %6 zayıf, %53,9 normal, %26,7 fazla kilolu ve %13,5 obez şeklinde olduğu belirtilmiştir (Karagöz 2020). 329 kişinin katıldığı bir başka çalışmada ise %38,0 hafif kilolu, %34,7'sinin normal kiloda, %24,6'sının obez olduğu belirlenmiştir (Sevil 2021). Zileli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %22,0'ı fazla kilolu, %6,3'ü obez olduğu belirlenmiştir (Zileli vd. 2016). Ayyıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise BKİ değerlerine göre katılımcıların %57.9 normal, %31.2 fazla kilolu, %10.9 obez olduğu bildirilmiştir (Ayyıldız vd. 2021).

Çalışmamızda kadınlarda ağırlık ortalaması 80,95 boy ortalaması 159,18 erkeklerde ağırlık ortalaması 93,18 boy ortalaması 173,66 şeklindedir. Saygın ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kadınların ağırlık ortalamasının 79.32 kg, boy ortalamasının 159.52 cm erkeklerin ağırlık ortalamasının 89.98 kg, boy ortalamasının 173.84

olduğu bildirilmiştir (Saygın vd. 2015). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre genç erkeklerin boy ortalamaları 173,5 cm kilo ortalamaları 68,4 kg'dir. Genç kadınların boy ortalamaları 162,8 cm kilo ortalamaları 58,1 kg'dir (TÜİK 2014). Çalışmamızdaki boy verileri TÜİK ile uyumluysen kilo verileri uyumlu değildir nedeninin çalışmamızdaki kişilerin yaş ortalamasının fazla olmasından dolayı olabilir.

Yapılan bu çalışmada kişilerin cinsiyete göre BKİ değerlerine bakıldığında kadınların %12,9'u normal/zayıf, %26,2'si hafif kilolu, %60,9'u obez; erkeklerin ise %8,9'u normal/zayıf, %35,7'si hafif kilolu, %55,4' obezdir. Oğuz ve arkadaşlarının araştırmasına göre obezite sıklığı kadınlarda %39,9, erkeklerde %20,6 fazla kilolu sıklığı kadınlarda %30,6, erkeklerde %41,5 olarak belirtilmiştir (Oğuz vd. 2008). Yapılan bir başka çalışmada kadınların %17,5'inin zayıf, %75,7'sinin normal beden kilosunda, %5,8'inin fazla kilolu ve %1,1'inin obez olduğu; erkeklerin ise %1,7'sinin zayıf, %77,8'inin normal ağırlıkta, %18,8'inin fazla kilolu ve %1,7'sinin obez olduğu bildirilmiştir. Cinsiyete göre BKİ değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Bayramoğlu vd. 2020). zkoca'nın 2018'de yaptığı çalışmada katılımcıların %77,4'nn normal, %14,6'sının hafif kilolu, %5,7'sinin obez olduğu belirtilmiştir (zkoca 2018). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine göre obezite oranı kadınlarda % 41, erkeklerde %20,5 olarak bildirilmiştir (TBSA 2010). Bizim çalışmamızla benzer şekilde Hacıarif 'in (2015) yaptığı çalışmada da cinsiyet ile BKİ arasında bağıntı belirtilmiştir (Hacıarif 2015).

Çalışma sonucuna göre kadınlarda bel çevresi 93,73 cm, erkeklerde 98,95 cm bulunmuştur. Üniversite ğrencileriyle yapılan bir çalışmada erkeklerin bel çevresi 86,46 cm, kadınların bel çevresi 69,88 cm olduğu belirtilmiştir (Dinçer 2019). Yapılan bir başka çalışmada ise bel çevresi kadınlarda 89,72 cm, erkeklerde 93,57 cm olarak bildirilmiştir (Ural vd. 2018). Bizim alışmamızda oranın yüksek olmasının nedeni çalışmanın yapıldığı yaş aralığının çoğunluğunun 30 yaş üstü kişilerden oluşması ve katılımcı sayısının çok olması olabilir. WHO'ya göre bel çevresinin erkeklerde 102 cm ve üzeri, kadınlarda ise 88 cm ve üzeri olması yüksek risk oluşturmaktadır. Çalışmamızı WHO verilerine göre karşılaştırdığımızda ise kadınlar yüksek risk içerisinde yer almaktadırlar.

Son yıllarda, toplumda medyanın etkisiyle fiziksel görünümüne önemin artması insanların beslenme biçimini değiştirmiştir. İnsanlar güzel giyinmek ve zayıf olmaya yönelik yarış içine girmişlerdir. Medyada kaslı, yakışıklı erkek ve zayıf, güzel kadınla karşılaşıldığında kişi kendi beden şeklinden rahatsızlık olabilmektedir (Oğuz 2005). Bedenden rahatsız olması neticesinde bireylerin ince olma isteği beslenmelerine dair olumsuzluk etki yapabilmektedir. Bundan dolayı, sağlıksız beslenme öğün atlama, sık diyet uygulama vb. hatalı yeme şekli ve yeme bozukluğu olarak tanımlanan ciddi sağlık sorunları meydana gelmektedir (Çiftçi 2018).

Yeme bozuklukları çoğunlukla geç ergenlik ve erken yetişkinlikte oluşur ve bazı durumlarda zarar verici olabilmektedir (Treasure 2020). Çalışmamızda da yaş sınıflarına göre YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=19,950$; $p<0,001$). 30 yaş altı, 30-39 ve 40-49 yaş grubunda olanların YBDÖ toplam puanları, 50 yaş üstü olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadioğlu ve Ergün'ün üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada her 1 yıllık yaş artışında yeme bozukluğu riskinin 1.23 kat arttığı bildirilmiştir (Kadioğlu ve Ergün 2015). O'dea ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinde kilo verme düşüncesi olanlarda yeme bozukluğu oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir (O'dea et al. 1996). Calam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaş ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu genellikle 21-22 yaş grubunda yeme davranışıyla alakalı daha çok sorun olduğu bildirilmiştir (Calam et al. 1990). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %11.5'inde yeme davranış bozukluğuna rastlandığı belirtilmiştir (Baş vd. 2004). 14-25 yaş grubu öğrencilerde yapılan bir çalışmada da, yeme bozukluğu %41 olarak bildirilmiştir (Bayramoğlu vd. 2020). Yapılan bir çalışmada, normal BKİ değerine sahip kişiler ile hafif kilolu kişiler karşılaştırıldığında, hafif kilolu kişilerin kısıtlayıcı yeme davranışları normal ağırlıktaki kişilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Van Strien et al. 2006). Yeme bozukluğu ölçeği kullanılarak 50 yetişkin obez ile yapılan bir çalışmada ölçekten alınan yüksek puanlar ile yemek yeme öncesi ve sonrasında ağırlık ve görünüş ile ilgili endişelerde artma olduğu belirtilmiştir (Mason et al. 2018). Yeme tutum ve davranışlarının yaş ile bağıntısına bakıldığında, negatif yönde ve anlamlıdır. Yani yaşın azalmasıyla yemeyle, kiloyla ilgili endişeler, yeme tutumlarındaki bozulmalar artmaktadır. Daha önce bahsedildiği üzere YB genellikle ergenlik döneminde

meydana gelen bozukluk olduğundan çalışmamızdaki sonuçlar araştırmalar ile uyumludur. Çalışmamızdan farklı olarak 2019 yılında yapılan bir çalışmada yaş değişkeni ile yeme davranış bozuklukları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Terlik 2019).

Çalışmada cinsiyet değişkeni ile YBDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde; anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4,688$; $p<0,001$). Kadınların YBDÖ toplam puanları, erkeklerden yüksek çıkmıştır. Yeme bozukluğu ile cinsiyet arasındaki yaygınlığa bakılan bir çalışmada kadınlarda %8.4, erkeklerde ise %2.2 olarak belirtilmiştir (Galmiche et al. 2019). 2013 yılında yapılan bir başka çalışmada ergenlik döneminde, kadınlarda yeme bozukluğu gelişme riskinin fazla olduğu bildirilmiştir (El Ghoch et al. 2013). 206 kişi ile yapılan bir başka araştırmada erkek ve kadınlar arasında şekil kaygısı ve ağırlık kaygısı açısından anlamlı bir farklılık bulunduğu bildirilmiştir (Yeşildemir 2018). Bu durum kadın olmanın YB üzerinde bir risk faktörü olarak görüldüğü düşünüldüğünde literatürdeki sonuçlar yeme davranışlarındaki bozulmanın kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir.

Cinsiyete göre kısıtlama, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri puanları açısından incelendiğinde kısıtlama puanları yönünden anlamlı bağıntı tespit edilmiştir ($Z=-3,511$; $p<0,001$). Bedensel endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4,883$; $p<0,001$). Kiloyla ilgili endişe puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-4,419$; $p<0,001$). Yeme endişeleri puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,141$; $p=0,032$). Kadınların kısıtlama, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aykut ve Bilici'nin yaptıkları bir çalışmada katılımcıların YBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre ilişkisini değerlendirmişlerdir. YBDÖ alt boyutları olan kısıtlama, yeme kaygısı ve şekil kaygısı puanlarının erkeklerde kadınlara göre düşük olduğu bildirilmiştir (Aykut ve Bilici 2021). Kuğu ve arkadaşlarının çalışmasındaki sonuçlarda da yeme davranışına dair tüm alt boyutlarda kadınların erkeklere göre daha yüksek skorlar aldığını göstermiştir (Kuğu vd. 2006).

Çalışmada eğitim düzeyine göre YBDÖ incelendiğinde anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=7,958$; $p=0,047$). Ön lisans/üzeri mezunu olanların YBDÖ toplam puanları, ilkokul/altı mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kişilerin bilgi seviyesi, iş imkanları bundan kaynaklı ekonomik düzey, benlik saygısı vb. özellikler de artmaktadır ve beden şekli önem kazanmaktadır.

Medeni duruma göre kısıtlama puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır ($Z=-2,266$; $p=0,023$). Bekarların kısıtlama puanları, evlilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bekarlarda kısıtlama puanının yüksek olması, yaş aralığının daha küçük olmasından ve ağırlık kontrolüyle ilgili bekarların daha hassas olmasından dolayı olabilir. Yapılan araştırmalarda ise medeni durum ile kısıtlama puanları arasındaki bağıntı incelendiğinde Baktıroğlu'nun yaptığı çalışmada kısıtlama puanları ile medeni durum arasında anlamlı ilişki belirtilmemiştir (Baktıroğlu 2019). Aynı şekilde 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise kısıtlayıcı yeme davranışları ile medeni hal arasında anlamlı bağıntı belirtilmemiştir (Cihan 2019).

BKİ ile YBDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde BKİ ile bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri arasında olumlu yönde, anlamlı ilişki saptanmıştır. BKİ arttıkça, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe ve yeme endişeleri artacaktır. Aykut ve Bilici'nin yaptığı bir çalışmada katılımcıların BKİ ile YBDÖ puanları arasındaki bağıntıya bakıldığında YBDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Aykut ve Bilici 2022). Aykut yaptığı bir başka çalışmada ise beden kitle indeksi değerleri YBDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında da anlamlı bir bağıntı olduğu belirtilmiştir (Aykut 2018).

Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yeme tutumları ve BKİ arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Çelik vd. 2016). Ünal ve arkadaşlarının yaptığı başka araştırmada da yeme tutumları ve BKİ arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir (Ünal vd. 2009). BKİ ile yeme davranışlarının tüm alt boyutlarında literatürdeki araştırmalarla benzer sonuçlar olduğu bildirilmiştir. BKİ arttıkça yeme davranışlarındaki bozulma da artış olduğu bildirilmiştir (Wilkinson et al. 2020). BKİ değeri fazla olanlarda yeme bozukluğunun çok görülmesinin nedeni bireylerin BKİ'nin fazla olmasından dolayı yeme davranışlarını denetim altına almak istemeleri ile bağlantısı olabilir. Fazla kilolu

kişilerin kontrolsüz şekilde, kendi kendine diyet yapma ve bunu takıntı yapması yeme bozukluğuna zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Yeme bağımlılığı giderek daha çok bilinen bir kavram haline gelmiştir. Gıda endüstrisiyle birlikte yüksek oranda işlenmiş besinler daha çok yaygınlaşmıştır. İşlenmiş gıdaların daha sık tüketilmesinden kaynaklı bazı besin çeşitlerine olan bağımlılığın obeziteye neden olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan kişi sayısı 350 olup yeme bağımlılığı %2 bulunmuştur. Bayraktar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gıda bağımlılığı %11,6 olarak belirtilmiştir (Bayraktar vd. 2012). 1033 kişi ile yapılan başka araştırmada yeme bağımlılığı %11,8 olarak bildirilmiştir (Büyüktuncer vd. 2019). Pursey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında 196.211 katılımcı bulunan çalışmada yeme bağımlılığı %19,9 olarak belirtilmiştir (Pursey et al. 2014). Isparta’da yapılan sağlıklı beslenme ve danışma merkezine başvuran kişilerden oluşan çalışmada ise yeme bağımlılığı %28,57 olarak belirtilmiştir (Bilgi 2019).

BKİ sınıflarına göre yeme bağımlılığı ölçeği puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır. Obez olanların yeme bağımlılığı ölçeği puanları, zayıf/normal olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yeme bağımlılığı ile BKİ arasındaki bağıntı ile ilgili bir araştırmada yeme bağımlılığı fazla BKİ ile ilişkilendirilmiştir (Gearhardt et al. 2014). Bir başka çalışmada da obezite ile yeme bağımlılığının arttığını ve bağımlılık benzeri yeme davranışının obezite parametreleriyle bağıntılı olduğu belirtilmiştir (Pedram et al. 2013). BKİ ile yeme bağımlılığı arasındaki bağıntıya bakıldığında; BKİ arttıkça yeme bağımlılığı oranı da artmaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda da BKİ arttıkça yeme bağımlılığı da artmaktadır. Bazı çalışmalarda ise zıt durumlar görülmüştür. Özkan’ın (2017) yaptığı araştırmada ise çalışmamızın aksine yeme bağımlılığı, kilo değişkeni ve BKİ arasında bağıntı belirtilmemiştir (Özkan vd. 2017). Obezite ve yeme bağımlılığıyla alakalı başka bir araştırmada da yeme bağımlısı olanlar ile yeme bağımlısı olmayanlar arasında BKİ yönünden ciddi farklılık belirtilmemiştir (Davis et al. 2011). Benzer şekilde üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmada da BKİ ve yeme bağımlılığı ile ilgili bir bağıntı belirtilmemiştir (Keser vd. 2015).

Araştırmamızda yeme bağımlılığı ile cinsiyet arasında bir bağıntı bulunamamıştır. Bu durumun nedeni çalışmamızda yeme bağımlılığı oranının düşük çıkmasıdır. Yapılan bir araştırmada yeme bağımlılığı olan kişilerin %84,6'sı kadın, %15,4'ü erkektir ve yeme bağımlılığı ile cinsiyet arasında bağıntı bulunamadığı bildirilmiştir (Şahin 2021). Özden yaptığı çalışmada da cinsiyet ile yeme bağımlılığı arasında bir bağıntı belirtilmemiştir (Özden 2019). Kıcalı'nın yaptığı çalışmada da cinsiyet ile yeme bağımlılığı arasında bir bağıntı belirtilmemiştir (Kıcalı 2015). Bu durum bizim araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuç ile aynıdır. Çalışmamızdaki sonucun aksine olan çalışmalarda bulunmaktadır. 2019 yılında yapılan bir çalışmada yeme bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı bağıntı bildirilmiştir (Gören 2019). Bunun nedeni araştırmada 1800 kişinin bulunması ve çoğunluğunu 18-29 yaş kategorisinde kişilerin bulunması olabilir.

Çalışmamızda yeme bağımlılığı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Yapılan bir araştırmada da eğitim seviyesi ile yeme bağımlılığı arasında bağıntı belirtilmemiştir (Bilgi 2019). Çalışmalara bakıldığında 2018 senesinde yapılmış bir araştırmada eğitim düzeyi arttıkça yeme bağımlılığı ciddi düzeyde düştüğü bildirilmiştir (Ayaz vd. 2018). Sülbül'ün 2019 yılında yaptığı çalışmada yeme bağımlılığının yüksek olması katılımcıların eğitim seviyelerinin düşük olmasına bağlanmıştır (Sümbül 2019). Pursey ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yeme bağımlılığı olmayan bireylerde üniversite mezunu kişilerin oranı yeme bağımlılığı olanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Pursey et al. 2015). Eğitim seviyesi yükseldikçe farkındalık seviyesi de artabileceği için eğitim seviyesi ile yeme bağımlılığı arasında bağıntı olması anlaşılabilir bir durumdur. Araştırmamızda eğitim durumu ve yeme bağımlılığı arasında bağıntı olmaması katılımcı sayısının düşük olmasından dolayı olabilir. Çalışmamızdan farklı olarak başka bir çalışmada ise yeme bağımlılığı ile eğitim durumu arasında bağıntı belirtilmemiştir (Soydaş 2021).

Çalışmamızda yaş ile yeme bağımlılığı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Şahin'in yaptığı araştırmada da yaş ile yeme bağımlılığı arasında bağıntı belirtilmemiştir (Şahin 2021). Yapılan bir başka çalışmada da yeme bağımlılığı ile yaş arasında anlamlı bir fark belirtilmemiştir (Özkan 2017). Çalışmamızdan farklı olarak

yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan kişilerin yaşları ile yeme bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki belirtilmiştir (Veske 2021). Bir başka çalışmada da yeme bağımlılığı ile yaş arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (Burç 2015). Yaş ile yeme bağımlılığı arasında bağıntı bulunamamasının nedeni çalışmamızda yeme bağımlılığının düşük düzeyde çıkması olabilir.

Hızlı yaşamın oluşturduğu hareketten yoksun yaşam beslenme sorunları ve bazı sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir. Özellikle fiziksel aktivitenin azalması obezitenin oluşmasına sebebiyet verdiği bildirilmektedir. Ayrıca fiziksel aktivitenin ağırlık dengesi ve ağırlık düşüşünü kolaylaştırıcı etkileriyle beraber obezitenin komplikasyonları üzerinde de pozitif katkıları bulunur (Bayer 2016).

Araştırmamızda BKİ ile IPAQ arasında anlamlı bağıntı saptanmıştır. IPAQ arttıkça, BKİ azalacaktır. Fiziksel aktivite ile BKİ arasında anlamlı ilişki olması beklenen bir sonuçtur. Hallal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada BKİ arttıkça fiziksel aktivitenin azaldığı belirtilmiştir (Hallal et al. 2003). Bizim çalışmamızda fiziksel aktivite ile BKİ arasında bir bağıntı saptanmıştır. Szmedra ve arkadaşları (1998), yapmış olduğu bir çalışmada koşu-bandı egzersizi yapmışlardır. Kişilerin egzersiz öncesi BKİ'si 29,7 egzersiz sonrası 28,7 şeklinde çıktığı bildirilmiştir. Antrenman sonunda, BKİ de %3,4'lük bir azalma görüldüğü belirtilmiştir (Szmedra et al. 1998). Gert ve arkadaşları bayanların fiziksel aktivite düzeyleri ile alakalı yaptığı çalışmada haftada 30 dakikadan az, orta düzeyde egzersiz yapanların BKİ'si 27,7 30 dakikadan çok 2 saatten az aktiflerin BKİ'si 26,9 ve 3,5 saat ve daha çok aktivite yapanların BKİ'si 26,3 olarak belirtilmiştir. Bu araştırmanın neticesinde fiziksel olarak aktif olan bayanların hareketsiz olanlara göre BKİ değerinin daha düşük çıktığı bildirilmiştir (Gert et al. 1999). Mertens ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, obez 8 erkek ve 4 kadına yürüyüş aktivitesi yaptırmışlar. Aktivite sonucunda kadınların BKİ değeri 27,2'den 25,2'ye düştüğünü bildirmişlerdir (Mertens et al. 1998).Sternfeld vd (2004), 3.000 orta yaşlı kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, fiziksel aktivite düzeyini arttırmayanlarda ortalama 2.1kg ağırlık artışı olduğunu, fiziksel aktivite düzeylerini arttıranlarda ise, ağırlık artışı olmadığı belirtilmiştir (Sternfeld et al. 2004).

Çalışmada cinsiyete göre IPAQ puanları yönünden farklılık saptanmıştır ($Z=-2,733$; $p=0,006$). Erkeklerin aktivite düzeyi kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İpek yaptığı çalışmada erkeklerin %64'ü, kadınların %32'sinin fiziksel olarak aktif sınıflamasında bulunduğunu bildirmiştir (İpek 2018). Başka araştırmada ise kişilerin %47'sinin inaktif, %53'ünün aktif olduğu, erkeklerin fiziksel aktivite seviyesi de kadınlardan daha fazla olduğu belirtilmiştir (Erdoğan vd. 2011). Kadioğlu ve arkadaşlarının araştırmasında kadınların %14.2'sinin aktif, erkeklerin ise % 48.4'ünün aktif olduğu bildirilmiştir (Kadioğlu vd. 2015). 758 kişi üzerinde yapılan çalışmada ise kadınların %26'sının inaktif %8.5'inin aktif olduğu, erkeklerin %8.9'unun inaktif, %28.1'inin ise çok aktif olduğu belirlenmiştir (Arslan vd. 2016). Bu durum yapılan çalışmaların sonucuyla, çalışmamızdaki kadınların erkeklere göre daha az aktif olduğu neticesiyle paralellik oluşturmaktadır. Bu durumun nedeni kadın ve erkek arasındaki fizyolojik farklılıklarının yanı sıra kadınların aile içindeki sosyal rolleriyle bağlantısı bulunabilir. Kadınlar çalışsalar bile ev işleriyle ilgilenmesi kendilerine vakit ayıramamasına ve fazlaca evde olmalarına sebebiyet vermektedir. Böylece kadınların aktivite düzeyi olumsuz etkilenir. Bizim araştırmamızda da yer alan katılımcı kadınların çoğunluğu ev hanımıdır.

Araştırmanın sonucuna bakıldığında sigara kullanım oranı (%10)'dur. Bu negatif alışkanlık; obezite ve fiziksel aktivite yetersizliği ile beraber çokça rahatsızlığa sebep olabilmektedir. Bu araştırmada, sigara içenlerin fiziksel aktivite seviyesi içmeyenlerden daha fazla bulunmuştur. Yaptığımız çalışma sonucunun aksine Kvaavik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 59361 Norveçli kişilerde beslenme alışkanlıkları, egzersiz ve BKİ'nin sigara içme ile bağıntısına bakıldığında sigara içmeyenlerin daha sağlıklı beslendiği ve daha fazla düzeyde egzersiz yaptığı bildirilmiştir (Kvaavik et al. 2004). Yine çalışmamızın aksine üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada, sigara içenlerin düşük seviyede fiziksel aktivitesi olduğu bildirilmiştir (Soyluer vd. 2011). Araştırmamızda ise, sigara içenlerin fazla fiziksel aktiviteye sahip olduğu bulunmuştur. Bu farklılık, çalışmamızın yalnızca üniversite öğrencileri değil toplumun tümünü kapsamasından dolayı olabilir.

Fiziksel aktivitenin, abdominal obezitenin saptanmasında yer alan belirteçlerden bel çevresi üzerindeki etkisi incelendiğinde ciddi bir önemi vardır. Çalışmamızda bel

çevresi IPAQ ile negatif yönde, anlamlı bağıntı saptanmıştır. IPAQ arttıkça, bel çevresi azalacaktır. Fiziksel aktivitenin bel çevresi üzerindeki etkisine bakıldığı bir çalışmada ise genetik olarak obeziteye yatkın bireylerde fiziksel aktivitenin artması bel çevresinde azalma oluşturarak genetiksel eğilimi azalttığı bildirilmiştir (Mustelin et al. 2009).Yapılan başka araştırmada yine fiziksel aktivitenin devamlı olmasının bel çevresi değerinin düşmesi ile anlamlı bir bağıntı olduğu belirtilmiştir (Waller et al. 2008).

Çalışmada eğitim seviyesi ile IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır. Ortaokul, lise ve ön lisans/üzeri mezunu olanların IPAQ puanları, ilkokul/altı mezunu olanlara göre daha fazla çıkmıştır. Kaçan Softa ve arkadaşlarının 92 hasta üzerinde yaptığı araştırmada eğitim düzeyi arttıkça kendini gerçekleştirme ve egzersiz puanlarının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir (Kaçan Softa vd. 2014). Sevimli'nin yaşları 20-47 arasında olan 412 kişi ile yaptığı araştırmada, öğrenim düzeyi yükseldikçe fiziksel aktivitenin de arttığı belirtilmiştir (Sevimli 2008). Kişilerin eğitim seviyesinin yükselmesiyle daha sağlıklı beslendiklerini aynı zamanda sosyal yaşamdaki pozisyonları nedeniyle beden görüntülerine daha çok özen gösterecekleri için eğitim seviyesi fiziksel aktiviteyi olumlu açıdan etkilediğini düşünmekteyiz. Eğitilmiş bireylerde sağlıklı yaşam algısı daha fazla olması, eğitimin fiziksel aktivitenin farkındalığını artırıyor olabilir. Çalışmamızın aksine yapılan bir çalışmada eğitim durumu ile fiziksel aktivite arasında bir bağıntı olduğu belirtilmemiştir (Can 2013).

Çalışmada medeni duruma göre IPAQ puanları incelendiğinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Bekarların IPAQ puanları, evlilere kıyasla yüksek bulunmuştur. Aktaş ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, fiziksel aktivite ile medeni durum arasında anlamlı bir bağıntı bulunmuş olup evlilerin daha az aktif oldukları bildirilmiştir (Aktaş vd. 2016). Hallal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada evli olanlarda fiziksel aktivitenin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Hallal et al. 2003). Bulut'un yaptığı çalışmada da bekarların evlilere göre fiziksel aktivitesinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Bulut 2010). Bizim çalışmamızda da evlilerin fiziksel olarak daha az aktif oldukları saptanarak Aktaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla benzer sonuç görülmüştür. Bu netice, bekarların daha genç ve enerjik olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca

evli kişilerin dışarda daha az vakit geçirdiklerinden dolayı fiziksel aktiviteyi kısıtlamış olabilirler.

Yaş sınıflarına göre IPAQ puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır. <30, 30-39 ve 40-49 yaş kategorisinde olanların IPAQ puanları, ≥ 50 yaş kategorisindekilere kıyasla daha fazla bulunmuştur. Bir araştırmada yaş değişkeni ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir bağlantı olduğu belirtilmiştir (Göger 2019). Beden eğitimi öğretmenleriyle alakalı olan bir araştırmada yaş ile egzersiz arasında olumlu bağlantı olduğu bildirilmiştir (Arabacı ve Çankaya 2007). Başka bir çalışmada 40-50 yaş arasındaki kadınların 30-39 yaşa göre daha az aktivite yaptıkları bildirilmiştir (Eyler 2003). Yapılan bir çalışmada egzersiz yapmayanların sıklığı yaşla beraber artış oluştururken 12-14 yaş aralığında %69,8, 19-30 yaş aralığında %76,6, 75 ve üzeri yaş aralığında %88,0 olarak belirtilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Bu durum yaşla beraber oluşan kimi kronik rahatsızlıkların fiziksel aktivitenin düşmesine neden olduğu ve sağlıklı hayat davranışlarını da negatif etkilediği belirtilebilir.

IPAQ ile kısıtlama ve YBDÖ toplam puanları arasında olumlu yönde, anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). IPAQ puanları arttıkça, kısıtlama ve YBDÖ toplam puanları artacaktır. Fitness merkezi müşterileri üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %10,9'unda yeme bozukluğu tanısı olduğu bildirilmiştir (Müller et al. 2015). Fitness salonuna giden erkek katılımcılar üzerinde yapılan bir araştırmada ise spor salonuna giden kişilerde sırasıyla %35'inde aşırı yeme; %15'inde ise yeme kısıtlaması olduğu bildirilmiştir (Stapleton et al. 2016). Egzersiz ortamlarında zayıflamak, daha çekici görünmek için egzersize başlayan kişilerde yeme bozukluğu ile karşılaşılabilir.

BÖLÜM 9

SONUÇ

Bu çalışmada yetişkin bireylerde yeme bağımlılığının yeme davranış bozukluğunun ve fiziksel aktivitenin obezite üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan 294 kişinin (%84,0) kadın, 56 (%16) kişinin erkek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 295'inin (%84,3) evli, 110'unun (%31,3) ilkokul mezunu ve 236'sının (%67,3) ev hanımı olduğu bildirilmiştir.

Çalışmada yer alan 315 kişinin (%90,0) sigara kullanmadığı, 334 kişinin (%95,4) ise alkol kullanmadığı saptanmıştır. Araştırmada 63 kişinin (%18,0) kronik hastalığının olduğu ve 31'inin (%8,9) diyabeti bulunduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızın sonucuna göre 210 (%60) kişinin obez, 97(27,7) kişinin fazla kilolu, 41(11,7) kişinin normal, 2(0,6) kişinin zayıf olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda 350 kişinin (%100,0) tamamında psikolojik rahatsızlık olmadığı belirlenmiş olup yeme bağımlılığının ise (%2) olduğu bildirilmiştir.

Yeme bağımlılığının yaş, cinsiyet ve eğitim durumu ile bağıntısı bakıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Fakat yeme bağımlılığı ile BKİ arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Obez olanların yeme bağımlılığı ölçeği puanları, zayıf/normal olanlara kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir.

BKİ ile YBDÖ arasındaki bağıntıya bakıldığında BKİ ile bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe, yeme endişeleri arasında anlamlı bağıntı bulunmuştur ($p<0,05$). BKİ arttıkça, bedensel endişe, kiloyla ilgili endişe ve yeme endişeleri artış göstermiştir.

Cinsiyet ile YBDÖ arasındaki bağıntıya bakıldığında, cinsiyet ve YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlılık bulunmuştur ($Z=-4,688$; $p<0,001$). Kadınların YBDÖ puanları, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaş sınıflarına göre YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlı farklılık saptanmıştır. 30 yaş altı olanların YBDÖ toplam puanları 50 yaş üzerinde olanlardan fazla çıktığı belirlenmiştir.

Eğitim seviyesi ile YBDÖ toplam puanları yönünden anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2=7,958$; $p=0,047$). Ön lisans/üzeri mezunların YBDÖ toplam puanları, ilkokul/altı mezunu olanlardan daha yüksek çıkmıştır.

Yaptığımız analizlerde fiziksel aktivite durumu inaktif, minimal aktif ve çok aktif şeklinde sınıflandırıldığında, fiziksel aktivite düzeyi ile BKİ, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Aynı zamanda araştırma sonuçlarına göre katılımcıların fiziksel aktiviteye katılımları yönünden yetersizliklerinin olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda 227 kişinin (%64,9) inaktif olduğu belirlenmiştir. Kadın katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi erkeklere göre daha düşük oldukları görülmüştür.

ÖNERİLER

Obezitenin tedavisinde; enerjinin alınması ve harcanmasında kişiye özel, yaşam biçiminde uygulayıp sürdürebileceği beslenme programı, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi ile desteklenerek uygulanmalıdır. Böylelikle obez bireylerde ağırlık kaybı ve kaybedilen ağırlığın korunması açısından başarı elde edilmiş olur.

Obezite, günümüzde yalnızca obezleri ilgilendiren değil toplumun tamamını kapsayan bir halk sağlığı sorununa dönüşmüştür. Bu durumdan yola çıkarak obezitenin tanı, tedavi sürecinde doktor, diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist de bulunan ekiple beraber çalışılmalıdır.

Obezite önlenebilen hastalık olmasına karşın meydana geldikten sonra tedavisi meşakketlidir. Sağlıklı nesillerin yetişmesi için bu alanda Sağlık Bakanlığı ile güvenli gıda ve denetim için Gıda ve Tarım Bakanlığı, medya ve sivil toplum kuruluşlarının da katkısıyla problemin çözümlenmesi için iş birliği halinde olunması önem arz etmektedir.

Ayrıca sağlık seviyesini iyileştirmeye dair hayat becerileri ve sağlıklı hayat şekli arasında yeme davranışlarının değerli bir yeri vardır. Zayıf görünmenin yeme davranış bozukluğuna neden olacağı düşünülmeden bir yaşam şekli olarak gösterilip, özendirilmektedir. Bu durum yazılı ve görsel medya ile kişiler ikaz edilmeli, insanları olduğu gibi kabul etme ve saygı gösterme mesajları verilmelidir. Fitness merkezlerine giden kişilerde oluşabilecek yeme davranış bozuklukları ve egzersiz bağımlılıklarının engellenebilmesi için de fitness merkezi sorumlusu ve antrenörlerin bilgilendirilmesi tavsiye edilmektedir.

Çalışmamızda gıda bağımlılığı oranı düşük çıkmıştır. Bu durum katılımcı sayısının az olması ve yeme bağımlılığı ölçek sorularının kolay anlaşılır düzeyde olmaması olabilir. Yapılacak bir sonraki çalışmalarda yeme bağımlılığı ölçek sorularının eğitim seviyesi düşük kişiler için daha anlaşılır hale gelmesi ve daha fazla katılımcıya uygulanması tavsiye edilmektedir.

KAYNAKLAR

Aykut M. (2018). Duygusal Yeme Davranışlarının Yeme Bozukluğu ve Beslenme Durumu ile İlişkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Saniye Bilici).

Ayyıldız F, Ülker İ, Yıldırım H. (2021). Hedonik Açlık ve Yeme Davranışı İlişkisinin Farklı Beden Kütlelerine Yansıması. *Bes Diy Derg*, 49(2): 9-17.

Aykut M, Bilici S. (2022). The relationship between the risk of eating disorder and meal patterns in university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2):579-587.

Ayaz A, Ünal R, Dedebayraktar D, Akyol A, Pekcan AG, Besler HT, Büyüktuncer Z. (2018). How does food addiction influence dietary intake profile? *Plus One*, 13(4): 1-13.

Aktaş H, Şaşmaz C, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Kılar S, Yüce R, İbik Y, Uğuz E, Demirtaş A. (2016). Yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyi ve uyku kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 8(2): 60-70

Altan H. (2021). Yeme Bağımlılığı ve Dürtüsel Davranış Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Güzin Mukaddes Sevinçer).

Atabay FE, Altın D, Altın B. (2019). Diyet polikliniğine başvuran hastalarda yeme bağımlılığının epidemiyolojisinin araştırılması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(1): 27-29.

Akten E, Noyan CO. (2019). Yeme eylemi; fizyolojik bir ihtiyaç mı? Psikolojik bir davranış mı? Üniversite öğrencilerinde bağlanma stilleri ile yeme bağımlılığı ilişkisi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(1): 30-32.

Avena NM, Rada P, Hoebel BG. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake, *Neurosci Biobehav Rev*, 32(1): 20-39.

Amano M, Kanda T, Maritani T. (2001). Exercise training and autonomic nervous system activity in obese individuals. *Medicine Science In Sports Exercise*, 33(8):1287-1291.

Aylaz R, Sarıtaş S, Şanver F, Erci B. (2016). Bir halk sağlığı müdürlüğü çalışanlarında obezite ve obeziteyi etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1): 16-22.

Alpözgen A, Özdiñler A. (2016). Fiziksel aktivite ve koruyucu etkileri. HSP, 3(1):66-72.

Akça S, Selen F. (2015). Üniversite öğrencilerinin öğün atlamaları ve günlük fiziksel aktivitelerinin beden kütle indeksi (BKİ) üzerine etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 14(5): 394-400.

Altunkaynak BZ, Özbek E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi, 13(4): 138-142.

Aygün N. (2014). Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi. Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(1): 45-49.

Akman M. (2004). Obesity and related health problems: An adult outpatient clinical setting. Marmara Medical Journal, 17(1): 13–20.

Arabacı R, Çankaya C. (2007). Beden eğitimi öğretmenlerinin fiziksel aktivite düzeylerinin araştırılması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20(1): 1-15.

Ayar K. (2009). Normal Kilolu, Kilolu Ve Obez Bireylerin Obezite Ve Obezite İlişkili Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa, (Danışman: Doç. Dr. Canan Ersoy).

Alkan ŞB, Solak R, Gürbüz E, Özcan B, Özkan H, Dikici ZZ, Kahraman RS. (2019). Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinde yeme davranış bozukluğu ve beden algısı: kesitsel bir çalışma. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2): 38 44.

Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: kesitsel bir çalışma. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 8(3):137-144.

Aslan SH. (2001). Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi. Düşünen Adam, 14(1): 41-47.

Arslan SA, Daşkapan A, Çakır B. (2016). Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(3):171-180.

Arslan M. (2018). Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin analizi: Marmara üniversitesi öğretim üyeleri üzerine bir çalışma. Dicle Tıp Dergisi, 45(1): 59-69.

Akdevelioğlu Y, Yörüsün TÖ. (2019). Üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarına ilişkin bazı faktörlerin incelenmesi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1): 19-28.

Ackerman IN, Osborne RH. (2012). Obesity and increased burden of hip and knee joint disease in Australia: results from a national survey. *BMC Musculoskeletal Disord*, 13(254):1-13.

Bayraktar F, Erkman F, Kurtuluş E. (2012). Adaptation study of Yale food addiction Scale”, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1): 1-38.

Bayer Z. (2016). Obez Bireylerde Vücut Ağırlığı Yönetimi Programının Öz Yeterlilik Ve Beden Algısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Pelin Bilgiç).

Boğaz ME, Kutlu R, Cihan FG. (2019). Obezite ile yeme davranışı, beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişki. *Çukurova Medical Journal*, 44(3):1064-1073.

Baş M, Aşçı HF, Karabudak E, Kızıltan G. (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 39(155): 593-599.

Bayramoğlu A, Turna K, Horoz NE. (2020). Üniversitesi öğrencilerinde tıknırcasına yeme bozukluğu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3): 149-156.

Bao K, French EN, Schleyer B, Khaikin S, Chen EY. (2022). Food addiction is associated with greater objective binge eating and eating disorder psychopathology, and higher body mass index in youth, a meta-analysis. *Psychiatry Research Communications*, 2(3):1-10.

Balaman Bİ. (2017). Bakırköy İlçesindeki Yetişkin Popülasyonda Yeme Bağımlılığı Ve İlişkili Etmenler. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Pınar Ünal Aydın).

Başkan E, Başkan Ö, Atalay O, Yağcı N. (2020). Fazla kilolu ve obez kadınlarda 30 dakika egzersiz kilo kaybı üzerine etkili midir? *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3):288-294.

Bulut S. (2010). Bir Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Personelin Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve İlgili Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Bahar Güçüz Doğan).

Berberoğlu Z, Hacıoğlu Ç. (2021). Küresel sağlık sorunu obezite: güncel bir gözden geçirme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3): 543-552.

Bozoklu G. (2014). Edirne Kent Nüfusunda Yeme Davranışı Ve Etkileyen Faktörler. Trakya Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Prof. Dr. Nezih Dağdeviren).

Biernat E, Tomaszewski P, Milde K. (2010). Physical activity of office workers. *Biol Sport*, 27(4): 289-296.

Balcı H, Küçükkendirici H. (2019). Obezite ve obezite cerrahisinde beslenme. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 12(2): 45-50.

Baltacı D, Ünalacak M, Kara İH, Sarıgüzel YC. (2015). Birinci basamakta obezite tedavisi. *Türkiye Klinikleri*, 6(3): 96-102.

Bourdier L, Orri M, Carre A, Gearhardt AN, Romo L, Dantzer C. (2018). Are emotionally driven and addictive-like eating behaviors the missing links between psychological distress and greater body weight? *Appetite*, 120:536- 546.

Baş M, Aşçı HF, Karabudak E, Kızıltan G. (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 39(155): 593-599.

Bilgi B. (2019). Bir İl Merkezinde Sağlık Kuruluşuna Başvuran Bireyler Arasında Yeme Bağımlılığı Sıklığının Belirlenmesi Ve Sosyodemografik Faktörlerin Yeme Bağımlılığına Etkisinin Araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Danışman: Prof. Dr. Ahmet Nesimi Kışoğlu).

Büyüktuncer Z, Akyol A, Ayaz A, Ünal RN, Aksoy B, Coşgun E, Özdemir P, Pekcan G, Besler HT. (2019). Turkish version of the yale food addiction scale: preliminary results of factorial structure, reliability, and construct validity. *J Health Popul Nutr*, 38(1):1-8.

Baktıroğlu G. (2019). Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin Yetişkinler Üzerinde Geçerlik, Güvenirlik Ve Norm Çalışması. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk).

Burç B. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumları İle Dürtüsellik Ve Aleksitimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Cemal Onur Noyan).

Cebioğlu İ, Bilgin G, Kavsara HK, Koyuncu AG, Sarıoğlu A, Aydın S, Keküllüoğlu M. (2022). Food addiction among university students: The effect of mindful eating. *Appetite*, 177:1-7.

Can S, Arslan E, Ersöz G. (2014). Güncel bakış açısı ile fiziksel aktivite. *Ankara Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi*, 12(1): 1-10.

Calam R, Waller G, Slade P, Newton T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5):479-485.

Canbay Ö, Doğru E, Katayıfçı N, Duman F, Şahpolat M, Kaya İ, Dağ E, Kuş K. (2016). Bir üniversite hastanesi çalışanlarında obezite görülme sıklığının ve beslenme alışkanlıklarının araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(3): 129-135.

Can S. (2013). Masabaşı Çalışan Kadınlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi Ölçüm Yöntemlerinin Karşılaştırılması Ve Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nevin Gündüz).

Cihan G. (2019). Obez Bireylerde Damgalanma Hissi İle Yeme Davranışları Ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Muhittin Tayfur).

Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *Engl J Med*, 348(17): 1625-1638.

Çiftçi S. (2016). Muğla İli Merkez İlçeye Bağlı Aile Sağlığı Merkezleri'ne Başvuran Kişilerin Fiziksel Aktivite, Beslenme Alışkanlığı ve Obezite Durumu. Adnan Menderes Üniversitesi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Aydın, (Danışman: Prof. Dr. Serpil Demirağ).

Çiftçi B. (2018). Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Yeme Tutumlarının İncelenmesi (Balıkesir ili örneği). Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir, (Danışman: Doç. Dr. Fahri Akçakoyun).

Çelik, S, Yoldaşcan EB, Okyay RA, Özenli Y. (2016). Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(1): 42-50.

Çınar R, Şengüzel E, Görgülü Y. (2016). Obezite, yiyecek bağımlılığı ve nöromodülasyon. *Davranış Bilimleri Dergisi*, 9: 27-32.

Çelebi C. (2015). Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı, Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Yıldız Akvardar).

Çelik Ö, Ermumcu MŞ. (2022). Pandemi döneminde bireylerin antropometrik ölçüm ve fiziksel aktivite düzeylerindeki değişimlerin yeme bağımlılığı durumuna göre değerlendirilmesi. *Bes Diy Derg*, 50(1):35-44.

Çolakoğlu FF. (2003). 8 haftalık koş- yürü egzersizinin sedanter orta yaşlı obez bayanlarda fizyolojik, motorik ve somatotip değerleri üzerine etkisi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(3): 275-290.

Çakmur H, Güneş ÜB. (2018). Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 22(2): 58-65.

Deveci B, Avcıkurt C. (2017). Yeme davranışı: Gastronomi ve mutfak sanatları öğrencileri üzerine bir araştırma. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 5(3): 118-134.

Dinçer RS. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bağımlılığı Ve Duygusal Yeme Eğiliminin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Perim Türker).

Di Pietro L. (1999). Physical activity in the prevention of obesity: current evidence and research issues. *Med Sci Sports Exerc*, 31(11): 542-546.

Değer EB, Vardar SA. (2021). Fiziksel aktivitenin kısıtlanması: yetişkin ve yaşlı yetişkin bireyler arasındaki farklılıklar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47(1):127-132.

Durgun A. (2012). Bursa İlinde Obezite Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. Uludağ Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa, (Danışman: Prof. Dr. Canan Özyardımcı Ersoy).

Deniz S, Oğuzöncül AF. (2020). Bir ilçede yaşayan erişkinlerde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler. *Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1):53-61.

Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. (2011). Evidence that food addiction is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3): 711-717.

El Ghoch M, Soave F, Calugi S, Dalle Grave R. (2013). Eating disorders, physical fitness and sport performance: A systematic review. *Nutrients*, 5(12): 5140-5160.

Efe N. (2022). 18-25 Yaş Arasındaki Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu İle Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş).

Eren İ, Erdi Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6:152-157.

Erdoğan M, Certel Z, Güvenç A. (2011). Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi: obezite ve diğer özelliklere göre incelenmesi (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği). *Spor Hekimliği Dergisi*, 46(3): 97-107.

Ertem M. (2017). Obezite epidemiyolojisi ve korunma. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(5): 21-30.

Ergüney FE. (2012). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi Ve Depresyonun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Özlem Sertel Berk).

Eltan S, Yıldız ED, Kumpasoğlu GB, Erden G. (2021). Yaygın yeme bozukluklarında aile odaklı ve farkındalık temelli terapiler ile diyalektik davranış terapisi. *Nesne*, 9(20): 433-451.

Eyler AA. (2003). Personal, social, and environmental correlates of physical activity in rural Midwestern white women. *Am J Prev Med*, 25(3): 86-92.

Ersöz G. (2021). Spor ve egzersizde yeme bozuklukları ve psikolojik temelleri. *Fenerbahçe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 1(1): 3-16.

Farajı H, Fırat B. (2022). Yeme bozuklukları ve duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1): 153-174.

Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. (2009). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52 (2): 430-436.

Gearhardt AN, Boswell RG, White MA. (2014). The association of “food addiction” with disordered eating and body mass index. *Eating Behaviors*, 15(3): 427–433.

Gündüz G. (2016). Obezite Tanısı Almış Kadınların Obezite Dereceleri İle Problemlerli Yeme Davranışları Arasındaki İlişki. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elif Güneri Yöyen).

Güleken Z, Uzbay T. (2022). Neurobiological and neuropharmacological aspects of food addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 139:1-11.

Güzel S, Keser A. (2020). Kadın bireylerde besin bağımlılığının değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4): 481-488.

Göger S, Cingil D, Ören G. (2019). Bir spor merkezine kayıtlı kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite düzeyleri ve obezite arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 29(1): 89-97.

Gürbüz P, Yetiş G, Çelikcan G. (2016). Obezite ve yağ dokusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 4 (2): 32-43.

Galmiche M, Dechelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5): 1402-1413.

Güven N, Özlü T, Kenger EB, Tümer H, Ergün C. (2020). Anoreksiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunu bir yıl ara ile yaşamak; olgu sunumu. *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2): 279-281.

Güven SC, Özdemir O, Dinçer F. (2016). Osteoartrit ve obezite ilişkisi. *FTR Bil Der*, 19: 76-84.

Gören M. (2019). Doğu Karadeniz Bölgesinde Yeme Bağımlılığı İle Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Feride Gökmen Hızlı Sayar).

Hamer M, Ingle L, Carroll S, Stamatakis E. (2012). Physical activity and cardiovascular mortality risk: possible protective mechanisms? *Med Sci Sports Exerc*, 44(1): 84-88.

Hacıarif A. (2015). Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumlarının İncelenmesi ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Belirlenmesi. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy).

Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. (2003). Physical inactivity: prevalence and associated variables in brazilian adults. *Medicine Science and Sports Exercise*, 35(11):1894-1900.

Houshyari S, Kalkan I. (2019). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, davranışları ve fiziksel aktivite düzeyinin değerlendirilmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 5(2):121-132.

Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA, Rouffbenoff R, Lipman R, Roberts SB. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(3):476-483.

Helvacı A, Tipi FF, Belen E. (2014). Obeziteye bağlı kardiyovasküler hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(1):5-14.

Işık M, Gürhan N. (2021). Bariatrik cerrahi adaylarında ve cerrahi geçiren kişilerde yeme bağımlılığı durumu kişinin kendine uyguladığı şiddet midir? *Meyad Akademi*, 2(1): 39-68.

Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. (2013). Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği. *F.N. Hemşirelik dergisi*, 21(2): 107-115

İpek C. (2018). Genç Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Vücut Kompozisyonu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Şükrü Serdar Balcı).

Kayhan M, Ünveren A. (2017). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile yeme bağımlılıklarının karşılaştırılması. *Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1: 98-108.

Karagöz H. (2020). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Dönem 2 Tıp Öğrencilerinin Aile Ve Sosyal Çevresindeki Obezite, Beden Kitle İndeksi Ve Obezite Farkındalığı Arasındaki İlişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Samsun, (Danışman: Prof. Dr. Bektaş Murat Yalçın).

Kafes AY, Ülker S, Sayar G. (2018). Yeme bağımlılığı. *Current Addiction Research*, 2(2):54-58.

Kaçan Softa H, Kaya D, Boduryeri G, Kara B. (2014). Bir fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezindeki hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(3): 21-32.

Kandeğer A, Bozkurt H. (2016). Obeziteye giden kral yolu: gıda bağımlılığı olgu sunum. *Bağımlılık Dergisi*, 17(3):135-138.

Kuruoğlu A. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(1): 32-37.

Kaner G, Kürklü N, Adıgüzel K, Koyu E. (2017). İzmir'de beslenme ve diyet polikliniğine başvuran kadınlarda obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 10(3):250-257.

Kanaley J, Cryer P, Jensen M. (1993). Fatty acid kinetic responses to exercise. Effects of obesity, body fat distribution, and energy restricted diet. *Journal of Clinical Investigation*, 92(1):255- 261.

Kitiş Y, Gümüş Y. (2015). 20 yaş ve üzeri kadınların fiziksel aktivite düzeyleri, fiziksel aktiviteye ilişkin inançları ve davranış aşamalarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3): 399-411.

Karacan S, Çolakoğlu FF, Erol AE. (2004). The effects of aerobic exercise in some physical fitness parameters in obese middle aged women and menopausal women. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1): 35-42.

Kundakcı YE, Gül İ, Atacan A. (2022). Bir sağlıklı hayat merkezinde verilen fiziksel aktivite ve diyet danışmanlık hizmetlerinin incelenmesi. *MKÜ Tıp Dergisi*, 13(45): 35-43.

Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Ersan E, İzgic F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(2): 129-135.

Kaya S. (2019). Fazla Kilolu Ve Obez Bireylerin Depresyon Ve Kendini Fiziksel Tanımlama Durumlarının Fiziksel Aktivite Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ani Agopyan).*

Kahır N. (2017). K.K.T.C 'de Yaşayan Yetişkin Bireylerin Yağ Ve Yağ Asit Alımı İle Fiziksel Aktivite Durumunun Obezite Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *Doğu Akdeniz Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gazimağusa, (Danışman: Doç. Dr. Aslı Akyol Mutlu).*

Kalkavan A, Özkara A, Alemdağ C, Çavdar S. (2016). Akademisyenlerin fiziksel aktiviteye katılım düzeyleri ve obezite durumlarının incelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport*, 4(1): 329-339.

Kayar H, Utku S. (2013). Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 1-8.

Kahraman MS, Güriz, SO, Özdel K. (2014). Yetişkinlerde obezite: biyolojik ve psikolojik tedaviler için genel bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 17(1):28-40.

Kalan I, Yeşil Y. (2010). Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Mised*, 23–24: 78-81.

Kurt A, Zoba CA, Ateş E, Set T. (2019). Birinci basamakta obezite yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 11(2): 55-60.

Kendir D, Karabudak E. (2019). Sporcularda yeme bozuklukları. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1):1-10.

Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Psychiatry*, 40(2):129-135.

Kadioğlu M, Ergün A. (2015). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *MÜSBED*, 5(2): 96-104

Kartal F, Aykut M. (2019). Öğrencilerinde sosyal fizik kaygısı ve depresyonun yeme bozukluğu riski ile ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47(2):20-29.

Kavas AB. (2007). Eating attitudes and depression in a turkish sample. *Eur Eat Disorders Rev*, 15(4): 305-310.

Keser A, Yüksel A, Mutlu G, Bayhan A, Özsu E, Hatun Ş. (2015).A new insight into food addiction in childhood obesity. *The Turkish journal of pediatrics*, 57(3): 219-224.

Kıcalı GD. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları Ve Yeme Bağımlılığının Farklı Kişilik Özellikleri Ve Psikiyatrik Belirtilerle İlişisinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Özkan Güler).

Kvaavik E, Meyer HE, Tverdal A. (2004). Food habits, physical activity and body mass index in relation to smoking status in 40-42 year old Norwegian women and men. *Prev Med*, 38(1):1-5.

Kadioğlu BU, Uncu F, Nazik F, Sönmez M. (2015). İki farklı üniversitede eğitim gören üniversite öğrencilerinin kilofobi ve fiziksel aktivite düzeyleri. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2): 77-86.

Lee M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair S, Katzmarzyk PT. (2012). For the lancet physical activity series working group. effect of physical inactivity on major non-

communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, 380(9838):219-229.

Mermi O. (2018). Obezite ve psikiyatri. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(3): 54-60.

Mensink GB, Ziese T, Kok FJ. (1999). Benefits of leisure-time physical activity on the cardiovascular risk profile at older age. *International Journal of Epidemiology*, 28:(4) 659-666.

Motor S, Keskin MC, Dokuyucu R. (2014). Obezite ve adipokinler. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 5(18): 34-45.

Müller A, Loeber S, Söchtig J, Te Wildt B, De Zwaan M. (2015). Risk for exercise dependence, eating disorder pathology, alcohol use disorder and addictive behaviors among clients of fitness centers. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4): 273-280.

Mustelin L, Silventoinen K, Pietiläinen K, Rissanen A, Kaprio J. (2009). Physical activity reduces the influence of genetic effects on BMI and waist circumference: a study in young adult twins. *International Journal of Obesity*, 33(1):29-36.

Mason TB, Smith KE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow SJ, Engel SG, Peterson CB. (2018). Does the eating disorder examination questionnaire global subscale adequately predict eating disorder psychopathology in the daily life of obese 83 adults? *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4): 521-526.

Nasser JA, Bradley LE, Leitzsch JB, Chohan O. (2001). Psychoactive effects of tasting chocolate and desire for more chocolate. *Physiol Behav*, 104(1):117-121.

Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. (2011). Adana ili solaklı ve karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(2): 5-12.

Mertens DJ, Kavanagh T, Campbell RB, Shephard RJ. (1998). Exercise without dietary restriction as a means to long-term fat loss in the obese cardiac patient. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 38(4):310-316.

Oğur S, Aksoy A, Selen H. (2016). Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi BEU Journal of Science*, 5(1):14-26.

Oliveira J, Colombaroli MS, Cordás TA. (2021). Prevalence and correlates of food addiction: Systematic review of studies with the YFAS 2.0. *Obesity Research and Clinical Practice*, 15(3):191-204.

Oktay C. (2015). *Beden Kitle İndeksinin Yeme Bağımlılığı, Dürtüsellik, Depresyon Ve Anksiyete İle İlişkisi*. Başkent Üniversitesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nilgün Taşkıntuna).

Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur MZ. (2016). Obezite ve bilişsel davranışçı terapi psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 8(2):133-144.

Oğuz A, Temizhan A, Abacı A, Kozan O, Erol C, Ongen Z. (2008). Obesity and abdominal obesity; an alarming challenge for cardio-metabolic risk in Turkish adults. *Anadolu Kardiyol Dergisi*, 8(6):401-406.

Okumuş E, Deveci E. (2019). Yeme bozukluklarında grup psikoterapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3): 338-350.

O’dea JA, Jennifer A, Abraham S. (1996). Food habits, body image, an weight control practices of young male and female adolescents. *Australian Journal of Nutrition And Dietetic*, 53:32-39.

Oğuz GY. (2005). Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. *Selçuk İletişim Dergisi*, 4(1): 31-37.

Öztürk M. (2005). Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Karantay Mutluay).

Öyekçin D, Deveci A. (2012). Yeme bağımlılığının etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2):138-15.

Özkan İ, Devrim A, Bilgiç P. (2017). Hafif şişman ve obez kadınlarda yeme bağımlılığı ile beslenme durumu ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(3):242-249.

Özkoca Ö. (2018). Obez Bireylerde Yeme Tutumu, Algılanan Sosyal Destek İlepsikopatolojilerinin Değerlendirilmesi Ve Motivasyonel Süreç Yönünden İlişkisi. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Ömer Saatçioğlu).

Öncü G, Karakaya S. (2013). Gıda bağımlılığı. *Akademik Gıda*, 11(1): 97-101.

Özkan A, Köklü Y, Kayıhan G, Alemdaroğlu U, Ersöz G. (2013). Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite ve egzersizin rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 7(3): 48-63.

Öz B, Karataş A, Akar ZA, Koca SS. (2018). Obezite ve kas-iskelet sistemi. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(3): 42-47.

Öncü B, Sakarya D. (2013). Yeme bozukluklarında özkıyım davranışı psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 5(1):48-59.

Özkan N, Bilici S. (2018). Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 16-24.

Özmen E, Aktaş MR. (2021). Obez bireylerde sosyal kaygı düzeyi ve sosyal kaygıyı etkileyen etmenler. *Kafkas J Med Sci*, 11(2): 256-262.

Özden M. (2019). İstanbul'da Yeme Bağımlılığı Bulunan Bireylerin Psikolojik Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Bozbuğa).

Özkan İ. (2017). Hafif Şişman/ Obez Kadınlarda Yeme Bağımlılığı, Depresyon Ve Diyet Kalitesinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Pelin Bilgiç).

Pronk NP, Eneli I, Economos CD, Bradley D, Fassbender J, Calancie L, Patawaran W, Using PS. (2022). Systems science for strategic planning of obesity prevention and treatment: the roundtable on obesity solutions experience. *Curr Probl Cardiol*, 48(8):1-18.

Pursey KM, Collins CE, Stanwell P, Burrows TL. (2015). Foods and dietary profiles associated with 'food addiction' in young adults. *Addictive Behaviors Reports*, 2: 41-48.

Pınar R. (2002). Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 30-41.

Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10): 4552-4590.

Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, Cahill F, Vasdev S, Goodridge A, Carter JC, Zhai G, Ji Y, Sun G. (2013). Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *Plos One*, 8(9):1-6.

Rada P, Avena NM, Hoebel BG. (2005). Daily bingeing on sugar repeatedly releases dopamine in the accumbens Shell. *Neuroscience*, 134(3): 737-744.

Runfola CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. (2014). Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. *Journal of Adolescent Health*, 55(1): 41-48.

Soyluer F, Ünalın D, Elmalı F. (2010). Normal ağırlıklı ve obez üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2): 863-872.

Sümbül F. (2019). İç Anadolu Bölgesinde Yeme Bağımlılığı İle Kişisel İyi Oluş İlişkinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Oğuz Omay).

Soyluer F, Ünalın D, Elmalı F. (2011). Sigara içmek üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivitesini etkiliyor mu? *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(3):103-108.

Saygın M, Öngel K, Çalışkan S, Yağlı M, Has M, Taner Gonca, T, Kurt Y. (2011). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 18:(2) 43-47.

Saygın M, Öztürk Ö, Akbulut S, Kılınc F, Saygın. RR. (2015). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi diyet polikliniğine başvuran hastalarda obezite prevalansı. Süleyman Demirel Tıp Fakültesi Dergisi, 22(3): 53-59.

Serin Y, Şanlıer N. (2018). Duygusal yeme, besin alımını etkileyen faktörler ve temel hemşirelik yaklaşımları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9(2):135-146.

Stapleton P, McIntyre T, Bannatyne A. (2016). Body image avoidance, body dissatisfaction, and eating pathology: Is there a difference between male gym users and non-gym users? American Journal of Men's Health, 10(2): 100-109.

Sternfeld B, Wang H, Quesenberry CP. (2004). Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. Am J Epidemiol, 160(9):912-922.

Sertöz Ö, Mete H. (2005). Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkileri: sekiz haftalık izlem çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 15(3): 119-126.

Sevinç S. (2014). Kısır döngü: osteoartrit ve obezite (olgu sunumu). Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2): 80-88.

Sevil A. (2021). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerde Obezite Oranı, Tedaviye Hazırlık Düzeyleri, Tedaviye Engeller Ve Obezite Hakkında Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. Melahat Akdeniz).

Solmaz H, Akbulut M. (2018). Obezite ve kalp. Fırat Tıp Dergisi, 23: 30-34.

Soydaş ZB. (2021). Kadınlarda Yeme Bağımlılığı Durumu Ve Yeme Bağımlılığı İle İlişkili Faktörler. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Alp Aker).

Sönmez A, Bayram F, Barçın C, Özsan M, Kaya A, Gedik V. (2013). Waist circumference cutoff points to predict obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular risk in Turkish adults. International Journal of Endocrinology, 1-7.

Sevimli D. (2008). Erişkinlerde fiziksel aktivite - Beden kitle indeksi ilişkisinin araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(6): 523-528.

Szmedra L, Lemura LM, Shearn WM. (1998). Exercise tolerance, body composition and blood lipids in obese african-american woman following short-term training. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 38(1):59-65.

Şahin ZŞ. (2021). Trabzon Fatih Sağlıklı Hayat Merkezi Sağlıklı Beslenme Danışmanlığına Başvuranlarda Yeme Bağımlılığı Sıklığının Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. Tahir Kemal Şahin).

Şengönül M, Arancıoğlu İ, Maviş Ç, Ergüden B. (2019). Obezite ve psikoloji. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3):1-12.

Tekin A, Yetkin A, Gürsoy Ç. (2018). Genç erişkinlerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4): 171-178.

Tonkuş M, Uysal D. (2021). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde yeme bağımlılığı ve etkileyen faktörler. 4th International Health Sciences and Life Congress, Burdur, 739-749.

Türkoğlu İ, Ersoy G. (2009). Fiziksel aktivite ve ağırlık yönetimi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 38(1-2):27-37.

Toker D, Hocaoğlu Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. Düşünen Adam, 22(1-4): 36-42.

Turan Ş, Poyraz C, Özdemir A. (2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(4):419-435.

Tozun M, Ünsal A, Ayrancı U, Arslan G. (2010). Prevalence of disordered eating and its impact on quality of life among a group of college students in a province of west Turkey. Salud Publica Mex, 52(3):190-198.

Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. (2014) Dünya Nüfus Günü, Sayı: 15975.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010). Beslenme Durumu Ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Yayın No: SB-SAG-2014/0.

Treasure J. (2020) Eating disorders. Medicine, 48(11): 727–731.

Terlik M. (2019). Bki Düzeylerine Göre Normal Olan ve Obez Olan Bireylerin Yeme Tutum Testi ile Beslenme Davranışlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Filiz Açıktur).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. Ankara, sayfa 1-128.

Uzdil Z, Özenoğlu A, Ünal G. (2017). Lise öğrencilerinde yeme tutumlarının beslenme alışkanlıkları, antropometrik ve demografik özellikleri ile ilişkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1): 11-18.

Ulaş B, Uncu F, Üner S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2): 1-8.

Uzun Ö, Güleç N, Özşahin A, Doruk A, Özdemir B, Çalışkan U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Compr Psychiatry*, 47(2):123-126.

Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Kayıkçıoğlu M, Özer N, Barçın C, Yılmaz M, Abacı A, Şengül Ş, Arınsoy T, Erdem Y, Sanişoğlu Y, Şahin M, Tokgözoğlu L. (2018). Türkiye’de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 46(7): 577-590.

Urhan M, Akbulut G. (2017). Obezite ve kanser ilişkisi: leptin kanserojen bir adipokin midir? *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3): 35-43.

Ünalın D, Öztıp B, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2): 75-81.

Vidmar AP, Wee CP, Salvy SJ. (2021). Food addiction, executive function and mood in adolescents with obesity seeking treatment. *Appetite*, 159:1-15.

Veske S. (2021). Denizli İl Merkezinde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinin Yeme Bağımlılığı Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. *Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Danışman: Prof. Dr. Ahmet Ergin)*.

Verzijl CL, Ahlich E, Schlauch RC, Rancourt D. (2018). The role of craving in emotional and uncontrolled eating. *Appetite*, 1(123): 146-151.

Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. (2009). Eating style, overeating and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52(2): 380-387.

Vardar E, Erzenin M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4):205-212.

Yeşildemir Ö. (2018). Egzersiz Yapan Bireylerde Beslenme Durumu, Sağlıklı Beslenme Takıntısı ve Yeme Davranış Bozukluklarının Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Nilüfer Acar Tek)*.

Yalçın M. (2021). Aydın İlindeki Amatör Futbol Liglerinde Oynayan Futbolcuların Yeme Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. Halil Tanır)*.

Yıldırım İ, Yıldırım Y, Ersöz Y, Işık Ö, Saraçlı S, Karagöz Ş, Yağmur R. (2017). Egzersiz bağımlılığı, yeme tutum ve davranışları ilişkisi. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 12(1): 43-54.

Yoncalık M, Aslan E, Yaka M. (2017). Fizik tedavi ve rehabilitasyon alan hastaların fiziksel aktivite düzeyleri ile sağlıklı yaşam davranışı biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 2(3): 57-68.

Yücel B, Polat A, İkiz T, Dugor BP, Elif A, Yavuz A, Sertel O, Berk O. (2011). The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19(6): 509-511.

Yıldırım N. (2018). Obezite ve kanser. *Fırat Tıp Dergisi*, 23: 61-67.

Zincir S. (2014). Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4):389-400.

Zileli R, Cumhuri Ö, Özkamçı H, Diker G. (2016). Üniversite öğrencilerinde beslenme alışkanlıkları ile obezite görülme sıklığı. *Bilinçli Sağlıklı Yaşam Dergisi*, 12:549-562.

Westerterp KR. (2010). Physical activity, food intake, and body weight regulation: insights from doubly labeled water studies. *Nutr Rev*, 68(3):148-154.

World Health Organization (2011). Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, www.who.int/nutrition

Wilkinson LL, Rowe AC, Millings A. (2020). Disorganized attachment predicts body mass index via uncontrolled eating. *International Journal of Obesity*, 44(2): 438-446.

Waller K, Kaprio J, Kujala UM. (2008). Associations between long-term physical activity, waist circumference and weight gain: a 30-year longitudinal twin study. *International Journal of Obesity*, 32(2): 353-361.

EK AÇIKLAMALAR A.

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-186755
Konu : 2022/1161 Nolu Karar

21.11.2022

Sayın Dr. Öğr.Üyesi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Bartın Toplum Sağlığı Merkezine Başvuran Yetişkin Bireylerde Yeme Davranış Bozukluğu, Yeme Bağımlılığı Ve Fiziksel Aktivitenin Obezite Üzerine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

EK AÇIKLAMALAR B.

GENEL BİLGİLER ANKETİ

1.GENEL BİLGİLER -DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Cinsiyet: Kadın Erkek

2) Yaş:.....(yıl)

3) Medeni durum: a) Evli b)Bekar c) Dul /Boşanmış

4) Eğitim durumu:

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu f)Ön Lisans/Lisans g) Yüksek lisans ve üzeri

5) Meslek:

a) Öğrenci b) İşsiz c) Ev hanımı d) Çiftçi e) Memur f) İşçi g) Esnaf/Serbest Meslek h) Emekli i)Diğer.....

6) Şuanda, sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 9. soruya geçiniz.)

a) Evet b) Hayır c) Bazen

7) Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz?.....(yıl)

8) Ortalama olarak günde/ayda kaç adet sigara içersiniz?.....(adet)

9) Şuanda, alkol kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 11. soruya geçiniz.)

a) Evet b) Hayır c)Bazen

10) Ne sıklıkla alkol tüketirsiniz?

a) Her gün b) Her hafta c) 15 günde 1 d) Ayda 1 e) 6 ay/yılda bir

11) Doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığınız/hastalıklarınız varmı?(Cevabınız hayır ise 13. soruya geçiniz.)

a) Evet b) Hayır

12) Varsa belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a) Diyabet b) Hipertansiyon c) Kalp ve Damar Hastalıkları d) Kanser

e) Kemik ve Eklem Hastalıkları f) Böbrek Hastalıkları g) Karaciğer Hastalıkları

h) Solunum Sistemi Hastalıkları i) Sindirim Sistemi Hastalıkları j) Guatr

j) Diğer.....

13) Doktor tarafından tanısı konulmuş psikolojik hastalık öykünüz varmı?(Cevabınız hayır ise 17. soruya geçiniz.)

EK AÇIKLAMALAR C.

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YBDÖ)

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YBDÖ)

Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (<i>uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için</i>) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok	0	1	2	3	4	5	6

	zorlaştırdığı oldu?							
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular : Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	...
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?	...
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	...
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?	...
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müşhil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	...
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?	...

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıkınırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice(örn. Saklanarak) yemek yediniz?(Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1 -5	6 -12	13 - 15	16 - 22	23 - 27	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını)	Hiçbir zaman	nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğun	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6

	saymayınız.)							
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	biraz	orta		önemli ölçüde		
		0	1	2	3	4	5	6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız.

Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

22-	Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	Hiç	biraz	orta		önemli ölçüde		
		0	1	2	3	4	5	6
23-	Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi ?	0	1	2	3	4	5	6
25	Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

EK AÇIKLAMALAR D.

YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

YALE YEME BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ

Bu anket, geçen yılki beslenme alışkanlıklarınızı soruyor. İnsanlar bazen aşağıdakiler gibi belirli yiyeceklerin alımını kontrol etmekte güçlük çekerler:

- Dondurma, çikolata, çörek, kurabiye, kek, şekerleme, dondurma gibi tatlılar
- Beyaz ekmek, ekmek, makarna ve pirinç gibi nişastalar
- Cips, çubuk kraker gibi tuzlu atıştırmalıklar ve kraker
- Biftek, pastırma, hamburger, çizburger, pizza ve patates kızartması gibi yağlı yiyecekler
- Gazoz meyve suyu gibi şekerli içecekler.

Aşağıdaki sorular BELİRLİ GIDALAR hakkında sorulduğunda, lütfen gıda grubunda listelenenlere benzer HERHANGİ bir yiyeceği veya son bir yıl içinde sorun yaşadığınız DİĞER HERHANGİ yiyecekleri düşünün.

SON 12 AYDIR:	Hiç	Ayda bir kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2 kez	Haftada 4ten fazla ya da her gün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim	0	1	2	3	4
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum	0	1	2	3	4
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum	0	1	2	3	4
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor.	0	1	2	3	4
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum.	0	1	2	3	4
6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum.	0	1	2	3	4
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım.	0	1	2	3	4
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	0	1	2	3	4
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	0	1	2	3	4

10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.	0	1	2	3	4
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları).	0	1	2	3	4
				EVET	HAYIR
17. Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.	0				1
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.	0				1
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.	0				1
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.	0				1
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığımı ya da hazzı arttırmadığımı fark ettim.	0				1

22.Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.	0	1				
23.Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım.	0	1				
24.Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım.	0	1				
25.Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?	hiç	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	5 ya da daha fazla
26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz:						

Dondurma	Çikolata/ gofret	Elma	Donat/ Tatlı Çörek	Karnabahar	Kurabiye/ Bisküvi	Pasta/ kek	Şeker/Şek erleme
Ekmek	Poğaç/ Açma	Marul	Makarna	Çilek/Kir az/Üzüm	Pilav	Kraker	Cips
Simit	Patates kızartma sı	Havuç	Kırmızı Et	Muz	Pastırma/ Sucuk/ Salam	Hamb urger	Tost/Peyn irli Sandviç
Pizza/Lah macun Döner	Kola/Ga zoz			Peynir(Beyaz peynir, kaşar,vs .)		Yukarıdaki lerin hiçbiri	
27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz.							

EK AÇIKLAMALAR E.

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA)

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftadagün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız?Yürüme hariç.

Haftada ___gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

- Günde ___ saat
Günde ___ dakika
 Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde,günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

- Günde ___ saat
Günde ___ dakika
 Bilmiyorum/Emin değilim

ÖZGEÇMİŞ

Nur Sena ÖZDEMİR Ondokuz Mayıs Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 2017 yılında mezun olmuştur. 2019 yılında Bartın Toplum Sağlığı Merkezi'nde diyetisyen olarak göreve başladı. 2023 yılından itibaren Karabük Toplum Sağlığı Merkezi'nde diyetisyen olarak görev yapmaktadır.